

# SENZA WELFARE?

## Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

### La spesa sociale integrata: verso la definizione e il monitoraggio dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali

a cura di

Francesco Bertoni\*, Paolo Bosi\*\*, Maria Cecilia Guerra\*\*,  
Marilena Lorenzini\*\*\*, Paolo Silvestri\*\*

**Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010**

**Sessione: nr. 6**

Federalismo Fiscale e Livelli Essenziali delle Prestazioni:  
riflessioni teoriche ed esperienze di ricerca

\*Provincia di Modena

Via Barozzi, 340

41100 Modena

[bertoni.f@provincia.modena.it](mailto:bertoni.f@provincia.modena.it)

\*\*Capp (Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche)

Dipartimento di Economia Politica, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

via Berengario 51

41121 Modena

[paolo.bosi@unimore.it](mailto:paolo.bosi@unimore.it)

[mariacecilia.guerra@unimore.it](mailto:mariacecilia.guerra@unimore.it)

[paolo.silvestri@unimore.it](mailto:paolo.silvestri@unimore.it)

\*\*\*Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali

Via Emilia Ovest, 101

41124 Modena

[lorenzini@fondazionegorrieri.it](mailto:lorenzini@fondazionegorrieri.it)

## **Indice**

### **1. La legge delega sul federalismo**

- 1.1. Definizione e limiti per le politiche sociali
- 1.2. Fabbisogno standard e costo standard

### **2. La costruzione della spesa sociale integrata: indicatori di performance, metodologia ed evidenza empirica**

- 2.1. Indicatori di efficacia e di efficienza nella prospettiva del monitoraggio dei Lep
- 2.2. Dalla spesa sociale alla spesa sociale integrata: metodologia
- 2.3. La ricostruzione della spesa sociale integrata nella provincia di Modena

### **3. Gli indicatori: il caso degli anziani non autosufficienti**

## **1. La legge delega sul federalismo**

### **1.1. Definizione e limiti per le politiche sociali**

L'approvazione della legge delega 42 del 2009 sul federalismo fiscale ha posto nell'agenda del governo e delle amministrazioni il complesso compito di ridisegnare completamente il quadro del finanziamento di tutti i livelli di governo (Regioni ed Enti locali), in modo tale da permettere loro di svolgere in autonomia, ma allo stesso tempo con responsabilità circa l'impiego delle risorse, i propri compiti con riguardo ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Lep) previsti dall'art.117 c. 2 lett. m) della Costituzione, alle funzioni fondamentali e alle altre funzioni dei governi decentrati.

I criteri direttivi con cui dovranno essere determinati i Lep, però, non sono esplicitati in modo chiaro nella legge delega. Tale genericità porta ad una difficile previsione dell'assetto che la finanza pubblica italiana avrà a regime e all'importanza di seguire l'iter che porterà all'emanazione dei decreti attuativi.

Sicuramente, una scelta cruciale compiuta dalla delega riguarda il collegamento che essa instaura, per ogni livello di governo, fra tipologia delle funzioni esercitate e strumenti con cui le stesse devono essere finanziate.

A livello regionale la distinzione è fra spese relative ai Lep e altre spese "autonome". Alle prime è riconosciuto un finanziamento integrale, garantito dallo Stato, articolato in due componenti: una dotazione fiscale composta da tributi propri derivati, un'addizionale regionale all'Irpef, una compartecipazione regionale all'Iva e, in via transitoria, l'Irap; trasferimenti perequativi di tipo verticale (dallo Stato alle regioni) ispirati al criterio del fabbisogno e finanziato con una specifica compartecipazione all'Iva. Alle seconde è invece riservato un finanziamento con tributi propri assistito da una perequazione, parziale, ispirata al principio della capacità contributiva.

Analogo schema viene riproposto a livello comunale, dove il finanziamento integrale secondo il principio del fabbisogno è riservato alle funzioni fondamentali, prioritariamente finanziate con il ricorso a compartecipazioni all'Iva e all'Irpef e con l'imposizione immobiliare (con esclusione di ogni tassazione patrimoniale sulla prima casa), a cui si aggiunge un fondo perequativo verticale, finanziato quindi dallo Stato attraverso la fiscalità generale, istituito nel bilancio della regione di appartenenza. Il finanziamento delle altre funzioni è invece affidato a tributi propri e compartecipazioni da definirsi, e ad una perequazione, parziale, ispirata alla capacità fiscale.

Regole a parte sono riservate alle spese di cui al quinto comma dell'art. 119, finalizzate a promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, rimuovere gli squilibri economici e sociali, favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle funzioni degli enti decentrati, che dovranno essere finanziate con contributi speciali, finanziamenti dell'Unione europea e relativi cofinanziamenti nazionali.

Lo scenario prefigurato dalla delega sembrerebbe quindi essere uno scenario virtuoso, in cui il finanziamento del fabbisogno necessario a garantire la realizzazione dei

Lep è integrale e garantito, in ultima istanza dallo Stato, sia a livello regionale, sia a livello comunale, nella misura in cui i livelli essenziali delle prestazioni siano implicati dalle funzioni fondamentali.

Quando si analizza la delega in maggior dettaglio e si cerca di valutarne le possibili applicazioni, emergono però contraddizioni e problematiche non adeguatamente considerate.

Un modello completo di copertura dei bisogni (Bosi, Guerra e Silvestri, 2010) presuppone che domanda da soddisfare, prestazioni e risorse necessarie al finanziamento delle prestazioni stesse siano definite contestualmente. Questo principio viene violato dalla delega, che fa precedere le scelte del finanziamento dei Livelli essenziali alla loro stessa definizione. Il modello che ne deriva è in sé compatibile sia con una definizione che consideri i Lep esclusivamente come livelli *minimi* di prestazioni che devono essere garantite in campi ben delimitati, sia con la loro identificazione con *diritti di cittadinanza*, definiti in modo ampio, anche a costo di comprimere lo spazio per le spese “autonome” delle regioni.

La determinazione dei Lep è demandata alle leggi statali e dovrà avvenire “in piena collaborazione con le regioni e gli enti locali”. La delega si limita, da un lato, a individuare alcuni campi in cui dei livelli di prestazione devono certamente essere riconosciuti e garantiti su tutto il territorio nazionale: sanità, assistenza, istruzione (per lo svolgimento delle funzioni amministrative attribuite alle regioni dalle norme vigenti) e trasporto pubblico locale (per le spese in conto capitale), e dall’altro a prevedere che, nell’attesa di una nuova normazione da parte dello Stato, si faccia riferimento ai livelli già fissati in base alla legislazione vigente. Questa norma transitoria non è però utile nel campo delle politiche sociali e socio sanitarie per le quali i Lep non sono mai stati definiti, se non nei termini generali di cui alla legge 328 del 2000, che si limita ad individuare le aree prioritarie di intervento (famiglia, anziani, dipendenza, ecc.) tra cui sono state, sino ad ora, ripartite le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Lo stesso problema si pone con riferimento alle funzioni fondamentali dei comuni, la cui determinazione risulta fra le materie di competenza esclusiva dello Stato. La legge 42/2009 ne fornisce un elenco provvisorio non coordinato, tra l’altro, con l’elenco contenuto nel disegno di legge in discussione alla Camera e che dovrebbe portare alla definizione della Carta delle autonomie locali.

