



Provincia di Modena



LA SPESA SOCIALE INTEGRATA NEI DISTRETTI DELLA PROVINCIA DI MODENA

Verso la definizione e il
monitoraggio dei Livelli Essenziali
delle Prestazioni sociali

Aprile 2010

CAPP
Centro di Analisi
delle Politiche Pubbliche





Provincia di Modena

CAPP Centro di Analisi
delle Politiche Pubbliche

La spesa sociale integrata nei distretti della provincia di Modena.

Verso la definizione e il monitoraggio dei Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali

a cura di

Francesco Bertoni^{*1}, Paolo Bosi^{**}, Marilena Lorenzini^{***}, Paolo Silvestri^{**}

¹*Provincia di Modena, ^{**}Capp; ^{***}Fondazione Ermanno Gorrieri

Presentazione

Nel corso del 2009, la Provincia di Modena, attraverso il proprio Osservatorio delle Politiche sociali, ha finanziato e proseguito le attività di supporto alla programmazione distrettuale sociale e sanitaria iniziate nel corso del 2008.

La presente pubblicazione è il risultato del lavoro svolto da un gruppo, composto dai Prof. Paolo Bosi e Paolo Silvestri del Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena e Reggio Emilia, dalla Dr.ssa Marilena Lorenzini della Fondazione Gorrieri e dal Dr. Francesco Bertoni della Provincia di Modena. Il gruppo ha beneficiato della indispensabile collaborazione dei funzionari dell'Azienda Usl: il Dr. Marcello Burgoni, il Dr. Massimo Brunetti e la Dr.ssa Cinzia Zanolì; preziosissimo, inoltre, è stato il lavoro di raccordo svolto dall'Ufficio di supporto della Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria.

Sono stati utilizzati i dati ISTAT del consuntivo 2007 della spesa sociale dei comuni che, completati con altre fonti informative già a disposizione, hanno permesso di ricostruire la spesa sociale integrata della provincia di Modena. La spesa sociale integrata permette di avere una misura di quanto realmente si spende sul territorio nell'ambito delle politiche sociali, colmando le lacune che presentano le altre fonti informative. Il dato ottenuto permette di svolgere una riflessione sul tema dei Livelli Essenziali: nel 2007, nella provincia di Modena sono stati spesi circa 350 euro pro capite, un livello di spesa ben più alto di quello medio nazionale.

Accanto alla ricostruzione della spesa sociale integrata è iniziato il monitoraggio su due servizi che assorbono il maggiore quantitativo di spesa: i servizi residenziali per anziani non autosufficienti e gli asili nido. Si tratta di un primo tentativo di monitoraggio, che sarà possibile consolidare nei prossimi anni, con l'aiuto dei distretti e di tutti i soggetti coinvolti nel processo di programmazione socio-sanitaria, e che sarà possibile anche estendere ad altri servizi di interesse, con l'obiettivo, delineato dall'Atto di Indirizzo, di semplificare le fonti informative.

Di sicuro interesse, inoltre, sarà focalizzare i lavori futuri sull'impatto che la crisi economica ha avuto e continuerà ad avere sulla spesa sociale, sia come tipologia che come quantità di importi sostenuti.

Mario Galli

Vicepresidente, assessore alle politiche sociali, per la salute e la sicurezza delle persone; promozione del territorio e delle sue eccellenze, Provincia di Modena

Indice

Introduzione

1. Il “mercato” dei servizi sociali e gli strumenti di monitoraggio

2. Dalla spesa sociale alla spesa sociale integrata: aspetti metodologici

- 2.1. I limiti dell'Indagine Istat: l'incompleta rappresentazione dei flussi di spesa rilevanti
- 2.2. Utilizzo di nuove fonti informative
- 2.3. Problemi di coordinamento delle fonti statistiche dopo il varo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

3. La spesa sociale integrata nella provincia di Modena nel 2007

- 3.1. La ricostruzione della spesa sociale integrata
- 3.2. L'analisi dei dati di spesa per distretto
- 3.3. La spesa sociale integrata procapite
- 3.4. Chi produce il servizio e chi ne finanzia il costo
- 3.5. Principali risultati

4. Un contributo alla politica di monitoraggio: asili nido e residenze protette per anziani non autosufficienti

- 4.1. Gli asili nido (a cura di P. Silvestri)
- 4.2. I servizi residenziali per anziani non autosufficienti (a cura di F. Bertoni)

5. Una proposta: il Budget della spesa sociale integrata

Appendice 1. Fonti statistiche alternative per la ricostruzione della spesa sociale

Appendice 2. Spesa sociale integrata per produttori e finanziatori, per distretto e per area

Introduzione²

L'approvazione della L.42/09 sul federalismo fiscale ha posto nell'agenda del governo e delle amministrazioni un compito molto complesso, da attuare con nuovi interventi legislativi, di realizzazione dei meccanismi di finanziamento dei livelli decentrati (Regioni ed Enti locali, distintamente) con riguardo sia ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Lep) previsti dall'art.117 c. 2 lett. m) della Costituzione e alle funzioni fondamentali degli enti locali, sia alle altre funzioni dei governi decentrati.

In questo contesto un momento particolarmente significativo è la determinazione dei Lep, che dovrà essere definita attraverso una legge. Tra le aree incluse nei Lep, la L.42/09 identifica la spesa sanitaria, l'assistenza e l'istruzione. I criteri con cui dovranno essere determinati i Lep non sono esplicitati in modo chiaro dalla legge delega; è tuttavia essenziale l'indicazione dell'obiettivo del superamento della spesa storica e l'introduzione della nozione di fabbisogno e di costo standard dei servizi.

Nel vuoto normativo, un punto di riferimento è costituito dalla dottrina, che dall'approvazione della riforma costituzionale, ha approfondito i possibili criteri di definizione dei Lep. Al momento si delineano tre possibili modelli, nella letteratura qui indicati come approccio macro, micro e meso (per un'analisi dettagliata di questi aspetti si veda Bosi, Guerra e Silvestri 2009).

Il primo approccio è aggregato (macro) e consiste nella definizione esogena, sulla base di considerazioni "politiche" o di compatibilità finanziarie, del livello assoluto della spesa che può essere destinata a una determinata funzione e suggerisce quindi di individuare formule più o meno sofisticate di riparto che usino variabili *ad hoc*, quali la popolazione pesata per età (cfr. Muraro 2009, Petretto 2009). Si tratta di un'impostazione poco esigente e che rischia di vanificare l'obiettivo della norma costituzionale.

Il secondo approccio (micro), polare rispetto a quello appena indicato, mira a ricostruire in modo ingegneristico i costi standard per la produzione dei Lep. Un approccio da molti ritenuto difficilmente applicabile all'intera gamma di servizi e, comunque, molto costoso in termini informativi.

² Per lo svolgimento di questa ricerca gli autori si sono avvalsi della preziosa collaborazione del dott. Marcello Burgoni, della dott.ssa Cinzia Zanoli, e del dott. Massimo Brunetti dell'Ausl di Modena. Alla dott.ssa Zanoli va un particolare ringraziamento per la collaborazione fornita nella raccolta e nella discussione sui criteri metodologici della raccolta dei dati della spesa sanitaria. Si ringraziano, inoltre, Fausto Galetti, Tonino Zanoli e Giancarlo Banorri dell'Ufficio di Supporto della Ctss per l'importante lavoro di raccordo svolto nel corso dello svolgimento del lavoro e i responsabili degli Uffici di Piano dei distretti della provincia per la collaborazione.

Il terzo, l'approccio "meso", propone una strada intermedia, per settori di spesa più articolati di quelli indicati nella L.42/09: non solo grandi aggregati come sanità e assistenza, ma sottoinsiemi più significativi dal punto di vista dell'identificazione dei bisogni e delle strumentazioni politiche necessarie per soddisfarli. Ad esempio, nell'ambito della spesa per assistenza, su cui si concentra massimamente l'interesse di questo rapporto, sembrerebbe essenziale articolare la spesa nell'area della non autosufficienza, degli interventi a favore dei minori (nidi), ricostruendo a questi livelli la spesa storica e individuando indicatori di efficienza e di efficacia indispensabili anche per lo svolgimento dell'attività di monitoraggio.

Qualunque sia la via che verrà concretamente seguita, un ostacolo di grande rilievo è rappresentato dalla mancanza di dati statistici attendibili, che permettano una valutazione quantitativa delle poste in gioco. È la stessa Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza del maggio 2009 a ricordarci che: "i bilanci regionali risultano fortemente disomogenei e scarsamente confrontabili", mentre per i bilanci degli enti locali "si rileva una certa disomogeneità delle metodologie contabili adottate, per ciò che, in particolare, attiene l'applicazione della classificazione funzionale e il diversificato ricorso alle esternalizzazioni dei servizi" e che non è chiaro "quali attività amministrative siano da ricondurre ai livelli essenziali delle prestazioni per le regioni e quali alle funzioni fondamentali per gli enti locali".

La consapevolezza di questo grave gap informativo ha indotto il legislatore a indicare un percorso per affrontare, e in prospettiva superare, il problema. Si dispone, ad esempio, l'istituzione di una Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale con il compito di garantire la condivisione delle necessarie basi informative finanziarie, economiche e tributarie. Le amministrazioni locali saranno tenute a fornire alla Commissione tutte le informazioni richieste. Si dovrà quindi provvedere all'istituzione di una banca dati comprendente indicatori di costo, di copertura, e di qualità dei servizi, che verranno utilizzati per definire i costi e i fabbisogni standard e gli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai Lep e per valutare il grado di raggiungimento di tali obiettivi.

Il nostro lavoro si pone in questa prospettiva avendo come punto di orientamento l'impostazione "meso" e quindi la messa a fuoco di una disaggregazione ragionevole della spesa e l'individuazione di ragionevoli indicatori di output.

La ricostruzione di un quadro informativo di base della spesa storica per assistenza non deve però affrontare solo il problema del livello ottimale di disaggregazione delle informazioni, ma deve altresì tenere conto del fatto che l'offerta dei servizi è realizzata con il concorso di molti soggetti. La ricostruzione della spesa per una determinata funzione (si pensi ad esempio ai servizi per soggetti anziani non autosufficienti) comporta il consolidamento di voci di spesa di molteplici enti (Comuni, Unioni, Asl, Asp, enti privati) nell'ambito del modello di welfare mix caratteristico della nostra realtà provinciale. Il legislatore sembra avere

consapevolezza di ciò, quando nel disciplinare con l'art.13 della L.42/09 i principi e criteri direttivi concernenti l'entità e il riparto dei fondi perequativi per gli enti locali, afferma, nel fornire indicazioni sulle definizioni delle modalità della spesa corrente standardizzata, di utilizzare i dati di spesa storica dei singoli enti, tenendo conto anche della spesa relativa a servizi esternalizzati o svolti in forma associata (nostro corsivo). Nel corso del 2009 sono anche stati presi i primi provvedimenti attuativi in questa direzione effettuando un ampliamento della rilevazione tradizionale che il Ministero degli interni richiede ai Comuni. Su tali aspetti ci soffermeremo in dettaglio più oltre.

Il nostro lavoro intende anche fornire un quadro che tenga conto del ruolo dei diversi attori nella duplice funzione di produzione e finanziamento dei servizi, essenziale da un lato per misurare la capacità del settore pubblico, complessivamente considerato, di rispondere ai bisogni del cittadino e dall'altro di definire correttamente le responsabilità dei diversi attori pubblici e privati nella fase di monitoraggio delle attività di prestazione di servizi.

In questa prospettiva la ricerca sulla spesa per interventi e servizi sociali dei comuni nei distretti nella provincia di Modena, iniziata nella primavera 2008, e che prosegue con questo Rapporto, si è mossa sulla base di tre ipotesi di lavoro.

Una **prima ipotesi di lavoro** parte dalla constatazione che la ricostruzione della spesa per assistenza non possa non muovere dall'Indagine Istat, che censisce gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati, acquisendo informazioni sulla spesa sociale sostenuta da Comuni, associazioni, consorzi, comunità montane o unioni. L'ipotesi, che ha trovato piena conferma nel seguito dei lavori, è che tale fonte, seppure fondamentale, non è sufficiente e non è pienamente adeguata agli scopi della nostra ricerca. Per alcune aree cruciali (appunto i servizi per la non autosufficienza), si è posto con urgenza il tema dell'integrazione socio-sanitaria, che ci ha portato ad ampliare le voci di spesa considerate dall'indagine dell'Istat.

Una **seconda ipotesi di lavoro** riguarda la scelta dell'unità istituzionale di riferimento, che è stata individuata nel distretto della provincia, che non solo nella realtà regionale, ma anche nella prospettiva del federalismo, ci pare dovrebbe assumere un ruolo essenziale.

Una **terza ipotesi di lavoro**, divenuta sempre più chiara nel corso dell'analisi svolta in occasione del precedente Rapporto, riguarda la necessità di creare una stretta connessione tra il sistema informativo di rilevazione delle spese e degli indicatori di performance nelle diverse aree dell'assistenza e l'articolazione istituzionale, con particolare riguardo ai rapporti tra Regione, provincia, distretti e comuni da un lato e gli altri attori – non necessariamente appartenenti al settore pubblico – che partecipano all'offerta dei servizi sociali dall'altro. L'impostazione che seguiamo, infatti, nel tentativo di fornire elementi conoscitivi utili alla realizzazione del processo di federalismo, attribuisce una grande importanza non

solo alla rilevazione e costruzioni di fabbisogni e costi standard, ma vuole altresì individuare indicatori e procedure di monitoraggio dell'attività e dei soggetti che erogano i servizi.

In definitiva, la finalità immediata del nostro lavoro non è solo quello di fornire una fotografia della spesa sociale per distretti nella provincia di Modena, ma di individuare un'articolazione per aree coerente con l'approccio "meso" e di iniziare a costruire indicatori di efficacia e di efficienza in grado di consentire operazioni di benchmarking tra i diversi distretti.

Veniamo ora all'articolazione del Rapporto.

Nel prossimo capitolo s'introducono alcune considerazioni di carattere generale sulle difficoltà di misura della spesa e di costruzione di indicatori di efficacia ed efficienza dei servizi sociali. Problematiche ben note, ma che è necessario ribadire al fine di inquadrare correttamente gli obiettivi e gli sforzi della nostra ricerca.

Nel secondo capitolo si entra più in dettaglio nell'analisi dei problemi metodologici di rilevazione della spesa per l'assistenza alla luce della ricerca già svolta in passato e tenendo conto delle innovazioni istituzionali più recenti, tra cui in primo luogo il varo del **Fondo regionale per la non autosufficienza**

L'aggregato di spesa che intendiamo misurare è la **spesa sociale integrata**. A fini di inquadramento del lavoro che qui si presenta, rispetto alle informazioni statistiche che si possono desumere a livello nazionale sulla spesa per assistenza, può essere utile richiamare alcuni dati riferiti allo stesso anno della nostra rilevazione (2007), della spesa di protezione sociale in Italia. Essi sono rappresentati nella tabella 1 in una versione particolare, utilizzata a suo tempo dalla Commissione Onofri³. La spesa su cui – a livello provinciale – si concentrerà la nostra attenzione – **la spesa di assistenza sociale degli enti decentrati** – è una componente non molto ampia della spesa di assistenza sociale. Quest'ultima, come si vede, era pari a circa 49 miliardi nel 2007, il 3,2 % del Pil. La spesa assistenziale a livello locale, che l'Istituto di statistica stima fondamentalmente sulla base della rilevazione sopra ricordata, è valutata in 7,1 miliardi di euro, appena mezzo punto percentuale di Pil.

Va segnalato che in tale spesa non sono inclusi i trasferimenti monetari erogati da istituti centrali. Per la nostra ricerca sono in particolare molto importanti

3 Nella tabella le spese sono state in parte riclassificate al fine di meglio evidenziare la componente degli ammortizzatori sociale ed operare distinzioni importanti tra spesa pensionistica e spesa di assistenza (includendo ad esempio nella prima il Tfr e nella seconda le integrazioni delle pensioni la minimo e gli assegni familiari, che nella tradizionale classificazione Sespros sono inclusi nella previdenza).

le spese per l'indennità di accompagnamento (pari a circa 9 miliardi di euro) erogate dall'Inps, che nella tabella sono incluse all'interno dell'aggregato delle pensioni agli invalidi civili. Nella stessa vena è bene ricordare che all'inventario delle risorse finanziarie che le amministrazioni pubbliche mettono a disposizione per finalità di tipo assistenziale (contrasto della povertà, sostegno delle responsabilità familiari e in generale sostegno degli anziani e disabili) dovrebbero essere considerate anche le *tax expenditures* incluse nella disciplina dell'Imposta personale sul reddito sotto forma di detrazioni per il sostegno di carichi familiari e altre detrazioni relative a spese meritorie (acquisti di attrezzature per soggetti con handicap, per acquisti di servizi di cura, ecc.). Includendo tale componente, che può essere molto grossolanamente stimata in 14 miliardi di euro, la spesa per assistenza supera di poco i 60 miliardi, circa 100 euro procapite, sfiorando quasi il 4% del Pil.

Tabella 1. La spesa nazionale per la protezione sociale nel 2007 – Classificazione tipo Commissione Onofri

	Mld di euro	% Pil	comp. %
1. Pensioni in senso stretto e Tfr	217,9	14,2	56,4
2. Assicurazioni del mercato del lavoro	25,3	1,6	6,5
3. Sanità	94,5	6,2	24,5
4. Assistenza sociale	48,9	3,2	12,6
Integrazioni pensioni al minimo	13,2	0,9	3,4
Assegni familiari	6,4	0,4	1,6
Pensioni sociali	3,7	0,2	0,9
Pensioni agli invalidi civili	13,1	0,9	3,4
Pensioni di guerra	1,1	0,1	0,3
Pensioni ai ciechi	1,0	0,1	0,3
Pensioni ai sordomuti	0,2	0,0	0,0
Assistenza sociale degli enti decentrati	7,1	0,5	1,8
Altri assegni e sussidi	3,2	0,2	0,8
5. Prestazioni per la protezione sociale riclassificate (1+2+3+4)	386,6	25,2	100,0

Ritornando ora al livello della provincia di Modena e di questa ricerca, nel capitolo secondo si ridefinisce, sia dal punto di vista concettuale sia quantitativo, la componente della spesa per assistenza locale rilevante ai fini della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali. A tale scopo intendiamo come **spesa sociale integrata** quella definita dalla L.328/00, che è stata sostanzialmente recepita nella rilevazione dell'Istat nell'*Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati* realizzata per la prima volta nel 2005 con dati del 2003 e poi annualmente reiterata (gli ultimi dati disponibili a livello nazionale sono del 2006). L'aggettivo *integrata* si riferisce al fatto che, in questo rapporto, per la prima volta a nostra conoscenza, si propone una definizione più ampia della spesa per assistenza, includendo anche ulteriori componenti di spesa indirizzata a servizi assistenziali, attualmente gestita dall'Ausl e registrata nei conti pubblici come spesa

sanitaria. La nozione qui proposta rappresenta, a nostro avviso, in particolare per i servizi destinati a soggetti non autosufficienti, una prima realizzazione del cammino assai travagliato che può portare **all'integrazione socio-sanitaria**, non solo sotto il profilo della rilevazione della spesa, ma anche sotto quello della sua **gestione e monitoraggio**, coinvolgendo quindi non solo gli aspetti statistici-informativi, ma anche l'impianto della *governance* della spesa di *welfare* locale.

Nel terzo capitolo si offre il quadro della spesa per area e per i **distretti** della provincia nel 2007, con confronti con l'anno precedente sulla base della griglia elaborata e presentata nel primo capitolo.

Il quarto capitolo analizza in dettaglio due settori: la spesa per **asili nido** e la spesa per soggetti non autosufficienti ricoverati in **strutture protette**. Esse rappresentano, infatti, le due componenti più importanti della spesa sociale integrata e su di esse fondamentale si dovrà concentrare l'attenzione del processo di monitoraggio. In questa prospettiva, oltre ad allargare il quadro informativo ad altre fonti, particolare attenzione è dedicata alla ricostruzione di grandezze rappresentative della quantità di servizi offerti, indispensabili al fine di elaborare elementari indicatori di *outcome* dei servizi indicati. Sotto questo profilo, come si mostrerà, si pongono delicati problemi informativi che dovranno essere superati nel tempo, anche se riteniamo che il cammino compiuto sia in grado di fornire prime indicazioni utili per gli amministratori dei servizi in questione.

Nell'ultimo capitolo, molto brevemente, si propongono alcune considerazioni di carattere generale su **possibili riforme del disegno istituzionale** che appaiono auspicabili per sorreggere i compiti di finanziamento, programmazione e monitoraggio della spesa sociale integrata nel quadro dell'implementazione dei livelli essenziali di assistenza del federalismo fiscale in atto.

1. Il “mercato” dei servizi sociali e gli strumenti di monitoraggio

Le ragioni che spingono a rilevare in modo più accurato la spesa *pubblica* per assistenza sono molteplici. La prima è ovviamente il desiderio di verificare se l'impiego delle *risorse* è in grado di soddisfare in modo adeguato i *bisogni* della popolazione. Una seconda ragione è di verificare se, a parità di bisogno soddisfatto, le risorse sono impiegate in modo efficiente. **Efficacia ed efficienza:** un binomio da cui non si può prescindere nella gestione della spesa di *welfare*. Ormai da molto tempo l'attenzione degli studiosi è rivolta alla **ricerca di indicatori** che consentano di misurare questi due fondamentali aspetti dell'attività pubblica. I risultati di tali indagini sono però ancora molto insoddisfacenti.

Il **modello di welfare mix** che caratterizza l'offerta dei servizi di *welfare* rende ancora più difficile tale compito. Per chi cerca di costruire strumenti di monitoraggio delle politiche, è a nostro avviso essenziale avere ben presente il più ampio quadro in cui si confrontano domanda e offerta, che tocca aspetti che l'intervento pubblico non sempre riesce a raggiungere. La maggiore ampiezza del quadro è collegata sul lato della **domanda** alla presenza di bisogni che non necessariamente necessitano, per essere soddisfatti, dell'intervento pubblico, e sul lato dell'**offerta** al fatto che accanto ad istituzioni pubbliche e private convenzionate (nell'ottica del modello di *welfare mix*) il nostro sistema di erogazione dei servizi di cura coinvolge sia produttori privati sia, in misura molto ampia, la famiglia cui i beneficiari dei servizi appartengono.

Per queste ragioni, prima di individuare indicatori di *performance* in grado di monitorare le politiche sociali, è utile cercare di ricostruire un quadro più generale delle relazioni tra domanda e offerta di servizi per l'assistenza.

Un tale compito è assai impegnativo per l'insieme della spesa per assistenza, che è articolata in molte aree che presentano particolarità proprie. I problemi che si pongono, ad esempio, per la valutazione e il monitoraggio dei servizi dei nidi sono molto diversi da quelli per le persone non autosufficienti. Diverse la natura del bisogno, le condizioni di offerta e di capacità produttive, la struttura dei costi e le caratteristiche delle famiglie che fanno domanda del servizio. Pur avendo ben presenti tale varietà di situazioni è tuttavia utile sottolineare anche gli aspetti comuni.

Nella spesa per assistenza quasi sempre ci troviamo di fronte a **servizi a domanda**. A differenza della sanità in senso stretto, che nel nostro ordinamento è offerta in modo universale (a tutti i cittadini e gratuitamente) e finanziata con imposte, nell'area di cui ci occupiamo la **domanda effettiva** (cioè assistita dalla capacità di pagare) del cittadino rappresenta l'aspetto originario, essenziale per mettere in moto la produzione di un servizio. Per questa ragione i servizi di cui stiamo discutendo possono essere pensati alla stregua di “mercati” in cui una

domanda deve trovare una corrispondente “offerta” e da tale incontro si determina un “prezzo”. Si tratta però di mercati molto particolari in cui il ruolo dell’intervento pubblico è molto presente nelle modalità in cui viene organizzata l’offerta e anche nella definizione del prezzo/tariffa che viene richiesto come corrispettivo al cittadino che fa domanda del servizio.

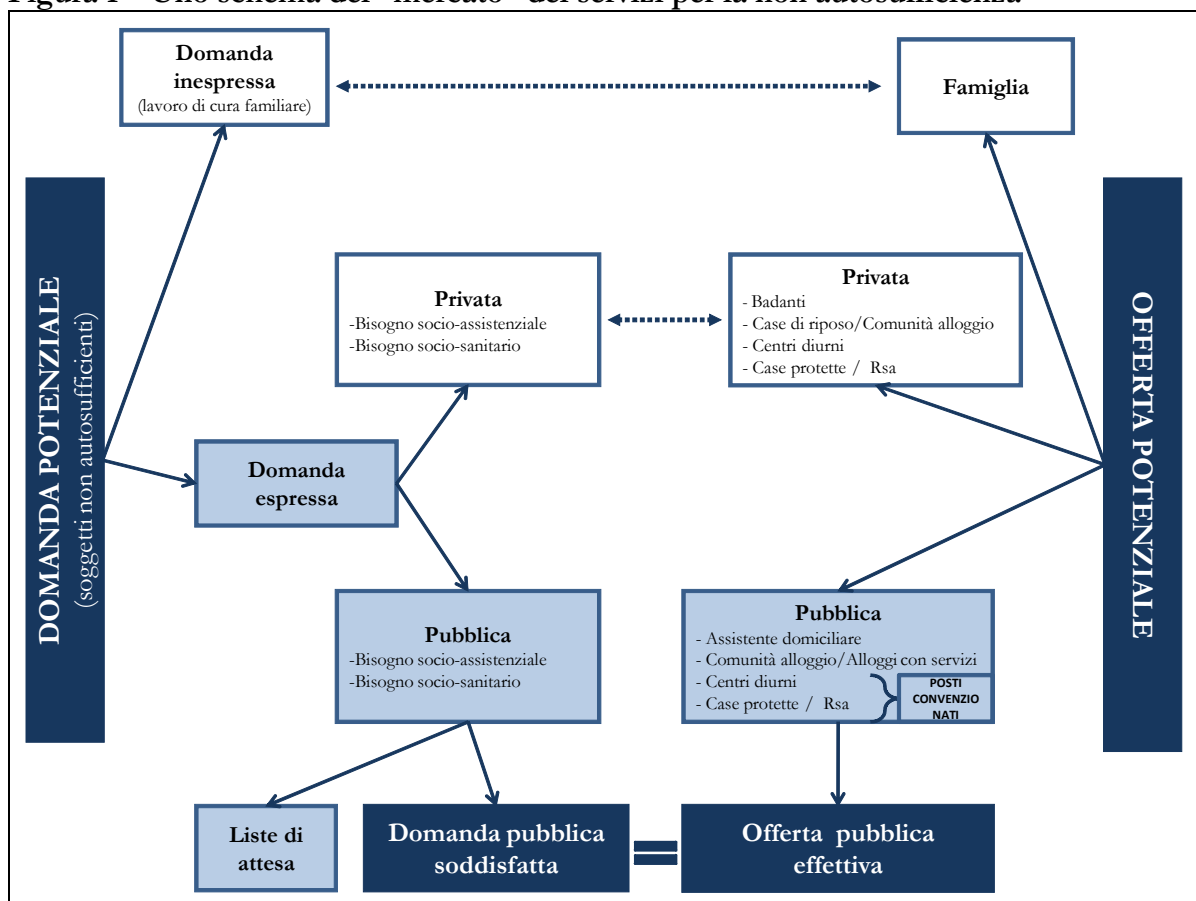
Particolarmente complicata è la struttura dell’offerta, che è realizzata sia da soggetti pubblici, sia da soggetti privati convenzionati, nell’ambito del modello di *welfare mix* di cui l’esperienza della nostra regione è uno degli esempi più significativi. L’offerta privata, sempre in questa esperienza, che nella letteratura è nota come *concorrenza amministrata*, è inserita di solito all’interno di un processo di regolamentazione guidato dal settore pubblico e che giuridicamente ha come cardini gli istituti di autorizzazione (che coinvolge anche il settore privato in senso stretto), convenzionamento e di stipulazione di un contratto di regolamentazione, che norma le modalità con cui i soggetti privati convenzionati possono offrire servizi di predeterminata qualità a determinati prezzi. Dal lato dell’offerta esistono quindi molti attori. Anche all’interno del settore pubblico l’offerta può essere realizzata da una molteplicità di soggetti. Nel caso dei servizi per la non autosufficienza, ad esempio, svolgono un ruolo i Comuni, l’Ausl e le Asp, fra i quali enti esistono più o meno complesse relazioni di finanziamento e di regolazione dell’attività.

Meno complesso, ma comunque non del tutto banale, è pure il quadro della domanda. I servizi di assistenza hanno la caratteristica di appartenere alla sfera dei c.d. *experience goods*, beni di cui non è ben chiara la qualità di ciò che si acquista se non dopo averla sperimentata. In taluni casi, neppure la sperimentazione (si pensi alle cure sanitarie) è in grado di sciogliere ogni dubbio in proposito. Ciò implica che, in presenza di questa incertezza intrinseca, la domanda possa faticare a esprimersi in modo chiaro, e che invece il cittadino sia indotto a valutare, come preferibili, alternative (ad esempio nell’ambito familiare) apparentemente più efficaci. In altri casi (si pensi ad esempio ai programmi di contrasto della povertà) la domanda può essere offuscata dal timore di *stigma sociale* o semplicemente dall’ignoranza di un’opportunità offerta dalle politiche pubbliche, determinando ciò che nella letteratura è indicato come mancato *take up* dei servizi. Se questi aspetti sono rilevanti, si può avanzare una distinzione tra **domanda potenziale** e **domanda espressa**.

I concetti che abbiamo toccato e le relazioni che li legano possono essere meglio percepiti osservando la Figura 1, che assume come esemplificazione il caso dei servizi per persone non autosufficienti, ma che potrebbe essere formulato anche per altri casi rilevanti (nidi, servizi per disabili adulti, ecc.). In questo contesto diventano importanti i concetti di domanda potenziale (insieme dei bisogni dei soggetti non autosufficienti), di domanda espressa (parte della domanda potenziale che viene manifestata sul “mercato”, pubblico o privato) e di **domanda inespressa** (data dalla differenza delle due precedenti, nell’ipotesi che la famiglia svolga sempre

e comunque il ruolo di garante, di ultima istanza, della copertura dei bisogni dei suoi membri); di **offerta potenziale** del settore pubblico, del settore privato e della famiglia; di **offerta pubblica effettiva**, di **domanda pubblica soddisfatta**, di **liste di attesa**.

Figura 1 – Uno schema del “mercato” dei servizi per la non autosufficienza



Un ruolo importante nello schema ha la funzione di supplenza che viene assegnata alla famiglia e che talora viene anche incentivata dalle politiche pubbliche (si pensi agli assegni di cura). Se l'obiettivo del sistema di welfare è la soddisfazione dei bisogni dei cittadini, l'analisi non può prescindere dalla considerazione del well being dei soggetti, che nell'ambito della famiglia, attraverso forme di lavoro non pagato perché non di mercato, svolgono importanti funzioni e sopportano costi.

In questa ricerca non siamo in grado di affrontare l'intero spettro di problemi che la schematizzazione abbozzata ci propone. Qui ci interesseremo solo del ruolo che all'interno di questo quadro, assai articolato, hanno le istituzioni pubbliche. Restano nell'ombra, ma non sono assenti dalla nostra consapevolezza, i ruoli della famiglia, della domanda inespressa e in generale di tutti i bisogni che

vengono soddisfatti direttamente nel mercato privato, sia sotto il profilo dell'offerta sia sotto quello della domanda (ad esempio i servizi di cura per anziani non autosufficienti richiesti da famiglie molto ricche che ricorrono a servizi privati, oppure il ricorso ai servizi delle badanti).

Questo lavoro – come si è accennato nell'introduzione – intende comunque fornire un contributo su due piani, fra loro strettamente integrati.

Nella prospettiva più generale, esso vuole individuare misure ragionevoli dei fabbisogni standard ai fini della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

In una dimensione più attenta al livello provinciale, lo scopo è di individuare indicatori che permettano di realizzare appropriate politiche di confronto (benchmarking) delle politiche locali e di realizzare il monitoraggio delle stesse da parte dei livelli di governo superiori al distretto (provincia o regione).

Nella prima prospettiva – fabbisogno standard per i livelli essenziali – la ricostruzione della spesa sociale integrata rappresenta un passo imprescindibile, soprattutto se si assume come modello di costruzione dei Lep, il modello “meso” ricordato nell'introduzione. Il fabbisogno standard rappresenta in definitiva il quantum finanziario necessario per realizzare il livello di servizi essenziale in condizioni di efficienza economica. La determinazione di questa grandezza richiede la conoscenza della spesa storica ricostruita, come cerchiamo di fare in questa ricerca, secondo schemi concettuali coerenti e completi⁴. Il livello essenziale rappresenta invece la definizione della misura quantitativa e qualitativa in cui il bisogno del cittadino viene soddisfatto con adeguata e uniforme efficacia. Le informazioni acquisite in questo modo sono in primo luogo utilizzate, come note, per definire il volume di trasferimenti dal governo centrale ai livelli inferiori di governo, regioni e enti locali.

Anche nella seconda prospettiva – benchmarking e monitoraggio a livello provinciale – gli indicatori utili per gli attori delle politiche sociali hanno come obiettivo la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle politiche.

Con il primo sostantivo – efficacia – si intende la capacità delle politiche di rispondere ai bisogni dei cittadini, avendo presente sia l'aspetto quantitativo, che potremo definire grado di copertura del bisogno, sia sotto il profilo, difficile da misurare e spesso anche da concettualizzare, della qualità.

