

Sui limiti dell'offerta di servizi assistenziali a Sud

di Antonello Scialdone

1. Frammentazione istituzionale

La disponibilità di servizi sociali “abilitanti”, finalizzati a facilitare le condizioni di vita e di lavoro, è da tempo oggetto di numerosi richiami che l’Europa ha rivolto ai governi nazionali e locali degli Stati membri, sottolineando come il coinvolgimento responsabile dei destinatari dei servizi in procedure di consultazione e valutazione debba ritenersi requisito necessario per una maggiore efficacia dell’azione pubblica. Si consideri che negli ultimi lustri il profilo istituzionale delle politiche di assistenza ha fatto registrare una netta accentuazione della rilevanza della dimensione territoriale: in luogo di una gestione centralizzata degli interventi sociali, sono emersi diversi indirizzi relativi alle competenze delle Amministrazioni territoriali¹. Questi elementi insistono sulla pertinenza del livello territoriale come ambito specifico dell’integrazione e dell’attuazione delle politiche, rendono più articolata e complessa l’agenda dei governi locali; stressano la necessità di una qualificazione dei sistemi di welfare fisicamente più vicini – e più direttamente connessi – alle domande della cittadinanza. Quanto appena rilevato pare particolarmente significativo in un contesto come quello italiano, dove non solo vengono chiamate in causa le responsabilità di istituzioni decentrate le cui capacità di risposta, presidio dei problemi ed efficienza amministrativa sono notoriamente poco omogenee, ma dove pure *i processi di polarizzazione territoriale dei fenomeni di esclusione e disagio si sono storicamente consolidati* ed il divario Nord-Sud non accenna a diminuire. La sciagurata riforma costituzionale varata poco tempo dopo l’apparizione di una leg-

1. Il comparto dei servizi socio-assistenziali e delle misure di sostegno alle responsabilità familiari trae la propria configurazione istituzionale in gran parte dalla normativa promulgata l’8 novembre 2000 (n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*), che ha determinato rilevanti competenze in capo agli enti territoriali: fenomeno di segno centrifugo che nell’ambito delle politiche sociali si è accentuato dopo la riforma del Titolo v Cost.

ge-quadro lungamente attesa² ha di fatto prodotto un depotenziamento di dispositivi nazionali come il Sistema informativo dei servizi sociali di cui all'art. 21 della legge 328/2000 (concepito dal legislatore come infrastruttura tecnica finalizzata ad una «compiuta conoscenza dei bisogni e del sistema» e ad obiettivi di valutazione dell'offerta, ma mai realmente attuato dall'Amministrazione Centrale), nonché una pluralità di assetti e modelli territoriali che rende difficile la restituzione di informazioni del tutto omogenee.

Riguardo all'ambito dei servizi alle famiglie, già all'inizio del decennio presente era nettamente leggibile uno scenario nazionale che conteneva numerosi chiaroscuri, e che inoltre – per i profili di frammentazione istituzionale, per l'elevata variabilità delle risorse a disposizione del sistema, per le insufficienze dell'informazione statistica ufficialmente disponibile, per la straordinarietà del ricorso a pratiche di qualità – rendeva difficile documentare l'adozione in forme strutturate di metodi di valutazione delle prestazioni e di indicatori di risultato³. Il profilo distintivo di sistemi regionali di welfare aventi caratteristiche peculiari e autonome, emerso già nel primo periodo di vigenza della legge quadro e di implementazione delle architetture istituzionali corrispondenti, è stato più di recente confermato dalla letteratura specializzata⁴ e ha evidenziato gli elementi di polarizzazione territoriale più su evocati. La costruzione delle infrastrutture di servizi nei territori ha finito con l'assumere cadenze diverse, via via rallentate dai progressivi tagli finanziari alla spesa sociale di provenienza centrale, e inoltre ha spesso ceduto il passo ad interventi di taglio emergenziale. Né è tanto meno dato di registrare avanzamenti sul fronte della regolazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali: che invero sarebbe la leva fondamentale per compensare rischi e costi dell'atomizzazione degli interventi e del crescente fenomeno di differenziazione territoriale degli assetti⁵.

2. Si devono in verità alle precipue responsabilità della stessa maggioranza politica tanto l'una quanto l'altra riforma.

3. È stato però questo il tentativo approssimato da una fonte istituzionale poco conosciuta e ormai definitivamente declinata. Di seguito si ricostruiscono sinteticamente linee evolutive di spesa per l'assistenza e *performances* dei servizi alla persona negli EELL del Sud a partire da quanto dal 2011 in avanti è stato elaborato da chi scrive per la Relazione CNEL ex art. 9 legge 3 luglio 2000, n. 15 su *Qualità e diffusione dei servizi pubblici*. Le Relazioni delle varie annualità in questione sono accessibili sul sito www.cnel.it.