Come specificato dallo stesso ddl, le funzioni fondamentali, una volta individuate con legge statale, devono essere disciplinate dalla legge statale o dalla legge regionale, secondo il riparto delle competenze per materie di cui all’articolo 117 della Costituzione. Ne dovrebbe discendere che alcune funzioni fondamentali, fra cui quelle relative al sistema locale dei servizi sociali, potranno essere disciplinate da legge statale, che ne ha la competenza per quanto riguarda la componente riconducibile ai Lep e, in alternativa, da legge regionale, poiché è riconosciuta alle regioni la potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza. Il contenuto operativo di tali funzioni sarà quindi diverso da regione a regione e il loro finanziamento integrale potrebbe richiedere risorse anche molto differenziate da regione a regione e interessare servizi di qualità e gamma molto diversi.

## 1.2. Fabbisogno e costo standard

La definizione dei Lep e delle funzioni fondamentali presenta quindi diversi problemi e vuoti normativi, che probabilmente verranno superati solo dopo aver stabilito il finanziamento degli stessi livelli essenziali. A questo proposito risulta fondamentale l'indicazione nella legge delega del superamento della spesa storica come criterio di determinazione del finanziamento dei livelli essenziali e l'introduzione dei criteri di fabbisogno e costi standard dei servizi.

Secondo i principi direttivi della legge 42, la quantificazione del fabbisogno standard dovrebbe avvenire con riferimento ai costi standard associati all'erogazione dei livelli essenziali in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale. La legge non chiarisce come debbano essere interpretati e costruiti questi standard e si limita a dichiarare che il fabbisogno e il costo standard sono quel *“costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica”*.

Il quadro interpretativo, già complicato, peggiora con riferimento al livello comunale. La legge delega assegna infatti al fondo perequativo la funzione di colmare il gap che esiste fra la somma dei fabbisogni standard relativi al complesso delle funzioni fondamentali e il totale delle entrate di carattere generale dei comuni. La ripartizione specifica di tale fondo, viene affidata a due indicatori: un fabbisogno finanziario e un fabbisogno di infrastrutture, coerenti con la programmazione regionale di settore ma che non risultano essere gli stessi che concorrono a determinare il fabbisogno standard medesimo.

Ipotizzando di riuscire a superare tale difformità e prevedendo quindi il finanziamento integrale delle funzioni fondamentali, che possono riguardare anche l'organizzazione e l'erogazione di prestazioni a livello comunale e dei Lep a livello regionale, la legge non risulta chiara rispetto all'articolazione e alla ripartizione del finanziamento fra regioni e comuni in tutte le situazioni in cui, al bisogno tutelato dai Lep si possa dare risposta con politiche condivise e molto diverse da regione a regione. Il problema è di particolare rilievo per le politiche sociali (Bosi, Guerra e Silvestri 2010).

Come per il fabbisogno standard, esiste indeterminatezza anche per ciò che concerne i costi standard. La legge 42 stabilisce, come detto, che il costo standard è il riferimento per definire il finanziamento dei Lep erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza. Tra i diversi dubbi, rimane in particolare non chiaro se i costi standard debbano essere definiti con riferimento a singole prestazioni o a loro aggregazioni o aree di intervento.

La Relazione sul federalismo fiscale presentata al Consiglio dei Ministri il 30 giugno non porta a sviluppi sostanziali ma solo ad alcune indicazioni relative alla determinazione dei fabbisogni standard di Comuni e Province, da un lato, e delle Regioni, dall'altro, che possono essere desunte dalle appendici.

In particolare, l'appendice 4 ripercorre criticamente i metodi “tradizionali” di determinazione dei fabbisogni standard. Tutti i metodi suggeriti, sia per il livello

regionale che per quello comunale, ad eccezione forse di quello che suggerisce il ricorso ad appositi “studi di settore”, sono metodi che non determinano il fabbisogno standard. Essi non indicano, se non in termini molto generali, quale sia il livello di disaggregazione della spesa, che è fondamentale per orientare la stessa metodologia di calcolo per la quantificazione del fabbisogno e dei costi standard.

Il più importante passo avanti compiuto con lo schema di decreto legislativo recante “disposizioni in materia di determinazione dei fabbisogni standard di comuni, città metropolitane e province”, licenziato dal Consiglio dei ministri il 22 luglio, riguarda proprio questo profilo: nel confermare la scelta di determinazione del fabbisogno standard attraverso la costruzione di studi di settore ad opera della Sose, si specifica infatti che tali studi faranno riferimento a ciascuna delle sei funzioni fondamentali identificate dalla legge 42, in via provvisoria. Ma il decreto non contiene indicazioni che chiariscano come funzioneranno questi studi demandando il compito direttamente alla Sose, che compirà gli studi dando rilievo alle “caratteristiche individuali dei singoli comuni e Province” e “utilizzando i dati di spesa storica” (comprensiva dei servizi esternalizzati o svolti in forma associata). Questa procedura dà per scontato che i comuni dispongano dei dati rilevanti ai fini della determinazione dei fabbisogni ma ciò non è necessariamente vero. Inoltre, la forte eterogeneità dei servizi che rientrano nella medesima funzione fondamentale costituirà un limite di grande rilievo per l'applicazione degli studi di settore.

Pur con questi ultimi sviluppi, l'indeterminatezza nella quantificazione del fabbisogno e dei costi standard permane. A questo vuoto normativo viene in soccorso la dottrina che, dall'approvazione della riforma costituzionale, ha approfondito i possibili criteri di definizione dei Lep delineando tre possibili modelli: un approccio microanalitico, un approccio macroanalitico e un approccio intermedio tra i due definito “meso”.

### **L'approccio microanalitico**

L'approccio microanalitico richiede di potere scomporre le politiche in tante prestazioni standardizzabili, per ognuna delle quali sia possibile definire un costo efficiente. Questo costo potrebbe, almeno teoricamente, essere calcolato su base “ingegneristica”, sulla base cioè della conoscenza delle alternative tecnologiche e gestionali esistenti, e sulla scelta di quella più efficiente. Nella realtà, però, mancano informazioni adeguate sulla gamma dei modelli tecnologici e gestionali esistenti. I servizi alla persona, inoltre, sono ben difficilmente standardizzabili e gli elementi qualitativi che li differenziano possono comportare differenze significative nei costi unitari. Le singole prestazioni possono essere combinate in modo molto diverso, con risultati diversi, anche in relazione al disegno di un percorso personalizzato.