Come misurare la copertura del bisogno? Il problema merita un approfondimento. Se, semplificando un poco la realtà, immaginiamo che il bisogno venga soddisfatto mediante l'erogazione di un dato servizio con predefinite

⁴ La necessità di ricostruire in modo accurato la spesa storica è argomentato più ampiamente in Bosi, Guerra, Silvestri, 2009.

caratteristiche quali-quantitative (ad esempio accettazione di un bambino ad un asilo nido, o di un anziano non autosufficiente in una casa protetta), il grado di copertura potrebbe essere espresso dal rapporto tra il numero di soggetti che hanno ricevuto il servizio e il numero di coloro che sentivano il bisogno (negli esempi fatti di custodia e/o cura). Non è però difficile comprendere quanto sia difficile misurare il numero di soggetti che sono portatori del bisogno, soprattutto in un contesto in cui il servizio è comunque erogato sulla base di una domanda da parte del cittadino e una sua compartecipazione al costo. Un cittadino – come si è visto anche nello schema esemplificativo sopra illustrato – può manifestare il bisogno di vedere accudito il proprio bambino o un anziano non autosufficiente se il servizio viene offerto gratuitamente, ma potrebbe invece non manifestarlo qualora fosse chiamato a contribuire al suo costo attraverso il pagamento di una tariffa. In altre parole la grandezza che dovremmo essere in grado di rilevare per misurare il numero di coloro che esprimono il bisogno dovrebbe essere il “prezzo di riserva”, vale a dire la somma massima che il cittadino è disposto a pagare per ottenere l'erogazione del servizio. Se disponessimo di questa informazione (che, si noti, è variabile da soggetto a soggetto), la platea dei bisognosi sarebbe misurata dal numero degli individui per i quali la tariffa disposta dall'ente pubblico è inferiore al prezzo di riserva. Il prezzo di riserva non è purtroppo rilevabile attraverso le statistiche ordinarie. Inoltre, i criteri di selezione adottati per razionare l'accesso al servizio a fronte di domanda eccedente le disponibilità prendono in considerazione, oltre al prezzo/tariffa, anche molte altre condizioni socio-demografiche dell'utente e della sua famiglia. E' quindi necessario accontentarsi di approssimazioni, che solo in parte possono cogliere la misura del grado di copertura del bisogno.

Quando, come nel caso in cui si tratti di definire l'assegnazione di risorse dal livello centrale nei confronti dei governi inferiori, si rivolge l'attenzione a grandi aggregati di spesa (l'intera spesa per assistenza, per istruzione o per sanità), misurare il rapporto tra numero di utenti effettivi e portatori di bisogno non ha senso, a causa della varietà di servizi che l'aggregato comprende e perché con ogni probabilità tutta la popolazione, in un modo o nell'altro, risulta essere beneficiaria di un qualche servizio. In questi casi, un modo rozzo, ma praticabile è di introdurre il volume di spesa erogato e misurare il rapporto tra la spesa erogata nel servizio e la popolazione, vale a dire la spesa pro capite. L'idea è che un valore più elevato di questo rapporto indica una maggiore capacità di copertura del bisogno da parte della politica pubblica. Implicita in questa misura è l'ipotesi che tutti i cittadini siano portatori in eguale misura del bisogno: un'approssimazione molto, troppo forte per essere accettata. Di fatto, soprattutto quando appunto si considerano aggregati molto ampi, questa è però l'unica misura che può essere praticata.

Un miglioramento del criterio appena descritto può essere realizzato se si procede ad un minore livello di aggregazione delle aree di spesa. Si potrebbe allora disaggregare la spesa sociale in aree, assegnando a ciascuna di esse come punto di riferimento del bisogno un sottoinsieme della popolazione (popolazione target). Al denominatore del rapporto, non si indicherà la popolazione in generale, ma il

sottoinsieme della stessa che si presume meglio rappresenti l'insieme dei "bisognosi". Una caratteristica dei servizi sociali è di avere come punto di riferimento platee diverse di cittadini che si distinguono certamente sotto il profilo dell'età. Esistono quindi politiche rivolte ai minori (ad esempio, gli asili nido) e politiche rivolte agli anziani (ad esempio, le case protette). Si potrebbe in questo caso calcolare il rapporto tra il numero di coloro che hanno usufruito del servizio e il numero dei bisognosi, identificato, in questo caso, con la popolazione target. Il numero degli utenti del servizio di asilo nido potrebbe allora essere diviso per la popolazione dei cittadini con età 0-3 anni, ed il numero degli anziani assistiti in casa protetta potrebbe essere rapportato alla popolazione con età superiore a 75 anni. Se siamo disposti a tollerare l'ulteriore ipotesi che la produzione del servizio venga effettuata con la medesima efficienza e con le medesime caratteristiche qualitative, potrebbero essere calcolati rapporti tra spesa per area e popolazione target. Entrambi questi esempi rappresentano tentativi di definire una popolazione di riferimento che meglio risponda ad un particolare bisogno (di child care e di long term care rispettivamente). Implicito in questa procedura è che tutti i bambini con età compresa 0-3 anni siano portatori in egual misura del bisogno di child care; analogamente per gli anziani. Quanto più ristretti ed omogenei sono il servizio e la popolazione di riferimento, tanto più accettabile sarà tale misura rispetto al più rozzo criterio della spesa procapite. Anch'essa non può tuttavia essere sempre considerata soddisfacente. E', ad esempio, ben noto che molti genitori non intendono, soprattutto nel primo anno di vita, portare il piccolo al nido, indipendentemente dal costo o dai criteri di accesso fissati dall'autorità locale. In altre parole, la popolazione target non corrisponde necessariamente con la domanda che esprime la presenza del bisogno e, in questo senso, la popolazione 0-3 anni esprime il target massimo che il servizio può raggiungere.

In ogni caso, si potrebbe concludere che il bisogno relativo ad una determinata area di spesa (ad es. per i nidi) riceve una copertura maggiore quanto più alto è il rapporto tra spesa per quell'area e popolazione target.

Nella valutazione e monitoraggio delle politiche sociali quasi sempre ci si ferma a questo livello di approfondimento. Anche noi, in questo rapporto, in particolare nel capitolo 3, svolgeremo un'analisi della spesa disaggregata per distretti in cui gli indicatori proposti sono costituiti appunto dalla spesa procapite e, ove possibile, dal rapporto tra sottoinsiemi di spesa e/o di utenti e popolazione target.

E' possibile fare ulteriori passi in avanti per una migliore identificazione del grado di copertura del bisogno? Una misura dei "bisognosi" meno sfocata della popolazione target potrebbe essere costituita dall'insieme di individui che hanno fatto domanda (e non necessariamente ottenuto l'erogazione) di un servizio. La misura della domanda espressa è possibile, ma non è molto diffusa nelle statistiche sociali. Più spesso queste forniscono indicazioni solo sul numero di soggetti che hanno fatto domanda e ottenuto il servizio, la domanda soddisfatta. Per misurare la domanda espressa sarebbe infatti necessario aggiungere alla domanda soddisfatta

anche il numero di coloro che, a causa del razionamento che spesso caratterizza questi mercati, avrebbero voluto accedere al servizio al prezzo/tariffa dato, ma non sono stati ammessi, sulla base di criteri definiti dal governo locale, in genere con l'obiettivo di selezionare gli utenti che presentano la maggiore intensità del bisogno a cui il servizio è diretto. La rilevazione delle liste di attesa non è però agevole e, comunque, raramente viene effettuata in modo sistematico. Inoltre, nei casi in cui le tariffe non siano note a chi fa domanda del servizio (è questo ad esempio il caso in cui sono fissate come percentuale dell'Isee e l'utente nel momento in cui fa domanda non è a conoscenza del suo Isee), le liste di attesa comprendono anche una parte di coloro che si sarebbero auto selezionati a causa del livello delle tariffe.

Per potere raggiungere questo grado di approfondimento diviene necessario scendere a livelli ancora maggiori di disaggregazione e analizzare con cura ciascun servizio o gruppo relativamente omogeneo degli stessi di cui è composta la spesa sociale, realizzando, per mutuare il lessico fiscale, appropriati "studi di settore". Questa via è molto costosa ed è quindi necessario trovare un equilibrio tra accuratezza delle misure e costi di rilevazione, selezionando i servizi più significativi sotto il profilo quantitativo e in grado di garantire maggiori probabilità di successo. E' questa la prospettiva che noi suggeriamo ad integrazione dei primi generali e sfuocati indicatori della spesa procapite e della spesa per servizio su popolazione target. Nel capitolo 4 iniziamo a svolgere tale compito con riferimento ai due servizi più importanti della spesa sociale: la spesa per nidi e le residenze protette.

Le osservazioni ora svolte dovrebbero essere sufficienti per sottolineare le difficoltà di raggiungere misure appropriate dell'efficacia di un servizio. Tali difficoltà risiedono principalmente in carenze connesse al sistema informativo, ma in alcuni casi possono anche riguardare aspetti di difficile misurazione anche nel caso in cui si disponga di statistiche ricche ed articolate in quanto connesse ad aspetti soggettivi che non è facile quantificare.

Oltre all'aspetto dell'efficacia, che abbiamo esemplificato assumendo come indicatore di riferimento il grado di copertura del bisogno, i servizi sociali vanno valutati e monitorati anche sotto il profilo dell'efficienza.

Quali sono gli indicatori più appropriati per valutare l'efficienza di un servizio? Sicuramente poco indicativa sarebbe la misura della spesa procapite: la generica popolazione non può costituire una proxy dell'output del servizio. Ad un livello molto aggregato e disponendo di limitate risorse per svolgere dettagliate analisi di settore, come accade solitamente e in particolare nel caso si scelga un modello di definizione dei fabbisogni standard sulla base di modelli meno esigenti di quelli che nell'introduzione abbiamo definito "micro", la grandezza più ovvia è il rapporto tra la spesa e appropriate unità di servizio, intesa qui come costo unitario. Se è possibile stabilire una corrispondenza univoca tra un'unità di servizio omogeneo e beneficiario, l'indicatore può anche essere espresso come rapporto tra spesa/costo e numero di beneficiari effettivi del servizio stesso.

La misura dell'efficienza, a livello generale ed aggregato, sembrerebbe quindi meno problematica, di quella dell'efficacia. E' tuttavia importante avere presenti le possibili cause che spiegano differenze nei costi unitari tra diverse realtà distrettuali al momento in cui si realizzino esercizi di benchmarking.

Un primo fattore è costituito da una diversa distribuzione della "capacità produttiva". In alcuni distretti esistono più strutture protette che in altri e la loro presenza è attribuibile non sempre ad una maggiore domanda di servizi nella zona particolare, ma a fattori talvolta casuali o legati a vicende storiche che hanno perso di attualità. Se un distretto dispone di capacità produttiva superiore alla domanda vi saranno posti non utilizzati. Le strutture hanno però costi fissi che incidono sul costo unitario. La differenza di costo potrebbe quindi essere attribuita all'esistenza di un eccesso di capacità produttiva⁵.

Un altro fattore esplicativo di differenze nei costi unitari – strettamente connesso a quello appena descritto – potrebbe essere connesso ad un'inappropriata corrispondenza o mismatch tra la capacità produttiva e utenza. La risposta ad un bisogno può spesso essere realizzata con modalità diverse: ad esempio privilegiando, ove possibile, l'assistenza domiciliare rispetto al ricovero in strutture; all'interno di una struttura protetta è possibile servire pazienti che hanno diverso grado di non autosufficienza. Il costo dell'erogazione del servizio può essere differenziato e correlato con la gravità. A parità di risposta al bisogno, ovvero di efficacia, andrebbe scelto il mix di capacità produttiva meno costoso. Il problema è di vedere in che misura tale mismatch sia attribuibile a fattori strutturali (appunto una mal congegnata capacità produttiva che spinge a soluzioni più costose) o l'esito di fattori legati alla variabilità della domanda (maggiore frequenza in un anno di pazienti gravi rispetto ad un periodo precedente).

Se in un distretto vi è capacità produttiva in eccesso, vi potrebbe essere la tentazione, in presenza di servizi che spesso sono razionati per la presenza di vincoli di bilancio di varia natura, ad utilizzare criteri di accesso meno rigorosi, fornendo quindi servizi in misura maggiore a quella appropriata. I maggiori costi in questi casi sono attribuibili ad "inappropriatezza" delle prestazioni, nozione, come noto, molto spesso usata nell'area della sanità.

Infine, differenze nei costi unitari potrebbero essere attribuibili a diverse scelte nelle modalità di gestione e organizzazione dell'offerta dei servizi. E' ben noto che l'esternalizzazione dei servizi ha consentito in molti casi di realizzare risparmi di costi, soprattutto del fattore lavoro, grazie alla possibilità di applicazione

⁵ Questo fattore potrebbe essere compensato in caso di mobilità degli utenti: i cittadini di un distretto in cui vi è capacità produttiva scarsa potrebbero accedere, posto che i costi di mobilità non siano troppo elevati, a servizi offerti in altri distretti. In questo caso si creerebbero effetti di traboccamento o spillover tra distretti e quindi mancata corrispondenza tra costi e benefici, Ciò non costituisce un problema dal punto di vista dell'efficienza, ma richiederebbe semmai l'adozione di trasferimenti tra distretti volti a compensare i costi addizionali sopportati dal distretto che offre il servizio.

di forme contrattuali del settore privato meno generose e tutelanti i lavoratori. La scelta del mix ottimale tra produzione diretta e esternalizzazione è molto delicata e non può essere affrontata qui: essa rappresenta comunque una possibile spiegazione di differenze nei costi, che vanno naturalmente giudicate tenendo ben in conto la qualità relativa dei servizi offerti.

Gli esempi proposti rappresentano possibili spiegazioni di differenze nei costi, che dovrebbero essere l'oggetto di esercizi di benchmarking tra distretti. Se da tale confronto risultassero ancora differenze residue "non spiegate", esse potrebbero essere attribuite a vere e proprie carenze di efficienza.

Quali conclusioni si possono trarre dalle semplici considerazioni metodologiche sin qui svolte? In generale è utile usare in modo integrato tutti gli indicatori disponibili, con buon senso, soprattutto in funzione del grado di disaggregazione scelto della spesa da analizzare.

A livelli di disaggregazione intermedi o fini, indicatori di quantità, come il grado di copertura misurato con riferimento alla domanda espressa, sono quelli che meglio rappresentano l'efficacia del servizio. Indicatori di costo per unità di servizio (o utente) sono meglio rappresentativi della misura dell'efficienza.

In ogni caso è importante avere presenti i molteplici fattori causali legati alla struttura socio demografica della domanda e i condizionamenti presenti nelle scelte delle tecniche produttive. In particolare eccessi o deficit di capacità produttiva, vale a dire la presenza di problemi di carattere strutturale, rappresentano un fattore che può assumere un'importanza notevole nella spiegazione di differenze negli indicatori. Ciò rinvia alla considerazione di più complessi problemi di gestione che riguardano non solo la spesa corrente, ma anche quella in conto capitale.

In ogni caso – e questo purtroppo è il limite maggiore delle nostre conoscenze – gli indicatori che utilizzano al numeratore grandezze finanziarie (la spesa) non sono in grado di distinguere correttamente tra efficacia ed efficienza. Conoscere la distribuzione per distretti, ad esempio, del costo unitario del servizio nidi è importante, ma quel quoziente non potrà mai dire se un valore troppo elevato rispetto alla media provinciale sia attribuibile a sprechi (minore efficienza) o a migliori caratteristiche qualitative del servizio (maggiore efficacia). La ricerca svolta, e documentata in questo Rapporto, non costituisce un'eccezione a questa situazione, anche se crediamo di avere fatto qualche piccolo avanzamento nella misura di questi aspetti. Per superare questo problema sembra necessario ampliare il set informativo a disposizione degli amministratori, arricchendolo di informazioni che consentano di valutare la misura in cui un servizio è gradito o, anche indipendentemente dal gradimento espresso dal cittadino (che non sempre in questo tipo di servizi può disporre delle conoscenze per dare un giudizio informato e competente), o, sulla base di valutazioni di esperti, offerto in modo appropriato.

2. Dalla spesa sociale alla spesa sociale integrata: aspetti metodologici

Come indicato nell'introduzione, lo scopo di questo rapporto è di pervenire ad una misura della spesa per servizi sociali *integrata*, importante ai fini della gestione e del monitoraggio dei servizi sociali.

Un passo preliminare per raggiungere questo obiettivo è la scelta della fonte informativa principale a cui fare riferimento.

Se l'obiettivo metodologico di questa ricerca non è limitato esclusivamente all'ambito della Provincia di Modena, ma ha l'ambizione di costruire un percorso potenzialmente utilizzabile anche in altri contesti territoriali, la fonte statistica deve essere a carattere nazionale, a cadenza almeno annuale, e disponibile con sufficiente tempestività.

Sotto questo profilo pare che solo due fonti siano in grado di soddisfare, peraltro in modo parziale, i requisiti di cui sopra:

1. *L'Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati* (d'ora in poi Indagine Istat);
2. i Certificati di bilancio dei comuni predisposti annualmente per il Ministero degli Interni.

Nell'Appendice 1 svolgiamo un'analisi dettagliata delle caratteristiche dei Certificati di bilancio, sottolineando in particolare la loro scarsa fungibilità per gli obiettivi della presente ricerca. La conclusione a cui si perviene è, infatti, che tale fonte presenti limiti molto forti. Ben difficilmente – nonostante gli orientamenti manifestati nel corso del 2009 da parte del governo centrale – essa potrà efficacemente servire gli obiettivi di definizione dei Lep per la spesa sociale costruiti sulla base di criteri rispettosi dei requisiti di completezza e forza, che abbiamo illustrato nel paragrafo introduttivo.

Potenzialmente più consona appare invece l'Indagine Istat. Essa, infatti, è costruita sulla base di un'articolazione della spesa sociale che si ispira alle indicazioni della L.328/00 ed è quindi potenzialmente più idonea per soddisfare i requisiti informativi necessari per realizzare una corretta misura della spesa sociale integrata.

Anche l'Indagine Istat non è però esente da limiti molto forti, cui dedichiamo, nel prossimo paragrafo, la nostra attenzione.

2.1. I limiti dell'Indagine Istat: l'incompleta rappresentazione dei flussi di spesa rilevanti

L'indagine Istat mira ad ottenere informazioni sulla spesa sociale sostenuta dai comuni, singoli o associati in consorzi, comunità montane o unioni. **L'unità di rilevazione** è quindi costituita dai comuni singoli e dalle loro associazioni. Le informazioni raccolte per ogni servizio riguardano, oltre alla presenza o meno del servizio stesso, il numero di utenti, con limiti di attendibilità non trascurabili, la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno di riferimento (**spesa lorda**) e la compartecipazione alla suddetta da parte degli utenti (entrate accertate in bilancio nell'anno di riferimento) e del Servizio sanitario nazionale. La *spesa lorda* al netto dei trasferimenti, che i comuni hanno ottenuto dalle Ausl e al netto della quota di partecipazione al pagamento dei servizi da parte degli utenti, rappresenta il peso finanziario sostenuto dagli stessi comuni o associazioni per il finanziamento del servizio stesso (**spesa netta**). L'indagine fornisce quindi due nozioni di spesa: la spesa lorda e la spesa netta.

Box 1. Suddivisione dell'indagine Istat sulla spesa per interventi e servizi comunali

Area

Famiglia e minori
Disabili
Dipendenze
Anziani
Immigrati
Disagio adulti
Multiutenze

Gruppi e Sezioni

Interventi

Servizio sociale professionale
Integrazione sociale
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo
Assistenza domiciliare a famiglie con minori e servizi di supporto
Segretariato sociale, sportello sociale, accesso unitario alla rete servizi
Prevenzione e sensibilizzazione
Azioni di sistema e spese di organizzazione

Trasferimenti monetari

Strutture

Strutture a ciclo diurno o semiresidenziali
Strutture comunitarie e residenziali
Pronto intervento sociale

Il modello di raccolta dati dell'Istat suddivide i servizi in **tre articolazioni**, come schematizzato nel riquadro: l'area di utenza, la tipologia d'intervento e la titolarità della gestione. Le aree d'interesse sono sette e identificano le categorie di utenza cui sono rivolti i servizi offerti (famiglie e minori, disabili, soggetti con problemi di dipendenza, anziani, immigrati, ecc). Per ogni area sono identificate tre tipologie di intervento: interventi e servizi (servizio socio professionale, integrazione sociale, servizi di supporto, assistenza domiciliare, ecc), trasferimenti monetari e servizi offerti in strutture (a ciclo diurno, come gli asili nido, di tipo residenziale, come le strutture protette, ecc). I gruppi sono articolati a loro volta in dodici sezioni e le sezioni in elementi, che rappresentano l'unità più fine di definizione della tipologia del servizio. Infine, la gestione può avvenire da parte del comune o dell'ente associato.

Le informazioni censite dall'indagine Istat, seppur di notevole interesse, forniscono però solo una parte di un quadro più completo e complesso della spesa sostenuta per la fornitura di servizi. L'immagine della distribuzione del costo del servizio tra gli attori che operano all'interno del mercato dei servizi sociali risulta incompleta per più di un aspetto. In particolare essa non riesce a fotografare correttamente e distintamente l'attività di **produzione** e quella di **finanziamento** della spesa pubblica per servizi sociali, poiché parte dell'offerta non viene direttamente considerata dall'indagine, che si limita ad assumere come unità di rilevazione i comuni o le loro associazioni senza considerare esplicitamente enti quali ad esempio le Asp. **Un'analisi compiuta dovrebbe essere in grado di mettere in luce sia chi produce il servizio, sia chi ne sostiene il costo, tenendo conto delle interrelazioni finanziarie che intercorrono tra tutti gli attori rilevanti.**

L'indagine risulta poi carente in modo particolare nella rilevazione del ruolo di un altro fondamentale attore nell'offerta di servizi, **l'Azienda sanitaria**, che trasferisce risorse finanziarie, definite come oneri a rilievo sanitario (o, nell'indagine Istat, compartecipazione del Ssn) ai comuni e/o alle unioni (oggetto appunto della rilevazione Istat), ma anche alle Asp, oltre che a tutte le strutture private per i posti convenzionati, gestite da cooperative sociali o da privati. Gli oneri a rilievo sanitario sono quindi trasferimenti in denaro che il servizio sanitario eroga agli enti gestori del servizio stesso contribuendo a sostenerne il costo. Nello specifico, i servizi per i quali il servizio sanitario concorre a sostenere la spesa attraverso oneri a rilievo sanitario sono elencati nella Tabella 2, suddivisi per area di utenza e per gruppo di sezione in base alle definizioni date dall'indagine censuaria Istat.

Inoltre, il servizio sanitario sostiene direttamente i costi delle prestazioni mediche, paramediche ed infermieristiche a favore degli anziani ospiti di strutture residenziali, semi-residenziali o assistiti a domicilio. Si tratta di spese sanitarie che, proprio perché sostenute all'interno di strutture residenziali o nell'ambito

dell'assistenza domiciliare, appare del tutto ragionevole imputare al costo dei servizi socio-sanitari, dal momento che senza di esse il servizio non potrebbe realizzarsi.

La spesa che l'Ausl eroga per il finanziamento e la produzione dei servizi socio-sanitari può pertanto essere scissa in due componenti, che di seguito si definiscono **oneri a rilievo sanitario** e **spesa sanitaria**.

Per quanto riguarda la produzione dei servizi sociali, come è già emerso nel precedente capoverso, è importante il ruolo coperto, ad esempio, dalle **Asp**, che, per svolgere la loro attività a favore di persone anziane e disabili, non attingono solo a risorse fornite dai comuni, ma ricevono finanziamenti anche dagli utenti del servizio e dall'Azienda sanitaria, per la parte di spesa relativa agli oneri a rilievo sanitario (senza tralasciare quella, seppur minima, parte delle entrate derivanti da donazioni).

Quanto detto per le Asp può essere esteso anche a tutte le imprese, siano esse cooperative, organismi non profit o privati, coinvolte nel processo di produzione di servizi tipico del sistema di *welfare mix* della nostra regione. Questi soggetti producono servizi la cui remunerazione è, per una parte non trascurabile, rappresentata da trasferimenti da enti appartenenti alle Amministrazioni pubbliche in senso tecnico (ad esempio il Comune o l'Ausl), ma anche da risorse ricevute direttamente dagli utenti dei servizi stessi, analoghe alle compartecipazioni degli utenti percepite dai comuni e rilevate dall'Istat.

Tabella 2. Gli oneri a rilievo sanitario inclusi nella spesa per servizi sociali integrata

Area di utenza	Gruppo di sezione	Servizio
Anziani	Interventi e servizi	Assegno di cura Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Assistenza domiciliare socio-assistenziale
	Strutture	Centri diurni Strutture residenziali Altri servizi socio sanitari (Uvg)
Dipendenze	Interventi e servizi	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, ergoterapie Altro (ginnastica, nuoto)
	Strutture	Strutture residenziali Semiresidenzialità comunità alloggio
Disabili	Interventi e servizi	Assegno di cura Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari Assistenza domiciliare socio-assistenziale Altro (sussidi, ginnastica, nuoto, mediazione culturale)
	Strutture	Strutture comunitarie e residenziali Centri diurni Ludoteche/laboratori protetti
Famiglia e minori	Interventi e servizi	Assistenza domiciliare socio-assistenziale Attività riabilitative NPI (ginnastica, nuoto, musica)
	Strutture	Centri diurni NPI Strutture residenziali
Povertà e disagio adulti	Interventi e servizi	Assistenza domiciliare socio-assistenziale Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo Altri servizi, attività riabilitative
	Strutture	Centri diurni specifici per disagio mentale Laboratori protetti disagio mentale Strutture residenziali per le altre categorie del disagio psichico

In sintesi, i percorsi dei **flussi finanziari** che intercorrono tra gli attori che operano sul mercato dei servizi sociali assistenziali, sono i seguenti:

- il comune (singolo o associato) riceve trasferimenti dall'Ausl e le compartecipazioni degli utenti dei servizi. Secondo la logica che presiede la costruzione dell'indagine Istat, i trasferimenti che i comuni fanno agli altri enti convenzionati (cooperative private e privati) e Asp vengono già ricompresi nella spesa netta;
- le Ausl fanno trasferimenti non solo ai Comuni, ma anche direttamente alle Asp e agli altri enti che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati;

- i beneficiari contribuiscono al costo dei servizi con compartecipazioni che affluiscono non solo ai comuni, ma anche alle Asp e agli altri enti che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati;
- le Asp e gli altri enti, che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati, svolgono la propria attività di produzione di servizi ricevendo mezzi finanziari dai Comuni, dall'Ausl, dagli utenti e da altre fonti, tra cui le donazioni di privati. Le Asp e gli altri enti che operano in regime di convenzione sono istituzioni che – con riferimento ai posti in convenzione – non sopportano direttamente alcun costo proprio dei servizi, dato che a fronte delle spese si hanno sempre trasferimenti da parte degli altri attori.

Gli schemi proposti di seguito (Figura 2 e Figura 3) illustrano in modo visivo le relazioni finanziarie tra gli attori del panorama socio assistenziale, evidenziandone i rapporti attraverso l'articolazione della spesa tra funzione di produzione (colore verde) e funzione di finanziamento (colore rosso).

Tra i **produttori** del servizio troviamo il Comune, l'Azienda Sanitaria, le Asp, con strutture residenziali o centri diurni (per anziani o disabili) e gli enti privati convenzionati. Il **costo** è invece sostenuto dal Comune, per la parte di spesa netta (secondo la terminologia dell'indagine Istat, al netto della compartecipazione utenti e del servizio sanitario), dall'Ausl (attraverso oneri a rilievo sanitario e spesa sanitaria), dagli utenti e dai soggetti che effettuano donazioni direttamente alle Asp e ai produttori di servizi privati, che operano in regime di convenzionamento.

L'insieme degli attori sopra menzionati può ritenersi completo, in quanto considera tutti gli enti (comuni, Ausl e Asp) che appartengono all'aggregato delle Amministrazioni pubbliche.

Prima di proseguire, conviene tuttavia soffermarsi su alcune precisazioni.

Come già sottolineato diverse volte nel corso dei paragrafi precedenti, il modello di welfare della nostra provincia, da tempo coinvolge, per la produzione dei servizi, anche soggetti che appartengono al settore privato (cooperative sociali, enti del terzo settore o imprese private vere e proprie) per la fornitura, ad esempio, dei servizi educativi ai minori o dei servizi per la non autosufficienza.

È bene soffermarci, prima di proseguire, sul caso della prestazione di servizi da parte di un ente privato convenzionato. Come abbiamo detto, l'indagine dell'Istat rileva i flussi che dai bilanci dei comuni vanno agli enti privati operanti in regime di convenzione; la stessa rilevazione non è invece in grado di individuare le spese che, in seguito a convezioni con soggetti privati, l'Ausl eroga direttamente a tali soggetti o per prestazioni di tipo sanitario o per oneri a rilievo sanitario. A questa carenza fa fronte la nostra prospettiva di lavoro, che integrando la rilevazione dell'Istat con i bilanci dell'Ausl, consente di catturare anche questa spesa

(anche se non siamo in grado di scorporarla dal complesso dei trasferimenti per gli oneri a rilievo sanitario dell'Ausl).

Un'ulteriore precisazione necessaria riguarda la definizione della compartecipazione degli utenti al costo di servizi erogati da cooperative o privati per posti convenzionati. Questi enti, in taluni casi, si pensi ad esempio all'assistenza domiciliare socio-assistenziale o al trasporto sociale per disabili, percepiscono le tariffe direttamente dai cittadini per i servizi resi, senza che queste transitino per il bilanci del comune, e pertanto questa parte di spesa non viene rilevata dall'Istat. In questo lavoro, non disponendo di fonti informative dirette, tale componente sarà stimata in modo indiretto con riferimento soltanto alle prestazioni di servizi che assorbono il maggior ammontare di spesa (strutture residenziali e centri diurni per anziani e asili nido). Riteniamo che la mancata rilevazione completa di questi flussi non influisca significativamente sui risultati della ricerca. Siamo tuttavia pienamente consapevoli che il completamento di questi aspetti merita di essere posto all'attenzione dei gestori dei servizi sociali e di essere oggetto di eventuali futuri approfondimenti.

Lo schema proposto – ribadiamo – non prende in considerazione la spesa privata che viene sostenuta nell'erogazione di servizi da parte di soggetti privati autorizzati, ma non inseriti attraverso il convenzionamento nel processo di regolamentazione gestito dal pubblico (il c.d. “privato”), né la spesa privata erogata a soggetti che offrono servizi di cure ad anziani e minori (assistenti familiari, baby sitting, ecc.), che pure rappresentano una parte importante del costo delle spese di cura che le famiglie devono sostenere. In quest'ottica la ricerca non permette, inoltre, di tenere conto del valore dei servizi di cura che vengono offerti gratuitamente nell'ambito della famiglia, il lavoro non pagato sostenuto dalla parte femminile delle famiglie. Queste componenti sono tuttavia di rilevanza cruciale per fornire un quadro completo di questi “mercati” e per valutare l'efficacia delle politiche pubbliche. Su di essi meriterà di concentrare l'attenzione in futuro.

Figura 2. Chi produce i servizi nel sistema di welfare locale

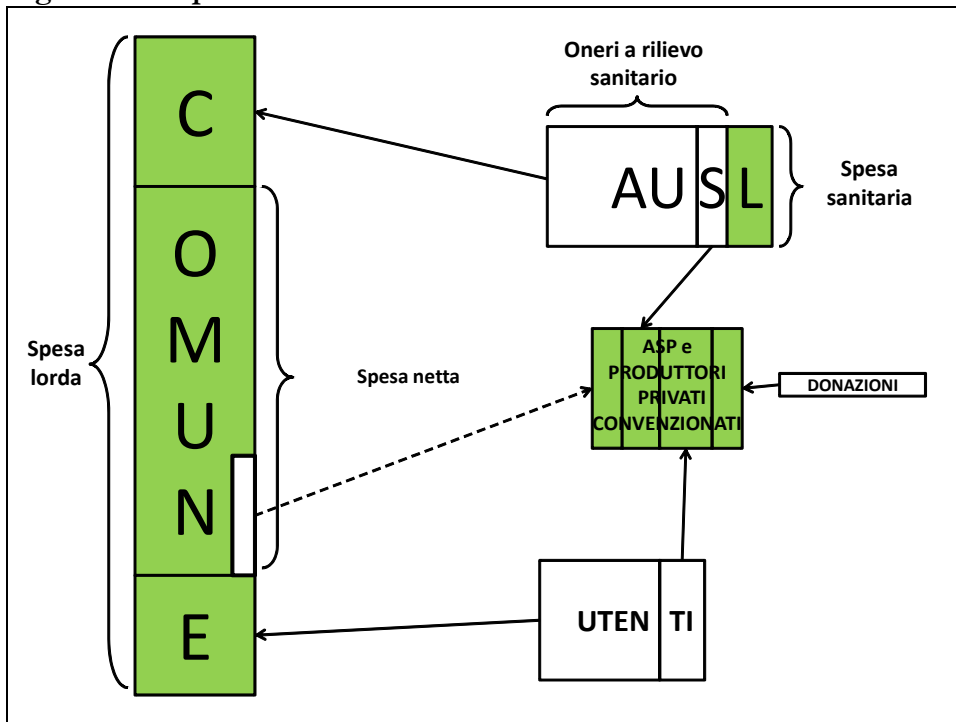
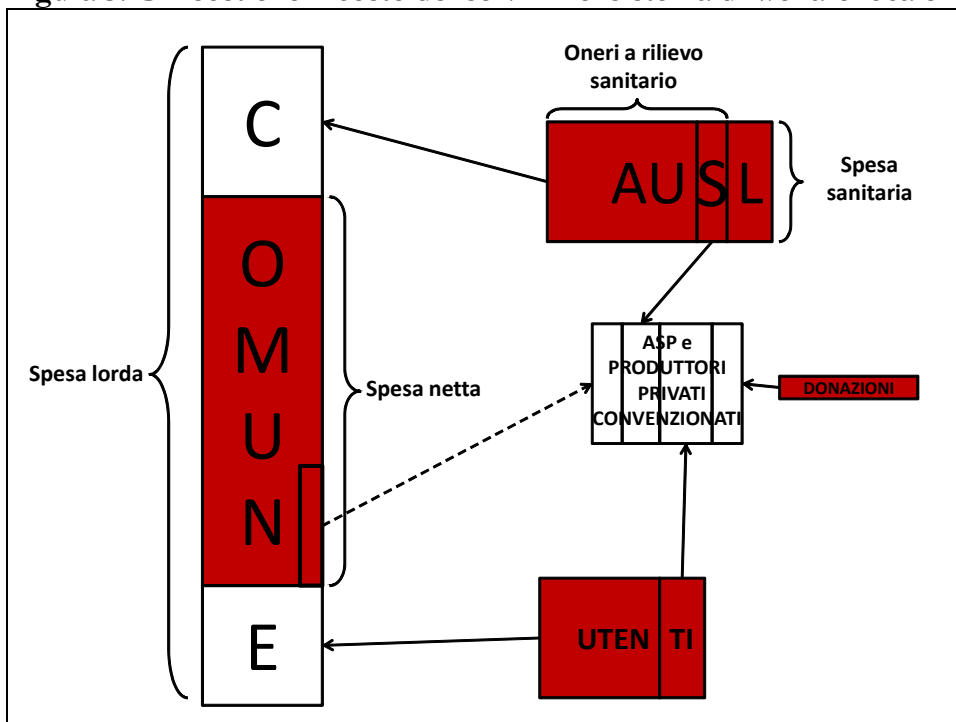


Figura 3. Chi sostiene il costo dei servizi nel sistema di welfare locale



2.2. Utilizzo di nuove fonti informative

La consapevolezza dei limiti dell'Indagine Istat ci ha portato, a livello metodologico, ad allargare il numero degli attori considerati nel processo di finanziamento e produzione dei servizi e, conseguentemente, ad utilizzare nuove fonti informative, riguardanti i bilanci di quei soggetti attivi sul mercato, ma non considerati nell'indagine nazionale.