Un altro importante limite dell'approccio microanalitico è che esso presuppone che sia sempre possibile definire un fabbisogno standard come prodotto tra costo

standard e livello essenziale. Vi sono però costi generali e servizi trasversali di grande importanza, quali ad esempio la presa in carico, nonché tutti i programmi di prevenzione, per non parlare della gestione delle liste di attesa, a cui non è possibile adottare il criterio “prezzo per quantità” e che giocano però un ruolo importante nel determinare il costo dei servizi.

Per queste ragioni, l’approccio microanalitico non può essere solo ingegneristico, ma richiede la conoscenza della spesa storica effettivamente sostenuta dagli enti per l’erogazione dei diversi servizi e della sua relazione con la tipologia di tali servizi. Si tratta di un dato non sempre disponibile o disponibile in modo attendibile ma che potrebbe rappresentare un punto di riferimento importante anche per il raggiungimento di un consenso sulla misura di costo standard che deve essere adottata, nella misura in cui mettesse in azione un processo di *benchmarking* tra diverse comunità locali.

Non va però trascurato che tale approccio, estremamente dettagliato, costituirebbe un punto di forza per la definizione dei livelli essenziali come diritti esigibili. Attribuendo un valore monetario a prestazioni parcellizzate esso permetterebbe di definire un budget che può essere riconosciuto a ciascun soggetto, commisurato al suo bisogno e che potrebbe dare diritto ad un *mix* differenziato di prestazioni nell’ambito di un percorso personalizzato.

## **L’approccio macroanalitico**

Anche l’approccio macro, polare rispetto a quello appena indicato, pone problemi di grande rilievo. In primo luogo esso non specifica come la definizione, esogena, formulata sulla base di considerazioni “politiche” o di compatibilità finanziarie, di un ammontare di spesa complessiva, possa risultare adeguata rispetto ai livelli essenziali che si intendono garantire. In secondo luogo, richiede che sia individuata una formula di ripartizione i cui parametri siano in grado di riflettere i bisogni specifici che devono essere soddisfatti, in coerenza con la definizione dei Lep, da parte delle singole regioni. L’approccio macro è quello seguito attualmente in sanità: un servizio universale, storicamente garantito e distribuito in modo relativamente omogeneo sul territorio.

Questo approccio sarebbe difficilmente applicabile al caso delle politiche sociali, e di quelle sociosanitarie, cui attualmente corrispondono servizi selettivi, distribuiti sul territorio nazionale in modo molto disomogeneo e complessivamente sottofinanziati. Per tali politiche manca quindi un criterio storicamente verificato, che funga da guida per l’individuazione di un livello assoluto del finanziamento da ripartire, che sia ottimale rispetto all’obiettivo della realizzazione dei Lep (e che, a differenza da quanto avvenuto per i Lea sanitari, ancora non sono stati definiti). In questo contesto, il dato della spesa storica e della sua ripartizione territoriale, costituisce un fondamentale elemento conoscitivo solo se accompagnato da una raccolta di dati circa il corrispondente grado di soddisfazione del bisogno. L’approccio macroeconomico, se non accompagnato da una

precisa identificazione dei contenuti dei Lep, in termini di funzionamenti, rischia di indebolire eccessivamente il modello di finanziamento, rendendo troppo labile il legame fra gli obiettivi auspicabili e le realizzazioni concrete, e troppo indefinita l'impostazione di un qualsivoglia monitoraggio dell'adeguatezza delle politiche messe in atto a livello decentrato.

## L'approccio "meso"

I limiti che caratterizzano i due approcci descritti sopra spingono ad indagare un approccio intermedio in cui il calcolo dei costi standard sia surrogato dal calcolo di performance relative a macrofunzioni, cioè ad attività destinate a bisogni e target relativamente omogenei. Esso consiste nel combinare i dati finanziari, opportunamente disaggregati, con il valore assunto da indicatori quantitativi e qualitativi di fabbisogno e/o di risultato.

Si tratta di un approccio molto meno codificato e codificabile rispetto agli altri due, anche perché può conoscere articolazioni diverse in ragione delle peculiarità specifiche delle macrofunzioni considerate e richiede un attento esame delle informazioni necessarie e dei metodi più adeguati per rilevarle<sup>1</sup>. Per capirne la filosofia di fondo è utile sottolineare gli elementi che lo distinguono dagli altri due approcci.

Il riferimento a macrofunzioni che raggruppino l'insieme di prestazioni indirizzate a rispondere allo stesso tipo di bisogno (ad esempio l'insieme dei servizi ai non autosufficienti) permette, rispetto al riferimento ai grandi settori di spesa utilizzati dall'approccio macroanalitico, una selezione di indicatori di bisogno più idonea a guidare la ripartizione della spesa. Permette di confrontare delle *performance*, e cioè delle relazioni fra grado di soddisfazione di questi stessi bisogni conseguito dalle singole realtà territoriali e costi da esse sostenuti, senza richiedere, diversamente dall'approccio microanalitico, né di calcolare costi standard per ciascuna delle prestazioni che sono ricomprese nelle macrofunzioni, né di individuare pesi specifici con cui aggregare in un unico indicatore queste stesse prestazioni. In ragione della relativa omogeneità dei bisogni a cui le singole macrofunzioni intendono rispondere, l'approccio *meso* permette di impostare in modo più fine, rispetto a quanto può avvenire in un approccio macroanalitico, valutazioni e monitoraggio dei risultati ottenuti in termini di soddisfazione di quegli stessi bisogni (*output* e *outcome*).

L'applicazione di questo approccio richiede però di affrontare tre diverse tipologie di problemi: la specificazione del livello più adeguato di disaggregazione per l'individuazione delle macrofunzioni; l'accurata rilevazione dei dati finanziari richiesti e in

---

<sup>1</sup> Un approccio di questo tipo è stato seguito da altri paesi, nell'ambito delle politiche sanitarie (Arcangeli e De Vincenti, 2008). Per quanto riguarda il nostro paese, alcuni primi esperimenti sono stati compiuti, con riferimento alle politiche assistenziali articolate per macroprestazioni, da De Felici *et al* (2009), e per le politiche per la non autosufficienza in provincia di Cremona da Costa (2009).

particolare della spesa storica effettiva; l'individuazione di indicatori condivisi di fabbisogno e risultato.

Per quanto riguarda il primo aspetto, va sottolineato ancora una volta che la *disaggregazione* del fabbisogno standard con esclusivo riferimento alle tre funzioni legislative (sanità, assistenza, istruzione) è del tutto inadeguata per dare avvio al processo di finanziamento, produzione e monitoraggio dei Lep, in quanto accorpa funzioni fortemente disomogenee. E' necessario un approccio che abbia come paradigma di riferimento i funzionamenti. La disaggregazione inoltre non può riguardare solo un raggruppamento più fine di prestazioni che sono comunque comprese in una sola delle grandi funzioni richiamate. In alcuni casi, molto rilevanti, quali la tutela della non autosufficienza e l'educazione nell'età prescolare, il funzionamento è realizzato utilizzando strumenti che sono approntati all'interno di due delle aree previste dalla legge: la non autosufficienza interessa sia la sanità che l'assistenza, gli asili nido riguardano sia l'assistenza che l'istruzione. La risposta al bisogno richiede, in questi casi, un percorso unitario, che realizzi in modo compiuto l'integrazione socio-sanitaria sotto il profilo del finanziamento, dell'offerta e del monitoraggio. La creazione dei Livelli essenziali, e il disegno del loro finanziamento, rappresenta un'occasione unica per perseguire in modo coerente e razionale questo obiettivo che è al centro della discussione, nel nostro paese, da decenni.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, relativo all'accurata ricostruzione dei dati finanziari richiesti e in particolare della *spesa storica effettiva*, va sottolineato che le principali fonti informative attualmente disponibili, *'Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati* dell'Istat e i *Certificati di rendiconto al bilancio* dei comuni rilevati dal Ministero degli interni, presentano, con particolare riferimento alla spesa sociosanitaria, limiti molto importanti di cui occorre essere consapevoli, e andrebbero tempestivamente integrate (Bertoni, Bosi, Lorenzini e Silvestri 2010).

Il terzo problema, relativo alla scelta degli *indicatori* richiede approfondimenti specifici con riferimento ad ogni singola macrofunzione. Occorre in particolare distinguere indicatori di efficacia e indicatori di efficienza la cui scelta risulta cruciale nel monitoraggio dei Lep.

Va da subito sottolineato che l'approccio *meso*, che è alla base di questo lavoro, permette di coniugare due approcci che la letteratura considera generalmente come separati. Un primo approccio, di tipo *top-down*, privilegia l'attenzione all'uniformità nell'offerta del servizio, gli indicatori sono scelti dal centro, che resta il soggetto responsabile *dell'enforcement* del servizio e del suo monitoraggio; un secondo approccio che, al contrario, lascia maggior spazio alle proposte degli enti territoriali e che può essere definito come un approccio *bottom-up*.

L'approccio *meso* permette di tenere conto di queste complesse problematiche e di indagare, nell'ambito di un disegno attento alla *governance* complessiva delle politiche, l'ipotesi di ricorso ad un approccio *top down*, che utilizzi un numero non troppo elevato di indicatori per definire la ripartizione del finanziamento dallo Stato alle Regioni, e di ricorso invece ad un approccio *bottom up*, per la ripartizione del finanziamento fra

Regioni e Comuni, nell'ipotesi che a livello regionale sia più facilmente valutabile l'articolazione locale del bisogno e delle modalità con cui farvi fronte.

Alla luce di questo approccio, nel secondo paragrafo si riportano i principali risultati dell'attività di ricostruzione della spesa sociale integrata sperimentata nella provincia di Modena; la presentazione dei risultati è anticipata da una breve discussione sulla possibilità di costruire indicatori di efficacia e di efficienza in grado di supportare l'attività di *benchmarking* tra distretti socio-sanitari.

Nel paragrafo 3 si illustra un approfondimento, coerente con l'approccio meso, sulla spesa per anziani non autosufficienti ricoverati in strutture protette che, insieme agli asili nido, rappresenta la parte più importante della spesa sociale integrata.

## **2. La costruzione della spesa sociale integrata: indicatori di performance, metodologia ed evidenza empirica**

All'interno dell'approccio meso qui adottato è importante delineare un semplice quadro concettuale di offerta e domanda dei servizi per l'assistenza, che rappresenta la cornice entro la quale si è cercato di svolgere l'analisi che segue e che mira a ricostruire la spesa effettiva, passaggio indispensabile per individuare ragionevoli misure dei fabbisogni standard ai fini della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Come noto, l'insieme della spesa per assistenza è articolata in numerose aree, con particolarità proprie. I problemi che si pongono, ad esempio, per la valutazione e il monitoraggio del servizio nidi sono ovviamente molto diversi da quelli che riguardano i servizi per le persone non autosufficienti. Diverse le condizioni di offerta e di capacità produttiva, diversa la struttura dei costi, diverse le caratteristiche delle famiglie che fanno domanda del servizio. Pur avendo ben presente tale varietà di situazioni è tuttavia utile sottolineare gli aspetti comuni.

Nella spesa per assistenza quasi sempre ci si trova di fronte a *servizi a domanda*. A differenza di quanto avviene nella sanità, che nel nostro ordinamento è offerta in modo universale (a tutti i cittadini e gratuitamente) e finanziata con imposte, nell'area sociosanitaria la domanda del cittadino e la sua disponibilità a pagare, rappresentano l'aspetto originario, essenziale per mettere in moto la produzione di un servizio. Per questa ragione si può pensare che i servizi di cui stiamo discutendo siano offerti in una sorta di "mercato" in cui la domanda deve trovare una corrispondente "offerta" e che da tale incontro si determini un "prezzo". Si tratta però di mercati molto particolari in cui il ruolo dell'intervento pubblico è molto presente sia per quanto riguarda le modalità in cui viene organizzata l'offerta sia 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, nell'ambito di un modello di *welfare mix*. L'offerta privata è inserita di solito all'interno di un processo di regolamentazione guidato dal settore

pubblico, che nella letteratura è noto come *concorrenza amministrata*. Dal lato dell'offerta esistono quindi molti attori, sia pubblici che privati. Per quanto riguarda quelli pubblici, a seconda del servizio che vogliamo andare a considerare, possono svolgere un ruolo sia i Comuni, che l'Ausl e le Asp. Fra questi enti esistono poi 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 così detti *experience goods*, beni di cui l'acquirente non è in grado di valutare, *ex ante*, la qualità. Ne sarà consapevole solo dopo averla sperimentata e in taluni casi neppure allora (si pensi a molte cure sanitarie). In presenza di questa incertezza intrinseca, la domanda può avere difficoltà ad esprimersi in modo chiaro, e il cittadino può essere indotto a valutare come preferibili, alternative (ad esempio nell'ambito familiare) di cui può più facilmente valutare le caratteristiche e che gli sembrano più efficaci. In altri casi (si pensi ad esempio ai programmi di contrasto della povertà) la domanda può non emergere per il timore di *stigma sociale* o semplicemente perché il cittadino non è a conoscenza di un'opportunità offerta dalle politiche pubbliche. In questo caso si verifica ciò che nella letteratura è indicato come mancato *take up* dei servizi. Se questi aspetti sono rilevanti è importante distinguere la *domanda potenziale* dalla *domanda espressa*.