L'arricchimento più importante è stato realizzato, grazie alla collaborazione con i funzionari dell'Ausl e con i responsabili dei distretti, attraverso importanti momenti di confronto. Questi incontri hanno fatto emergere alcune discrepanze tra i flussi rilevanti per il medesimo servizio nell'Indagine Istat e nelle nuove fonti prese in considerazione, dovute principalmente a differenze nella modalità di classificazione dei servizi sociali offerti e nella disomogeneità delle definizioni nelle diverse fonti informative disponibili. Il contatto diretto con funzionari e responsabili dell'Ausl ha permesso di valutare con consapevolezza queste discrepanze, suggerendo le scelte di volta in volta più idonee ai fini della ricerca, in modo da tracciare il quadro più preciso e realistico della spesa per distretto.

Un aiuto nell'adozione di definizioni omogenee è probabilmente costituito dalla realizzazione del nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali redatto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nell'ottobre 2009, proprio "quale strumento di mappatura degli interventi e dei servizi sociali, attraverso la descrizione e definizione di tutte le voci desunte confrontando, integrando e raccordando le classificazioni previste per gli interventi e servizi sociali delle regioni" e che nel prossimo futuro dovrebbe costituire "anche la base di riferimento per il Glossario utilizzato nella *Rilevazione sugli Interventi e Servizi Sociali dei Comuni singoli o associati*".

Una seconda fonte di informazioni è stata fornita dalla Provincia, che dispone dei dati completi relativi ai bilanci delle strutture gestite dalle Asp operanti sul territorio, raccolti attraverso la "Rilevazione sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali".

La **strategia** adottata per la ricostruzione del quadro di finanziamento e produzione può quindi essere riassunta in cinque punti fondamentali:

1. Il punto di partenza è la rilevazione dell'Istat per le componenti di **spesa netta** (data dalla differenza tra la spesa in conto corrente di competenza per l'anno di riferimento e la compartecipazione alla stessa da parte del Ssn e degli utenti) e **per la parte di compartecipazione da parte dei beneficiari** del servizio.

2. La parte relativa ai trasferimenti dall'Ausl ai Comuni, definita dall'Istat come **compartecipazione Ssn**, che identifica gli oneri a rilievo sanitario, è stata

sostituita da una ricostruzione dei dati basata sui bilanci dell'Azienda Sanitaria stessa e, per alcuni servizi destinati ad anziani e disabili non autosufficienti, confermata dal Fondo Regionale per la non autosufficienza. In questo caso si è proceduti alla sostituzione di fonti più certe a fonti meno certe.

3. Il terzo passo è stato quello di inserire, sempre **ricorrendo ai bilanci Ausl, la spesa sanitaria**, vale a dire parte di spesa sostenuta direttamente dal Ssn per medicinali, prestazioni mediche, paramediche ed infermieristiche forniti alle Asp e, in misura limitata, ad altre istituzioni che forniscono servizi socio-sanitari.

4. Le componenti di spesa relative ai **bilanci delle strutture gestite dalle Asp**, fornite direttamente dalla Provincia, danno informazioni rispetto ai trasferimenti che le stesse ricevono dai comuni, dall'Azienda Sanitaria, dagli utenti del servizio e da altre entrate o donazioni.

5. L'ultimo passo è infine costituito dalla stima indiretta delle compartecipazioni al costo da parte degli utenti versate direttamente a soggetti privati per posti convenzionati di asili nido e di degenza in residenze protette.

Il disegno così adottato per lo studio del mercato dell'offerta dei servizi socio assistenziali ha permesso di mettere in luce – come si è peraltro già rilevato nel precedente Rapporto – una parte di spesa aggiuntiva di dimensioni non trascurabili, considerata solo in parte dall'indagine Istat ma sostenuta dal sistema sanitario oltre che come spesa socio-sanitaria verso le Asp e i comuni, come spesa sanitaria.

La metodologia sopra proposta è stata adottata per la ricostruzione e l'analisi dei dati di spesa per l'anno 2006 e 2007, fornendo articolazioni per distretti e per le grandi aree di intervento.

2.3. Problemi di coordinamento delle fonti statistiche dopo il varo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Il varo nel 2007, del Fondo regionale per la non autosufficienza (Frna), istituito con legge finanziaria regionale a fine 2004 (art. 51 della legge finanziaria regionale 23 dicembre 2004, n.27), ha modificato in modo significativo il sistema informativo di una delle più importanti componenti della spesa assistenziale, introducendo processi di gestione e monitoraggio di questa componente di spesa innovativi rispetto al passato. Ai fini del nostro lavoro, questa innovazione ha posto il problema di valutare la compatibilità dei nuovi flussi informativi e della relativa governance con le fonti e le prassi gestionali precedenti.

Sotto il profilo puramente informativo, si è cercato di confrontare ed integrare, alle fonti già prese in considerazione, i dati provenienti dalla Scheda di ricostruzione del quadro allargato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza (d'ora in poi Scheda allargata), estratti dal Sistema Informativo per il Monitoraggio del Frna. Si tratta di uno strumento introdotto dalla Regione Emilia-Romagna, che permette di controllare su quali servizi i distretti spendono le risorse del Fondo per la non autosufficienza. In questa scheda sono inserite le spese per i servizi socio-sanitari per le persone non autosufficienti (anziani e disabili adulti), un sottoinsieme del più ampio quadro dell'offerta dei servizi per anziani e disabili adulti, presenti nell'indagine Istat.

La possibilità di utilizzare questa fonte per la descrizione della spesa per servizi a favore di soggetti non autosufficienti della provincia avrebbe permesso di sostituire le fonti utilizzate per rilevare la spesa degli enti territoriali (Comuni, Ausl, Asp) nel consuntivo 2006. Se questo esperimento di integrazione avesse dato risultati positivi, sarebbe stato possibile valorizzare le informazioni esistenti, il lavoro dei referenti locali e garantire una più agevole raccolta di informazioni per il futuro.

Infatti, la scheda allargata fornisce, per ogni servizio destinato ad anziani e disabili non autosufficienti, dettagliate informazioni sulla ripartizione della spesa tra gli attori pubblici coinvolti (Box 2). Oltre che l'ammontare degli oneri a rilievo sanitario, che confluiscono nel Frna, troviamo le risorse erogate dai Comuni, la contribuzione degli utenti, comprensiva della compartecipazione degli stessi alle strutture private convenzionate (una quota della spesa sociale integrata che, ad oggi, è stato possibile solo stimare), l'eventuale quota di risorse provenienti dal fondo sociale regionale o da altri Enti e soggetti pubblici o privati.

I problemi riscontrati in questo tentativo di integrazione sono però stati molteplici, e sono descritti in dettaglio nell'appendice 1.2. A causa di questi problemi, pur consapevoli che un'integrazione tra le fonti avrebbe portato interessanti e significativi risultati per sottocategorie di servizi, non è stato possibile procedere in questa direzione.

Box 2. La scheda di ricostruzione del quadro allargato degli interventi e servizi per la non autosufficienza

La Scheda allargata è composta di tre parti, ciascuna compilata da un soggetto diverso ma comunque coinvolto nel processo di gestione del Fondo a livello distrettuale. Una sezione è di competenza del comune, una è di competenza dell'ufficio di piano (ambito distrettuale) e un'ultima sezione è compilata con i dati forniti dall'Azienda Sanitaria, utilizzando un sistema informativo operante su piattaforma web (il Sistema Informativo per il Monitoraggio del Frna). L'inserimento dei dati può avvenire separatamente, per semplificare il processo; sarà poi il sistema informatico a ricomporre il quadro allargato a livello distrettuale.

I soggetti coinvolti, a seconda della fonte di finanziamento, compilano la parte loro assegnata inserendo i flussi di spesa sostenuti nel corso dell'anno per servizi destinati a soggetti anziani non autosufficienti e disabili.

Nell'area Anziani, per il 2007, i servizi sono distinti in due macro sezioni: *Assistenza domiciliare e Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie*. Nella prima parte troviamo servizi come le strutture residenziali (Rsa e case protette), i progetti assistenziali individuali e altre strutture (case di riposo, comunità alloggio...). La voce domiciliarità, invece, si ripana in ricoveri temporanei e di sollievo, centri diurni, assegno di cura per anziani, assistenza domiciliare e servizi connessi, servizi e-care, emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari, servizi di prossimità, servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico, interventi di contrasto all'isolamento e solitudine, sostegno alle reti sociali e relazionali.

Per l'area Disabili, alle macro sezioni dell'area Anziani si aggiunge *Assistenza semi-residenziale*. In questo caso le voci risultano più dettagliate e specifiche rispetto alle precedenti: per le strutture residenziali, infatti, troviamo la distinzione tra centri socio-riabilitativi residenziali, residenzialità per disabili gravissimi e strutture di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette). Così come per l'assegno di cura, rientrante in domiciliarità e distinto tra assegno di cura gravissime disabilità acquisite e assegno di cura per disabili gravi. I servizi semi-residenziali sono distinti in centri diurni socio-riabilitativi e centri socio occupazionali. Per somme residue minimali è prevista anche una voce generale *altro* in cui è necessario specificare il servizio di riferimento.

Con l'aiuto, anche in questo caso, dei responsabili dell'Azienda Sanitaria e degli Uffici di piano, si è cercato di raggiungere la più corretta definizione della spesa sociale attraverso lo studio e l'esame dei dati di ogni singolo servizio offerto per ogni fonte di dati disponibile. Il risultato ha portato ad integrare e utilizzare, per l'analisi effettuata nei paragrafi successivi: l'indagine censuaria Istat per la parte di spesa di competenza del comune (spesa netta) e per la parte di compartecipazione degli utenti per i servizi gestiti dall'ente pubblico stesso; il bilancio dell'Azienda Sanitaria secondo la classificazione dei servizi stabilita nel questionario dell'indagine censuaria nazionale, avallato quando possibile, per i problemi descritti, dalle somme registrate nella scheda allargata del monitoraggio Frna; i bilanci delle strutture gestite dalle Asp forniti dalla Provincia per i trasferimenti erogati dal comune, dagli utenti, dall'Ausl, da altre entrate e donazioni. Infine per la compartecipazione degli utenti alle organizzazioni private, che operano in regime di convenzione, si è proceduto alla stima di tale flusso partendo da informazioni relative, per strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, al totale delle

giornate annue di effettiva presenza su posti convenzionati per singola struttura, desunto dai prospetti dell'Azienda Sanitaria, moltiplicate per la quota giornaliera a carico dell'ospite; per gli asili nido, come si dirà più diffusamente nel paragrafo 4.1, la compartecipazione degli utenti è stata integrata delle somme, particolarmente rilevanti nel caso del distretto di Modena, che gli utenti pagano direttamente ai gestori convenzionati.

3. La spesa sociale integrata nella provincia di Modena nel 2007

3.1. La ricostruzione della spesa sociale integrata

Seguendo l'articolazione della spesa sociale tra gli attori pubblici del mercato dei servizi assistenziali illustrata nei paragrafi precedenti, la Tabella 3 riporta la ricostruzione della spesa sociale integrata complessiva per distretti nel 2007, con opportuni confronti e riferimenti al 2006.

Le colonne, per semplicità espositiva, sono state numerate progressivamente da sinistra a destra, da 1 a 15. L'ammontare di spesa socio sanitaria integrata, divisa per distretto, è indicato nella colonna 12 ed è la somma di:

1. la spesa sostenuta dal Comune – singolo o associato – erogata per la fornitura di servizi gestiti direttamente dallo stesso (colonna 1), estrapolata dall'indagine censuaria Istat;
2. la spesa sostenuta direttamente dagli utenti (colonna 6), data dalla somma tra:
 - a. la spesa sostenuta da soggetti che usufruiscono di servizi gestiti direttamente dal comune (colonna 3), dati forniti dall'Istat;
 - b. la spesa di coloro che si rivolgono a servizi erogati dalle strutture gestite dalle Asp (colonna 4), dato fornito dalla Provincia;
 - c. la stima della spesa per la compartecipazione degli utenti a servizi erogati da soggetti privati per posti convenzionati (colonna 5). Per questo dato di stima si fa riferimento a strutture residenziali e semiresidenziali per l'area anziani – dato ricavato dalle giornate di effettiva presenza in struttura moltiplicate per la quota giornaliera a carico dell'ospite – e agli asili nido per il solo distretto di Modena, quest'ultimo desunto dal Rapporto di gestione del Comune di Modena e corrispondente agli importi delle rette riscosse dagli appaltatori, che non transitano per il bilancio comunale e quindi non censiti dall'indagine Istat;
3. l'ammontare pervenuto alle Asp tramite donazioni o altre entrate (colonna 7), dato fornito dalla Provincia;
4. la spesa sostenuta dall'Ausl (colonna 11) sotto forma sia di oneri a rilievo sanitario (colonna 8) sia di spesa sanitaria (colonna 10), dato fornito dall'Azienda e ricavato, in parte, dal bilancio della stessa e, in parte, dalla colonna della scheda allargata riferita al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Le colonne 2 e 9 sono un “di cui” del totale che sta alla loro sinistra ed indicano i trasferimenti che le Asp o gli altri enti convenzionati ricevono, rispettivamente, dal Comune – come parte della spesa netta – e dall’Azienda Sanitaria come oneri a rilievo sanitario.

La colonna 13 indica la composizione percentuale per distretto della spesa totale provinciale. Mentre, le colonne 14 e 15 misurano la variazione subita dalla spesa totale integrata nel passaggio dal 2006 al 2007, rispettivamente in valori assoluti (milioni di euro) e in valori percentuali. Per rendere omogeneo il confronto temporale, l’integrazione della spesa con la stima della contribuzione utenti al costo sostenuto da enti convenzionati per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e per gli asili nido per il solo distretto di Modena, è stata effettuata anche per il 2006.

Nelle ultime righe viene esplicitato il totale di spesa in valori assoluti della provincia e le percentuali di partecipazione al costo a seconda del finanziatore (comune, utenti, donazioni e altre entrate, servizio sanitario) per il 2007 e per il 2006. L’ultima riga mostra la variazione percentuale dal 2006 al 2007 per ogni colonna indicata.

Tabella 3. Spesa sociale integrata della provincia di Modena erogata da Comuni (singoli o associati), Asp e Ausl per distretti nel 2007 e variazione rispetto al 2006 (milioni di euro)

Distretto	Spesa Comune al netto della compartecipazione utenti e SSN		Compartecipazione utenti				Donaz/ altre entrate Asp	Spesa erogata dal SSN				Totale spesa integrata	Composizion e	Variazione 06-07				
	Mln	di cui trasferiti alle Asp	al Comune	alle Asp	per posti privati convenzionati (stima)	Tot		Tot	Oneri a rilievo sanitario	Spesa sanitaria	Tot spesa SSN			Mln	Mln	Mln	Mln	%
			Mln	Mln	Mln	Mln			Mln	Mln								
	1	2	3	4	5	6 3+4+5		7	8	9	10			11 8+10	12 1+6+7+11	13	14	15
Carpi	18,5	0,8	3,7	3,5	0	7,2	0,01	8,5	2,7	1,5	10,0	35,6	14,0	1,4	4,2			
Mirandola	13,9	0,4	5,3	3,0	0	8,3	0,01	8,6	1,6	1,9	10,5	32,7	12,9	4,6	16,6			
Modena	47,8	1,1	11,0	0,6	5,0	16,6	0,01	21,3	0,0	4,5	25,8	90,2	35,5	6,9	8,3			
Sassuolo	18,7	0,2	3,5	2,0	1,3	6,9	0	8,3	1,5	2,1	10,3	35,9	14,1	3,2	9,7			
Pavullo	3,8	0,0	1,1	0,8	1,5	3,4	0	4,1	0,4	1,8	6,0	13,1	5,2	1,0	8,4			
Vignola	10,6	0,0	5,1	1,2	1,4	7,8	0,001	7,9	0,9	1,7	9,6	28,0	11,0	4,7	20,1			
Castelfranco	9,2	0,1	2,5	1,4	0,3	4,2	0	4,6	1,4	1,0	5,5	19,0	7,4	0,3	1,7			
provincia	2007	122,4	2,6	32,4	12,5	9,6	54,4	0,0	63,2	8,5	14,4	77,7	254,5	100	22,2	9,3		
	%	48,1	1,0	12,7	4,9	3,8	21,4	0,0	24,9	3,3	5,7	30,5	100					
	2006	115,2	2,3	28,6	13,2	8,3	50,0	1,1	53,6	7,1	12,3	66,0	232,3					
	%	49,6	1,0	12,3	5,7	3,6	21,5	0,5	23,1	3,0	5,3	28,4	100					
Δ%		6,2	16,3	13,2	-5,5	16,2	8,8	-97,8	17,9	19,7	17,2	17,8	9,6					

3.2. L'analisi dei dati di spesa per distretto

Per il 2007 si è stimata una spesa socio-sanitaria per la provincia di Modena di 254,5 milioni di euro (Tabella 3), con una variazione in valore assoluto rispetto al 2006 di 22,2 milioni di euro, pari al 9,6%. Tale spesa è sostenuta per quasi la metà (122,4 milioni) dai comuni, per 77,7 milioni (28,4%) dall'Ausl e per 54,4 milioni (21% circa) dagli utenti. L'aumento più significativo, 11,7 milioni di euro, si è avuto per gli oneri a rilievo sanitario e per la spesa sanitaria (9,6 milioni per i primi e 2,1 milioni per la fornitura di farmaci, prestazioni mediche, paramediche ed infermieristiche).

Da questa prima analisi appaiono subito evidenti le **significative differenze distrettuali** (colonna 13). L'aumento medio del 9,6% registrato nel 2007 non ha portato ad un livellamento della spesa tra i territori; si riscontrano invece notevoli differenze, oltre che nella compartecipazione degli utenti alla spesa sociale integrata (Modena spende 5 volte più degli altri distretti – colonna 13) nella variazione di spesa dal 2006 al 2007. In valori percentuali, il campo di variazione va dal 20,1% di Vignola all'1,7% di Castelfranco (colonne 14 e 15).

I medesimi dati, esaminati non più nell'ottica distrettuale ma per area di intervento (Tabella 4), evidenziano che la maggior parte dell'incremento della spesa sociale integrata si è avuto a favore di due aree di intervento: anziani e disabili.

Per l'**area anziani**, nel 2007 la spesa è stata di circa 116 milioni di euro (il 45,5% del totale della spesa sociale integrata), seguita dall'**area famiglia e minori**, con 70,7 milioni, e dall'**area disabili**, con quasi 40 milioni di euro.

La percentuale di spesa per le tre aree ammonta all'89% del totale della spesa sociale integrata della provincia di Modena per il 2007.

Rispetto al 2006 il maggior incremento si registra a favore dell'area anziani, con 13 milioni di euro di variazione assoluta, destinati a servizi per la popolazione ultra sessantacinquenne (colonna 14). In valori percentuali, l'area che ha maggiormente beneficiato dell'incremento di spesa è quella dei disabili: l'aumento, in valore assoluto, è di 5,4 milioni di euro (pari al 15,8% – colonna 15).

Tabella 4. Spesa sociale integrata nella provincia di Modena erogata da Comune (singolo o associato), Asp e Ausl per area di intervento nel 2007 e variazione rispetto al 2006

Area	Spesa Comune al netto della compartecipazione utenti e SSN		Compartecipazione utenti				Donaz/ altre entrate Asp	Spesa erogata dal SSN				Totale spesa integrata	Composi zione	Variazione 2006-2007			
	Mln	di cui trasferiti alle Asp	al	alle Asp	per posti privati convenzionati (stima)	Tot		Oneri a rilievo sanitario		Spesa sanitaria	Tot spesa SSN			Mln	Mln	Mln %	
			Comune	Mln	Mln	Mln		Mln	Tot	di cui trasferiti a Asp e altri enti convenzionati						Tot	Mln
	1	2	3	4	5	6 3+4+5		7	8	9	10			11 8+10	12 1+6+7+11	13	14
Anziani	24,5	1,5	21,6	11,9	8,0	41,4	0,01	35,2	8,5	14,4	49,7	115,6	45,5	13,0	12,7		
Dipendenze	0,6	0	0	0	0	0,0	0	3,5	0	0	3,5	4,1	1,6	-0,7	-14,3		
Disabili	21,5	0,7	0,6	0,6	0	1,2	0,01	17,0	0	0	17,0	39,8	15,6	5,4	15,8		
Famiglia e minori	58,2	0,4	10,0	0	1,7	11,7	0	0,9	0	0	0,9	70,7	27,8	2,9	4,3		
Giovani	2,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,4	0,9	0,2	9,3		
Immigrati	3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,5	1,4	0,1	3,3		
Multiutenza	7,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,0	2,8	0,8	12,8		
Povert� e disagio adulti	4,7	0	0	0	0	0	0	6,6	0	0	6,6	11,4	4,5	0,5	4,2		
provincia	2007	122,4	2,6	32,4	12,5	9,6	54,4	0,02	63,2	8,5	14,4	77,7	254,5	100	22,2	9,6	
	%	48,1	1,0	12,7	4,9	3,8	21,4	0,01	24,9	3,3	5,7	30,5	100				

La griglia del questionario dell'indagine Istat ci permette di individuare i principali servizi che compongono ciascuna area di utenza. Di seguito (Tabelle 5, 6 e 7) riportiamo i risultati per le tre principali aree di utenza: anziani, famiglia e minori e disabili, che, come detto, rappresentano l'89% del totale della spesa sociale integrata.

Tabella 5. Spesa sociale provinciale integrata per servizio, area anziani, 2007

	Mln	% sulla spesa per anziani	% sul totale spesa sociale integrata	Var. % 2007/2006
Strutture residenziali	84,9	73,4	33,4	12,3
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	8,6	7,4	3,4	14,8
Centri diurni	7,1	6,2	2,8	25,1
Assegno di cura	5,3	4,6	2,1	28,8
Servizio sociale professionale	2,0	1,7	0,8	4,8
Altri servizi	7,7	6,7	3,0	-1,7
Totale Spesa Anziani	115,6	100	45,5	12,7

Tabella 6. Spesa sociale provinciale integrata per servizio, area famiglia e minori, 2007

	Mln	% sulla spesa per famiglia e minori	% sul totale spesa sociale integrata	Var. % 2007/2006
Asilo nido	37,6	53,2	14,8	3,2
Contributi per l'alloggio fondo sociale per l'alloggio	6,9	9,8	2,7	3,7
Strutture residenziali	4,5	6,3	1,8	12,5
Retta per prestazioni residenziali	3,0	4,2	1,2	37,5
Servizio sociale professionale	2,8	3,9	1,1	5,6
Altri servizi	16,0	22,6	6,3	6,1
Totale Spesa Famiglia e minori	70,7	100	27,8	4,3

Tabella 7. Spesa sociale provinciale integrata per servizio, area disabili, 2007

	Mln	% sulla spesa per disabili	% sul totale della spesa sociale integrata	Var. % 2007/2006
Sostegno socio-educativo scolastico	10,2	25,6	4,0	12,1
Strutture residenziali	10,1	25,3	4,0	20,7
Centri diurni	8,7	22,0	3,4	7,0
Trasporto sociale	1,6	4,1	0,6	12,1
Ludoteche/laboratori	1,4	3,6	0,6	58,3
Altri Servizi	7,7	19,4	3,0	20,7
Totale Spesa Disabili	39,8	100,0	15,6	15,8

Le strutture residenziali per anziani sono i servizi verso i quali viene speso l'ammontare di risorse più cospicuo: quasi 85 milioni di euro nel 2007, pari al 73,4% della spesa dell'area di competenza e al 33,4% del totale della spesa sociale integrata della provincia. Ingente è la differenza di impiego di risorse rispetto all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, ai centri diurni e agli assegni di cura per i quali però, rispetto al 2006, le risorse spese sono in forte crescita rispetto all'anno precedente.

Un ingente quantitativo di risorse (più di 37 milioni di euro, pari al 14,8% del totale della spesa sociale integrata) viene speso per erogare il servizio di asilo nido: si tratta di una somma che rappresenta più della metà del budget destinato all'area di competenza e registra un aumento del 3,2% rispetto al 2006.

Infine, per quanto riguarda l'area disabili adulti, nella provincia di Modena si è investito nel potenziamento dell'offerta complessiva, erogando più di 10 milioni di euro per servizi residenziali; altrettanti vengono spesi per il sostegno socio-educativo scolastico e, infine, 8,7 milioni per i centri diurni. Questi tre servizi, complessivamente, assorbono il 73% del totale della spesa per l'area disabili.

3.3. La spesa sociale integrata procapite

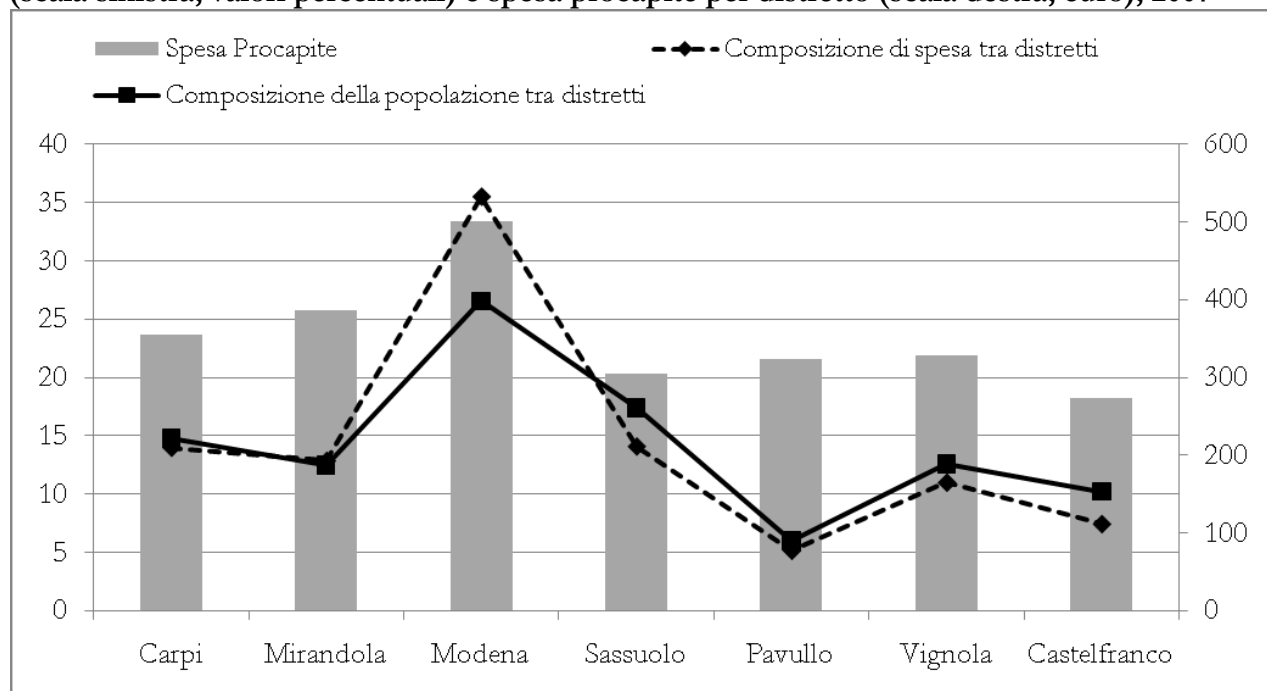
Di maggiore interesse per un'analisi comparativa è la spesa procapite, pari al rapporto tra il totale della spesa sociale integrata e la popolazione residente al 31 dicembre nel territorio di riferimento. Proprio per la diversa distribuzione tra distretti dei segmenti di popolazione "a rischio" di *care dependence* (anziani non autosufficienti; bambini in età da nido; ecc.), la spesa media per abitante normalizza la spesa totale tenendo conto di quella dimensione fondamentale che permette di cogliere le prime differenze territoriali.

A livello provinciale nel 2007 la spesa procapite è stata di 376 euro, un livello elevato nel panorama nazionale. A fronte di questo valore medio si ha però una situazione estremamente polarizzata: da un lato il distretto di Modena (che pesa per oltre il 35% della distribuzione della spesa sociale integrata) con un valore procapite di 502 euro, nettamente sopra il valore medio provinciale; dall'altro gli altri distretti con valori prossimi o nettamente inferiori a quello medio provinciale. In sostanza, nonostante la "normalizzazione" sulla popolazione residente, la distribuzione della spesa procapite per distretti (colonna 5 della tabella 8) conferma la variabilità riscontrata precedentemente (vedi anche Figura 4).

Tabella 8. Spesa sociale integrata assoluta e procapite per distretto, 2007

Distretto	Spesa sociale integrata assoluta	Composizione di spesa tra distretti	Pop totale	Composizione della popolazione tra distretti	Spesa procapite	Indice Provincia = 100	
	Mln	%		%		2006	2007
	1	2		3		4	5 = 1/3
Carpi	35,6	14,0	100.091	14,8	356	100	95
Mirandola	32,7	12,9	84.708	12,5	386	97	103
Modena	90,2	35,5	179.937	26,6	502	134	134
Sassuolo	35,9	14,1	117.755	17,4	305	81	81
Pavullo	13,1	5,2	40.638	6,0	323	88	86
Vignola	28,0	11,0	85.316	12,6	328	80	87
Castelfranco	19,0	7,4	69.227	10,2	274	80	73
Provincia 2007	254,5	100	677.672	100	376	100	100

Figura 4. Composizione della spesa sociale integrata assoluta e della popolazione (scala sinistra, valori percentuali) e spesa procapite per distretto (scala destra, euro), 2007



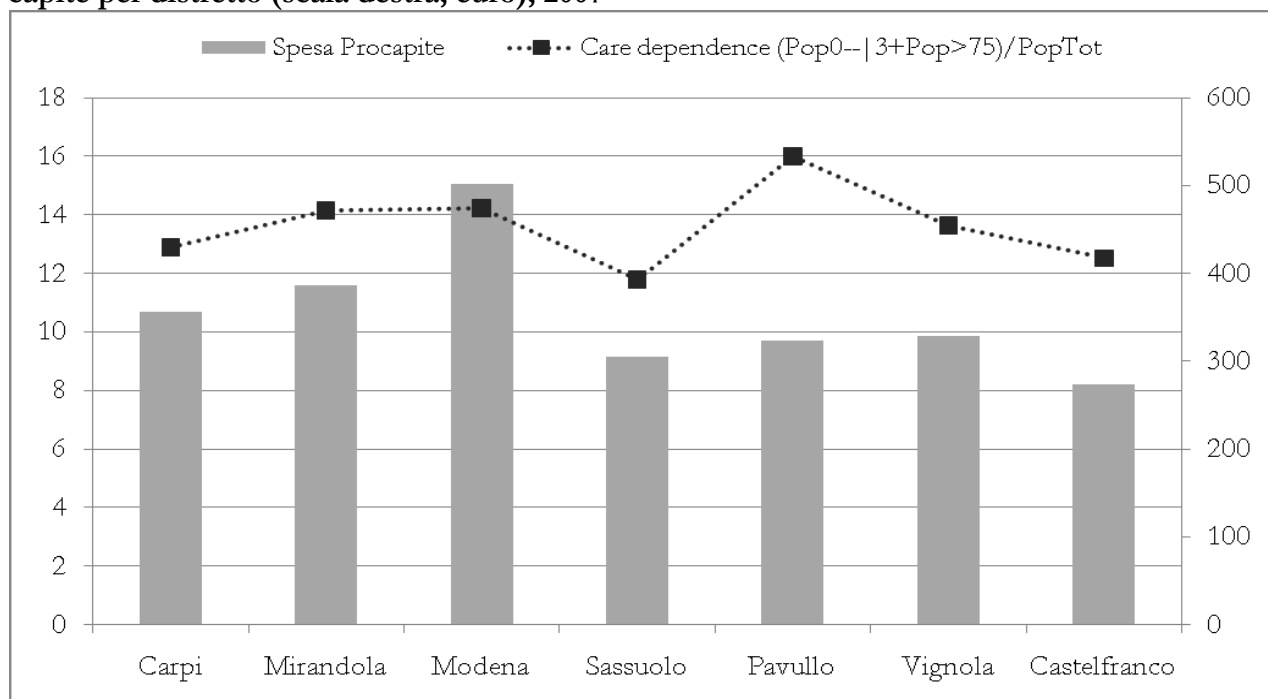
Un importante indicatore, che può aiutare a capire le cause che possono portare a livelli di spesa così differenziati tra distretti, è la **struttura della popolazione**. La tabella 9 presenta anche l'indice di *care dependence*, pari alla percentuale della domanda potenziale di asili nido (popolazione di età compresa tra 0 e 3 anni) e di strutture residenziali (popolazione di età maggiore e uguale ai 75 anni) per distretto, sul totale della popolazione residente (anno 2007).

La bassa spesa procapite dei distretti di Sassuolo e Castelfranco rispetto al resto dei territori è spiegabile, almeno in parte, dalla struttura della popolazione. Castelfranco e Sassuolo, infatti, presentano un indice di *care dependence* più basso rispetto agli altri distretti (figura 5).