Se l'ente locale regola l'offerta del servizio anche attraverso la fissazione di tariffe, il prezzo per il cittadino può essere non strettamente correlato con il costo marginale della produzione del servizio, in particolare potrà cioè essere insufficiente a coprire i costi di produzione. L'ampliamento dell'offerta potrà trovare un limite nei vincoli di bilancio dell'ente locale. L'esito può essere il formarsi di liste di attesa a fronte delle quali si avrà quindi una domanda espressa ma *non soddisfatta*.

## 2.1. Indicatori di efficacia ed efficienza nella prospettiva del monitoraggio dei Lep

Nel paragrafo 1.2 si è ricordato il ruolo cruciale che, nella prospettiva dell'attuazione del "federalismo fiscale", assume il concetto di fabbisogno standard per il finanziamento dei Lep. Il fabbisogno standard rappresenta infatti il *quantum* finanziario necessario per realizzare il livello di servizi essenziale in condizioni di efficienza economica. Il livello essenziale rappresenta invece la definizione della misura quantitativa e qualitativa in cui il bisogno del cittadino viene soddisfatto con adeguata ed uniforme efficacia in condizioni di normale efficienza.

Con il primo termine – **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 il profilo, difficile da misurare e spesso anche da concettualizzare, della qualità.

Se, semplificando un poco la realtà, immaginiamo che il bisogno possa essere soddisfatto mediante l'erogazione di un dato servizio con predefinite caratteristiche

quali-quantitative (ad esempio, accettazione di un bambino ad un asilo nido, o di un anziano non autosufficiente in una struttura residenziale), il grado di copertura del bisogno, che diventa *la* misura dell'efficacia, potrebbe essere espresso dal *rapporto tra il numero di soggetti che ricevono il servizio e il numero di coloro che sentono il bisogno* (la domanda potenziale, come l'abbiamo definita più sopra).

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 erogato sulla base di una domanda espressa dal cittadino a fronte della richiesta di una sua compartecipazione al costo. Un cittadino potrebbe manifestare il bisogno di vedere accudito il proprio bambino o un familiare anziano non autosufficiente se il servizio venisse offerto gratuitamente, ma potrebbe invece non manifestare tale bisogno qualora venisse chiamato a contribuire al costo del suo soddisfacimento attraverso il pagamento di una tariffa.

In questo contesto, la grandezza da rilevare per misurare correttamente il numero di coloro che sono portatori di un bisogno, dovrebbe essere non già la domanda espressa, che è quella che si manifesta dato il prezzo di offerta, ma la domanda potenziale, che potrebbe essere misurata dal *prezzo di riserva*, vale a dire dalla somma massima che ogni cittadino sarebbe disposto a pagare per ottenere l'erogazione del servizio, e che rappresenta quindi la valutazione che ne dà per il proprio benessere. Se questa informazione (che, si noti, è variabile da soggetto a soggetto) fosse disponibile, la platea dei bisognosi sarebbe misurata dal numero degli individui il cui prezzo di riserva è superiore a zero.

Il prezzo di riserva non è purtroppo rilevabile attraverso le statistiche ordinarie. Inoltre, come si è ricordato, 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.

Il problema risulta ancora più difficile da affrontare, quando, come nel caso in cui si tratti di definire l'assegnazione di risorse dal livello centrale ai governi inferiori, si rivolge l'attenzione a grandi aggregati di spesa (l'intera spesa per assistenza, per istruzione o per sanità). In questo contesto, infatti, utilizzare come indicatore di efficacia un grado di copertura misurato come rapporto tra numero di utenti effettivi di un qualsiasi tipo di servizio che rientri nell'aggregato specificato e numero di portatori di bisogno non avrebbe senso, a causa della varietà di servizi che l'aggregato comprende e perché con ogni probabilità il numero di portatori di bisogno coinciderebbe con l'intera popolazione che, in un modo o nell'altro, risulta essere beneficiaria di un qualche servizio. In questi casi, un indicatore rozzo ma praticabile, potrebbe utilizzare non il numero degli utenti, ma il volume di spesa erogato e l'indicatore di efficacia potrebbe essere dato dal rapporto tra la spesa erogata nel servizio e la popolazione, vale a dire la spesa pro capite. Un valore più elevato di questo rapporto potrebbe allora indicare 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 si considerano aggregati molto ampi, questa è però l'unica misura che può essere praticata. Questo modo di procedere sarebbe coerente con l'approccio macro analitico alla determinazione del fabbisogno standard.

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 omogenee*, assegnando a ciascuna di esse come punto di riferimento del bisogno un sottoinsieme della popolazione (popolazione target). Al denominatore del rapporto verrà indicato non 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 asili nido) e politiche rivolte agli anziani (assistenza domiciliare, residenza protette, ecc.). Si potrebbe in questo caso calcolare il grado di copertura come *rapporto tra il numero di coloro che hanno usufruito del servizio e il numero dei bisognosi, identificato con la popolazione target*. Il numero dei posti in asilo nido coperti potrebbe allora essere diviso per la popolazione dei cittadini con età compresa tra 0 e 3 anni, il numero degli anziani assistiti per la 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. Implicito in questa procedura è che tutti i bambini con età compresa fra 0-3 anni siano portatori in egual misura del bisogno di *child care*; analogamente per gli anziani di età superiore ai 75 anni. Quanto più ristretti ed omogenei sono il servizio e la popolazione di riferimento, quanto più ci si allontana cioè da un approccio macroanalitico per avvicinarsi ad un livello "meso", tanto più accettabile sarà tale misura rispetto al più rozzo criterio della spesa procapite. Anch'esso non può tuttavia essere sempre considerato soddisfacente. Infatti, la popolazione target non corrisponde necessariamente alla domanda che esprime la presenza del bisogno e, in questo senso, la popolazione 0-3 anni o tutti gli anziani di età superiore ai 75 anni esprime il target massimo che il servizio può raggiungere. Accettando comunque questa procedura, l'indicatore utilizzato ci porterebbe a 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. 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, come si è ricordato, 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, con

l'obiettivo, in genere, 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, anche quando il dato esiste, va interpretato con cautela: 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 infatti anche una parte di coloro che si sarebbero auto selezionati a causa del livello delle tariffe e tendono quindi a sopravvalutare la domanda espressa.

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 di servizi di cui è composta la spesa sociale, realizzando appropriate "analisi 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 per i quali esista un'informazione più accurata e che siano quindi in grado di offrire 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.