Tabella 9. Struttura della popolazione per distretto, 2007

Distretto	Popolazione totale	Popolazione 0-- 3	Pop0-- 3 /pop totale	Popolazione >75	Pop>75/ pop totale	Care Dependence (Pop0-- 3+Pop>75) /Pop totale
Carpi	100.091	2.981	2,98	9.905	9,90	12,87
Mirandola	84.708	2.573	3,04	9.418	11,12	14,16
Modena	179.937	5.023	2,79	20.571	11,43	14,22
Sassuolo	117.755	3.504	2,98	10.359	8,80	11,77
Pavullo	40.638	1.145	2,82	5.351	13,17	15,99
Vignola	85.316	2.657	3,11	8.969	10,51	13,63
Castelfranco	69.227	2.449	3,54	6.216	8,98	12,52
Provincia 2007	677.672	20.332	3,00	70.789	10,45	13,45

Figura 5. Indice di care dependence (scala sinistra, valori percentuali) e spesa pro capite per distretto (scala destra, euro), 2007



Oltre che dalla dimensione e dalla struttura della popolazione, le differenze tra distretti dipendono dalla concatenazione di molti fattori riconducibili a vicende storiche ed economiche.

Un primo importante fattore è costituito dal **livello di benessere**. Considerando il reddito equivalente procapite appare immediato come Modena, città capoluogo di provincia, goda di maggiore benessere economico rispetto a tutti gli altri distretti, così come Pavullo, sia in *deficit* rispetto al resto della provincia a causa dalle più difficile condizioni territoriali e che quindi risulti avere il livello di reddito equivalente più basso (Silvestri 2009). La letteratura economica ha da tempo osservato la presenza di spesa pro capite più elevata là ove il livello di benessere è più elevato (*legge di Wagner*). Seguendo questa interpretazione, a Modena vi sarebbe maggiore disponibilità ad avere servizi più ricchi in considerazione della maggiore capacità contributiva della sua popolazione.

Un secondo aspetto è riconducibile alla **capacità produttiva dei servizi sociali** e quindi alla possibilità di un territorio di riuscire a soddisfare i bisogni dei propri cittadini. Come verrà meglio spiegato nel paragrafo successivo, a conferma del fatto che nell'operazione di *benchmarking* è importante considerare le diverse realtà distrettuali, i valori procapite di spesa erogata dipendono anche dalla tipologia di gestione e dalla differenziazione nelle tipologie di servizi offerti.

Legato a quest'ultimo punto esiste poi la fungibilità di un distretto di servire diversi altri territori limitrofi, generando in tal caso effetti **benefici** tra diverse realtà territoriali. Un esempio è l'attività dell'ASP "Charitas", che offre servizi a disabili adulti e, pur avendo sede nel capoluogo, ha un'utenza proveniente da tutto il territorio provinciale – ed anche da altre province della regione – ma le cui spese per i servizi offerti vengono imputate, in base alla metodologia adottata, integralmente al distretto di Modena.

Un passo in avanti può essere fatto definendo la **spesa procapite target** (tabella 10), calcolata cioè su un sottoinsieme della popolazione totale, che considera l'insieme dei potenziali utenti dei servizi sulla base di fasce di popolazione diverse.

Per l'area anziani, la domanda massima esprimibile è determinata dall'insieme degli ultra settantacinquenni, per l'area dipendenza e disabili la popolazione di riferimento è quella di età compresa tra i 18 e i 65 anni, per i servizi destinati a famiglie e minori il denominatore dell'indice è formato dal numero di famiglie presenti sul territorio al 31 dicembre. Per l'area giovani la popolazione è stata identificata dall'insieme degli individui di età compresa tra i 15 e i 30 anni, gli immigrati sono i cittadini di origine straniera residenti sul territorio provinciale, per l'area multiutenza si è considerata la popolazione totale presente e per l'area povertà e disagio adulti la massima domanda esprimibile è composta dal totale della popolazione maggiorenne.

Nell'analisi per aree di utenza, la spesa procapite target assume valori decisamente differenziati in cui i valori più alti si confermano nelle tre aree principali della spesa sociale: anziani, famiglie e disabili.

Tabella 10. Spesa sociale integrata assoluta e procapite per area calcolata sulla popolazione target, 2007

Area	Spesa sociale integrata assoluta	Composizione di spesa tra aree	Popolazione target	Spesa Procapite (euro)
	Mln	%		
Anziani (pop>75)	115,6	45,4	70.789	1.633
Dipendenze (pop 18-65)	4,1	1,6	424.897	10
Disabili (pop 18-65)	39,8	15,6	424.897	94
Famiglia e minori (nr fam)	70,7	27,8	284.536	249
Giovani (pop 15-30)	2,4	0,9	97.949	24
Immigrati (cittadini stranieri residenti)	3,5	1,4	67.316	51
Multiutenza	7,0	2,8	677.672	10
Povertà e disagio adulti (maggioirenni)	11,4	4,5	424.897	27
Provincia 2007 (popolazione totale)	254,5	100	677.672	376

3.4 Chi produce il servizio e chi ne finanzia il costo

Il percorso intrapreso in questo lavoro ci ha portato a ricostruire in modo concettualmente coerente i flussi finanziari tra Comune, Ausl, Asp, soggetti privati convenzionati e utenti e ci permette di esplicitare l'intreccio finanziario tra gli enti che producono i servizi socio-sanitari.

E' opportuno sottolineare che, pur avendo realizzato miglioramenti e ampliamenti rispetto al Rapporto dello scorso anno, persistono alcuni limiti nella ricostruzione della spesa sociale integrata che rendono il lavoro ancora imperfetto. Al momento siamo nell'impossibilità di distinguere gli oneri a rilievo sanitario, che l'Azienda sanitaria trasferisce a favore di cooperative o privati convenzionati, dagli oneri erogati dall'Ausl stessa al Comune per i servizi da esso direttamente gestiti. Per omogeneità rispetto all'analisi effettuata sui dati del 2006, queste componenti di spesa vengono aggregate e considerate congiuntamente come trasferimenti che l'Ausl effettua nei confronti del comune. L'ammontare dei trasferimenti Ausl-Comune risultano quindi leggermente sovrastimati rispetto alla realtà.

La spesa per assistenza domiciliare, invece, difetta per la parte di spesa sanitaria, che non è stato possibile quantificare sulla base delle attuali strutture contabili dell'Ausl.

Inoltre, la spesa sostenuta dagli utenti **che viene direttamente incassata dal gestore privato convenzionato**, è il risultato di una stima effettuata solo sui

servizi sociali più rilevanti e maggiormente costosi: asili nido e strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

L'analisi che segue rimane comunque significativa per lo studio del "mercato" dei servizi sociali, dal momento che permette di cogliere la distinzione tra produzione e finanziamento dei servizi.

Le tabelle 11 e 12 considerano la distinzione tra produttori e finanziatori rispettivamente per distretto e per area.

Dal lato dei **produttori** troviamo Comune (dati ottenuti dall'indagine censuaria Istat – spesa lorda al netto del trasferimento verso Asp e altri enti privati convenzionati), Ausl per la parte di spesa sanitaria (prestazioni mediche, paramediche, infermieristiche e per la fornitura di farmaci), Asp e altri enti convenzionati per l'ammontare di trasferimenti ricevuti dagli altri attori.

Dal lato dei **finanziatori** abbiamo il Comune per l'ammontare di spesa netta, l'Ausl (spesa sanitaria e oneri a rilievo sanitario), gli utenti (compartecipazione a servizi erogati da Comune, da Asp e da altri enti convenzionati) e la parte di donazioni o altre entrate alle Asp.

Con riferimento ai **produttori** dei servizi, il contributo maggiore è dato dai Comuni, che generano l'81,3% della spesa complessiva, mentre il 13% è realizzato dalle Asp e altri enti convenzionati oltre all'Ausl per la parte della spesa prettamente sanitaria, 5,7%. Dal lato dei **finanziatori** i Comuni finanziano poco più della metà di quanto è prodotto (48,1%); la parte restante è contributo dell'Ausl per il 30,5% e degli utenti dei servizi stessi (21,4%).

Nel confronto distrettuale, di notevole interesse sono i dati riferiti al Comune di Modena, che produce per 439 euro procapite finanziandone 266, in valori assoluti. Dal lato dei finanziamenti, effettuando un confronto tra i valori percentuali nei diversi distretti, notiamo però che Modena non si discosta in modo particolarmente rilevante da altre aree con caratteristiche simili come Sassuolo o Carpi.

Le differenze tra gli attori nel produrre servizi sociali sono in parte riconducibili alla presenza/assenza di Asp. Inoltre, l'ingente percentuale di produzione dei servizi da parte del comune capoluogo di provincia è da ricondurre alla gestione diretta di 2 strutture residenziali per anziani.

Un altro gruppo di distretti è costituito da Mirandola, Vignola e Castelfranco per i quali le percentuali di compartecipazione al costo tra produttori e finanziatori sono simili.

Il distretto di Pavullo rappresenta un *outlier*: in tale distretto l'Ausl produce servizi sociali per 46 euro procapite annue (14,1%), molto più di quanto succede per gli altri distretti, e solo il 65,7% di spesa è sostenuta dai Comuni, 15 punti

percentuali in meno rispetto alla media provinciale. Questa diversa distribuzione di risorse è riconducibile ad una realtà unica in tutta la provincia, la presenza nel distretto montano di una residenza protetta gestita direttamente dall'Azienda Sanitaria. La stessa motivazione può essere data al 20,2% di produzione di servizi da parte di enti convenzionati: il distretto di Pavullo, per le strutture residenziali, raggiunge una percentuale di copertura del 2,8%, come verrà esplicitato nel capitolo quarto.

Tabella 11. Spesa sociale integrata procapite per produttori e finanziatori, per distretto, 2007

Distretto	PRODUTTORI			FINANZIATORI				Totale spesa procapite
	Comune	Ausl	Asp e altri enti convenzionati	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Carpi	272	15	69	184	100	72	0,07	356
%	76,5	4,1	19,4	51,8	28,0	20,1	0,02	100
Mirandola	304	23	59	164	124	98	0,08	386
%	78,8	5,9	15,3	42,4	32,2	25,4	0,02	100
Modena	439	25	38	266	143	92	0,05	502
%	87,5	5,0	7,5	53,0	28,5	18,4	0,01	100
Sassuolo	244	17	43	158	88	58	0	305
%	80,2	5,7	14,1	52,0	28,8	19,1	0	100
Pavullo	212	46	65	93	147	83	0	323
%	65,7	14,1	20,2	28,8	45,4	25,8	0	100
Vignola	266	20	42	124	112	92	0,01	328
%	81,1	6,0	12,9	37,9	34,2	27,9	0,003	100
Castelfranco	213	14	46	133	80	61	0	274
%	77,9	5,1	17,0	48,4	29,2	22,4	0	100
Provincia 2007	305	21	49	181	115	80	0,03	376
%	81,3	5,7	13,0	48,1	30,5	21,4	0,01	100

Le tabelle che seguono mettono in evidenza la spesa procapite per area di bisogno (mantenendo la distinzione tra la produzione ed il finanziamento), calcolata sulla popolazione totale (Tabella 12), e successivamente (Tabella 13) sulla popolazione considerata nell'ottica della massima domanda esprimibile, cioè su quell'insieme di individui che, per caratteristiche anagrafiche, risultano potenziali utenti dei servizi offerti all'interno di ciascuna area.

A livello provinciale, considerando la popolazione totale, viene confermato quanto già rilevato per la spesa sociale integrata, considerata in valore assoluto: si spende di più per i servizi agli anziani (171 euro procapite l'anno), per i servizi a famiglie e minori (104 euro pro capite l'anno) e per i servizi ai disabili adulti (59 euro pro capite l'anno).

Tabella 12. Spesa sociale integrata procapite per produttori e finanziatori, per area, 2007

Area	PRODUTTORI			FINANZIATORI				Totale spesa procapite
	Comune	Ausl	Asp e altri enti convenzionati	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Anziani	105	21	44	36	73	61	0,02	171
%	61,8	12,5	25,8	21,2	43,0	35,8	0,01	100
Dipendenze	6	0	0	1	5	0	0	6
%	100	0	0	15	85	0	0	100
Disabili	57	0	2	32	25	2	0,01	59
%	96,7	0	3,3	54,1	42,8	3,1	0,02	100
Famiglia e minori	101	0	3	86	1	17	0	104
%	97,0	0	3,0	82,3	1,2	16,6	0	100
Giovani	3	0	0	3	0	0	0	3
%	100	0	0	98,5	0	1,5	0	100
Immigrati	5	0	0	5	0	0	0	5
%	100	0	0	98,6	0	1,4	0	100
Multiutenza	10	0	0	10	0	0	0	10
%	100	0	0	100	0	0	0	100
Povert� e disagio adulti	17	0	0	7	10	0	0	17
%	100	0	0	41,8	58,1	0	0	100
Provincia	305	21	49	181	115	80	0,03	376
%	81,3	5,7	13,1	48,1	30,5	21,4	0,0	100

I valori vengono a modificarsi notevolmente se si calcola la spesa sulla popolazione target. Infatti, per il 2007, la spesa   stata di 1.633 euro per la popolazione ultra settantacinquenne e di 249 euro per gli utenti potenziali di servizi a famiglie e minori.

Tabella 13. Spesa sociale integrata procapite per produttori e finanziatori, per area (sulla target domanda massima esprimibile), 2007

Area	PRODUTTORI			FINANZIATORI				Spesa procapite Provincia
	Comune	Ausl	Asp e altri enti convenzionati	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Anziani (>75 anni)	1008	204	421	346	701	585	0,20	1633
Dipendenze (18-65)	10	0	0	1,5	8,3	0,001	0	10
Disabili (18-65)	91	0	3	51	40	3	0,02	94
Famiglia e minori (nr fam)	241	0	7	205	3	41	0	249
Giovani (15-30)	24	0	0	24	0	0	0	24
Immigrati (cittadini straniera residente)	51	0	0	51	0	1	0	51
Multiutenza (pop totale)	10	0	0	10	0	0	0	10
Povert� e disagio adulti (maggioresni)	27	0	0	11	16	0	0	27
Provincia	305	21	49	181	115	80	0,03	376
%	81,3	5,7	13,1	48,1	30,5	21,4	0,0	100

3.5. Principali risultati

Prima di passare agli approfondimenti sull'andamento della spesa e dell'offerta dei servizi nelle principali aree di intervento, utili per impostare una corretta attivit  di monitoraggio, sintetizziamo i risultati di maggior interesse scaturiti dalle analisi effettuate in questo capitolo.

1. Nel 2007 la spesa socio sanitaria integrata nella provincia di Modena   stata di **254,5 milioni di euro**. Dal 2006 al 2007 la spesa   aumentata di 22,2 milioni di euro, 9,6 punti percentuali. L'aumento pi  significativo si   avuto per oneri a rilievo sanitario (9,6 milioni di euro, 17,9%) e spesa sanitaria (2,1 milioni di euro, 17,2%).
2. La distribuzione della spesa mostra significative differenze a livello distrettuale, sia per la quota di compartecipazione dei diversi attori alla spesa integrata, sia per la variazione registrata tra il 2006 e il 2007.
3. La spesa si concentra principalmente nelle aree **anziani, famiglia e minori, disabili**: insieme raggiungono **l'89% del totale della spesa integrata della**

provincia. Nello specifico, per le **strutture residenziali per anziani** si spendono 85 milioni di euro (pari al 73,4% sul totale della spesa destinata all'area anziani e al 33,4% del totale della spesa sociale integrata) e per gli **asili nido** si spendono 37,6 milioni di euro (pari al 53,2% sul totale della spesa destinata all'area famiglia e minori e al 14,8% del totale della spesa sociale integrata).

4. Di maggiore interesse per un'analisi comparativa tra distretti, con livelli di spesa sociale integrata aggregata, è l'esame della **spesa procapite**. La media provinciale è pari a **376 euro annui**. A fronte di questo valore medio si evidenzia però una **situazione polarizzata**. Da un lato Modena, che sostiene una spesa di 34 punti percentuali più elevata rispetto alla media provinciale, dall'altro, tutti gli altri distretti, che registrano valori prossimi o nettamente inferiori alla media.
5. La **disomogeneità territoriale della spesa erogata** dipende dalla combinazione di vari fattori. Oltre alla diversa ripartizione della struttura della popolazione, un rilievo particolare sembra avere il **livello di benessere**: la spesa procapite, come confermano molti studi, è maggiore dove il livello di benessere economico è più alto. Esistono poi problemi di **distribuzione della capacità produttiva** e dell'incidenza dei costi fissi derivante da essa. Insieme a questi, e legato al precedente, la fungibilità di un distretto di servire territori limitrofi, che generano **spillover**.
6. Con riguardo alla distinzione tra **produttori e finanziatori della spesa sociale** integrata emerge che:
 - a. i comuni (singoli o associati) producono l'81,3% del totale della spesa sociale integrata, ma ne finanziano direttamente (ossia attingendo alla fiscalità generale) il 48,1%;
 - b. l'Ausl produce servizi per l'ammontare di spesa destinata alla fornitura di farmaci, prestazioni mediche, paramediche e infermieristiche per il 5,7% ma, attraverso anche gli oneri a rilievo sanitario, ne finanzia il 30,5%;
 - c. l'Asp e gli altri enti convenzionati, che operano grazie a trasferimenti provenienti dagli altri attori pubblici, partecipano solo in qualità di produttori di servizi nella misura del 13,1%;
 - d. gli utenti finali partecipano al finanziamento dei servizi per il 21,4% del totale della spesa sostenuta.

4. Un contributo alla politica di monitoraggio: asili nido e residenze protette per anziani non autosufficienti

4.1. Gli asili nido

4.1.1. Una premessa sul metodo

In questa sezione si analizzano i dati raccolti con la rilevazione Istat sul servizio Asilo nido, con riferimento agli anni 2004-2007. L'obiettivo del lavoro è duplice ed è sia di carattere metodologico sia di merito. In primo luogo si cerca di valutare la completezza e la qualità delle informazioni raccolte dall'indagine Istat, ponendole anche a confronto con altre fonti informative. In secondo luogo, approfittando della disponibilità delle informazioni raccolte, si cerca di delineare una prima riflessione relativa all'assetto su base distrettuale del servizio nidi. Come si vedrà, l'esplorazione dei dati disponibili ha inevitabilmente portato a evidenziare il ruolo della partecipazione degli stranieri al servizio. Al riguardo si abbozzano alcune riflessioni e si avanzano alcuni spunti che richiederanno ulteriori approfondimenti.

Le informazioni dell'indagine Istat qui utilizzate riguardano il numero degli utenti⁶, la spesa complessiva (o spesa lorda) e la compartecipazione degli utenti al servizio. Ad integrazione dei dati Istat si utilizzano i dati sulla popolazione nella fascia di età 0-2 anni, disponibili sul sito web della Provincia di Modena. Queste informazioni consentono di calcolare alcuni indicatori a livello provinciale e distrettuale: *il tasso di partecipazione* (utenti / popolazione 0-2 anni); *la spesa media per utente* (spesa complessiva / utenti); *la retta media* (spesa per compartecipazione / utenti); *il grado di compartecipazione al costo servizio* (spesa per compartecipazione / spesa complessiva). Si tratta di indicatori ancora elementari, che tuttavia consentono di effettuare un primo confronto tra distretti e di sollevare alcune questioni non secondarie.

Il quadro delle informazioni disponibili è però più ricco. Una prima fonte è costituita dal *Rapporto di gestione (Rdg)* del Comune di Modena, che contiene un'accurata analisi del servizio nidi. Si tratta di un set informativo limitato ad un

⁶ Il Glossario dell'indagine Istat 2007 definisce l'Asilo Nido nel modo seguente: "Servizio rivolto alla prima infanzia per promuovere lo sviluppo psico-fisico, cognitivo, affettivo e sociale del bambino e offrire sostegno alle famiglie nel loro compito educativo. In questa categoria rientrano i "nidi aziendali" e le "sezioni primavera" qualora il Comune o l'ente associativo che compila il questionario abbia contribuito nell'anno di riferimento al finanziamento delle spese di gestione. Per utenti si intende il numero di bambini iscritti al 31 dicembre 2007."

solo comune (seppur di rilievo, dal momento che serve circa 1/3 degli utenti della provincia), ma particolarmente utile sotto il profilo del metodo, in quanto – dati i criteri (attendibili e stabili nel tempo) con cui è costruito ed alimentato – consente di saggiare la qualità della rilevazione Istat. Una seconda fonte è la *Rilevazione regionale (Rr)* condotta dal Servizio Politiche Familiari, Infanzia e Adolescenza della Regione Emilia-Romagna sui nidi d'infanzia. La rilevazione, a cadenza annuale, è ricchissima di informazioni, in particolare sulla gestione del servizio ed ha come unità di riferimento ciascuna struttura (asilo) pubblica e privata; riporta anche informazioni sul costo totale e sulle entrate per struttura.

Nel seguito si analizzano, in primo luogo, i dati che originano dalla rilevazione Istat; questi, da un lato, sono stati arricchiti attingendo ad alcune informazioni della *Rr* e, dall'altro, sono stati integrati per correggere un'evidente sottostima nella compartecipazione (e nei costi) dei nidi del distretto di Modena, dove le rette dei nidi in convenzione, che costituiscono una frazione importante dell'offerta del distretto, sono incassate direttamente dai gestori, senza transitare per il bilancio comunale⁷. La rilevazioni Istat considera, infatti, solamente le compartecipazioni degli utenti accertate nel bilancio comunale, escludendo le rette pagate direttamente ai gestori, anche se i servizi sono acquistati in convenzione dall'amministrazione e offerti agli utenti accanto a quelli prodotti direttamente dall'amministrazione. Gli importi del gettito, pari a circa 1,4-1,6 milioni all'anno, sono stati desunti dal *Rdg* del Comune di Modena ed imputati alla compartecipazione utenti e quindi compresi nella spesa lorda. Senza questa integrazione le rette medie pagate dagli utenti del distretto di Modena risulterebbero all'incirca la metà del livello medio provinciale.

4.1.2. Il tasso di partecipazione

La popolazione

Nel 2007, i bambini con età 0-2 anni sono 20.332 (tabella 14), pari al 3% della popolazione residente della provincia. Come si può osservare dall'ultima colonna della tabella, la loro incidenza sul totale della popolazione non è uniforme nei sette distretti, ma presenta una punta massima del 3,5% in quello di Castelfranco ed un minimo in quelli di Pavullo e di Modena del 2,8%.

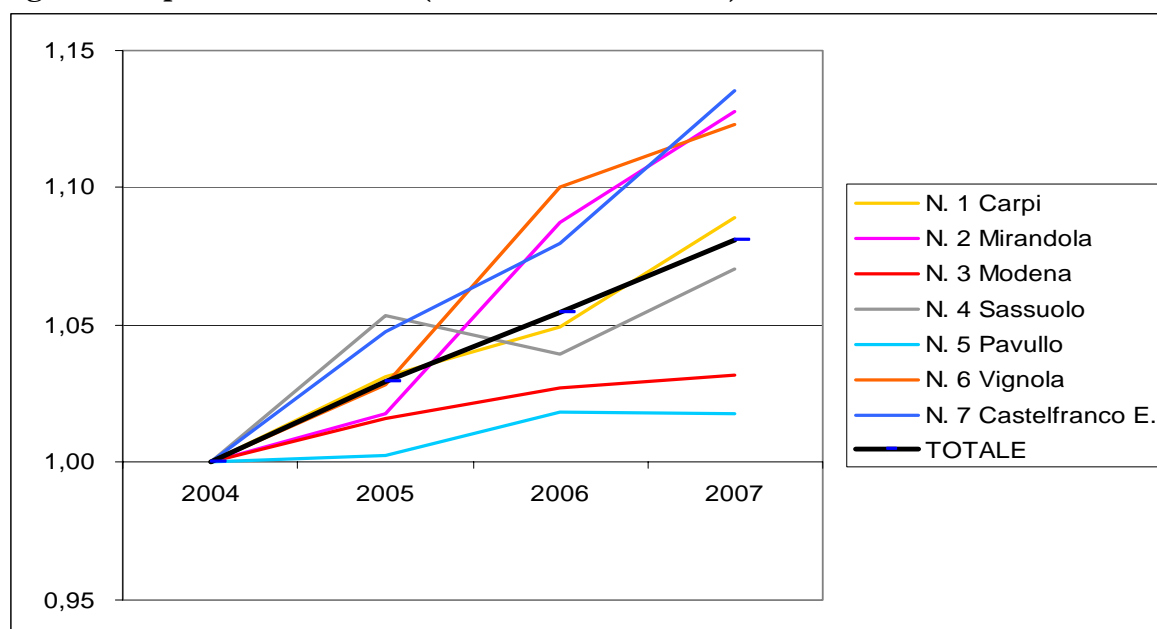
⁷ Dalle informazioni desumibili dalla *Rr* del 2007/08 il problema si pone esclusivamente per il Comune di Modena; negli altri distretti, quando il comune o l'unione affida la gestione del servizio ad altri soggetti, l'incasso delle rette è sempre effettuato dal comune.

Nel periodo 2004 – 2007 la popolazione target del servizio nidi risulta in netto aumento: l'incremento medio, su base provinciale, è stato di oltre 500 bambini all'anno. Le dinamiche sono state marcatamente differenti tra distretti (figura 6): a fronte di un tasso medio di crescita della popolazione 0-2 anni dell'8%, si va da un minimo dell'1,8% per il distretto di Pavullo ad un massimo del 13-14% per quelli di Castelfranco, Mirandola e Vignola.

Tabella 14. Popolazione di riferimento per il servizio nidi (0-2 anni)

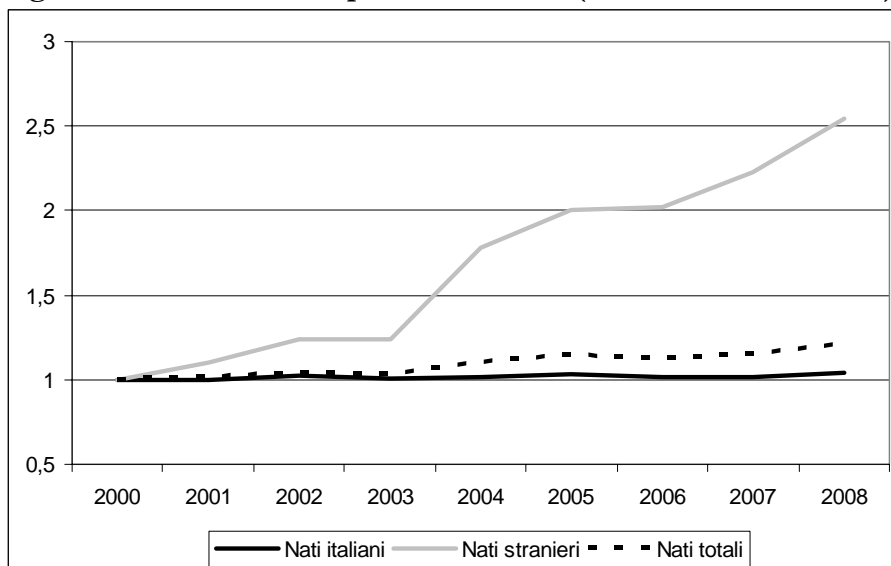
	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)	pop 0-2 anni su totale
Carpi	2.737	2.823	2.872	2.981	8,9%	3,0%
Mirandola	2.281	2.322	2.481	2.573	12,8%	3,0%
Modena	4.868	4.946	5.001	5.023	3,2%	2,8%
Sassuolo	3.273	3.449	3.403	3.504	7,1%	3,0%
Pavullo	1.125	1.128	1.146	1.145	1,8%	2,8%
Vignola	2.366	2.433	2.603	2.657	12,3%	3,1%
Castelfranco	2.157	2.260	2.329	2.449	13,5%	3,5%
Provincia	18.807	19.361	19.835	20.332	8,1%	3,0%

Figura 6. Popolazione 0-2 anni (numero indice 2004=1)



L'aumento della popolazione target si inserisce all'interno di un contesto di crescita dei tassi di natalità (figura 7), la cui dinamica è quasi esclusivamente imputabile alla componente straniera della popolazione residente.

Figura 7. Numero di nati per cittadinanza (numero indice 2000=1)



Nel quadriennio 2004 – 2007 i bambini stranieri in età da nido residenti nella provincia sono passati da 3.120 a 4.248, con un incremento di circa 380 unità all'anno (tabella 15). La dinamica nei tassi di natalità nelle famiglie straniere mostra però andamenti differenziati per distretto, sicché la popolazione target dei nidi è aumentata in modo non omogeneo sul territorio. In particolare, nel quadriennio, è stata più accentuata nel distretto di Vignola (+51%) e più contenuta in quello di Pavullo (+11%).

Tabella 15. Residenti stranieri 0-2 anni

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)
Carpi	469	530	598	650	38,6%
Mirandola	508	555	618	675	32,9%
Modena	863	985	1.028	1.099	27,3%
Sassuolo	405	454	531	592	46,2%
Pavullo	158	149	166	176	11,4%
Vignola	423	475	546	640	51,3%
Castelfranco	294	336	363	416	41,5%
Provincia	3.120	3.484	3.850	4.248	36,2%

Le diverse dinamiche distrettuali nella popolazione target dei nidi (figura 6) non sono però esclusivamente imputabili all'andamento della natalità dei bambini stranieri: anche i bambini italiani, aumentati in media di circa 130 unità all'anno, hanno mostrato tassi di crescita differenti nei diversi distretti (tabella 16). In questo caso sono i distretti di Castelfranco e di Mirandola ad essere cresciuti in misura maggiore nel quadriennio.

Tabella 16. Residenti italiani 0-2 anni

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)
Carpi	2.268	2.293	2.274	2.331	2,8%
Mirandola	1.773	1.767	1.863	1.898	7,1%
Modena	4.005	3.961	3.973	3.924	-2,0%
Sassuolo	2.868	2.995	2.872	2.912	1,5%
Pavullo	967	979	980	969	0,2%
Vignola	1.943	1.958	2.057	2.017	3,8%
Castelfranco	1.863	1.924	1.966	2.033	9,1%
Provincia	15.687	15.877	15.985	16.084	2,5%

Nel 2007, l'incidenza di bambini stranieri sulla popolazione 0-2 anni è del 21%, con la massima concentrazione nel distretto di Mirandola (26%) e l'incidenza più contenuta in quello di Pavullo (15%) (tabella 17).

Tabella 17. Incidenza dei residenti stranieri 0-2 anni sulla popolazione nella stessa classe di età

	2004	2005	2006	2007
Carpi	17%	19%	21%	22%
Mirandola	22%	24%	25%	26%
Modena	18%	20%	21%	22%
Sassuolo	12%	13%	16%	17%
Pavullo	14%	13%	14%	15%
Vignola	18%	20%	21%	24%
Castelfranco	14%	15%	16%	17%
Provincia	17%	18%	19%	21%

In sintesi: nella provincia di Modena, dal 2004 al 2007, la popolazione target del servizio nidi aumenta di 508 unità in media all'anno; l'incremento è prevalentemente dovuto alla componente straniera, che è aumentata in media di 376 unità all'anno e in misura minore di quella italiana, cresciuta di 132 unità all'anno. Le dinamiche non si sono manifestate con la stessa intensità nei diversi

distretti: nel complesso la popolazione 0-2 anni è cresciuta in misura più contenuta in quelli di Pavullo e di Modena, mentre in quelli di Mirandola, Castelfranco e Vignola è cresciuta sensibilmente più della media provinciale. In alcuni distretti vi è stato un più sensibile aumento del target italiano (Mirandola e Castelfranco), mentre in altri è stato più forte l'aumento del target straniero (Vignola). Se, come si vedrà in seguito, i tassi di partecipazione al nido da parte dei bambini stranieri sono differenti da quelli dei bambini italiani, l'incremento della popolazione 0-2 anni che si registra in ciascun distretto non si traduce in modo proporzionale in un aumento della domanda di servizio, ma dipende anche dalla composizione del target potenziale. In definitiva lo scenario medio provinciale non è sempre rappresentativo delle realtà distrettuali, che mostrano una distribuzione dei bisogni, attuale e prospettica, piuttosto diversificata.

Gli utenti

Secondo la rilevazione Istat, nel 2007 il numero complessivo degli utenti dei nidi comunali è di 4.803 unità (tabella 18). Nel quadriennio 2004 – 2007 gli utenti del servizio sono aumentati di oltre 500 unità, pari ad un incremento del 13%, dunque a un tasso leggermente più sostenuto di quello del target potenziale (+8%). Il numero degli utenti nei distretti di Sassuolo, di Castelfranco e soprattutto di Pavullo è cresciuto sensibilmente più della media.

Tabella 18. Numero di utenti degli asili nido

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)
Carpi	781	764	808	814	4%
Mirandola	443	482	486	514	16%
Modena	1.441	1.500	1.548	1535	7%
Sassuolo	668	670	779	812	22%
Pavullo	71	76	78	115	62%
Vignola	437	435	409	494	13%
Castelfranco (^)	416	424	451	519	25%
Provincia	4.257	4.351	4.559	4.803	13%

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007.
(^) 2006: corretto errore di imputazione per il comune di Castelfranco riguardante il n° di utenti (195 anziché 519).

Assumendo che in tutti i distretti ci sia un eccesso “strutturale” di domande⁸, l'espansione nel numero di utenti indica un aumento nell'offerta dei servizi, cioè dei

⁸ Secondo la Rr (che rileva i bambini in liste di attesa al 31 dicembre), nel 2007 su 100 nuove domande di ammissione (ossia al netto di quanti erano già utenti l'anno precedente) ne sono state accolte mediamente

posti. In particolare per quanto riguarda Pavullo l'espansione ha origine da un ritardo, rispetto alla dotazione media provinciale (nel 2004 il tasso di copertura di Pavullo è del 6,3% contro un valore medio provinciale del 22,6%), e non tanto da un'accelerazione nei tassi demografici (nel quadriennio la popolazione 0-2 anni è infatti aumentata solamente dell'1,8%).

Il tasso di partecipazione

Il tasso di partecipazione medio provinciale al servizio nidi (misurato cioè sulla popolazione potenziale di riferimento) è del 23,6% (tabella 19)⁹. Nel 2007 si registrano ancora notevoli differenze tra distretti: a un estremo, Modena e Carpi, con tassi che si aggirano, rispettivamente, sul 30 e sul 27%; all'altro, Pavullo con il 10%. Gli altri distretti presentano valori leggermente inferiori a quello medio provinciale.