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 esistente, ma 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 si è 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?

Deve trattarsi in primo luogo di indicatori che individuino una misura di output del servizio. Surrogare indicatori di questo tipo con la misura della spesa procapite, come talvolta accade negli approcci macroanalitici, significa ipotizzare che la popolazione residente nel territorio costituisca una *proxy* dell'*output* del servizio. Ipotesi che potrebbe essere valida solo nel caso di un bene pubblico indivisibile (offerto cioè congiuntamente e in modo uniforme a tutta la popolazione). Al di fuori di questa ipotesi teorica, poiché non esiste una corrispondenza biunivoca fra ammontare della popolazione e output dei servizi, l'analisi della spesa pro capite non può essere ritenuta indicativa dei costi sostenuti dall'ente territoriale in quanto ne riflette ad un tempo anche il livello e la qualità. E', in definitiva, una misura ibrida di offerta e di domanda.

Rimanendo ad un livello molto aggregato, come è necessario quando si dispone di risorse limitate per svolgere dettagliate analisi di settore si può scegliere un approccio basato sul *costo unitario*, definito come *rappporto tra la spesa e appropriate unità di servizio*. Se è possibile stabilire una corrispondenza univoca tra un'unità di servizio omogeneo e un

beneficiario, questo 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. Quando si voglia utilizzare l'indicatore di efficienza suggerito in esercizi di *benchmarking*, fra diversi enti territoriali, o fra distretti sociosanitari, è tuttavia importante avere presenti le possibili cause che spiegano differenze nei costi unitari tra diverse realtà.

Un primo fattore è costituito da una diversa *distribuzione della "capacità produttiva"*. In alcuni territori/distretti esistono, ad esempio, più strutture che in altri. La loro presenza non è però sempre attribuibile ad una maggiore domanda di servizi nella zona particolare, ma dipende molto spesso da fattori talvolta casuali o legati a vicende storiche che hanno perso di attualità. Se un ente/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 produttiva<sup>2</sup>.

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 capacità produttiva e utenza*. La risposta ad un bisogno può spesso essere realizzata con modalità diverse; il problema è 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.

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 meno rigorosi nell'accesso*, fornendo quindi servizi in misura maggiore a quella appropriata. I maggiori costi in questi casi sono attribuibili ad "inappropriatezza" delle prestazioni, nozione più di carattere sanitario che sociale.

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 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.

Se, nell'ambito di un appropriato processo di monitoraggio, si utilizzassero i costi unitari in esercizi di *benchmarking* fra enti/distretti, le differenze residue, "non spiegate"

---

<sup>2</sup> Questo fattore potrebbe essere compensato in caso di mobilità degli utenti: i cittadini di un distretto/ente 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/enti. In questo caso si creerebbero effetti di traboccamento o *spillover* tra distretti/enti 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/enti volti a compensare i costi addizionali sopportati dal distretto/ente che offre il servizio.

cioè dai fattori sin qui approfonditi, potrebbero essere attribuite a vere e proprie carenze di efficienza.

Da queste considerazioni metodologiche si può concludere che, 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. E' comunque importante avere ben presenti i molteplici fattori causali legati alla struttura socio-demografica della domanda e i condizionamenti presenti nelle scelte delle tecniche produttive.

In ogni caso, ed è questo il limite più pressante alle nostre conoscenze, gli indicatori che utilizzano al numeratore grandezze finanziarie non sono in grado di distinguere tra efficacia ed efficienza. L'analisi qui svolta cerca di superare questo limite andando ad ampliare il set informativo a disposizione dei soli amministratori e definisce una aggregato di spesa per servizi sociali *integrata*.

## **2.2. Dalla spesa sociale alla spesa sociale integrata: metodologia**

La ricostruzione della spesa sociale *integrata* si è resa necessaria a causa dei forti limiti che caratterizzano le fonti informative esistenti a livello nazionale. La fonte principale, per l'oggetto dell'analisi, è l'“*Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati?*” condotta su base annua dall'Istat. Tale indagine presenta il notevole pregio di essere suddivisa in modo sufficientemente disaggregato per potere cogliere in modo completo i servizi offerti dai comuni. Presenta tuttavia alcune carenze, di cui si dà conto nel seguito del paragrafo.

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, sottratti i trasferimenti che i comuni hanno ottenuto dalle Ausl e sottratta la 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.

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. Va sottolineato che l'indagine Istat rileva questi trasferimenti dell'Ausl solo qualora essi transitino effettivamente nel bilancio del Comune. Di conseguenza, l'indagine Istat sottostima il dato relativo alla compartecipazione del SSN.

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. Anche queste spese non sono rilevate nell'indagine Istat.

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, si sottolinea nuovamente l'importanza del ruolo svolto 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 (a titolo di compartecipazione al costo 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 ed altre entrate).

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.

### 2.3. La ricostruzione della spesa sociale integrata nella provincia di Modena

La consapevolezza dei limiti dell'indagine Istat appena considerati ha portato, a livello metodologico, per poter giungere alla definizione dell'ammontare di spesa sociale integrata, ad allargare il numero degli attori considerati nel processo di finanziamento e produzione dei servizi e, come accennato in precedenza, ad utilizzare nuove fonti informative riguardanti i bilanci di quei soggetti attivi sul mercato ma non considerati nell'indagine nazionale.

La tabella 1, presentata qui di seguito, fornisce i dati relativi alla spesa sociale integrata nella provincia di Modena. Le colonne, per semplicità espositiva, sono state numerate progressivamente da sinistra a destra, da 1 a 13. L'ammontare della spesa sociale 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 sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati”* dell'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), fornita dall'*“Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati”* dell'Istat;
  - b. la spesa di coloro che si rivolgono a servizi erogati dalle strutture gestite dalle Asp (colonna 4), fornita dalla *“Rilevazione sui presidi residenziali e semi-residenziali socio-assistenziali”* condotta 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), fornito dalla *“Rilevazione sui presidi residenziali e semi-residenziali socio-assistenziali”* condotta 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), fornita dall'Ausl e ricavata, in parte, dal bilancio della stessa e, in parte, dal monitoraggio del 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.

Le spese rilevate dall'Indagine Istat riguardano la spesa del Comune – singolo o associato – al netto della compartecipazione utenti e del servizio sanitario (colonna 1), la compartecipazione che gli utenti versano al comune – singolo o associato – per i servizi gestiti direttamente dallo stesso (colonna 3) e, come spiegato nel paragrafo 2.2, una parte degli oneri a rilievo sanitario (colonna 8). Le altre cifre rappresentano le integrazioni effettuate, riguardanti la compartecipazione degli utenti ad Asp e ad enti privati convenzionati (non censiti dall'Istat); i trasferimenti effettuati dal servizio sanitario per oneri a rilievo sanitario ad enti privati convenzionati e le spese sanitarie non rilevate dall'indagine Istat, che rappresentano un incremento della spesa sociale complessiva dell'ordine del 16%. Concentrando l'attenzione sulla differenza tra la spesa rilevata dalla sola indagine Istat (colonna 1, 3 e parte della colonna 8) e la spesa *integrata* (colonna 12, tabella 1), quest'ultima risulta differenziarsi, in eccesso, dalla prima di oltre **30 punti percentuali**. In altri termini, l'indagine Istat sottostima la spesa sociale di una percentuale che supera abbondantemente il 30%. Di questo aspetto si dovrebbe tenere conto nella discussione sui livelli essenziali delle prestazioni e sulla definizione del fabbisogno standard.

I medesimi dati, esaminati non più nell'ottica distrettuale ma per area di intervento (tabella 2), 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 queste tre aree ammonta all'89% del totale della spesa sociale integrata della provincia di Modena per il 2007.

Tabella 1. Spesa sociale integrata nella provincia di Modena per distretto nel 2007

Distretto	Spesa Comune al netto della compartecipazione utenti e SSN		Compartecipazione utenti				Donaz/ altre entrate Asp	Spesa erogata dal SSN				Totale spesa integrata	Composiz per distretto	
	Mln	di cui trasferiti alle Asp	al Comune	alle Asp	per posti privati convenzionati (stima)	Tot		Tot	Oneri a rilievo sanitario	Spesa sanitaria	Totale spesa SSN			
									di cui trasferiti a Asp /altri enti convenzionati	Tot				
	Mln	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		
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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
	%	48,1	1,0	12,7	4,9	3,8	21,4	0,0	24,9	3,3	5,7	30,5	100	

**Tabella 2. Spesa sociale integrata nella provincia di Modena per area di intervento nel 2007**

Area	Spesa Comune al netto della compartecipazione utenti e SSN		Compartecipazione utenti				Donaz/ altre entrate Asp	Spesa erogata dal SSN				Totale spesa integrata	Composiz per area	
	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			
									di cui trasferiti a Asp e altri enti convenzionati	Tot				
	Mln	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		
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	
Dipendenze	0,6	0	0	0	0	0,0	0	3,5	0	0	3,5	4,1	1,6	
Disabili	21,5	0,7	0,6	0,6	0	1,2	0,01	17,0	0	0	17,0	39,8	15,6	
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	
Giovani	2,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,4	0,9	
Immigrati	3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,5	1,4	
Multiutenza	7,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,0	2,8	
Povertà e disagio adulti	4,7	0	0	0	0	0	0	6,6	0	0	6,6	11,4	4,5	
<b>Provincia</b>	<b>2007</b>	<b>122,4</b>	<b>2,6</b>	<b>32,4</b>	<b>12,5</b>	<b>9,6</b>	<b>54,4</b>	<b>0,02</b>	<b>63,2</b>	<b>8,5</b>	<b>14,4</b>	<b>77,7</b>	<b>254,5</b>	<b>100</b>
	<b>%</b>	<b>48,1</b>	<b>1,0</b>	<b>12,7</b>	<b>4,9</b>	<b>3,8</b>	<b>21,4</b>	<b>0,01</b>	<b>24,9</b>	<b>3,3</b>	<b>5,7</b>	<b>30,5</b>	<b>100</b>	

Di maggiore interesse per un'analisi comparativa è la spesa procapite (tabella 3), 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 dipendenza (anziani non autosufficienti; bambini in età da nido; ecc.), la spesa media per abitante “normalizza” la spesa totale tenendo conto di una prima dimensione, che permette di cogliere alcune preliminari differenze territoriali. Con riferimento alla spesa complessiva, ponendo la spesa pro capite provinciale pari a 100, l'indice varia da un minimo di 73 a un massimo di 134 per il distretto del capoluogo. Ciò significa che anche in realtà omogenee esistono differenze di spesa procapite elevate che non possono essere colte attraverso indicatori di fabbisogno aggregati.

**Tabella 3. Spesa sociale integrata assoluta e procapite complessiva per distretto, anno 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
<b>Provincia 2007</b>	<b>254,5</b>	<b>100</b>	<b>677.672</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

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 4 presenta l'indice di *care dependence*, pari alla somma della popolazione di età compresa tra 0 e 3 anni (che può identificare la domanda potenziale di asili nido) e della popolazione di età maggiore e uguale ai 75 anni (che può identificare la domanda potenziale di strutture residenziali) sul totale della popolazione residente, per distretto.

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.

**Tabella 4. Struttura della popolazione e indice di *care dependence* per distretto, anno 2007**

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

Un aspetto rilevante del percorso intrapreso in questa indagine ha portato alla ricostruzione, in modo concettualmente coerente, dei flussi finanziari tra Comune, Ausl, Asp, soggetti privati convenzionati e utenti, permettendo di esplicitare l'intreccio finanziario tra gli enti che producono i servizi socio-sanitari (tabella 5), fornendo importanti indicazioni per la definizione del modello di finanziamento (Bosi, Guerra e Silvestri 2010).

**Tabella 5. Spesa sociale integrata procapite per produttori e finanziatori per distretti, anno 2007**

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

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

Dal lato dei finanziatori vi sono i Comuni 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.

Le tabelle presentate rendono possibile individuare alcuni indicatori aggregati della spesa, che possono fornire prime informazioni in vista della definizione dei fabbisogni standard.

- Sulla base della spesa storica, eliminando i valori estremi, che hanno ragioni esplicative specifiche e particolari, si potrebbe avanzare la stima **di 300-320 euro procapite come fabbisogno standard per la spesa sociale integrata complessiva.**
- Dall'articolazione della spesa per finanziatori è possibile ricavare l'importante informazione relativa al **grado di compartecipazione dei cittadini.** Sul totale della spesa sociale integrata, come mostra la tabella 3, la compartecipazione degli utenti risulta **pari al 21,4% della spesa sociale integrata.**
- Dall'articolazione della spesa per produttori è invece possibile definire un indicatore di primo livello, rappresentato dal costo dei servizi prodotti dalle Asp e dai trasferimenti effettuati agli enti convenzionati da parte dei comuni e delle Ausl. L'indagine ha infatti messo in luce la presenza di significative differenze nella spesa procapite effettiva a seconda del grado di esternalizzazione. Poiché tali differenze sono riconducibili in gran parte a differenze nelle forme contrattuali del lavoro, l'indicatore può fornire primi indizi sulla qualità dei servizi offerti (oltre che rappresentare un motivo di riflessione sull'opportunità di uniformare le forme contrattuali). Essa è comunque di grande utilità nella fase di monitoraggio della spesa.