Tabella 19. Tasso di partecipazione al servizio asilo nido

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)
Carpi	28,5%	27,1%	28,1%	27,3%	-4%
Mirandola	19,4%	20,8%	19,6%	20,0%	3%
Modena	29,6%	30,3%	31,0%	30,6%	3%
Sassuolo	20,4%	19,4%	22,9%	23,2%	14%
Pavullo	6,3%	6,7%	6,8%	10,0%	59%
Vignola	18,5%	17,9%	15,7%	18,6%	1%
Castelfranco (^)	19,3%	18,8%	19,4%	21,2%	10%
Provincia	22,6%	22,5%	23,0%	23,6%	4%

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007. (^) 2006: corretto errore di imputazione per il comune di Castelfranco riguardante il n° di utenti (195 anziché 519).

Nel quadriennio il tasso di partecipazione è leggermente aumentato (+4%), ma con forti differenze tra distretti: Sassuolo (+14%) e soprattutto Pavullo (+59%) segnano la crescita più consistente; viceversa Carpi mostra una flessione (-4%).

La tabella 20 “scompone” la variazione percentuale del tasso di partecipazione nella variazione del numero di utenti (numeratore dell'indice) e nella variazione della

77; le altre 23 sono in lista. I dss con la percentuale più bassa di bambini in lista sono Modena e Castelfranco (15-16%); la percentuale più alta è nel dss di Pavullo (42%).

⁹ L'età 0-2 anni è la classe convenzionale di riferimento, anche se la prima coorte andrebbe dimezzata, dal momento che generalmente il primo accesso al servizio a settembre è previsto solamente per i bambini con almeno tre mesi, e dunque nati nella prima metà dell'anno.

popolazione (denominatore) e mostra in quale misura la dinamica nel tasso sia dipesa da variazioni nel numero degli utenti (=posti disponibili) o nella dinamica demografica.

Tabella 20. Variazione percentuale 2007/2004 degli utenti, della popolazione target e del tasso di partecipazione

	Utenti (posti)	Popolazione 0-2 anni	Tasso partecipazione
Carpi	4%	9%	-4%
Mirandola	16%	13%	3%
Modena	7%	3%	3%
Sassuolo	22%	7%	14%
Pavullo	62%	2%	59%
Vignola	13%	12%	1%
Castelfranco (^)	25%	14%	10%
Provincia	13%	8%	4%

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007.
(^) 2006: corretto errore di imputazione per il comune di Castelfranco riguardante il n° di utenti (195 anziché 519).

4.1.3. La rilevazione regionale sui nidi (Rr) e gli stranieri

Questo il panorama che emerge esaminando i dati sull'utenza della rilevazione Istat. Come anticipato è disponibile una fonte alternativa, costituita dalla rilevazione regionale sui nidi (Rr), che permette di arricchire il quadro conoscitivo in diverse direzioni: in primo luogo perché la Rr si estende al complesso dei nidi (pubblici e privati) presenti sul territorio; in secondo luogo perché consente di distinguere tra utenti italiani e stranieri. Purtroppo le due fonti non sono perfettamente sovrapponibili. Il confronto con l'indagine Istat e gli approfondimenti sono limitati all'anno 2007.

Asili pubblici e privati

Secondo la Rr, nel 2007/08 i bambini iscritti ai nidi di infanzia pubblici e privato in provincia sono 5.415, con un tasso di partecipazione complessivo sulla popolazione 0-2 anni del 26,6% (tabella 21). Come si può osservare, nonostante la più ampia copertura dei servizi rilevati rispetto all'indagine Istat, le differenze nei tassi di partecipazione per distretto rimangono dello stesso ordine di grandezza (colonne 3 e 6). Dunque, quando si estende l'osservazione al complesso dei nidi presenti sul territorio provinciale, il quadro che emerge dall'indagine Istat non muta

in maniera significativa. In altre parole, l'offerta privata (intesa qui come titolarità e non come gestione del servizio) va a integrare solo marginalmente l'offerta pubblica e non va a modificare, eventualmente compensandone le carenze, la struttura dell'offerta complessiva.

Tabella 21. Rilevazione regionale e Istat a confronto

	<i>Rr</i> 2007/08 Utenti (pubblici e privati)	<i>Rr</i> 2007/08 Utenti/ pop 0-2	<i>Rr</i> 2007/08 Numero indice del tasso di partecipazione	<i>Istat</i> 2007 Utenti	<i>Istat</i> 2007 Utenti/ pop 0-2	<i>Istat</i> Numero indice del tasso di partecipazione
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Carpi	846	28,4%	1,07	814	27,3%	1,16
Mirandola	601	23,4%	0,88	514	20,0%	0,85
Modena	1.767	35,2%	1,32	1.535	30,6%	1,29
Sassuolo	942	26,9%	1,01	812	23,2%	0,98
Pavullo	133	11,6%	0,44	115	10,0%	0,43
Vignola	571	21,5%	0,81	494	18,6%	0,79
Castelfranco	555	22,7%	0,85	519	21,2%	0,90
Provincia	5.415	26,6%	1,00	4.803	23,6%	1,00

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007; rilevazione regionale sui nidi, anno 2007/2008.

L'utenza straniera

Particolarmente interessante è la possibilità offerta dalla *Rr* di ripartire il complesso dei 5.415 utenti tra stranieri e italiani; in questo modo si possono calcolare i tassi di partecipazione sulla popolazione specifica. Come si può osservare dalla tabella 22, a fronte di un tasso medio del 26,6%, solamente il 9,2% dei bambini stranieri residenti frequenta il nido, contro il 31,2% degli italiani, che dunque fruiscono del servizio in misura almeno tripla. Dall'indagine emerge dunque una sistematica **sotto-partecipazione dei bambini stranieri rispetto a quella italiani.**

Tabella 22. Tassi di partecipazione per nazionalità, 2007

	Stranieri	Italiani	Tutti	Stranieri/Tutti
Carpi	6,5%	34,5%	28,4%	5,0%
Mirandola	5,2%	29,8%	23,4%	5,8%
Modena	17,9%	40,0%	35,2%	11,1%
Sassuolo	10,6%	30,2%	26,9%	6,7%
Pavullo	1,7%	13,4%	11,6%	2,3%
Vignola	4,7%	26,8%	21,5%	5,3%
Castelfranco	5,3%	26,2%	22,7%	4,0%
Provincia	9,2%	31,2%	26,6%	7,2%

Fonte: rilevazione regionale sui nidi, anno 2007/2008.

Assai rilevanti sono anche le differenze per distretti: Modena, che ha il tasso di partecipazione al servizio più alto (35,2%), ha anche il più elevato tasso specifico dei bambini stranieri (17,9%), nonché – di conseguenza – la quota di stranieri sugli utenti più elevata (11,1%); all’opposto la situazione del distretto di Pavullo. Anche a prescindere dal caso del distretto di Pavullo, che probabilmente risente della bassa disponibilità complessiva di posti negli asili, si può osservare che le differenze nei tassi di partecipazione per gli stranieri tra distretti sono più ampie di quelle che si osservano per gli italiani.

In linea di principio le ragioni che possono spiegare le differenze osservate tra distretti sono le più disparate. Da un lato potrebbero dipendere *dall’offerta*. Ad esempio, potrebbero dipendere dalla disponibilità di posti e/o dalla loro distribuzione sul territorio; oppure da differenze nei criteri di selezione (in presenza di eccesso di domanda) e di tariffazione adottati dai diversi comuni e/o da differenze associate alla diversa titolarità dei servizi (pubblici e privati). Dall’altro lato, potrebbero dipendere dalla *domanda*. La propensione ad accedere al servizio da parte di famiglie straniere potrebbe, ad esempio, non essere omogeneamente distribuita tra le diverse nazionalità, assumendo (in prima approssimazione) che la nazionalità catturi differenze nei modelli culturali e di organizzazione familiare e dunque una diversa intensità nel bisogno del servizio. Si tratta di un aspetto non irrilevante se si considera che alcune nazionalità sono particolarmente concentrate in alcuni comuni e distretti. Pur non disponendo del livello adeguato di informazioni per affrontare in modo compiuto questo ordine di problemi, cerchiamo di utilizzare al meglio quelle disponibili per abbozzare una prima riflessione sull’argomento.

Cominciamo dagli aspetti riguardanti *l’offerta*. La tabella 23 illustra un dato noto, ovvero che gli asili non sono presenti in tutti i comuni e che ci sono distretti che ne sono maggiormente sguarniti. Questo è certamente il caso di Pavullo, che nel 2007/08 ha 7 comuni – sui 10 che formano il distretto socio sanitario – senza

nidi (colonna 2) e che, a differenza degli altri distretti, non ha nessun nido in altre località e frazioni del territorio (colonna 3). Il punto ha un certo rilievo se si considera che, diversamente dalle scuole dell'infanzia, per il servizio nidi non è previsto il trasporto scolastico e che generalmente tra le famiglie straniere è elevata l'incidenza di quelle senza automobile¹⁰. In questo caso una "cattiva" distribuzione dei nidi sul territorio potrebbe influire sulla possibilità di frequentare il servizio. Viceversa nel caso del Comune di Modena, l'elevata concentrazione urbana e la distribuzione capillare del servizio sul territorio (a Modena ci sono 52 strutture di cui 5 in frazioni della cinta), dovrebbero agevolare la sua fruizione, in particolare anche a quelle famiglie che non possiedono la macchina. I dati, però, non parrebbero confermare questa ipotesi. In primo luogo perché se è vero che le famiglie straniere con bambini di 0-5 anni senza automobile sono – nel comune di Modena – numerose, non è detto che ciò sia altrettanto vero in quelle che risiedono negli altri comuni. In effetti dall'indagine ICES_{mo2} risulta che tra le famiglie straniere con bambini minori di 14 anni che risiedono nel capoluogo ben il 34% non ha l'automobile (contro il 3% del resto della popolazione con figli non straniera); mentre tra le famiglie straniere con bambini che risiedono fuori dal capoluogo la quota senza autovettura è trascurabile. In secondo luogo perché i comuni in cui non sono presenti i nidi generalmente sono anche quelli che hanno un basso numero di bambini 0-2 anni, sia italiani sia stranieri (si vedano le colonne 6 e 9). Con l'eccezione del distretto di Pavullo, si può infatti osservare che, se si ricalcolano i tassi di partecipazione al netto della popolazione target non servita (colonne 7 e 10), questi aumentano in misura del tutto marginale. Come detto, Pavullo fa eccezione, ma soprattutto per i bambini italiani e non tanto per gli stranieri.

Un'altra ipotesi, legata sempre a problemi di offerta, che possiamo verificare è se la titolarità del nido faccia la differenza. In prima approssimazione, se a diverse titolarità corrispondessero diversi criteri di accesso e di tariffazione, e se la distribuzione territoriale delle titolarità fosse molto disomogenea, questo potrebbe spiegare parte delle differenze osservate nei tassi di partecipazione degli stranieri. Come, però, si può notare dalla tabella 24, se si escludono i nidi di cui sono titolari gli enti religiosi, che peraltro incidono in misura marginale sul complesso dei posti (325 su 5415), le differenze nei tassi di partecipazione degli stranieri e degli italiani tra le principali forme di conduzione (comuni, cooperative e settore privato) paiono, tutto sommato, contenute e non tali da giustificare le differenze tra distretti che abbiamo evidenziato.

¹⁰ L'informazione è desunta da una pubblicazione a cura dell'Osservatorio dell'immigrazione del Comune di Modena (*L'immigrazione nella provincia di Modena*, del marzo 2009, p. 58), che integrando i dati dell'anagrafe con quelli dell'archivio del PRA riporta che nel comune capoluogo la percentuale di famiglie straniere con bambini 0-5 anni senza automobile è del 36%.

Tabella 23. Distribuzione territoriale dei servizi (2007/08)

	Numero di comuni nel distretto	Numero di comuni senza nido	Altre località (diverse dal comune) in cui è presente il nido	Numero di nidi (pubblici e privati)
	(1)	(2)	(3)	(4)
Carpi	4	0	6	23
Mirandola	9	1 [^]	3	20
Modena	1	0	5	52
Sassuolo	8	2*	7	41
Pavullo	10	7* [^]	0	8
Vignola	9	1 ^{o^}	5	23
Castelfranco	6	0	5	20
Provincia	47	11	31	187

Fonte: rilevazione regionale sui nidi, anno 2007/2008. I comuni senza nidi nel 2007/08 sono: [^]Camposanto; *Montefiorino, Palagano; *[^] Fanano, Fiumalbo, Lama, Montecreto, Polinago, Riolunato, Sestola; ^{o^}Montese

	Tutti tasso di partecip.	Tutti pop. 0-2 nei comuni senza nidi	Tutti tasso di partecip. al netto comuni senza nidi	Stranieri tasso di partecip.	Stranieri pop 0-2 nei comuni senza nidi	Stranieri tasso di partecip. al netto comuni senza nidi
	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Carpi	28,4%			6,5%		
Mirandola	23,4%	108	24,4%	5,2%	32	5,4%
Modena	35,2%			17,9%		
Sassuolo	26,9%	101	27,7%	10,6%	15	10,9%
Pavullo	11,6%	276	15,3%	1,7%	36	2,1%
Vignola	21,5%	93	22,3%	4,7%	17	4,8%
Castelfranco	22,7%			5,3%		
Provincia	26,6%	578	27,4%	9,2%	100	9,5%

Fonte: rilevazione regionale sui nidi, anno 2007/2008.

Un terzo aspetto ascrivibile all'offerta o, meglio, all'interazione tra offerta e domanda, riguarda i diversi livelli di tariffazione e/o di accesso applicati nei diversi contesti. È infatti noto che questi criteri differiscono tra i diversi comuni¹¹ e che il livello delle tariffe e le relative modalità di personalizzazione sono rilevanti nel determinare l'accesso, in particolare per le famiglie straniere che sono più elastiche

¹¹ Per quanto riguarda le tariffe si veda la rilevazione annuale condotta dall'Area finanziaria della Provincia di Modena (*Produttività ed efficacia negli enti locali: Analisi dei servizi dei comuni della provincia di Modena*) che dedica una sezione agli asili nido. Dalla indagine sui dati 2007 emerge, ad esempio, che per una famiglia tipo composta da due genitori, entrambi lavoratori dipendenti, e un bimbo di 18 mesi e con un Isee di 6.000 euro (molto basso) le tariffe mensili mediamente applicate a livello provinciale sono di 81 euro, con un campo di variazione che va da 49 a 102.

al prezzo dei servizi¹². Purtroppo non disponiamo di una rassegna sufficientemente dettagliata di tali criteri e dunque non siamo in grado di approfondire questo aspetto certamente non marginale; inoltre, come si vedrà nel paragrafo 4, il livello medio di tariffazione per distretto non presenta differenze particolarmente pronunciate o tali da giustificare (a questo livello di generalità) quelle osservate nei tassi di partecipazione.

Tabella 24. Utenti dei nidi per titolarità

	Stranieri	Tutti	Stranieri/tutti
Comunali gestione diretta	267	3.101	8,60%
Unioni di Comuni	66	1.082	6,10%
Comuni tramite istituzione	10	191	5,20%
Cooperativa sociale	5	67	7,50%
IPAB	1	24	4,20%
Ente religioso	8	325	2,50%
Impresa privata	30	501	6,00%
Altro	2	52	3,80%
Associazione	0	10	0,00%
Fondazione	3	62	4,80%
Totale	392	5.415	7,20%

Fonte: rilevazione regionale sui nidi, anno 2007/2008.

Dunque, se si esclude il distretto di Pavullo, che è chiaramente sotto dotato di asili nido, le informazioni disponibili sul lato dell'offerta non parrebbero spiegare adeguatamente le differenze osservate nei tassi di partecipazione dei bambini stranieri nei diversi distretti.

Ci concentriamo, infine, su aspetti di *domanda* e in particolare sulla diversa distribuzione sul territorio provinciale della popolazione straniera per singola nazionalità. Dalle informazioni disponibili¹³ è noto che alcune nazionalità sono particolarmente concentrate in alcuni distretti (ad esempio, i Pakistani si addensano soprattutto in quello di Carpi). Purtroppo, però, non conosciamo la distribuzione a livello provinciale dei bambini per singola nazionalità¹⁴, posto che la distribuzione

¹² Su questo aspetto si rinvia a S.Colombini e P.Silvestri, *Dentro la famiglia: le condizioni di vita dei bambini*, Materiali di discussione, Dipartimento di economia politica, Università di Modena, n. 601, ottobre 2008; e a P.Bosi e P.Silvestri, *Child care, asili nido e modelli di welfare*, Materiali di discussione, Dipartimento di economia politica, Università di Modena, n. 602, ottobre 2008.

¹³ Provincia di Modena, Osservatorio demografico 2008. *I cittadini stranieri residenti in provincia di Modena*, luglio 2009, p. 88.

¹⁴ Per ragioni legate al segreto statistico, sul sito del servizio statistico della provincia sono disponibili online le statistiche demografiche sulla popolazione straniera (relative a tutti i comuni mette) per età o per nazionalità, ma non l'incrocio tra le due.

del complesso della popolazione straniera non è rappresentativa di quella della popolazione 0-2 anni¹⁵.

Tabella 25. Popolazione straniera (31 dicembre 2008), iscritti ai nidi (2008/09) e tassi di copertura per le principali nazionalità residenti nel comune di Modena

Nazionalità	Popolazione 0-2 anni	Popolazione totale	Quota 0-2 anni su popolazione	Iscritti ai nidi 2008/09	Tasso di partecipazione
(1)	(2)	(3)	(4)=(2)/(3)	(5)	(6)=(5)/(2)
Romania	70	2.239	3%	11	16%
Polonia	16	711	2%	3	19%
Ucraina	24	1.316	2%	9	38%
Moldova	24	1.061	2%	2	8%
Albania	118	2.069	6%	23	19%
Serbia-Montenegro	9	182	5%	0	0%
Turchia	70	913	8%	0	0%
Filippine	103	2.087	5%	28	27%
Cina	39	502	8%	6	15%
Bangladesh	9	122	7%	0	0%
Pakistan	6	128	5%	0	0%
India	16	242	7%	0	0%
Ceylon	14	219	6%	0	0%
Marocco	180	2.872	6%	27	15%
Tunisia	77	1.309	6%	4	5%
Algeria	20	232	9%	1	5%
Ghana	167	2.118	8%	41	25%
Guinea	17	204	8%	2	12%
Nigeria	100	834	12%	34	34%
Camerun	8	187	4%	2	25%
Senegal	5	84	6%	4	80%
Totale	1.092	19.631	5,80%	197	18%
<i>Incidenza sul totale stranieri</i>	92%	86%		85%	

Gli unici dati di cui siamo in possesso riguardano la popolazione per nazionalità e per classi di età al 31 dicembre 2008 del *comune di Modena*¹⁶; a partire da queste informazioni possiamo pertanto cercare di fare qualche passo in avanti. In primo luogo calcoliamo i tassi di partecipazione nel comune di Modena per nazionalità (tabella 25); quindi, a partire dalla composizione per età della popolazione straniera nel capoluogo, proviamo a stimare la distribuzione dei

¹⁵ Come si può intuire, date le diverse dinamiche migratorie, la quota di bambini sul totale degli stranieri di nazionalità, ad esempio, Polacca o Moldava è assai più bassa di quella, ad esempio, Nigeriana o Algerina (al riguardo si veda anche la tabella 25, colonna 4).

¹⁶ Si ringrazia il Servizio Statistica del Comune di Modena per avere reso disponibile questi dati.

bambini per le nazionalità più diffuse nel territorio provinciale (tabella 26)¹⁷, per verificare se la diversa distribuzione della popolazione possa avere influenza sui tassi di partecipazione nei diversi distretti. Va sottolineato che questo esercizio presuppone che sia la composizione per età sia i “comportamenti” per ciascuna delle principali nazionalità siano gli stessi in tutti i comuni.

La tabella 25 mostra – per il comune di Modena – i tassi di partecipazione al nido per le principali nazionalità residenti nel comune¹⁸. Nel complesso si tratta del 92% dei bambini stranieri residenti nel comune. Si identificano sostanzialmente quattro gruppi di nazionalità che mostrano comportamenti piuttosto differenziati:

1) quelle i cui bambini non vanno al nido (Turchia, Serbia e tutto il gruppo asiatico con esclusione di Cina e Filippine);

2) quelle che ci vanno poco (sotto la media del gruppo degli stranieri, pari al 18%): i bambini dell'area magrebina (con l'eccezione del Marocco);

3) quelle che hanno un tasso di partecipazione prossimo al valore medio degli stranieri a Modena: Marocchini, Rumeni, Polacchi, Albanesi e Cinesi;

4) quelle sensibilmente sopra la media: i bambini originari dell'Africa occidentale, delle Filippine e dell'Ucraina.

La tabella 26 riporta la stima della composizione per le principali nazionalità dei bambini stranieri nei sette distretti; nell'ultima colonna un indicatore “descrittivo” del livello di partecipazione al servizio nido per la nazionalità considerata, desunto dal comportamento della famiglie del comune di Modena.

Dall'osservazione congiunta delle due tabelle si desume che:

1) a Modena l'alto tasso di partecipazione è anche trainato dalla rilevante presenza di bambini Filippini e dell'Africa occidentale, che ci vanno più degli altri;

2) nel distretto di Sassuolo c'è una più elevata incidenza di Marocchini e Albanesi (che hanno un tasso di partecipazione di livello medio), ma – a differenza degli altri distretti – è più elevato il peso di Ghanesi, che hanno elevata partecipazione;

3) nel distretto di Pavullo c'è un'elevatissima incidenza di Marocchini, Romeni e Albanesi (tassi medi);

¹⁷ La stima è stata costruita a partire dalla distribuzione di tutta la popolazione straniera per nazionalità e per distretto e applicando l'incidenza dei bambini 0-2 anni per nazionalità che si osserva per il comune di Modena.

¹⁸ La tabella riporta, accanto alle 11 nazionalità maggiormente presenti nella provincia (le medesime di tabella 26), altre geograficamente e (forse) culturalmente prossime a queste.

4) nei distretti di Carpi e Castelfranco, che pure hanno una bassa incidenza di Marocchini, ci sono però molti Pakistani, Indiani e Turchi che non vanno al nido e di Tunisini che ci vanno poco;

5) nel distretto di Mirandola è elevata la concentrazione di Cinesi e Marocchini, che hanno un tasso di partecipazione medio.

Tabella 26. Stima della composizione della popolazione straniera 0-2 anni, per nazionalità e per distretto e tasso di partecipazione (2008)

	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Totale	<i>Tasso di partecipazione della nazionalità considerata</i>
Marocco	14%	30%	14%	36%	35%	30%	23%	23%	medio
Romania	4%	7%	5%	4%	10%	4%	7%	5%	medio
Albania	4%	5%	9%	14%	15%	16%	8%	10%	medio
Tunisia	11%	6%	6%	6%	4%	8%	11%	8%	basso
Ghana	3%	2%	13%	12%	1%	10%	9%	9%	alto
Cina	14%	24%	3%	2%	2%	3%	3%	7%	medio
Pakistan	17%	2%	0%	0%	0%	0%	1%	3%	nullo
Flippine	1%	0%	8%	1%	0%	1%	0%	3%	alto
Turchia	5%	3%	5%	3%	2%	1%	9%	4%	nullo
India	7%	4%	1%	2%	4%	2%	6%	3%	nullo
Nigeria	3%	4%	8%	3%	1%	4%	5%	5%	alto
Altri	17%	13%	26%	16%	26%	20%	17%	20%	
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Tasso medio di partecipazione degli stranieri nel distretto	7%	5%	18%	11%	2%	5%	5%	9%	

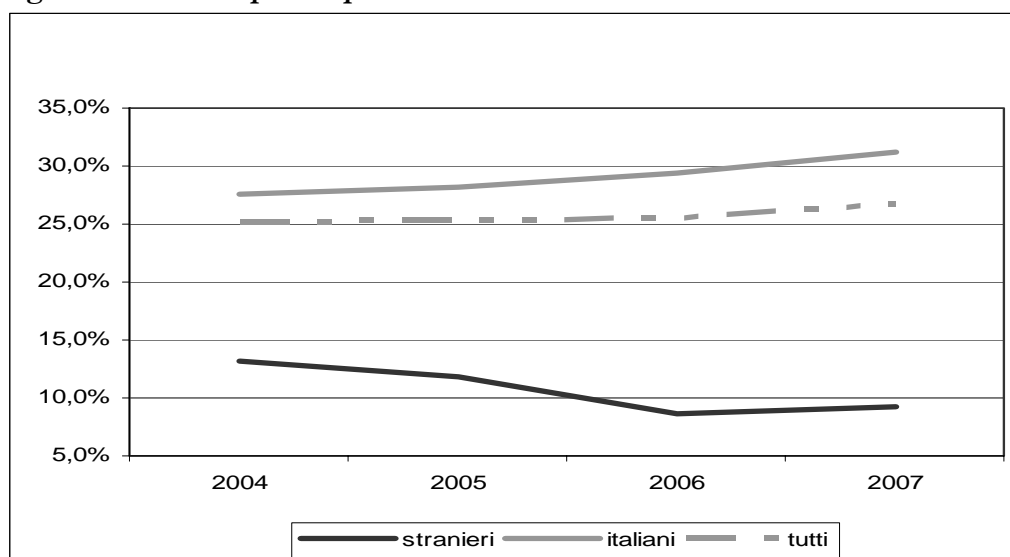
Al termine di questa digressione sulla partecipazione degli stranieri al nido, proviamo a trarre alcune conclusioni. Data l'offerta, le ragioni che hanno maggiore influenza sulla domanda del servizio nidi da parte della famiglie sono fondamentalmente connesse alla condizione occupazionale della madre e alla disponibilità di alternative nella custodia e cura dei bambini (i nonni)¹⁹. Le famiglie straniere presenti sul territorio della provincia mostrano, rispetto a quelle italiane, una percentuale di madri casalinghe con bambini fino a 14 anni notevolmente più alta (55% contro 15%); inoltre le famiglie straniere non hanno la disponibilità dei nonni, mentre questa è l'alternativa rilevante per le madri italiane (in particolare modenesi) che, pur lavorando, non ricorrono al nido²⁰. La prima ragione ha un

¹⁹ Si vedano al riguardo, e con riferimento alla provincia di Modena, i lavori citati di Colombini e Silvestri (2008) e di Bosi e Silvestri (2008).

²⁰ Il dato, desunto dall'indagine ICES_{mo2}, si riferisce alle famiglie con bambini fino a 14 anni. Mentre per le madri italiane la percentuale di madri che sono casalinghe è la medesima anche quando ci si limita al sottoinsieme di quelle con bambini 0-2 anni, per le straniere il tasso parrebbe aumentare sensibilmente,

effetto negativo sulla domanda da parte delle famiglie straniere; la seconda un effetto positivo. Alla luce delle informazioni di cui disponiamo non possiamo dire se le differenze, nell'ordine di tre volte nei tassi di partecipazione, riflettano solamente queste caratteristiche socio-demografiche o via siano anche altre ragioni di carattere culturale ed economico che invece frenano la partecipazione ai servizi delle famiglie straniere. Al riguardo abbiamo visto che gli stranieri – a seconda del paese di origine – sembrerebbero avere comportamenti (tassi di partecipazione al nido) ampiamente differenziati, che potrebbero riflettere sia la diversa disponibilità della madri ad entrare nel mercato del lavoro sia un diverso atteggiamento rispetto al nido, ovvero sul chi debba prendersi cura dei bambini piccoli. Non va infine dimenticato che il servizio nido è costoso e che tendenzialmente incide in misura maggiore sui bilanci della famiglie straniere (anche laddove entrambi i genitori lavorano).

Figura 8. Tasso di partecipazione al nido



Certamente un dato che dovrebbe farci riflettere e che richiede di essere monitorato nel tempo è che, secondo i dati disponibili dalla rilevazione *Rr*, l'aumento che nei tassi di partecipazione che si è verificato nel periodo 2004-2007 è in realtà la risultante di due andamenti contrapposti: ovvero di un aumento nel tasso di partecipazione dei bambini italiani e di una flessione di quello dei bambini stranieri (figura 8). Se si considera che questa dinamica si riferisce al periodo immediatamente precedente la crisi del 2008, è assai probabile che questa tendenza divaricante si sia ulteriormente ampliata.

Per quanto riguarda le differenze nei tassi di partecipazione dei bambini stranieri per distretto, abbiamo cercato di evidenziare come queste possano

anche se l'informazione desumibile dall'indagine non è attendibile per problemi di numerosità campionaria.

dipendere da numerose circostanze. A parte il caso del distretto di Pavullo, che presenta un'evidente sottodotazione di posti nido, ci pare che la spiegazione più rilevante possa dipendere dalla diversa distribuzione territoriale degli stranieri per nazionalità (nell'ipotesi che i comportamenti osservati sul comune di Modena siano generalizzabili e riflettano quel complesso di motivazioni di ordine economico e culturale che modellano le scelte delle famiglie di nazionalità diversa). Si tratta di una conclusione assolutamente provvisoria, dal momento che le carenze informative non consentono di esplorare in modo più rigoroso questa ed altre ipotesi. A questo proposito, non è certamente da escludere che possano giocare un ruolo di rilievo anche i diversi sistemi di tariffazione e di selezione all'accesso adottati dalle diverse amministrazioni.

Come anticipato, si tratta di primi spunti di una riflessione che meriterebbero maggiori approfondimenti, se non altro per la rilevanza che il tema della partecipazione degli stranieri ai servizi sociali e educativi riveste nel raggiungimento di obiettivi di integrazione delle famiglie e di garanzia di pari opportunità delle donne e dei bambini.

4.1.4 La spesa

Secondo la rilevazione dell'Istat, la spesa sostenuta dai comuni (e unioni) per gli asili nido si aggira nel 2007 sui 37,6 milioni²¹ e, nel quadriennio considerato, ha subito un aumento del 29% (tabella 27). La dinamica più sostenuta si è registrata nel distretto di Pavullo, seguito da quello del comune capoluogo²²; particolarmente contenuta quella nel distretto di Mirandola.

²¹ Come detto in premessa, il dato Istat sulle spesa e sulla compartecipazione degli utenti del distretto di Modena è stato incrementato di circa 1,4-1,6 milioni di euro all'anno a causa della mancata considerazione delle rette pagate direttamente ai gestori dei nidi convenzionati.

²² La sostenuta dinamica nella spesa nel distretto di Modena (+44%) risente anche del basso livello di partenza nel 2004; il dato però non corrisponde alle risultanze del *Rdg* del Comune e la spesa del 2004 nella rilevazione Istat pare abbondantemente sottostimata. La forte crescita della spesa complessiva si riflette anche sulla dinamica del tasso di copertura della spesa con entrate, che risulta decrescente (e anche in questo caso non in linea con quanto risulta dal *Rdg* dell'Amministrazione).

Tabella 27. Spesa lorda per asili nido

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/ 2004)
Carpi	5.719.484	6.178.813	6.776.586	6.828.458	19%
Mirandola	3.429.986	3.797.263	3.913.565	3.805.637	11%
Modena(^)	9.980.000	12.390.733	13.840.960	14.384.100	44%
Sassuolo	4.524.175	4.719.324	5.044.071	5.363.851	19%
Pavullo	473.880	509.096	619.257	783.620	65%
Vignola	2.376.405	2.617.033	2.857.175	2.994.084	26%
Castelfranco	2.700.396	3.224.046	3.511.866	3.485.312	29%
Provincia	29.204.326	33.436.308	36.563.480	37.645.062	29%

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007.
(^) 2004-2007: la compartecipazione utenti e la spesa di Modena è integrata con le rette rimosse direttamente dai gestori (fonte *Rdg*)

L'incremento della spesa risulta determinato, oltre che da un aumento dell'utenza (dovuto, come si è visto, ad un aumento dei posti) pari al 13%, da una lievitazione nei costi unitari: la spesa media annuale per utente è salita infatti da 6.860 euro a 7.838, con un incremento del 14% (tabella 28).

Tabella 28. Spesa media annuale per utente

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)	Numero indice 2007
Carpi	7.323	8.087	8.387	8.389	15%	1,07
Mirandola	7.743	7.878	8.053	7.404	-4%	0,94
Modena (^)	6.926	8.260	8.941	9.371	35%	1,2
Sassuolo	6.773	7.044	6.475	6.606	-2%	0,84
Pavullo	6.674	6.699	7.939	6.814	2%	0,87
Vignola	5.438	6.016	6.986	6.061	11%	0,77
Castelfranco (^)	6.491	7.604	7.787	6.715	3%	0,86
Provincia	6.860	7.685	8.020	7.838	14%	1

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007.
(^) 2006: corretto errore di imputazione per il comune di Castelfranco riguardante il n° di utenti (195 anziché 519).
(^^) 2004-2007: la compartecipazione utenti e la spesa di Modena è integrata con le rette rimosse direttamente dai gestori (fonte *Rdg*)

Ci sono differenze, anche se contenute, nei costi unitari per distretto: in quelli di Carpi e di Modena nel 2007 un posto all'asilo costa di più della media provinciale; negli altri distretti il costo medio del 2007 oscilla tra i 6-7.000 euro. Fatto pari a 100 il costo medio provinciale, un utente a Modena costa il 20% in più; a Vignola il 23% in meno.

Tabella 29. Costi medi degli asili nido (esclusi micronidi e sezioni aggregate) per natura del gestore del servizio

	Comuni	Cooperative	Imprese	Altro	Totale	Indice
Carpi	8.212	7.845	6.046	-	7.927	<i>1,03</i>
Mirandola	8.914	8.246	-	-	8.330	<i>1,08</i>
Modena	10.215	6.454	6.669	7.445	8.786	<i>1,14</i>
Sassuolo	6.783	6.961	5.727	-	6.631	<i>0,86</i>
Pavullo	9.220	5.755	-	-	7.909	<i>1,03</i>
Vignola	6.570	-	7.470	4.429	6.401	<i>0,83</i>
Castelfranco	7.894	4.061	-	-	7.256	<i>0,94</i>
Provincia	8.517	6.695	6.285	5.983	7.701	1,00
Indice	1,00	0,79	0,74	0,70		

Fonte: rilevazione regionale sui nidi, anno 2007/2008.

Tabella 30. Distribuzione del numero di posti degli asili nido (esclusi micronidi e sezioni aggregate) per natura del gestore del servizio

	Comuni	Cooperative	Imprese	Altro	Totale
Carpi	74%	16%	10%	0%	100%
Mirandola	87%	13%	0%	0%	100%
Modena	59%	25%	12%	4%	100%
Sassuolo	31%	47%	22%	0%	100%
Pavullo	62%	38%	0%	0%	100%
Vignola	81%	0%	8%	11%	100%
Castelfranco	83%	17%	0%	0%	100%
Provincia	64%	23%	10%	3%	100%

Fonte: rilevazione regionale sui nidi, anno 2007/2008.

A parte il distretto di Modena, che mostra un costante aumento dei costi unitari, negli altri sei distretti i costi medi subiscono curiose oscillazioni nel quadriennio, il che parrebbe segnalare discontinuità nei criteri di rilevazione delle spese²³, piuttosto che riflettere effettive variazioni nei costi.

Le differenze nei costi unitari per distretto possono dipendere dalle motivazioni più disparate. Oltre a problemi nella qualità dei dati, a cui abbiamo accennato, le ragioni principali dovrebbero risiedere nelle caratteristiche del servizio e nella forma di gestione. Per quanto riguarda il primo aspetto, anche senza entrare in un'analisi dettagliata (quale l'estensione dell'orario di servizio, la composizione

²³ Anche considerato che nel frattempo in diversi distretti si sono verificate trasformazioni nella gestione del servizio nidi con il passaggio alle unioni.

per età dei bambini, l'incidenza dei part-time sugli iscritti; ecc. – tutti elementi che hanno effetti sui costi unitari), va osservato che accanto al nido tradizionale sono presenti anche altre forme di servizio quali le sezioni aggregate a scuole dell'infanzia e i micronidi; entrambe le strutture hanno costi medi più bassi di circa la metà rispetto ai nidi tradizionali.

Per quanto riguarda il secondo aspetto è noto che i gestori privati (cooperative, imprese, parrocchie ecc.) applicano contratti di lavoro diversi, ma tutti meno onerosi del contratto degli enti locali. È dunque interessante, utilizzando la *Rr*, costruire qualche indicatore di costo unitario. Come si può osservare (tabella 30) quasi 2/3 dei posti degli asili nido sono gestiti direttamente dai comuni e questi presentano, rispetto a quelli gestiti da cooperative e da imprese private, costi medi più elevati di circa il 20-30% (tabella 29). Nei distretti varia però la quota dei posti che sono direttamente gestiti dai Comuni, così che il costo medio per distretto dipende anche dalla composizione delle diverse forme gestionali (tabella 30). Ad esempio a Sassuolo e a Pavullo, che hanno costi unitari più bassi, è più diffusa la gestione da parte di cooperative.

L'articolazione per forme gestionali consente però una ricostruzione solo parziale delle differenze; infatti, anche a parità di gestione, risultano differenze non marginali nei costi medi per distretto, che non possono essere ulteriormente comprese se non approfondendo l'indagine sia nella direzione della qualità dei dati sia in quella di una più puntuale articolazione dei servizi.

4.1.5. La compartecipazione al costo e il grado di copertura del costo del servizio

Nel 2007 la compartecipazione al servizio è in media di 2.225 euro all'anno (222 euro al mese se rapportata ai 10 mesi di apertura ordinaria del servizio) (tabella 31) e nel quadriennio è aumentata quasi nella stessa misura della spesa media per utente (+12%); ne consegue che il grado di copertura della spesa con tariffe è rimasto sostanzialmente costante (28-29%) (tabella 32).

Tabella 31. La compartecipazione degli utenti (media annuale), per distretto

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)	Numero indice (2007)
Carpi	1.886	2.113	2.075	2.259	20%	1,02
Mirandola	2.081	1.935	2.164	1.983	-5%	0,89
Modena (^)	2.224	2.316	2.275	2.380	7%	1,07
Sassuolo	1.908	2.072	1.916	1.992	4%	0,90
Pavullo	2.083	2.164	2.297	2.307	11%	1,04
Vignola	1.440	1.910	2.476	2.367	64%	1,06
Castelfranco (^)	1.898	2.114	2.347	2.162	14%	0,97
Provincia	1.983	2.138	2.192	2.225	12%	1,00

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007. (^) 2005: per il comune di Bastiglia la "Compartecipazione degli utenti" è la media del 2004 e 2006. (^) 2006: corretto errore di imputazione per il comune di Castelfranco riguardante il n° di utenti (195 anziché 519). (^) 2004-2007: la compartecipazione utenti e la spesa di Modena è integrata con le rette rimosse direttamente dai gestori (fonte Rdg)

Tabella 32. Grado di copertura del costo dei nidi con contribuzione degli utenti, per distretto

	2004	2005	2006	2007	var% (2007/2004)	Indice
Carpi	26%	26%	25%	27%	5%	0,95
Mirandola	27%	25%	27%	27%	0%	0,94
Modena	32%	28%	25%	25%	-21%	0,89
Sassuolo	28%	29%	30%	30%	7%	1,06
Pavullo	31%	32%	29%	34%	9%	1,19
Vignola	26%	32%	35%	39%	47%	1,38
Castelfranco	29%	28%	30%	32%	10%	1,13
Provincia	29%	28%	27%	28%	-2%	1,00

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, anni 2004, 2005, 2006 e 2007.

Rispetto ai costi medi, le differenze nel livello della compartecipazione media per distretto appaiono più contenute: a Modena e a Vignola si paga un poco di più, a Sassuolo un poco di meno. Va osservato che, nel periodo in esame, la retta media nel distretto di Vignola parrebbe essere aumentata del 64%, contro una dinamica media provinciale del 13%.

Non è immediato comprendere le ragioni di queste differenze. A parte problemi nella qualità dei dati, la disomogeneità nelle tariffe medie per distretto dovrebbe dipendere da due ragioni: da un diverso disegno delle tariffe (cioè diversi livelli degli importi base; diversa modulazione in relazione alla condizione economica; diversi livelli di condizione economica di riferimento) e da una diversa

capacità contributiva dell'utenza. Si tratta di due aspetti che, accanto a quello – imprescindibile – della qualità dei dati, meriterebbero di essere approfonditi.

Come si è detto, il tasso di copertura della spesa con la contribuzione degli utenti è, a livello provinciale, di circa il 28-29% ed è sostanzialmente stazionario. Si ravvisano pronunciate differenze tra i distretti; da un lato Vignola, che ha fatto registrare un aumento molto sostenuto della contribuzione media, presenta un grado di copertura che sfiora il 40% della spesa, dall'altro il distretto di Modena che, presentando la più alta spesa per utente, ha un grado di copertura del 25%²⁴.

4.1.6. Conclusioni

A conclusione di questa prima esplorazione sul servizio asili nido è opportuno riassumere i principali risultati sia con riferimento al metodo e alla qualità delle informazioni sia al merito di quanto è emerso dall'analisi del servizio.

1. Si tratta di un servizio “costoso” che incide sensibilmente sulla spesa sociale e che ha mostrato una dinamica espansiva negli ultimi anni, in termini di utenza e di spesa. Dai dati emergono significative differenze per distretto, sia nella dotazione di posti, sia nei costi medi, sia – infine – nella contribuzione; le informazioni finanziarie richiedono però di essere monitorate e studiate con più attenzione.
2. Nel corso dell'analisi si è dato particolare spazio all'analisi dell'utenza sotto il profilo delle nazionalità, in quanto – esaminando le dinamiche demografiche – è emerso che la componente straniera è quella con le dinamiche più pronunciate. Si è anche mostrato che gli stranieri non si distribuiscono in modo uniforme tra i sette distretti della provincia e questo contribuisce a rendere meno leggibili le dinamiche demografiche in atto, se non affrontando direttamente il problema.
3. Per governare con equilibrio il sistema nidi a livello provinciale è necessario tenere sotto controllo diversi aspetti che riguardano sia l'offerta sia la domanda del servizio. La rilevazione Istat presenta alcuni limiti che la rendono solo parzialmente adeguata allo scopo; può costituire una buona base di partenza se integrata con altre basi informative o con indagini ad hoc.
4. Mancano spesso i dati di contesto, indispensabili per strutturare la riflessione in modo più equilibrato.

²⁴ La netta flessione nel tasso di copertura della spesa che risulta dalla rilevazione Istat non trova corrispondenza nel *Rdg* del Comune di Modena, da cui invece si desume un grado di copertura leggermente crescente nel tempo. Su questo aspetto si veda quanto osservato alla precedente nota sulla dinamica della spesa.

5. Più in dettaglio si possono segnalare diverse carenze informative, a due livelli.
 - a. Indagine Istat.
 - i. Problema strutturale di sottostima delle entrate (e delle spese) laddove la titolarità comunale del nido si avvale di gestori esterni che raccolgono direttamente le rette.
 - ii. Dati non sempre di qualità (si vedano, ad esempio: la sottostima della spesa del Comune di Modena nel 2004; la forte variabilità nei costi medi per utente nel tempo; alcune dinamiche sospette nella contribuzione)
 - b. Informazioni di contesto.
 - i. Informazioni demografiche più analitiche sul target dei nidi per nazionalità e per distretto.
 - ii. Informazioni sulla condizione occupazionale della madri per distretto, possibilmente distinguendo le madri dei bambini stranieri da quelli italiani.
 - iii. Maggiori informazioni sui criteri di accesso al nido e di tariffazione. È palese che ci sia disomogeneità, ma non sappiamo in che direzione e con quanta intensità operi²⁵.

4.2. I servizi residenziali per anziani non autosufficienti

In questa sezione si analizzano i dati raccolti sulle residenze socio-sanitarie per anziani, con l'obiettivo di costruire alcuni indicatori di monitoraggio della spesa. La sezione inizia con una descrizione delle modalità di funzionamento del sistema di welfare, attraverso i meccanismi dell'autorizzazione e del convenzionamento, per poi passare a delineare le caratteristiche dell'offerta. Si esamineranno le diverse tipologie di servizi offerti, la copertura dei servizi rispetto alla popolazione di riferimento e le modalità di gestione.

La parte finale di questa sezione cercherà di mettere in relazione i dati sulla spesa sociale integrata (costruita come dettagliatamente spiegato nei capitoli precedenti) con i dati di attività, forniti dall'Ausl (in particolare, dal monitoraggio della Dgr 1378/99) in modo da costruire indicatori di monitoraggio della spesa distrettuale.

²⁵ Mentre le informazioni di contesto i.) e iii.) esistono e si tratta di raccoglierle ed organizzarle in modo utile per analizzare il servizio, le informazioni sulla condizione occupazionale non sono disponibili. L'unico strumento che, se aggiornato, potrebbe fornire qualche informazione è l'indagine ICES_{mo}.

4.2.1. Il sistema dei servizi per gli anziani: le modalità di funzionamento del sistema e la descrizione delle tipologie dei servizi

Il sistema dei servizi rivolti agli anziani nella nostra regione è disciplinato, in primo luogo, dalla legge n. 2 del 2003, che ha sostituito la precedente legge quadro n. 2 del 1985. All'articolo 35 essa stabilisce che *“il funzionamento di servizi e strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private, che svolgono attività socio-assistenziali e sociosanitarie è subordinato al rilascio di specifica autorizzazione, al fine di garantire la necessaria funzionalità e sicurezza...”*. L'ente cui compete la procedura di autorizzazione è il Comune, che la esercita anche avvalendosi dei servizi dell'Ausl, costituendo un'apposita Commissione di Vigilanza.

Quindi, un soggetto (pubblico o privato) che abbia intenzione di aprire, ampliare o trasformare strutture socio-assistenziali e sociosanitarie, deve fare domanda presso il Comune: quest'ultimo, qualora la Commissione di Vigilanza esprima parere positivo, rilascerà l'autorizzazione al funzionamento, attraverso una delibera di Giunta.

Il convenzionamento è stato introdotto dalla legge n. 5 del 1994 secondo cui, nell'ambito della programmazione territoriale della rete dei servizi socio-sanitari integrati, si devono garantire, direttamente o attraverso convenzioni, prestazioni socio-assistenziali e sanitarie all'interno dello stesso servizio erogato. Fanno parte della rete dei servizi socio-sanitari integrati: le case protette, le Rsa, i centri diurni e il servizio di assistenza domiciliare integrata.

La Delibera di Giunta Regionale n. 1378 del 1999 dettaglia quanto contenuto nella legge n. 5 del 1994. Le Aziende Usl, ai sensi della delibera, devono assicurare – in base al principio dell'universalità del sistema sanitario – l'assistenza sanitaria secondo gli standard regionali, per imputare sul Fondo Sanitario Regionale il rimborso delle prestazioni sanitarie e degli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali a rilievo sanitario erogate nei servizi cui il legislatore si riferisce all'articolo 20 della legge n. 5 del 1994, sopra citato. In ogni distretto l'Azienda Usl individua i servizi e la relativa offerta di posti da mettere a disposizione della rete dei servizi socio-sanitari integrati e garantisce prestazioni sanitarie ed a rilievo sanitario. Qualora tali servizi siano gestiti da enti o soggetti diversi dall'Azienda Usl, la stessa stipula convenzioni con gli enti gestori di strutture residenziali (case protette e Rsa) e di strutture semiresidenziali (centri diurni) o con i Comuni, nel caso del servizio di assistenza domiciliare.

A fronte di queste prestazioni di carattere sanitario, vengono riconosciute somme giornaliere per la copertura dei relativi costi delle prestazioni. Tali somme giornaliere, denominate oneri per prestazioni a rilievo sanitario, sono variabili, a seconda della gravità delle condizioni dell'anziano non autosufficiente ospitato nella struttura. In base alla classificazione degli ospiti di una struttura, l'Ausl determina

Ponere a rilievo sanitario medio di struttura, mediante media ponderata, e concorda con l'ente gestore il livello minimo di servizi da erogare.

Gli anziani non autosufficienti possono anche essere inseriti in strutture residenziali non convenzionate, solo in casi eccezionali e limitati, nel caso in cui la rete dei servizi non sia sufficientemente sviluppata o, addirittura, sia assente.

La Delibera di Giunta Regionale n. 564 del 2000 definisce i requisiti strutturali e regola le tipologie di servizi per anziani presenti nella nostra regione.

A partire dal servizio a maggiore intensità assistenziale, si distingue tra:

- **Rsa.** E' una struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Rispetto alla casa protetta, si differenzia per requisiti di personale diversi: la Rsa, ad esempio, ha un'assistenza infermieristica più intensiva rispetto alla casa protetta. Sono spesso ricoverati in Rsa utenti dimessi dall'ospedale, che hanno bisogno di assistenza sanitaria intensiva per un periodo di tempo limitato, ai fini di una completa riabilitazione per rientrare a domicilio. Pertanto, si tratta di strutture che presentano, di solito, un movimento di utenza elevato.
- **Casa protetta.** E' una struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.
- **Casa di riposo** (a volte denominata Casa albergo o Albergo per anziani). La Casa di riposo è una struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve.
- **Comunità alloggio.** La comunità alloggio è una struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni, di norma destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.
- **Alloggi con servizi.** Alloggi aggregati in una stessa unità strutturale (edificio), dotata di una zona comune per servizi collettivi, destinata ad anziani in condizioni di autosufficienza o di parziale autosufficienza.
- **Centro diurno assistenziale.** Il Centro diurno assistenziale è una struttura socio-sanitaria a carattere semiresidenziale destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza.

4.2.2. Le caratteristiche dell'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti

Se si considerano le tipologie di presidi sopra descritte, si evidenzia come, a livello provinciale, vi siano complessivamente 117 presidi: di questi, 49 sono case protette e 32 sono centri diurni (tabella 33).

Tabella 33. Presidi socio-assistenziali per anziani, per zona sociale, 31/12/2007

	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castel Franco	Provincia
Rsa	0	0	3	2	2	1	1	9
Casa protetta	6	6	14	6	8	6	3	49
Casa di riposo	0	0	3	1	2	5	0	11
Comunità alloggio	1	3	2	1	1	3	1	12
Alloggi con servizi	0	1	2	1	0	0	0	4
Centro diurno	5	5	9	4	4	3	2	32
Totale	12	15	33	15	17	18	7	117

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena – Sips

Di seguito, per semplicità, si riaggregano le tipologie di offerta in tre macro-categorie:

- Strutture residenziali socio-sanitarie (Rsa, casa protetta);
- Strutture residenziali socio-assistenziali (casa di riposo, comunità alloggio, alloggi con servizi);
- Strutture semiresidenziali socio-sanitarie (centro diurno).

La maggior parte dei posti autorizzati (sia convenzionati con gli enti pubblici che privati), riguarda le strutture residenziali a carattere socio-sanitario che, a livello provinciale, offrono il 75,5% del totale dei posti. Le strutture residenziali a carattere socio-assistenziale e quelle socio-sanitarie semiresidenziali presentano un peso pressoché identico a livello provinciale. In quasi tutti i distretti i posti in strutture residenziali socio-sanitarie rappresentano i due terzi del totale a disposizione (fa eccezione il distretto di Vignola), e ciò che differenzia i distretti è la distribuzione dei restanti posti tra strutture residenziali socio-assistenziali e strutture semiresidenziali socio-sanitarie: a Vignola, Sassuolo e Pavullo prevalgono le prime; a Carpi, Mirandola, Modena e Castelfranco le seconde (tabella 34).

Tabella 34. Posti autorizzati per tipologia di servizio e zona sociale, 31/12/2007

		Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castel franco	Provincia
Residenziali socio-sanitari	V.A.	337	347	990	333	373	357	179	2.916
	%	77,5	76,3	79,2	75,5	84,4	57,7	81,7	75,5
Residenziali socio-assistenziali	V.A.	7	29	111	60	47	209	10	473
	%	1,6	6,4	8,9	13,6	10,6	33,8	4,6	12,3
Semi-residenziali	V.A.	91	79	149	48	22	53	30	472
	%	20,9	17,3	11,9	10,9	5,0	8,5	13,7	12,2
Totale		435	455	1.250	441	442	619	219	3.861

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena – Sips

Se si rapporta il numero dei posti in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali e in strutture semiresidenziali socio-sanitarie alla popolazione con più di 75 anni, si può ottenere il tasso di copertura dei servizi (pubblici e privati) erogati sulla popolazione di riferimento. Si tratta di un indicatore che può evidenziare il livello complessivo dell'offerta presente nel distretto. In media, in provincia il tasso di copertura si attesta sul 5,4%. Alcuni distretti (Modena, Pavullo, Vignola) hanno un'offerta complessiva, pubblica e privata, più elevata della media provinciale (tabella 35).

Tabella 35. Tasso di copertura della popolazione con più di 75 anni (posti autorizzati/popolazione > 75 anni), per distretto, 31/12/2007

	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castel franco	Provincia
Residenziali socio-sanitari	3,4	3,7	4,8	3,1	7,0	4,0	2,9	4,1
Residenziali socio-assistenziali	0,1	0,3	0,5	0,6	0,9	2,3	0,2	0,7
Semiresidenziali	0,9	0,8	0,7	0,5	0,4	0,6	0,5	0,7
Totale	4,4	4,8	6,0	4,2	8,3	6,9	3,6	5,4

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena – Sips

4.2.3. Le strutture socio-sanitarie residenziali

L'analisi si concentra successivamente sulle strutture residenziali socio-sanitarie, quelle per le quali è previsto il convenzionamento con l'Azienda Usl: le Rsa e le case protette. Possono essere considerati un paio di indicatori:

- In base alla Dgr 506 del 2007, “...obiettivo minimo per i distretti con minor dotazione di posti letto è il raggiungimento di un numero di posti letto pari ad almeno il 3% della popolazione => 75 anni...”. L’indicatore mostra dunque se l’offerta di posti convenzionati risponde al fabbisogno stabilito dalla normativa regionale.
- La differenza tra i posti autorizzati e i posti convenzionati può indicare in quale misura, all’interno del medesimo distretto, si può agire, attraverso un ampliamento del convenzionamento, per soddisfare il parametro del 3% di cui alla delibera sopra citata.

Complessivamente, in provincia di Modena vi sono 281 posti convenzionati in Rsa e 1.809 in casa protetta. Il rapporto tra i posti convenzionati nelle strutture residenziali socio-sanitarie e la popolazione con più di 75 anni presenta il valore più elevato (3,5%) nel distretto di Mirandola, e quello più basso (2,6%) nel distretto di Castelfranco, a fronte di una media provinciale del 3%. I dati permettono anche di evidenziare quanti posti autorizzati, in aggiunta a quelli già convenzionati, siano ulteriormente disponibili per il convenzionamento: i distretti con un’offerta di posti aggiuntivi più bassa sono Mirandola (21 posti aggiuntivi disponibili) e Castelfranco Emilia (16 posti aggiuntivi disponibili); elevata risulta la disponibilità di posti ulteriori nei distretti di Modena (377 posti aggiuntivi disponibili) e di Pavullo (221 posti aggiuntivi disponibili). In alcuni casi, dunque, per aumentare il numero di posti convenzionati si può agire sull’offerta privata già esistente (tabella 36).

Tabella 36. Posti autorizzati e posti convenzionati, 31/12/2007

		Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Provincia
Rsa	Autorizzati	0	0	163	30	63	30	20	306
	Convenzionati	0	1	162	34	30	33	21	281
Casa protetta	Autorizzati	337	347	827	303	310	327	159	2.610
	Convenzionati	283	326	448	261	122	227	142	1.809
Totale	Autorizzati (A)	337	347	990	333	373	357	179	2.916
	Convenzionati (B)	283	327	610	295	152	260	163	2.090
Differenza (A-B)		54	20	380	38	221	97	16	826
B/pop > 75 (%)		2,9	3,5	3,0	2,8	2,8	2,9	2,6	3,0

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena – Sips e Ausl – Applicazione Dgr 1378/99

4.2.4. Alcuni indicatori per il monitoraggio: le strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti

Nel capitolo 3 si è presa in considerazione la spesa sociale per l'intera area anziani; in questa sezione se ne considererà un sottoinsieme, prendendo in esame la spesa per strutture residenziali. In dettaglio, nell'indagine Istat sulla spesa per interventi e servizi sociali dei comuni ci sono due voci che interessano la nostra analisi: la voce "strutture residenziali", all'interno della sezione "strutture" dell'area "anziani", e la voce "retta per prestazioni residenziali", all'interno della sezione "trasferimenti monetari" dell'area "anziani".

A livello metodologico, nella prima voce dovrebbero essere inserite le spese relative alla gestione di strutture proprie; nella seconda, invece, dovrebbero essere inserite tutte le spese per l'integrazione delle rette degli utenti che non riescono a pagare interamente la compartecipazione a loro carico.

Come evidenziano i dati (tabelle 37, 38 e 39), la quota maggioritaria (84,9 milioni di euro) è costituita dalla spesa per strutture residenziali, mentre le rette per prestazioni residenziali ammontano a poco più di 1,6 milioni di euro.

Tabella 37. Spesa per strutture residenziali, per fonte e per distretto

	Spesa comune	Altre fonti	Compartecipazione utenti	Oneri e spesa sanitaria	Totale spesa sociale integrata
Carpi	1,06	0,005	3,78	4,83	9,7
Mirandola	0,61	0,007	5,60	6,21	12,4
Modena	5,51	-	11,28	11,90	28,7
Sassuolo	0,65	-	4,39	5,74	10,8
Pavullo	0,10	-	2,96	4,03	7,1
Vignola	0,09	0,001	5,63	4,89	10,6
Castelfranco	-	-	2,63	3,00	5,6
Provincia	8,01	0,012	36,27	40,60	84,9

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Tabella 38. Spesa per rette per prestazioni residenziali, per fonte e per distretto

	Spesa comune	Altre fonti	Compartecipazione utenti	Oneri e spesa sanitaria	Totale spesa sociale integrata
Carpi	0,001	-	0,052	-	0,053
Mirandola	0,226	-	0,409	-	0,635
Modena	-	-	-	-	-
Sassuolo	0,368	-	0,056	-	0,424
Pavullo	0,058	-	0,017	-	0,075
Vignola	0,207	-	-	-	0,207
Castelfranco	0,212	-	0,028	-	0,240
Provincia	1,072	-	0,562	-	1,634

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Tabella 39. Spesa complessiva per servizi residenziali per anziani, per fonte e distretto

	Spesa comune	Altre fonti	Compartecipazione utenti	Oneri e spesa sanitaria	Totale spesa sociale integrata
Carpi	1,06	0,005	3,83	4,83	9,7
Mirandola	0,83	0,007	6,01	6,21	13,1
Modena	5,51	-	11,28	11,90	28,7
Sassuolo	1,02	-	4,45	5,74	11,2
Pavullo	0,15	-	2,98	4,03	7,2
Vignola	0,30	0,001	5,63	4,89	10,8
Castelfranco	0,21	-	2,66	3,00	5,9
Provincia	9,08	0,012	36,83	40,60	86,5

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Considerata la spesa, l'obiettivo è quello di trovare l'indicatore che meglio possa permettere di effettuare un monitoraggio sulla spesa pro capite dell'area di bisogno presa in considerazione. Se il dato al numeratore è di agevole individuazione – la spesa socio-sanitaria integrata, ottenuta come descritto nella metodologia (e rappresentata dall'ultima colonna delle tabelle 37, 38 e 39) – la scelta del denominatore può basarsi sulle seguenti alternative:

- La popolazione di riferimento, vale a dire gli anziani con più di 75 anni (colonna A della tabella 40);
- I posti convenzionati, che rappresentano l'offerta complessiva che si ottiene con la spesa erogata (colonna B della tabella 40);
- Le giornate effettive di accoglienza, che rappresentano l'offerta complessiva (considerata per la parte di effettivo funzionamento del servizio) ottenuta con le risorse erogate (colonna C della tabella 40).

Queste tre variabili, rapportate con la spesa sociale integrata, permettono di ottenere tre indicatori, riassunti nelle tre colonne E, F, G della tabella sottostante, sui quali si richiamano le considerazioni effettuate nel capitolo 1.

Tabella 40. Indicatori di spesa pro capite, per distretto

	Popolazione >75 (A)	Posti convenzionati (B)	Giornate annue di effettiva presenza (C)	Spesa sociale integrata (D)	Spesa su popolazione target (E=D/A)	Spesa per posto convenzionato (F=D/B)	Spesa per giornata effettiva di accoglienza (G=D/C)
Carpi	9.905	283	100.235	9,7	981,0	34.335,9	96,9
Mirandola	9.418	327	116.210	13,1	1.386,4	39.929,1	112,4
Modena	20.571	613	192.506	28,7	1.395,0	46.811,9	148,5
Sassuolo	10.359	295	106.054	11,2	1.081,8	37.986,5	105,7
Pavullo	5.351	152	50.852	7,2	1.339,1	47.141,9	140,9
Vignola	8.969	260	90.016	10,8	1.205,4	41.583,4	120,1
Castelfranco	6.216	163	56.997	5,9	944,7	36.026,1	103,0
Provincia	70.789	2.093	713.580	86,5	1.222,3	41.340,2	121,3

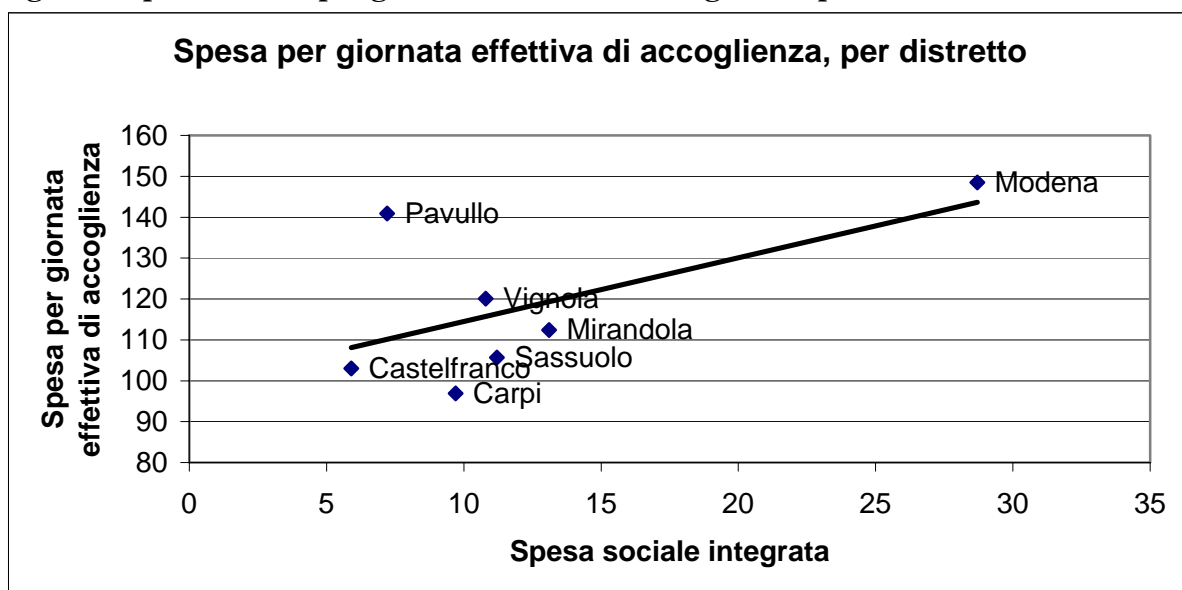
Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl – applicazione Dgr 1378/99

La spesa sociale integrata, se rapportata alla popolazione target, è pari a poco più di 1.200 euro a livello provinciale; se calcolata sui posti convenzionati è invece pari a più di 41.000 euro per posto letto e, infine, se rapportata alle giornate effettive di accoglienza (cioè le giornate in cui un posto letto è stato effettivamente occupato) è pari a 121,3 euro.

Se si considera quest'ultimo indicatore, emergono differenze abbastanza significative tra i distretti. Una giornata effettiva di accoglienza in casa protetta o Rsa sembra essere più costosa rispetto alla media nei distretti di Modena e Pavullo (in cui si spendono rispettivamente 148,5 euro al giorno e 140,9 euro al giorno), mentre sembra essere meno costosa della media nei distretti di Carpi (96,9 euro al giorno), Castelfranco (103 euro al giorno), Sassuolo (105,7 euro al giorno), Mirandola (112,4 euro al giorno).

Il grafico sottostante evidenzia che sembra esservi una relazione tra la spesa sociale integrata e la spesa per giornata effettiva di accoglienza: maggiore la spesa sociale, più elevata la spesa per giornata effettiva di accoglienza (figura 9).

Figura 9. Spesa totale e per giornata effettiva di accoglienza, per distretto



Le differenze tra i distretti nella spesa per giornata effettiva di accoglienza possono essere determinate da diversi fattori, fra cui si ricordano:

- a) L'impatto dei costi fissi;
- b) La composizione dell'offerta;
- c) La gravità dell'utenza;
- d) Le modalità di gestione.

Con riguardo ai **costi fissi**, una struttura residenziale con un certo numero di posti letto, in base alla normativa regionale, deve essere dotata di determinate infrastrutture (e di alcune figure professionali) che non variano al variare del numero di ospiti. Inoltre, il costo del personale di assistenza, in base al testo di legge, viene considerato variabile, ma nel breve periodo – vale a dire, nel corso di un anno – può essere considerato un costo fisso. Infatti è verosimile che, a fronte di una certa variabilità dell'utenza nel corso dell'anno, il personale rimanga costante. Pertanto, quanto più un posto letto risulta occupato, e quanto più elevato è il numero di giornate di accoglienza erogate, minore dovrebbe essere la spesa per giornata di accoglienza.

Concretamente, l'impatto dei costi fissi può essere valutato considerando le giornate potenziali di accoglienza, vale a dire le giornate di accoglienza che complessivamente potrebbero essere erogate se tutti i posti letto fossero sempre occupati, ottenute moltiplicando i posti convenzionati per il numero di giorni di validità della convenzione.

Nella tabella 41 è riportata, nella colonna C, la differenza tra il numero di giornate potenziali di accoglienza ed il numero di giornate effettive di accoglienza. In termini percentuali, la colonna D evidenzia che i distretti con una capacità produttiva utilizzata più elevata sono quelli di Mirandola (che utilizza il 98,5% delle giornate complessive) e di Sassuolo (che utilizza il 98,3% delle giornate complessive). Il numero di giornate inutilizzate, diviso per 365, permette di ottenere il numero di posti letto equivalenti inutilizzati, indicatore che evidenzia la parte dell'offerta complessiva inutilizzata a seguito della differenza tra giornate potenziali ed effettive di accoglienza.

Tabella 41. Spesa per giornata potenziale di accoglienza e tasso di utilizzo, per distretto

	Giornate di accoglienza effettive (A)	Giornate di accoglienza potenziali (B)	Differenza (C=A-B)	Tasso di utilizzo (D=A/B)	Posti letto equivalenti inutilizzati (E=C/365)
Carpi	100.235	103.295	3.060	97,0%	8
Mirandola	116.210	118.022	1.812	98,5%	5
Modena	192.506	222.650	30.144	86,5%	83
Sassuolo	105.840	107.675	1.835	98,3%	5
Pavullo	50.802	55.480	4.678	91,6%	13
Vignola	90.016	94.900	4.884	94,9%	13
Castelfranco	56.997	59.495	2.498	95,8%	7
Provincia	712.606	761.517	48.911	93,6%	134

Fonte: elaborazioni su dati Ausl – applicazione Dgr 1378/99

I dati evidenziano chiaramente che alcuni distretti utilizzano meglio di altri l'offerta complessiva di servizi residenziali: questo aspetto può contribuire a spiegare una parte delle differenze tra distretti nella spesa per giornata effettiva di accoglienza, mostrate nella colonna G della tabella 40 e nella figura 9.

Si può effettuare una considerazione ulteriore. Se si sottraggono i posti inutilizzati ai posti convenzionati, si ottiene il numero di posti utilizzati a pieno regime, 365 giorni l'anno; divisi per la popolazione con più di 75 anni, permettono di ottenere un indicatore che può definirsi **tasso di copertura effettivo** (colonna D tabella 42). Il tasso di copertura calcolato in questo modo è, ovviamente, inferiore di alcuni punti decimali rispetto a quello calcolato in precedenza (tabella 36) sui posti convenzionati complessivi.