### 3. Gli indicatori: il caso degli anziani non autosufficienti

L'attività di ricostruzione della spesa sociale integrata è stata particolarmente rilevante per l'area anziani. In quest'area di bisogno, il ruolo dell'Ausl risulta più incisivo rispetto alle altre aree e le carenze dell'indagine Istat a questo proposito sono risultate più evidenti.

Ricostruita la spesa sociale integrata, l'obiettivo da raggiungere è stato quello di trovare l'indicatore che meglio potesse permettere un monitoraggio sulla spesa pro capite dell'area di bisogno stessa. Se il dato al numeratore è di agevole individuazione – la spesa socio-sanitaria integrata, ottenuta come descritto in precedenza – la scelta del denominatore può basarsi su diverse alternative:

- la popolazione di riferimento, gli anziani con più di 75 anni (colonna A della tabella 6);
- i posti convenzionati, che rappresentano l'offerta complessiva che si ottiene con la spesa erogata (colonna B della tabella 6);
- 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 6).

Queste tre variabili, rapportate con la spesa sociale integrata, permettono di ottenere tre indicatori, riassunti nelle tre colonne E, F, G della tabella sottostante.

**Tabella 6. Indicatori di spesa pro capite, per distretto, 2007**

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
<b>Provincia</b>	<b>70.789</b>	<b>2.093</b>	<b>713.580</b>	<b>86,5</b>	<b>1.222,3</b>	<b>41.340,2</b>	<b>121,3</b>

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 una struttura residenziale per anziani 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).

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.

Operativamente, 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 colonna C di tabella 7 è riportata 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 (colonna E), indicatore che evidenzia la parte dell'offerta complessiva inutilizzata a seguito della differenza tra giornate potenziali ed effettive di accoglienza.

**Tabella 7. Spesa per giornata potenziale di accoglienza e tasso di utilizzo, per distretto**

	<b>Giornate effettive di accoglienza (A)</b>	<b>Giornate potenziali di accoglienza (B)</b>	<b>Differenza (C=A-B)</b>	<b>Tasso di utilizzo (D=A/B)</b>	<b>Posti letto equivalenti inutilizzati (E=C/365)</b>
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
<b>Provincia</b>	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 6.

Anche la **diversa composizione dell'offerta** può incidere sulla spesa per giornata effettiva di accoglienza. La presenza di una RSA in un distretto, infatti, influisce attraverso due canali sulla spesa sociale integrata<sup>3</sup>.

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.

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.

I dati (tabella 8) evidenziano che i due distretti con la più elevata percentuale di posti convenzionati in RSA (Modena e Pavullo) 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.

<sup>3</sup> Nella Regione Emilia-Romagna sono due le tipologie di struttura socio-sanitaria: la casa protetta e la RSA. Entrambe sono destinate ad accogliere anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. La RSA, tuttavia, ha un'assistenza infermieristica e tutelare più intensiva rispetto alla casa protetta (DGR 564/2000).

**Tabella 8. Spesa per giornata effettiva di accoglienza e composizione dell'offerta, per distretto, 2007**

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
<b>Provincia</b>	<b>281</b>	<b>2.093</b>	<b>13,4%</b>	<b>121,3</b>

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

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 9).

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.

**Tabella 9. 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
<b>Provincia</b>	<b>43,6%</b>	<b>121,3</b>

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

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.

La distribuzione percentuale evidenzia una netta contrazione della retribuzione nel settore no profit – in questo caso rappresentato da una cooperativa sociale di dimensioni significative operante nella provincia di Modena – rispetto al settore pubblico. In quest'ultimo, il 41,9% degli operatori percepisce un salario orario nella fascia da 8,01 a 9 euro, mentre nelle imprese del settore no profit la percentuale dei percettori nella stessa fascia di salario si azzerava. Analogamente, ricade nella fascia da 4,01 a 5 euro il 43,4% degli operatori del settore no profit, mentre nel settore pubblico nessun operatore appartiene a questa fascia retributiva.

**Tabella 10. Distribuzione percentuale del salario orario nel settore dell'assistenza agli anziani, per settore e fascia retributiva**

	Settore pubblico	Settore no profit
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".

Il tasso di esternalizzazione (colonna E della tabella 11) 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 11. Tasso di esternalizzazione dei posti in strutture a titolarità pubblica e spesa per giornata effettiva di accoglienza, per distretto**

	<b>Diretta (A)</b>	<b>Mista (B)</b>	<b>Esternalizzata (C)</b>	<b>Totale (D=A+B+C)</b>	<b>Tasso di esternalizzazione (E=C/D)</b>	<b>Spesa per giornata effettiva di accoglienza</b>
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
<b>Provincia</b>	<b>297</b>	<b>452</b>	<b>838</b>	<b>1587</b>	<b>52,80%</b>	<b>121,3</b>

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

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, scarica una parte rilevante del costo sugli operatori privati del settore socio-sanitario, attraverso la minor retribuzione oraria (aspetto di cui non si tiene conto nel risparmio di bilancio che l'esternalizzazione comporta), e considerato anche il ruolo ormai residuale della gestione pubblica diretta, 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 utilizzare tutti 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, è preferibile 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, anche se alcuni passi in avanti possono essere compiuti mediante un'attività di *benchmarking*, via via più raffinata. In particolare, aspetti come la qualità dei servizi offerti, che in questa sede non sono stati presi in considerazione, ma che potrebbero essere – quantomeno - intercettati attraverso la raccolta di indicatori più fini (quali, ad esempio, la frequenza nello svolgimento delle prestazioni di igiene personale), hanno sicuramente la loro rilevanza e incidono sulla spesa per giornata di accoglienza.

## Riferimenti bibliografici

- Arcangeli, L., De Vincenti, C., 2008, *La politica sanitaria*, in Guerra, M.C., Zanardi, A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2008*. il Mulino, Bologna.
- 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., Bosi, P., Lorenzini, M., Silvestri, P., 2010, *La spesa sociale integrata nei distretti della provincia di Modena, Rapporto 2010*, disponibile sul sito del Capp (<http://www.capp.unimo.it>).
- Bertoni, F., Solinas, G., 2008, *La qualità del lavoro nella cura degli 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., Guerra M.C., Silvestri P., 2010, *Le politiche per la non autosufficienza. Vincoli e possibili sviluppi dopo la Legge delega sul Federalismo*, Modena, mimeo, giugno 2010, ricerca svolta per lo Spi-Cgil nell'ambito del progetto Capp, Cer, Servizi Nuovi "Livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone anziane non autosufficienti (LEPS)".
- Costa, G., 2009, *Prove di welfare locale. La costruzione di livelli essenziali di assistenza in provincia di Cremona*, Milano, Angeli.
- 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>.