Tabella 42. Tasso di copertura effettivo, per distretto

	post convenzionati (A)	post equivalenti inutilizzati (B)	post utilizzati 365 giorni l'anno (C=A-B)	tasso di copertura effettivo (D=C/pop>75anni)
Carpi	283	8	275	2,8%
Mirandola	327	5	322	3,4%
Modena	613	83	530	2,6%
Sassuolo	295	5	290	2,8%
Pavullo	152	13	139	2,6%
Vignola	260	13	247	2,8%
Castelfranco	163	7	156	2,5%
Provincia	2.093	134	1.959	2,8%

Fonte: elaborazioni su dati Ausl – applicazione Dgr 1378/99

L'inefficienza, pertanto, determina un livello più elevato della spesa per giornata effettiva di accoglienza; una misura del grado di efficienza può essere ottenuta confrontando la spesa per giornata effettiva di accoglienza e la spesa per giornata potenziale di accoglienza, ottenuta come rapporto tra la spesa sociale integrata ed il numero di giornate potenziali di accoglienza. Come già sottolineato sopra, la spesa per giornata effettiva di accoglienza è pari, a livello provinciale, a 121,3 euro, con differenze distrettuali abbastanza marcate, da un minimo di 96,9 euro del distretto di Carpi ad un massimo di 148,5 euro del distretto di Modena. Se si considerano le giornate potenziali di accoglienza e non quelle effettive, la spesa media per giornata cala, attestandosi su 113,6 euro. Il calo è più evidente per i distretti di Modena – circa venti euro per giornata di accoglienza – e Pavullo, mentre risulta molto ridotto, a testimoniare un migliore utilizzo dell'offerta di servizi residenziali, nei distretti di Sassuolo, Mirandola e Carpi (tabella 43).

Tabella 43. Spesa per giornata effettiva e potenziale di accoglienza, per distretto

	spesa sociale integrata (mln €)	spesa per giornata effettiva di accoglienza (€)	spesa per giornata potenziale di accoglienza (€)	Differenza
Carpi	9,7	96,9	94,1	2,9
Mirandola	13,1	112,4	110,6	1,7
Modena	28,7	148,5	128,9	19,6
Sassuolo	11,2	105,7	104,1	1,6
Pavullo	7,2	140,9	129,2	11,8
Vignola	10,8	120,1	113,9	6,2
Castelfranco	5,9	103,0	98,7	4,3
Provincia	86,5	121,3	113,6	7,6

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl – applicazione Dgr 1378/99

Anche la **diversa composizione dell'offerta** può incidere sulla spesa per giornata effettiva di accoglienza. La presenza di una Rsa, infatti, influisce attraverso due canali sulla spesa sociale integrata.

Un primo canale è costituito dai più elevati oneri a rilievo sanitario: la Rsa ospita utenti con livelli di non autosufficienza più grave rispetto alla casa protetta; la normativa, inoltre, prevede che nella Rsa la presenza di personale socio-sanitario sia garantita in un rapporto pari a un operatore ogni 2,2 utenti a fronte di un rapporto pari a 3,5 utenti in casa protetta (Dgr 564/2000).

Il secondo canale attraverso cui la presenza di una Rsa determina un aumento della spesa sociale integrata è costituito da una maggiore spesa sanitaria. La normativa, infatti, prevede che nella Rsa vi sia un infermiere ogni 6 ospiti, a fronte di un infermiere ogni 12 ospiti in casa protetta (Dgr 564/2000).

I dati (tabella 44) evidenziano che i due distretti con la più elevata percentuale di posti convenzionati in Rsa sono anche quelli con la spesa per giornata effettiva di accoglienza più elevata. Di contro, due tra i distretti con la spesa per giornata effettiva di accoglienza più bassa – Carpi e Mirandola – sono quelli che hanno la percentuale più bassa di posti in Rsa sul totale dei posti convenzionati.

Infine, i distretti di Sassuolo e Castelfranco risultano avere invece un livello di spesa per giornata effettiva di accoglienza inferiore a quello che il rapporto tra i posti in Rsa e il totale dei posti convenzionati sembrerebbe suggerire.

Tabella 44. Spesa per giornata effettiva di accoglienza e composizione dell'offerta, per distretto

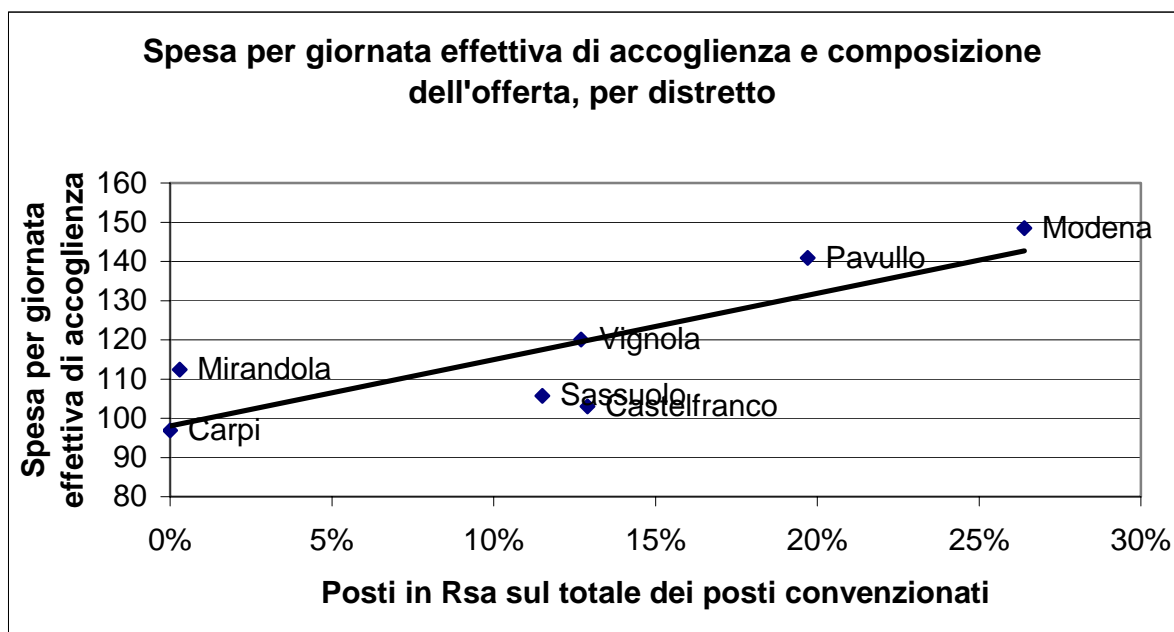
	Posti in Rsa	Totale posti convenzionati	Posti Rsa/Totale posti convenzionati	Spesa per giornata effettiva di accoglienza
	(A)	(B)	(C=A/B)	(D)
Carpi	0	283	0,0%	96,9
Mirandola	1	327	0,3%	112,4
Modena	162	613	26,4%	148,5
Sassuolo	34	295	11,5%	105,7
Pavullo	30	152	19,7%	140,9
Vignola	33	260	12,7%	120,1
Castelfranco	21	163	12,9%	103,0
Provincia	281	2.093	13,4%	121,3

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl – applicazione Dgr 1378/99

La figura 10 conferma quanto sopra: sembra esservi una relazione positiva tra la spesa per giornata effettiva di accoglienza e la composizione dell'offerta:

maggiore la presenza di posti in Rsa, più elevata la spesa per giornata di accoglienza effettiva (figura 10).

Figura 10. Spesa per giornata effettiva di accoglienza e composizione dell'offerta, per distretto



Un ulteriore aspetto da valutare per spiegare le differenze tra i distretti nella spesa per giornata effettiva di accoglienza riguarda la **gravità dell'utenza**.

Gli utenti sono classificati secondo quattro livelli di gravità, da A a D, ove A è il livello di maggior gravità e D è il livello di minore gravità. Nelle Rsa possono essere ospitati unicamente utenti con livelli di gravità A e B, mentre nelle case protette possono essere ospitati utenti di tutti e quattro i livelli di gravità. Dal momento che ad un livello di gravità più elevato corrisponde un onere a rilievo sanitario più elevato e quindi una spesa per utente più elevata, si può ipotizzare che i distretti con una maggiore presenza di utenti appartenenti ai livelli di gravità A e B abbiano un livello di spesa per giornata effettiva di accoglienza più elevato. Dal momento che l'effetto della presenza delle Rsa sulla spesa per giornata effettiva di accoglienza è stato già verificato in precedenza, di seguito si limiterà l'analisi alla gravità degli utenti nelle case protette. Viene pertanto calcolato, con riferimento alle sole case protette, il rapporto tra gli utenti classificati nei livelli di gravità A e B e gli utenti complessivi, denominato tasso di gravità dell'utenza.

I dati mostrano che, a livello provinciale, gli utenti in casa protetta nel 43,6% dei casi appartengono alle classi di gravità più elevata, A e B, con differenze abbastanza marcate tra i distretti (tabella 45).

Non si riesce a definire con precisione una relazione tra la spesa per giornata effettiva di accoglienza e gravità dell'utenza. I distretti con la spesa per giornata

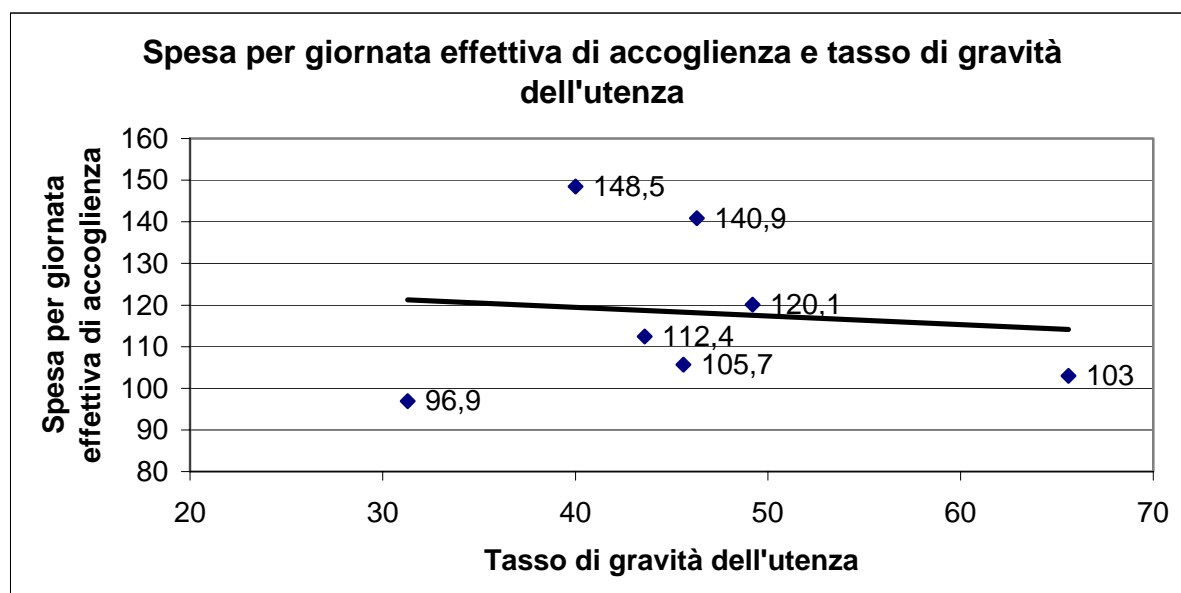
effettiva di accoglienza più elevata non sono quelli con il più elevato tasso di gravità degli ospiti; solo Carpi, il distretto che ha la spesa per giornata di accoglienza effettiva più bassa, ha anche il più basso tasso di gravità dell'utenza. La figura 11, evidenziando una debole relazione inversa tra le due variabili, testimonia l'inesistenza di qualsiasi effetto della gravità degli utenti in casa protetta sulla spesa per giornata effettiva di accoglienza.

Tabella 45. Tasso di gravità dell'utenza e spesa per giornata effettiva di accoglienza, per distretto

	Tasso di gravità dell'utenza	Spesa per giornata effettiva di accoglienza
Carpi	31,3%	96,9
Mirandola	43,6%	112,4
Modena	40%	148,5
Sassuolo	45,6%	105,7
Pavullo	46,3%	140,9
Vignola	49,2%	120,1
Castelfranco	65,6%	103,0
Provincia	43,6%	121,3

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl – applicazione Dgr 1378/99

Figura 11. Spesa per giornata effettiva di accoglienza e tasso di gravità dell'utenza, per distretto



Un ultimo possibile motivo da indagare per trovare una causa della variabilità della spesa per giornata di accoglienza è la **modalità di gestione delle strutture**

pubbliche. Spesso, infatti, si sostiene che una maggiore esternalizzazione dei servizi determini una maggiore efficienza dei servizi. In realtà viene omesso un passaggio cruciale, dal momento che la maggiore efficienza viene raggiunta o, per meglio dire, viene confusa con una marcata riduzione dei salari, come dimostrano i dati nella tabella seguente.

Tabella 46. Distribuzione percentuale dei salari nel settore dell'assistenza agli anziani, per settore e fascia retributiva

	Settore pubblico	Settore no profit 1	Settore no profit 2
Fino a 540 euro	0	0	17,03%
Da 541 a 830 euro	14,5%	44,8%	48,9%
Da 831 a 1120 euro	48,4%	52,2%	32,97%
Da 1121 a 1410 euro	37,1%	2,2%	1,1%
Oltre 1410 euro	0	0,9%	0

Fonte: Giovannetti, Riboldi, Solinas (2008a); Giovannetti, Riboldi, Solinas (2008b); Bertoni, Solinas (2008)

La distribuzione percentuale evidenzia una netta contrazione della retribuzione nel settore no profit rispetto al settore pubblico. In quest'ultimo, il 37% degli operatori percepisce un salario nella fascia da 1121 a 1410 euro, mentre nelle imprese del settore no profit la percentuale dei percettori nella stessa fascia di reddito scende fino quasi ad azzerarsi. Analogamente, ricadono nella fascia da 541 a 830 euro quasi la metà degli operatori del settore no profit, mentre nel settore pubblico solo il 14,5% appartiene a questa fascia retributiva.

Dal momento che le fasce retributive possono essere diverse a causa di orari di lavoro diversi, una misura migliore della differenza tra le retribuzioni nei due settori è costituita dalla retribuzione oraria. In questo modo si elimina l'effetto che sulla retribuzione ha una differenza nell'orario di lavoro. La retribuzione oraria, riportata nella tabella 47, sottolinea con maggiore evidenza lo squilibrio nelle retribuzioni tra il settore pubblico ed il settore no profit.

Tabella 47. Distribuzione percentuale del salario orario nel settore dell'assistenza agli anziani, per settore e fascia retributiva

	Settore pubblico	Settore no profit 1
Fino a 4 euro	0	5,3%
Da 4,01 a 5 euro	0	43,4%
Da 5,01 a 6 euro	1,6%	37,6%
Da 6,01 a 7 euro	16,1%	7,2%
Da 7,01 a 8 euro	33,9%	3,1%
Da 8,01 a 9 euro	41,9%	0
Oltre 9 euro	6,5%	3,3%

Fonte: Giovannetti, Riboldi, Solinas (2008a); Bertoni, Solinas (2008)

Può dunque essere interessante verificare quanto questa differenza nelle retribuzioni tra il settore pubblico ed il settore no profit, al quale nella maggior parte dei casi viene esternalizzata la gestione dei servizi a favore degli anziani non autosufficienti, influisca sulle differenze nelle spese per giornata di assistenza.

Il settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è caratterizzato da una notevole varietà nei modi di gestione delle strutture socio-sanitarie residenziali. Accanto alla gestione pubblica diretta (che, come si vedrà, è residuale rispetto alle altre) una struttura può essere gestita attraverso una esternalizzazione delle prestazioni di assistenza, totale o parziale. In quest'ultimo caso, gli operatori sotto contratto con l'ente pubblico vengono affiancati da quelli sotto contratto con gli enti privati o no profit e la gestione può definirsi "mista".

La gestione delle strutture socio-sanitarie residenziali pubbliche è per la maggior parte esternalizzata (15 casi su 31) o mista (10 casi su 31). E' residuale la gestione pubblica diretta, che si ha in soli 6 presidi su 31. Alcuni distretti, come Carpi e Sassuolo, hanno esternalizzato la quasi totalità dei servizi residenziali socio-sanitari; altri, come Mirandola e Vignola, presentano invece tutte le modalità di gestione all'interno del proprio sistema di welfare locale (tabella 48).

Tabella 48. Strutture residenziali socio-sanitarie, per tipologia di gestione e distretto, 31/12/2007

Servizio	Gestione	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castel franco	Totale
Casa protetta	Diretta	0	2	2	0	0	0	0	4
	Mista	1	3	0	1	1	2	1	9
	Esternalizzata	4	1	2	2	0	1	1	11
Rsa	Diretta	0	0	0	0	1	1	0	2
	Mista	0	0	0	0	0	0	1	1
	Esternalizzata	0	0	3	1	0	0	0	4
Totale	Diretta	0	2	2	0	1	1	0	6
	Mista	1	3	0	1	1	2	2	10
	Esternalizzata	4	1	5	3	0	1	1	15

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena – Sips e Ausl – Applicazione Dgr 1378/99

Se invece delle strutture si considerano i posti, il peso dell'esternalizzazione emerge con maggiore chiarezza. Ben 838 posti (più del 50% del totale) sono offerti attraverso la modalità dell'esternalizzazione, mentre attraverso la gestione pubblica vengono offerti solo 297 posti su 1587, meno del 20% (tabella 49).

Tabella 49. Posti letto in strutture residenziali socio-sanitarie, per tipologia di gestione e distretto, 31/12/2007

Servizio	Gestione	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castel franco	Totale
Casa protetta	Diretta	0	127	125	0	0	0	0	252
	Mista	40	145	0	39	40	106	62	432
	Esternalizzata	243	54	118	149	0	34	60	658
Rsa	Diretta	0	0	0	0	15	30	0	45
	Mista	0	0	0	0	0	0	20	20
	Esternalizzata	0	0	160	20	0	0	0	180
Totale	Diretta	0	127	125	0	15	30	0	297
	Mista	40	145	0	39	40	106	82	452
	Esternalizzata	243	54	278	169	0	34	60	838

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena – Sips e Ausl – Applicazione Dgr 1378/99

Il tasso di esternalizzazione (colonna E della tabella 50) viene calcolato rapportando il numero dei posti in strutture a gestione esternalizzata con il totale dei posti offerti in strutture residenziali pubbliche. Il confronto tra il tasso di esternalizzazione e la spesa per giornata effettiva di accoglienza evidenzia che i distretti di Sassuolo e Carpi, che hanno i due tassi di esternalizzazione più elevati, hanno anche due tra i valori più bassi della spesa per giornata effettiva di accoglienza.

Tabella 50. Tasso di esternalizzazione dei posti in strutture a titolarità pubblica e spesa per giornata effettiva di accoglienza, per distretto

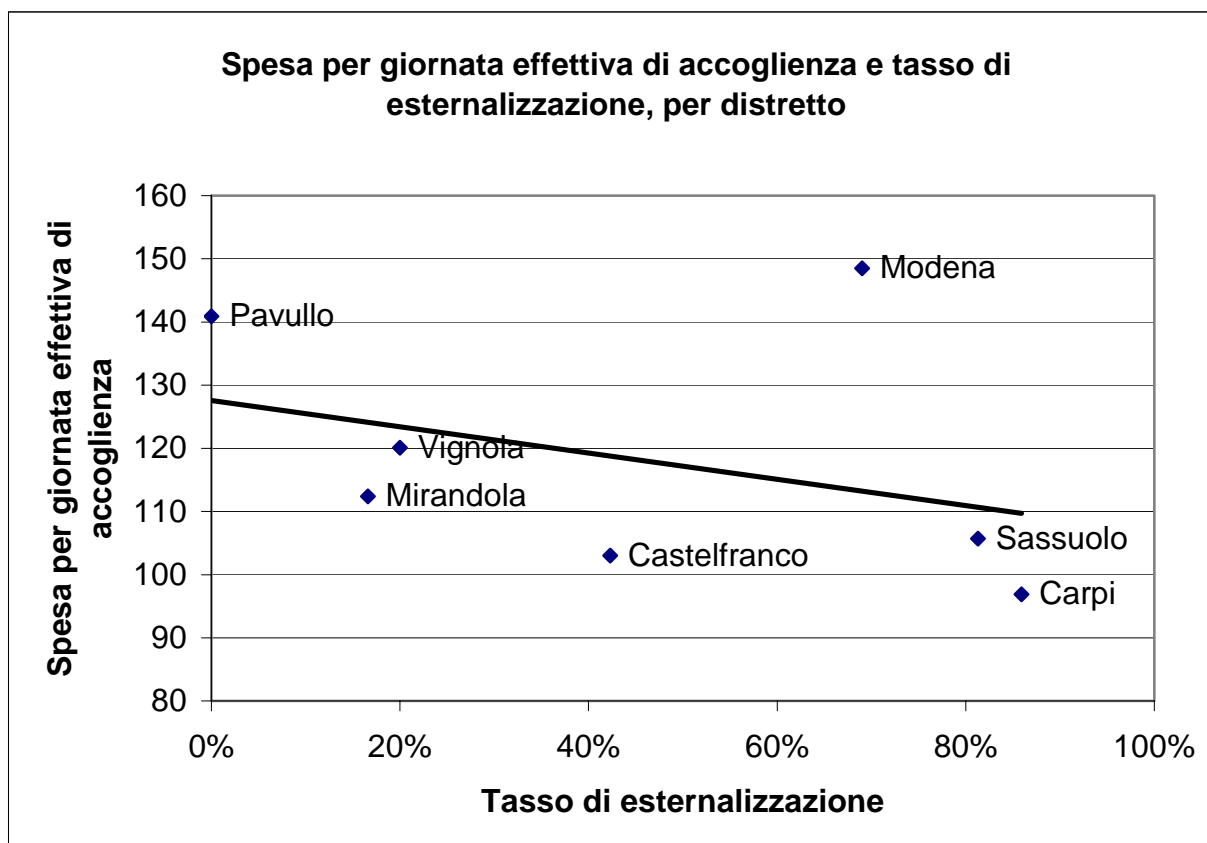
	Diretta (A)	Mista (B)	Esternalizzata (C)	Totale (D=A+B+C)	Tasso di esternalizzazione (E=C/D)	Spesa per giornata effettiva di accoglienza
Carpi	0	40	243	283	85,90%	96,9
Mirandola	127	145	54	326	16,60%	112,4
Modena	125	0	278	403	69,00%	148,5
Sassuolo	0	39	169	208	81,30%	105,7
Pavullo	15	40	0	55	0,00%	140,9
Vignola	30	106	34	170	20,00%	120,1
Castelfranco	0	82	60	142	42,30%	103,0
Provincia	297	452	838	1587	52,80%	121,3

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena – Sips, Ausl – Applicazione Dgr 1378/99, Istat

La figura 12 mostra una relazione diretta tra l'esternalizzazione e la spesa per giornata effettiva di accoglienza: maggiore il tasso di esternalizzazione, minore il costo per giornata effettiva di accoglienza. I distretti che presentano un elevato

tasso di esternalizzazione accompagnato ad un livello basso di spesa per giornata effettiva di accoglienza sono quelli di Carpi, Sassuolo e, in misura minore, di Castelfranco. Modena, che presenta un elevato tasso di esternalizzazione, presenta tuttavia il più elevato livello di spesa per giornata effettiva di accoglienza.

Figura 12. Spesa per giornata effettiva di accoglienza e tasso di gravità dell'utenza, per distretto



L'analisi permette, in conclusione, di tracciare alcuni spunti di riflessione in merito alla spesa per i servizi residenziali per anziani e, in particolare, di comprendere una parte delle differenze tra distretti nella spesa per giornata effettiva di accoglienza.

- Salvo alcune eccezioni, la composizione dell'offerta incide in modo diretto: laddove sono presenti Rsa, la spesa per giornata effettiva di accoglienza cresce;
- L'esternalizzazione dei processi produttivi impatta sulla spesa per giornata effettiva di accoglienza, determinandone un calo;

- I costi fissi incidono pesantemente sulle differenze tra distretti: se si calcola la spesa per giornata potenziale di accoglienza, le differenze si riducono drasticamente.

Considerato il fatto che l'esternalizzazione dei servizi, nel determinare un risparmio di bilancio dell'ente pubblico, aggrava il costo per la collettività attraverso un calo generalizzato della retribuzione oraria degli operatori del settore socio-sanitario (costo di cui non si tiene conto nel risparmio di bilancio che l'esternalizzazione comporta), e considerato anche quanto residuale sia ormai la gestione pubblica, pare che il punto su cui concentrare la maggiore attenzione sia l'impatto dei costi fissi, ed in particolare la differenza tra la spesa per giornata effettiva e giornata potenziale di accoglienza.

Questa differenza può essere data da due cause, che in questo rapporto non si sono indagate: un eccesso di offerta, tale per cui non è possibile riempire i posti convenzionati, oppure una inefficienza – o una certa lentezza – nel processo di assegnazione dei posti letto lasciati liberi. E' tuttavia verosimile, considerata la crescita della domanda di assistenza in strutture residenziali, che il problema sia confinato al secondo aspetto: in questo caso, non pare complicato innovare le procedure in modo da ridurre il costo per giornata effettiva di accoglienza e incrementare in questo modo l'offerta effettiva senza aggravii di bilancio.

Quest'ultimo aspetto si collega con il fatto che la regione preveda il mantenimento di un livello di offerta pari al 3% sulla popolazione con più di 75 anni: aumentare l'offerta convenzionata in presenza di inefficienze potrebbe deteriorare ulteriormente la situazione. Forse, allora, conviene prima concentrarsi sulla riduzione delle inefficienze e successivamente agire incrementando l'offerta.

In conclusione, vale la pena rilevare che gli aspetti esaminati nel testo non permettono di comprendere appieno le differenze esistenti tra i distretti. Aspetti come la qualità dei servizi offerti, che in questa sede non sono stati presi in considerazione, hanno sicuramente la loro rilevanza e incidono sulla spesa per giornata di accoglienza.

5. Una proposta: il Budget della spesa sociale integrata

La ricerca svolta ha messo in luce l'opportunità di definire un'area di spesa sociale più vasta di quella comunemente utilizzata nelle analisi economiche e dagli operatori: la spesa per servizi sociali integrata. Per realizzare questa integrazione è stato necessario ampliare le fonti informative costituite dall'indagine dell'Istat sulla spesa per servizi sociali dei comuni e delle unioni, considerando anche i bilanci della Asp e soprattutto censendo una parte importante di spesa sanitaria destinata a servizi sociali, che abbiamo chiamato appunto spesa sanitaria. La ricostruzione di questo nuovo quadro contabile è operazione alquanto complessa a causa dei diversi sistemi di rilevazione e della varietà non sempre giustificata di prassi amministrative nelle operazioni di finanziamento dei diversi attori che partecipano al processo.

E' appunto la pluralità di attori (Comuni, Ausl, Asp, settore privato convenzionato, utenti) che ci ha indotto ad effettuare una ricostruzione in cui sia possibile identificare non solo la spesa allargata per distretto, ma anche le funzioni di produzione e finanziamento dei servizi. Un altro aspetto importante della ricerca è connesso al fatto che nei servizi sociali un contributo significativo al finanziamento del servizio (valutabile intorno al 20%) è a carico del cittadino. In alcuni casi tale contribuzione è versata direttamente a soggetti che hanno partecipato al processo produttivo, ma non sono enti appartenenti alla Pubblica amministrazione. Ciò ha reso necessario ricorrere a stime. In prospettiva i problemi che nascono da queste lacune dovranno essere affrontati in modo più organico e trovare soluzioni stabili di rilevazione.

Più in generale, dal nostro lavoro sono emersi alcuni suggerimenti volti ad arricchire l'indagine Istat e gli strumenti di rilevazione contabile a livello locale, al fine di pervenire a stime attendibili e soprattutto confrontabili tra diversi ambiti amministrativi, che nel nostro caso sono rappresentati dai distretti.

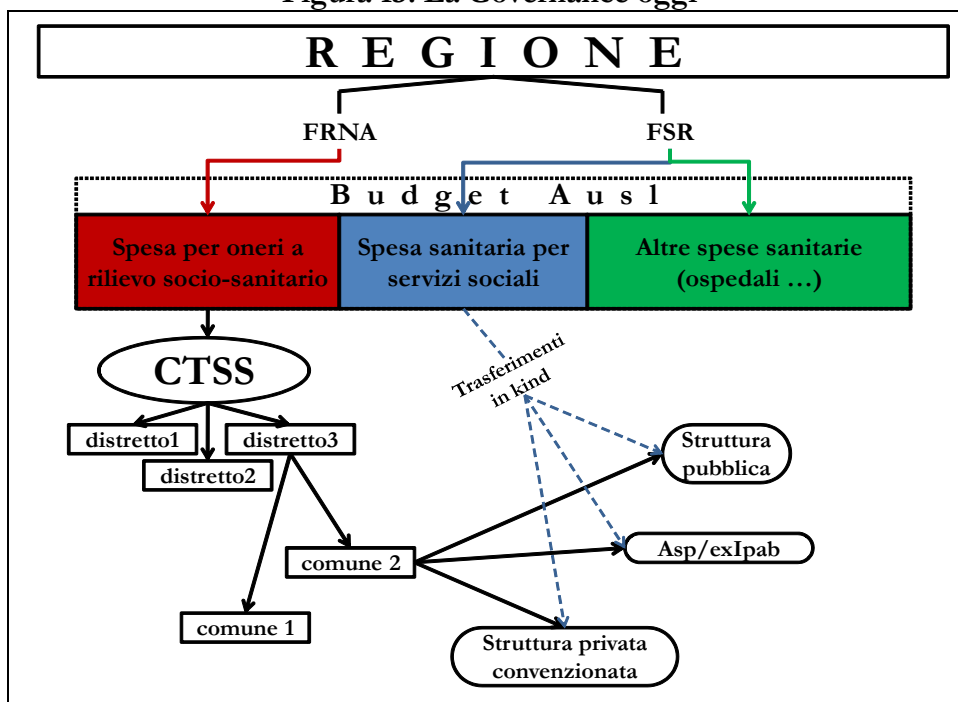
Nel breve termine un'indicazione importante è ad esempio quella di sottoporre a un più accurato censimento le relazioni finanziarie esistenti tra enti pubblici, utenti e soggetti privati convenzionati. Un altro aspetto rilevante è l'individuazione, per le aree principali, di un nucleo di indicatori costruiti sulla base di informazioni relative alle quantità e (possibilmente) alla qualità dei servizi. In questa direzione abbiamo compiuto un primo esercizio per mostrare come possono essere utilizzate le informazioni attualmente disponibili (abbondanti, ma che stentano ad essere messe in rete) nell'area dei servizi alla famiglia, con un'ampia digressione sugli asili nido e sulle strutture residenziali per anziani non autosufficienti.

In una prospettiva di più ampio respiro emerge una ulteriore indicazione. Il lavoro di rilevazione e monitoraggio di queste attività potrà diventare compito ordinario dell'amministrazione pubblica solamente qualora si giunga ad una piena

integrazione dei sistemi contabili. Ciò potrà accadere solo riconducendo ad unità i diversi flussi finanziari e di risorse che concorrono a definire la spesa complessiva. Si tratta, in altre parole, di affrontare un problema ben più impegnativo di governance della spesa. Il problema è sul tappeto ormai da decenni, sotto l'etichetta di integrazione socio-sanitaria, e non è possibile, in questa sede, fare nulla più che segnalarlo ancora una volta.

Il nostro esercizio nella provincia di Modena consente tuttavia di evidenziare questo problema in modo più chiaro. La situazione attuale sotto questo profilo è illustrata dalla figura 1, in cui sono indicate le relazioni tra le diverse istituzioni che concorrono al finanziamento e alla produzione dei servizi che possiamo inquadrare nell'area dell'integrazione socio-sanitaria. Lo schema non costituisce una rappresentazione completa delle interrelazioni istituzionali, ma mira, piuttosto, ad illustrare il ruolo della Regione, dell'Ausl e degli enti locali nell'allocazione delle risorse per i servizi. Dallo schema emerge che il rapporto tra Regione e livelli inferiori di governo avviene quasi esclusivamente attraverso gli organismi sottordinati alla Regione stessa, che gestiscono la spesa sanitaria, l'Ausl. Una funzione di coordinamento e monitoraggio viene svolta dall'Ufficio di Supporto della Ctss, che tiene le fila dei rapporti con i distretti, nei quali si esplicitano gli orientamenti dei comuni che partecipano all'amministrazione della spesa. Il bilancio della spesa sociale integrata non è ricostruibile facilmente all'interno di questo schema; ne è prova il lavoro, non poco faticoso, svolto in questa ricerca.

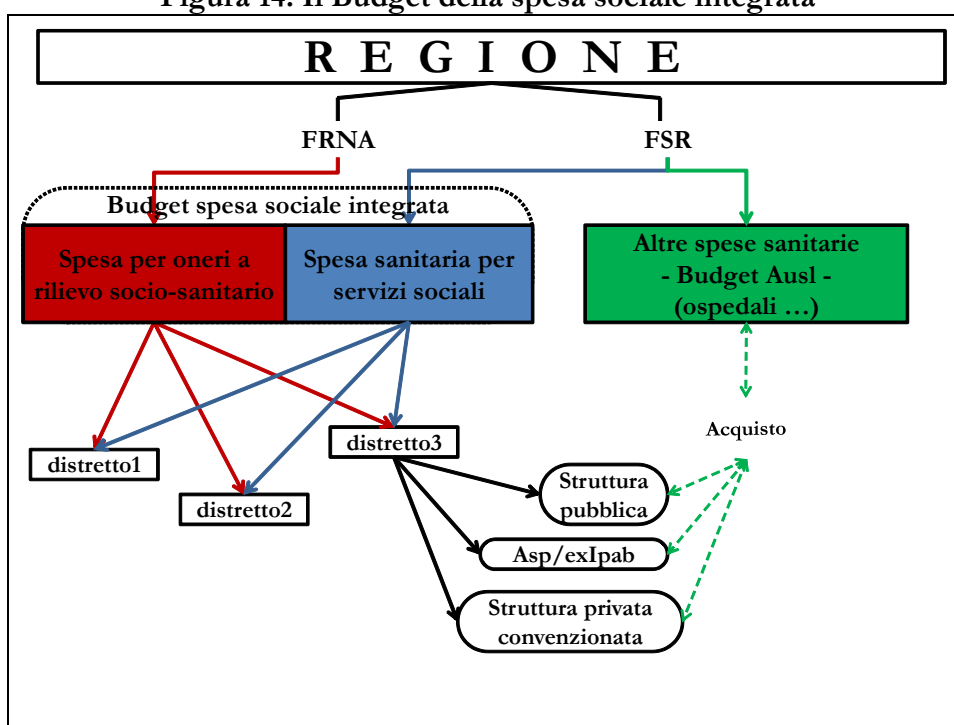
Figura 13. La Governance oggi



La costruzione degli elementi informativi che, come si è detto nella premessa, sono il presupposto necessario per lo svolgimento di attività di monitoraggio, potrebbe essere assai più facilmente realizzata se fosse possibile disporre di un Budget della spesa sociale integrata, che includa la spesa per oneri a rilievo sanitario e la spesa sanitaria per servizi sociali. Il Frna sarebbe, in questa prospettiva, direttamente assegnato a questo Budget.

Un'indicazione di questo tipo andrebbe naturalmente approfondita sotto molteplici punti di vista. Qui preme solo sottolineare come la costituzione del Budget della spesa sociale integrata consentirebbe di fare ulteriori passi nella direzione di una più accurata contabilità dei servizi sociali, integrandosi con i Piani di Zona per la salute e il benessere sociale.

Figura 14. Il Budget della spesa sociale integrata



Appendice 1. Fonti statistiche alternative per la ricostruzione della spesa sociale

In questa appendice si descrivono le caratteristiche di due fonti informative riguardanti la spesa sociale integrata che, per le ragioni spiegate nel testo del Rapporto, non abbiamo ritenuto opportuno utilizzare come punto di riferimento principale per la ricostruzione della spesa sociale integrata. Si tratta in particolare dei Certificati di bilancio dei comuni, ai quali sembra rivolgersi l'interesse del governo nell'ambito dei compiti di definizione della spesa relativa alle funzioni fondamentali degli enti locali, e della Scheda dei servizi per la non autosufficienza utilizzata dal 2007 dalla Regione Emilia Romagna per monitorare questa importante area di spesa in seguito al varo del Fondo regionale per la Non Autosufficienza.

Appendice 1.1. I certificati di bilancio dei comuni: caratteristiche e limiti

Ogni anno, i comuni sono invitati dal Ministero dell'Interno a compilare una scheda di rilevazione delle entrate e delle spese dei servizi da essi gestiti. Questo flusso informativo, a partire dal 2008 (sulla base della disciplina disposta con un decreto ministeriale del 14 agosto 2009), permette di ottenere informazioni articolate in tre sezioni:

1. Analisi delle entrate e delle uscite dei comuni. In questa parte sono riportate entrate e spese disaggregate sulla base della tradizionale classificazione economica e funzionale, con dettaglio relativo alle fasi della spesa pubblica (impegno/accertamento; pagamento/riscossione). Nell'ambito della classificazione funzionale, la spesa sociale è rilevata nel seguente modo (box 3).

Box 3. Funzioni nel settore sociale dei Certificati di bilancio dei Comuni

Funzioni nel settore sociale

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

Servizi di prevenzione e riabilitazione

Strutture residenziali e di ricovero per anziani

Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona

Servizio necroscopico e cimiteri

Come si vede, si tratta di un'articolazione della spesa estremamente sintetica che non è in grado di fornire il dettaglio dell'articolazione dei servizi della spesa sociale in generale e, in particolare, per quella della non autosufficienza, dal momento che è completamente assente la distinzione tra i diversi tipi di servizi (Rsa, case protette, centri diurni, assistenza domiciliare, e così via).

2. Una sezione della scheda di rilevazione dei Certificati. Sulla compilazione di questa sezione sono rilevanti alcune circolari²⁶, sulla base delle quali si può desumere che le informazioni raccolte riguardino soltanto esternalizzazioni nei confronti di istituzioni esterne ai comuni in cui gli stessi hanno *una qualche forma di partecipazione*. La precisazione viene dalla circolare 14/2009, che stabilisce anche di indicare i dati contabili dei soggetti per i quali coesistano simultaneamente il requisito del bilancio esterno e separato nonché quello della *partecipazione*. Pertanto, **non** vanno indicate spese per **acquisizione di beni e servizi verso società che non rientrano nel cennato contesto**.

Se questo è il criterio di rilevazione adottato, è chiaro che tali dati non consentono di avere una rappresentazione diretta della spesa erogata da soggetti non partecipati, se non indirettamente attraverso la spesa di trasferimento. In ogni caso non è possibile disporre dell'informazione della compartecipazione del cittadino a questi servizi.

3) Una terza sezione, contenuta nei Certificati di bilancio, riguarda la rilevazione di alcuni *indicatori di performance* di servizi a domanda individuale.

Tutte queste informazioni sono di sicuro rilievo e riguardano alcuni aspetti del problema della definizione dei LEP in generale, ma non sembrano essere di interesse per una corretta definizione della spesa sociale integrata. La sezione 3, in particolare, si limita semplicemente a rendere più esplicita una parte di spesa che nell'analisi condotta nel capitolo 3 risulta aggregata alla spesa diretta del comune, vale a dire la spesa comunale per le esternalizzazioni (e solo per le esternalizzazioni in società partecipate, come si è visto), e quindi permette solamente di fornirne un maggiore dettaglio di un aggregato già esistente. D'altra parte, questa rilevazione non elimina i problemi incontrati durante la ricostruzione della spesa sociale integrata: se la spesa non transita dal bilancio comunale, i certificati di bilancio dei comuni non permettono di censirla. Tutti i problemi relativi al fatto che una parte degli oneri a rilievo sanitario non transita per il bilancio comunale, non vengono risolti da questa rilevazione, e resta pertanto necessaria l'integrazione dei dati di spesa dei comuni con quelli di spesa dell'Ausl.

Questa rapida presentazione della fonte informativa costituita dai Certificati di bilancio stimola alcune riflessioni.

²⁶ Circolare n. 12 del 2009; la circolare n.13 del 2009; la circolare n. 14 del 2009; nonché la circolare n. 15 del 2009, circolare 15 bis del 2009.

La prima è che il governo, nella fase in corso di elaborazione dei decreti legislativi sul federalismo, sembra fare riferimento, per la definizione dei Lep, ai Certificati di bilancio. Questa scelta non sembra fornire informazioni abbastanza dettagliate ai fini di implementare un modello di definizione dei Lep del tipo “meso” e “micro”, indicati nel capitolo 1; le informazioni che il flusso informativo permetterebbe di raccogliere appaiono, inoltre, largamente carenti anche per la realizzazione di una qualche forma di approccio macro.

In secondo luogo, il riferimento ai bilanci comunali preclude qualsiasi mossa nella direzione di integrazione delle spese dei comuni e delle Ausl.

Sulla base di queste considerazioni ci pare vada valutato con preoccupazione l'orientamento del governo. Se confermato, appare chiara l'intenzione di procedere sulla base di un modello macro molto semplificato e intraprendendo una linea di azione in cui non si considera l'integrazione socio-sanitaria. Il mantenimento del duplice rapporto finanziario tra Stato e Regioni da un lato e tra Stato e Comuni dall'altro (nell'ambito della più generale categoria del finanziamento delle funzioni fondamentali), potrebbe portare, con ogni probabilità, alla definizione di spese standard e forme di finanziamento in cui: la spesa sanitaria rappresenta il principale se non unico oggetto del rapporto Stato/Regioni, e la spesa comunale di assistenza l'unico e separato rapporto tra Stato e Comuni.

Per queste ragioni, riteniamo sia importante prendere in considerazione, come punto di partenza per definire un livello di spesa standard compatibile con lo sforzo finanziario effettivamente sostenuto, l'Indagine Istat che, come si è visto, è costruita sulla base di presupposti logici più coerenti con l'impianto della L.328/00.

Appendice 1.2 *La scheda di ricostruzione del quadro allargato sugli interventi e servizi per non autosufficienza per fonte di finanziamento*

La scheda di monitoraggio del FRNA è uno strumento introdotto dalla Regione Emilia-Romagna che permette di controllare su quali servizi i distretti spendono le risorse del Fondo per la non autosufficienza distribuite dalla regione alle zone sociali, attraverso il riparto della CTSS.

Tale strumento informativo è stato costruito in modo indipendente dalle altre fonti informative già disponibili creando, in tal modo, un ulteriore onere per i compilatori della scheda, cui corrisponde unicamente la finalità di rendicontazione delle spese effettuate. Manca, nell'ideazione dello strumento, l'obiettivo di pervenire ad una migliore definizione di spesa sociale, attraverso un completamento, e non un affiancamento, alle rilevazioni già esistenti.

Nel corso degli scorsi mesi, una parte non irrilevante del lavoro è stata dedicata a verificare la possibilità di integrare i dati ISTAT del consuntivo 2007 con quelli del FRNA relativi al 2007. Purtroppo, le conclusioni cui si è giunti sono state negative: ad oggi, non è possibile integrare i dati ISTAT con quelli FRNA.

In dettaglio, le problematiche emerse, per quanto riguarda la ricostruzione della spesa sociale integrata del 2007 sono di diverso tipo.

Una prima macroscopica problematica riguarda la **disomogeneità delle voci nella scheda FRNA rispetto a quella ISTAT**. Chiaramente, la scheda del FRNA ha come principale obiettivo il monitoraggio degli interventi previsti dalla Delibera di Giunta, ma non sarebbe stato oneroso – e anzi, forse avrebbe agevolato i compilatori – pensare ad una legenda con cui fare un riferimento alle voci già compilate in altre rilevazioni.

Da un lato, infatti, nell'indagine Istat si fa riferimento a classi di servizi più ampie rispetto alla categorizzazione, spesso particolareggiata, adottata nella griglia della scheda allargata. L'esempio più significativo attiene alle strutture residenziali per i disabili adulti. Nell'indagine Istat, la voce *Strutture residenziali* comprende sia la spesa sostenuta per tutte le strutture residenziali rivolte ai disabili adulti: Centri socio-riabilitativi residenziali, Comunità alloggio, Gruppi appartamento. Nella scheda allargata, invece, i servizi di assistenza residenziale per disabili adulti presentano una puntuale disaggregazione a seconda del livello di gravità degli utenti (strutture residenziali di livello alto, di livello medio e residenzialità disabili gravissimi).

Dall'altro lato, nella scheda allargata si fanno rientrare spese per servizi diversi sotto una medesima definizione, senza specificare, ad esempio, cosa si faccia rientrare all'interno della voce *assistenza domiciliare e servizi connessi*. Va da sé che spesso, a seguito di queste imprecisioni nella strutturazione dello strumento informativo, nascono problemi nell'uniformità della compilazione, sia all'interno della medesima fonte informativa, tra diversi distretti, che tra diverse fonti informative, all'interno dello stesso distretto.

Una seconda problematica riguarda la **difficoltà di definire il complesso delle spese erogate a favore degli anziani**. E' vero che la parte di spesa più rilevante è a favore degli anziani non autosufficienti, ma pare fuorviante escludere la spesa erogata a favore di anziani che non autosufficienti non sono, ma che sono tuttavia al limite della non autosufficienza, "fragili", come spesso si suol dire. In concreto, è il caso del Comune di Modena, che eroga una parte consistente del servizio di assistenza domiciliare a persone anziane, autosufficienti, ma fragili: questa spesa non viene contabilizzata nella scheda di monitoraggio del FRNA. Analogamente può dirsi per tutti gli ospiti fragili, ma autosufficienti, ospitati – in tutti i distretti – in case protette, RSA, centri diurni, comunità alloggio. Si tratta di una problematica rilevante, dato che si ottengono due totali di spesa diversi a

seconda della fonte che si decide di utilizzare per stimare la spesa a favore degli anziani.

Un esempio può forse aiutare a capire l'entità del problema. Sia 100 la spesa complessiva per ospitare in un centro diurno, che per semplicità immaginiamo gestito dal comune, 10 anziani. Otto di questi siano non autosufficienti (spesa pari a 80), gli altri due siano invece autosufficienti (spesa pari a 20). Gli oneri a rilievo sanitario per gli 8 utenti non autosufficienti vengono rimborsati dal Frna. Supponiamo che gli oneri siano la metà del costo. Quindi, la spesa di 100 sarà registrata nell'indagine Istat come spesa per il servizio centro diurno per anziani con una compartecipazione del ssn di 40.

Nel Frna invece, si troverà, nella voce centri diurni per anziani, una spesa per oneri a rilievo sanitario sempre pari a 40, ma una spesa del comune pari a 40 e non a 60, perché dal conteggio del monitoraggio FRNA sono ovviamente esclusi gli utenti autosufficienti. In questo caso, quindi, il FRNA sottostimerebbe la spesa complessiva.

La terza problematicità della scheda FRNA rispetto all'indagine ISTAT riguarda il fatto che i dati inseriti al suo interno sono sporcati da una parte dei **costi generali** che invece nell'indagine ISTAT vengono – correttamente, a parere di chi scrive – attribuiti all'area Multiutenza. Un coordinamento tra le fonti informative avrebbe portato ad evitare agevolmente questo problema, prevedendo una sezione specifica all'interno del FRNA nella quale individuare i costi generali, per la quota delle aree disabili ed anziani rispetto al totale di quelli inseriti all'interno della rilevazione ISTAT.

Queste problematiche, oltre che la diversa natura dei due strumenti informativi, producono effetti di distorsione sulle grandezze rilevate. La compartecipazione al costo degli utenti, ad esempio, è strutturalmente diversa tra le due fonti. Nell'indagine ISTAT, per definizione, viene rilevata la compartecipazione al costo del servizio che gli utenti versano ai comuni; nel monitoraggio FRNA, invece, vengono conteggiate tutte le spese degli utenti, siano esse versate al comune o all'ente gestore.

Questi problemi vengono evidenziati dal confronto tra le voci presenti nei due strumenti, in particolare per quanto riguarda l'area anziani, come testimonia la tabella sottostante, riferita ad un distretto della nostra provincia.

Tabella A.1.1. Confronto tra l'indagine ISTAT sulle spese per interventi e servizi sociali e il monitoraggio FRNA

ISTAT		FRNA	Spesa comuni (ISTAT)	Spesa comuni (FRNA col 1+ col 2)	Oneri a rilievo sanitario (FRNA)	Spesa fondo sanitario (FRNA)	Oneri a rilievo sanitario (ISTAT)
Attività di servizio sociale professionale	Servizio sociale professionale		142.054	-	-	-	-
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi		5.000	-	-	-	-
	Relazione ERP (altro)		500	-	-	-	-
Integrazione sociale		Interventi contrasto isolamento e solitudine, prevenzione fragilità, sostegno reti sociali e relazionali	24.000	70.924	-	-	-
Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		23.532	-	-	-	66.777
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare e servizi connessi	723.333	863.945	132.940	-	53.645
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio		60.238	-	-	-	-
	Trasporto pubblico (altro)		3.446	-	-	-	-
	Telesoccorso e teleassistenza	Servizi di e-care	5.050	2.464	-	-	-
	Assegno di cura	Assegno di cura anziani	109.241	145.312	648.335	-	648.335
		Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari	-	2.767	-	-	-
	Servizi di prossimità (buonvicinato)	Servizi di prossimità	-	2.550	-	-	-
		Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico	-	-	-	-	-
	Altro	-	-	-	-	-	
Servizi di supporto	Trasporto sociale		83.936	-	-	-	-
Trasferimenti in denaro per il pagamento di beni e servizi	Buoni spesa o buoni pasto		4.500	-	-	-	-
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		1.969	-	-	-	-
	Contributi economici per servizio trasporti		2.000	-	-	-	-

	Contributi economici erogati a titolo di prestito		2.678	-	-	-	-
	Contributi economici per alloggio		11.794	-	-	-	-
	Contributi economici ad integrazione del reddito familiare		67.076	-	-	-	-
	Contributi generici ad associazioni sociali		38.636	-	-	-	-
	Trasferimenti ad aziende municipalizzate per agevolazioni tariffarie		11.000	-	-	-	-
	Consegna farmaci a domicilio (altro)		981	-	-	-	-
	Contributi a struttura protetta convenzionata (altro)		37.500	-	-	-	-
	Contributi per inserimento lavorativo (altro)		1.250	-	-	-	-
	Contributo pranzo anziani over 80 (altro)		700	-	-	-	-
	Convenzione con auser (altro)		7.100	-	-	-	-
Strutture a ciclo diurno o semiresidenziale	Centri diurni	Strutture semiresidenziali per anziani	3.996	52.051	183.400	-	39.410
	Retta per centri diurni		8.516	-	-	-	-
Strutture comunitarie e residenziali	Strutture residenziali	Strutture residenziali per anziani	649.488	827.368	3.513.178	2.050.000	1.000.000
	Retta per prestazioni residenziali		367.870	-	-	-	-
	Centri estivi o invernali		4.650	-	-	-	-
		Progetti assistenziali individuali presso strutture non convenzionate		-	-	22.379	-

Come la tabella evidenzia, in molti casi la stessa voce può avere valori molto diversi a seconda che si utilizzi l'indagine ISTAT o il monitoraggio FRNA. Va rilevato che nel 2009 la scheda del FRNA è stata modificata e migliorata (tabella A.1.2), **riducendo** (ma non eliminando del tutto) **il problema della disomogeneità tra le voci del monitoraggio FRNA e dell'indagine ISTAT**. Restano tuttavia **immutati i problemi** relativi alla **definizione delle spese complessive** a erogate a favore degli anziani e al fatto che nel FRNA sono inseriti i **costi generali**.

Tabella A.1.2. Scheda di ricostruzione del quadro allargato sugli interventi e servizi per non autosufficienza per fonte finanziamento

ANZIANI

PIANO DEI CONTI AUSL	Risorse dei Comuni	Risorse del Fondo sociale	Risorse da altri Enti e	Risorse da altri soggetti privati	Da Contribuzione Utenti	Risorse da FRNA	Fondo Nazionale per la NA	Fondo per la Famiglia	Totale (Escluso FSR)	Risorse AUSL da FSR per	Totale
<u>Assistenza residenziale</u>											
Strutture residenziali per anziani (case protette/rsa; inclusi "ricoveri temporanei in rsa" (punto 4.4 della dgr 1378/99)											
Sostegno progetti assistenziali individuali c/o strutture residenziali non convenzionate (punto 5 dgr n. 1378/99)											
Altre strutture (case di riposo, comunità alloggio, etc.)											
<u>Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie</u>											
Accoglienza temporanea di sollievo (punto 4.5 dgr 1378/99) in strutture residenziali e/o in strutture semi-residenziali											
Strutture semi-residenziali per anziani (centri diurni)											
Assistenza domiciliare e servizi connessi:											
A) assistenza domiciliare											
B) servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura											
<i>b.1. trasporti</i>											
<i>b.2. pasti</i>											
<i>b.3. telesoccorso e teleassistenza</i>											
C) programma dimissioni protette											
D) attività rivolta ai gruppi (formazione, informazione, educazione, incontri, ecc.)											
Assegno di cura anziani:											
A) assegni di cura (di livello a-b-c)											
B) contributo aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto											
Servizi di prossimità (portierato sociale, custode sociale, alloggi con servizi, ecc.)											
<u>Accesso e presa in carico</u>											
Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi e percorso presa in carico											

	<u>Altro</u>											
	Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalità precedenti)											
	<i>Totale</i>											

DISABILI

PIANO DEI CONTI AUSL	Risorse dei Comuni	Risorse del Fondo sociale	Risorse da altri Enti e	Risorse da altri soggetti privati (fondazioni)	Da Contribuzione Utenti	Risorse da FRNA	Fondo Nazionale per la NA	Fondo per la Famiglia	Totale (Escluso FSR)	Risorse AUSL da FSR per	Totale
<u>Assistenza residenziale</u>											
Strutture residenziali di livello alto (centri socio-riabilitativi residenziali)											
Strutture residenziali di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette)											
Residenzialità disabili gravissimi (dgr 2068/04)											
<u>Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie</u>											
Accoglienza temporanea per l'autonomia personale ed il sollievo dei caregiver											
Strutture semi-residenziali per disabili (centri diurni):											
A) centri socio-riabilitativi diurni											
B) centri socio-occupazionali											
Assistenza domiciliare e servizi connessi											
A) assistenza domiciliare											
<i>a.1. assistenza domiciliare e territoriale con finalità socio-educativa</i>											
<i>a.2. prestazioni educative territoriali</i>											
<i>a.3. assistenza domiciliare con finalità socio-assistenziale</i>											
B) servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura											
<i>b.1. trasporti</i>											
<i>b.2. pasti</i>											
<i>b.3. teleaccorso e teleassistenza</i>											
C) attività rivolta ai gruppi (formaz/informaz/educaz, gruppi, consulenze,)											
Interventi per la mobilità privata delle persone con grave disabilità											
Contributi per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli (art. 9 l. 29/97)											
Assegno di cura disabili											
A) assegno di cura disabili con handicap grave (comma 3 art.3 l.104/92)											
B) assegno di cura gravissime disabili acquisite (dgr 2068/2004)											
C) contributo aggiuntivo assistenti familiari con regolare contratto											
<u>Accesso e presa in carico</u>											
Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi e percorso presa in carico											

	Altro												
	Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalità precedenti)												
	Totale												

INTERVENTI TRASVERSALI PER ANZIANI E DISABILI

PIANO DEI CONTI AUSL	Risorse dei Comuni	Risorse del Fondo sociale	Risorse da altri Enti e	Risorse da altri soggetti privati (fondazioni,	Da Contribuzione Utenti	Risorse da FRNA	Fondo Nazionale per la NA	Fondo per la Famiglia	Totale (Escluso FSR)	Risorse AUSL da FSR per prestazioni	Totale
<u>Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari</u>											
Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari											
<u>Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico</u>											
Contributi del frna per l'adattamento domestico e per l'autonomia nell'ambiente domestico (art.10 lr 29/97)											
Servizio di consulenza dei centri provinciali per l'adattamento domestico											
<u>Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili</u>											
Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili											
Altro											
Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalità precedenti)											
Totale											

TOTALE GENERALE

	Risorse dei Comuni	Risorse del Fondo sociale	Risorse da altri Enti e	Risorse da altri soggetti privati (fondazioni,	Da Contribuzione Utenti	Risorse da FRNA	Fondo Nazionale per la NA	Fondo per la Famiglia	Totale (Escluso FSR)	Risorse AUSL da FSR per prestazioni	Totale
Totale Generale											
	Risorse FRNA provvisoriamente non utilizzate										

Appendice 2. Spesa sociale integrata per produttori e finanziatori, per distretto e per area

In questa Appendice si riportano le tabelle che forniscono informazioni più dettagliate sulla distribuzione della spesa sociale integrata per distretti di interesse per l'analisi della spesa distrettuale, ma che non si è ritenuto opportuno esaminare in dettaglio nel testo principale del Rapporto.

Spesa sociale integrata per produttori e finanziatori e per distretti della Provincia di Modena

A.2.1 Spesa sociale integrata per produttori e finanziatori per distretti, mln euro, 2007

Distretto	PRODUTTORI			FINANZIATORI				Spesa sociale complessiva
	Comune	Ausl	Asp e altri enti convenzionati	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Carpi	27,2	1,5	6,9	18,5	10,0	7,2	0,01	35,6
Mirandola	25,8	1,9	5,0	13,9	10,5	8,3	0,01	32,7
Modena	79,0	4,5	6,8	47,8	25,8	16,6	0,01	90,2
Sassuolo	28,8	2,1	5,0	18,7	10,3	6,9	0	35,9
Pavullo	8,6	1,8	2,7	3,8	6,0	3,4	0	13,1
Vignola	22,7	1,7	3,6	10,6	9,6	7,8	0	28,0
Castelfranco	14,8	1,0	3,2	9,2	5,5	4,2	0	19,0
Provincia 2007	206,9	14,4	33,2	122,4	77,7	54,4	0,02	254,5
%	81,3	5,7	13,0	48,1	30,5	21,4	0,01	100

A.2.2 Spesa sociale integrata per produttori e finanziatori per area, mln euro, 2007

Area	PRODUTTORI			FINANZIATORI				Spesa sociale complessiva
	Comune	Ausl	Asp e altri enti convenzionati	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Anziani	71,4	14,4	29,8	24,5	49,7	41,4	0,01	115,58
Dipendenze	4,1	0	0,0	0,6	3,5	0,0	0	4,15
Disabili	38,5	0	1,3	21,5	17,0	1,2	0,01	39,79
Famiglia e minori	68,7	0	2,1	58,2	0,9	11,7	0	70,74
Giovani	2,4	0	0	2,3	0	0,0	0	2,35
Immigrati	3,5	0	0	3,4	0	0,0	0	3,46
Multiutenza	7,0	0	0	7,0	0	0	0	7,04
Povertà e disagio adulti	11,4	0	0	4,7	6,6	0,0	0	11,37
Provincia 2007	206,9	14,4	33,2	122,4	77,7	54,4	0,02	254,5
%	81,3	5,7	13,0	48,1	30,5	21,4	0,01	100

A.3.1 Spesa sociale integrata per servizi, distretto di Carpi, 2007

Area di utenza	Servizio	Mln	% spesa sociale integrata Carpi	% spesa sociale integrata provinciale
Anziani	Strutture residenziali	9,7	27,2	3,8
Famiglia e minori	Asilo nido	6,8	19,2	2,7
Disabili	Centri diurni	2,0	5,8	0,8
Anziani	Centri diurni	1,9	5,4	0,8
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	1,6	4,5	0,6
Anziani	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,2	3,4	0,5
Disabili	Strutture residenziali	1,1	3,0	0,4
Famiglia e minori	Contributi per l'alloggio fondo sociale per l'alloggio	1,1	3,0	0,4
Anziani	Assegno di cura	0,8	2,3	0,3
Multiutenza	Spese di organizzazione	0,8	2,2	0,3
Altri servizi		8,6	24,0	3,4
Totale Spesa Distretto Carpi		35,6	100	14,0

A.3.2 Spesa sociale integrata per servizi, distretto di Mirandola, 2007

Area di utenza	Servizio	Mln	% spesa sociale integrata Mirandola	% spesa sociale integrata provinciale
Anziani	Strutture residenziali	12,4	38,0	4,9
Famiglia e minori	Asilo nido	3,8	11,6	1,5
Anziani	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,8	5,5	0,7
Anziani	Centri diurni	1,1	3,2	0,4
Anziani	Assegno di cura	1,0	3,1	0,4
Disabili	Strutture residenziali	1,0	3,1	0,4
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	0,9	2,8	0,4
Disabili	Centri diurni	0,7	2,1	0,3
Anziani	Retta per prestazioni residenziali	0,6	1,9	0,2
Povert� e disagio adulti	Centri diurni specifici per disagio mentale	0,6	1,8	0,2
Altri servizi		8,8	26,8	3,4
Totale Spesa Distretto Mirandola		32,7	100	12,9

A.3.3 Spesa sociale integrata per servizi, distretto di Modena, 2007

Area di utenza	Servizio	Mln	% sulla spesa sociale Modena	% spesa sociale integrata provinciale
Anziani	Strutture residenziali	28,7	31,8	11,3
Famiglia e minori	Asilo nido	14,4	15,9	5,7
Disabili	Strutture residenziali	4,8	5,4	1,9
Famiglia e minori	Strutture residenziali	3,9	4,3	1,5
Anziani	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	3,6	4,0	1,4
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	3,2	3,6	1,3
Anziani	Centri diurni	2,6	2,9	1,0
Famiglia e minori	Contributi per l'alloggio fondo sociale per l'alloggio	2,4	2,7	1,0
Povert� e disagio adulti	Strutture residenziali per le altre categorie del disagio psichico	1,9	2,1	0,7
Dipendenze	Strutture residenziali	1,5	1,6	0,6
Altri servizi		23,2	25,7	9,1
Totale Spesa Distretto Modena		90,2	100	35,5

A.3.4 Spesa sociale integrata per servizi, distretto di Sassuolo, 2007

Area di utenza	Servizio	Mln	% spesa sociale integrata Sassuolo	% spesa sociale integrata provinciale
Anziani	Strutture residenziali	10,8	30,1	4,2
Famiglia e minori	Asilo nido	5,4	15,0	2,1
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	2,2	6,1	0,9
Disabili	Centri diurni	1,4	4,0	0,6
Famiglia e minori	Contributi per l'alloggio fondo sociale per l'alloggio	1,2	3,3	0,5
Disabili	Strutture residenziali	1,0	2,7	0,4
Multiutenza	Spese di organizzazione	1,0	2,7	0,4
Famiglia e minori	Retta per prestazioni residenziali	0,9	2,6	0,4
Anziani	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,9	2,5	0,3
Anziani	Assegno di cura	0,8	2,1	0,3
Altri servizi		10,4	29,1	4,1
Totale Spesa Distretto Sassuolo		35,9	100	14,1

A.3.5 Spesa sociale integrata per servizi, distretto di Pavullo, 2007

Area di utenza	Servizio	Mln	% spesa sociale integrata Pavullo	% spesa sociale integrata provinciale
Anziani	Strutture residenziali	7,1	54,0	2,8
Famiglia e minori	Asilo nido	0,8	6,0	0,3
Disabili	Strutture residenziali	0,6	4,8	0,2
Disabili	Centri diurni	0,6	4,8	0,2
Anziani	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,3	2,3	0,1
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	0,3	2,0	0,1
Famiglia e minori	Retta per prestazioni residenziali	0,2	1,6	0,1
Multiutenza	Spese di organizzazione	0,2	1,3	0,1
Anziani	Assegno di cura	0,2	1,2	0,1
Disabili	Trasporto sociale	0,2	1,2	0,1
Altri servizi		2,7	20,8	1,1
Totale Spesa Distretto Pavullo		13,1	100	5,2

A.3.6 Spesa sociale integrata per servizi, distretto di Vignola, 2007

Area di utenza	Servizio	Mln	% spesa sociale integrata Vignola	% spesa sociale integrata provinciale
Anziani	Strutture residenziali	10,6	37,9	4,2
Famiglia e minori	Asilo nido	3,0	10,7	1,2
Disabili	Centri diurni	1,6	5,6	0,6
Famiglia e minori	Contributi per l'alloggio fondo sociale per l'alloggio	1,3	4,6	0,5
Disabili	Strutture residenziali	1,1	3,9	0,4
Multiutenza	Spese di organizzazione	1,0	3,7	0,4
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	0,8	2,8	0,3
Anziani	Assegno di cura	0,7	2,7	0,3
Anziani	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	0,7	2,5	0,3
Anziani	Centri diurni	0,5	1,9	0,2
Altri servizi		6,6	23,7	2,6
Totale Spesa Distretto Vignola		28,0	100	11,0

A.3.7 Spesa sociale integrata per servizi, distretto di Castelfranco, 2007

Area di utenza	Servizio	Mln	% spesa sociale integrata Castelfranco	% spesa sociale integrata provinciale
Anziani	Strutture residenziali	5,6	29,7	2,2
Famiglia e minori	Asilo nido	3,5	18,4	1,4
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	1,2	6,5	0,5
Disabili	Centri diurni	1,0	5,3	0,4
Famiglia e minori	Retta per prestazioni residenziali	0,8	4,0	0,3
Multiutenza	Spese di organizzazione	0,6	3,3	0,2
Famiglia e minori	Contributi per l'alloggio fondo sociale per l'alloggio	0,6	3,0	0,2
Multiutenza	Segretariato sociale, sportello sociale, accesso unitario alla rete servizi	0,5	2,5	0,2
Anziani	Centri diurni	0,5	2,4	0,2
Disabili	Strutture residenziali	0,5	2,4	0,2
Altri servizi		4,3	22,5	1,7
Totale Spesa Distretto Castelfranco Emilia		19,0	100	7,4

Riferimenti bibliografici

- Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M., 2009, *La spesa per interventi e servizi sociali dei comuni nei distretti della provincia di Modena, 2003-06*, in Povertà, disuguaglianze socio-economiche e spesa sociale. Studi per un Osservatorio sulle politiche sociali, aprile 2009, Provincia di Modena.
- Bertoni, F., Solinas, G., 2008, *La qualità del lavoro nella cura agli anziani: gli operatori socio-sanitari pubblici*, Cappaper n.58, <http://www.equalfuoriorario.it/allegati/RapportoQLsettorepubblico.pdf>
- Bosi P., Guerra M.C., Silvestri P., 2009, *Il finanziamento dei livelli essenziali per la non autosufficienza nella prospettiva del federalismo fiscale della L.42/09*, Capp, Modena.
- Bosi., P. Silvestri, P., 2008, *Child care, asili nido e modelli di welfare*, *Materiali di discussione*, n. 602, Dipartimento di Economia politica, ottobre,
- Buratti, C., 2009, *Federalismo fiscale all'italiana: il ruolo chiave dei livelli essenziali delle prestazioni e dei costi standard*, Siep Working Paper 631, Pavia.
- Colombini S., Silvestri P., *Dentro la famiglia: le condizioni di vita dei bambini*, *Materiali di discussione*, n. 601, Dipartimento di Economia politica, ottobre,
- De Felici, P., Giorgi, G., Ranci, C., Sansonetti, S., Stame, N., 2009, a cura di, *Definire i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza*, iQuid, n. 5, IRS, Milano
- Giovannetti, E., Riboldi, B., Solinas, G., 2008a, *La cooperazione sociale: condizioni e qualità del lavoro. Il caso della cooperativa Domus*, <http://www.equalfuoriorario.it/allegati/RapportoQLcooperativa%20Domus.pdf>
- Giovannetti, E., Riboldi, B., Solinas, G., 2008b, *La cooperazione sociale: condizioni e qualità del lavoro. Il caso della cooperativa Gulliver*, <http://www.equalfuoriorario.it/allegati/Rapporto%20coop.Gulliver.pdf>
- Istat, 2006-2007, *Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei comuni*, Istat, Roma http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/interventi_servizi_sociali/
- Muraro, G., 2008, *Alla ricerca del costo standard*, disponibile sul sito www.lavoce.info, 14 ottobre.
- Petretto, A., 2009, *La matematica (ipotetica) della legge delega sul federalismo fiscale*, mimeo.