4. Si vedano Vitale (2009); Bertin (2012); Pastore, Stefano (2013); Carradore (2014).

5. Il mondo delle Amministrazioni territoriali sembra sufficientemente consapevole delle criticità di una situazione che resta incompiuta senza interventi di sistema che promanino dal livello centrale. Circa l'ambito delle autonomie locali, merita di essere ricordato l'atteggiamento problematico più volte assunto da ANCI. Un documento assai in-

2. Qualche dato sulla spesa degli enti locali per interventi sociali

Si è appena ricordato che nella materia in esame il quadro delle competenze istituzionali assegna un rilievo assoluto a Regioni e Comuni, laddove questi ultimi sono materialmente i titolari della funzione di erogazione degli interventi di assistenza e quindi agiscono come terminali del fronteggiamento del disagio. La crisi ha prodotto un'esplosione vistosa dei fabbisogni di welfare, agendo contemporaneamente come fattore per la determinazione di vincoli di budget nei bilanci nazionali e quindi producendo riduzioni quali quantitative degli interventi. Secondo le stime di IFEL relative al 2010 la funzione sociale rappresenta il 14,4% del totale degli enti locali italiani⁶. La distribuzione di questa voce di spesa impatta in modo assai diversificato con i territori: nello stesso anno le aree storicamente più forti assorbono più della metà delle risorse circolanti su base nazionale (tra le regioni settentrionali spicca il 17,7% della Lombardia). Le regioni del Centro intercettano il 21,4% del totale, mentre il Sud rappresenta poco più di un quarto – precisamente il 27,6% – del totale nazionale. E l'esito relativamente paradossale del Mezzogiorno, ovvero della parte del paese ove paiono più consistenti i fenomeni di vulnerabilità sociale, sarebbe ancora meno significativo ove si scorporasse il dato delle isole⁷.

teressante prodotto in tale circuito di rappresentanza rileva appunto il fatto che manca «una adeguata mappatura degli interventi e dei servizi sociali erogati nelle varie regioni, conseguenza diretta della mancata attuazione del sistema informativo dei servizi sociali già previsto dall'articolo 21 della legge 328/2000: il che determina oggettive difficoltà nelle individuazione dei volumi di spesa sostenuti e dei fabbisogni futuri, nonché del numero e della tipologia delle prestazioni erogate e dei cittadini assistiti; rende altresì complessa la comparazione tra i diversi sistemi di servizi regionali, per l'individuazione delle specificità e delle omogeneità esistenti. I Comuni stessi sono invece impegnati, per mantenere la coesione sociale delle loro comunità, nel tentativo di garantire livelli quantitativi e qualitativi soddisfacenti di servizi e prestazioni sociali (e socio-sanitari), ovvero di ampliarli o innovarli sulla base delle specificità locali». Il rischio concreto di questa «sovraesposizione» del Comune è quello del consolidamento di sistemi di protezione sociale a livello municipale (ogni comune opera nel sociale secondo «tradizione, sensibilità, risorse» proprie: cfr. Giovannetti, 2011).

6. La base dei dati è rappresentata dai Certificati di bilancio degli EELL raccolti dal ministero dell'Interno. Gli impegni di cui trattasi vanno considerati come già “depurati” della spesa per servizi necroscopici e cimiteriali

7. Sicilia e Sardegna pesano rispettivamente per il 6,7 e per il 5,7 della spesa sociale dei comuni italiani.

TABELLA I

Spesa corrente dei Comuni per la funzione sociale, anni 2006-10. Impegni in v.a. per aggregati territoriali, grandi città, e variazioni % 2009-10 e 2006-10

Regione	Migliaia di euro					Variazioni %	
	2006	2007	2008	2009	2010	2009-10	2006-10
Abruzzo	66.973	74.474	74.796	162.683	238.218	46,4	255,7
Basilicata	37.403	38.502	45.406	45.874	50.205	9,4	34,2
Calabria	45.126	50.849	74.405	80.294	66.719	-16,9	47,9
Campania	304.262	306.929	313.348	343.515	277.553	-19,2	-8,8
Emilia Romagna	689.813	737.898	779.324	793.063	813.624	2,2	17,9
Friuli V. G.	270.957	296.894	329.330	341.251	354.195	3,8	30,7
Lazio	136.006	151.423	164.060	190.996	195.703	2,5	43,9
Liguria	201.625	215.247	235.113	230.394	221.925	-3,7	10,1
Lombardia	1.367.000	1.416.636	1.461.194	1.489.687	1.477.496	-0,8	8,1
Marche	167.274	181.426	198.175	222.339	214.513	-3,5	28,2
Molise	7.574	7.305	6.902	6.574	9.043	37,5	19,4
Piemonte	499.983	522.569	538.602	542.857	548.394	1,0	9,7
Puglia	195.307	229.925	214.591	215.579	332.905	54,4	70,5
Sardegna	193.884	218.422	250.690	312.512	327.829	4,9	69,1
Sicilia	370.510	347.815	357.812	349.194	379.877	8,8	2,5
Toscana	421.529	452.362	470.243	481.936	511.748	6,2	21,4
Trentino Alto Adige	103.555	102.548	109.619	116.150	119.481	2,9	15,4
Umbria	87.409	89.003	98.667	97.833	100.220	2,4	14,7
Veneto	514.309	525.006	560.362	567.647	563.594	-0,7	9,6
<i>Italia</i>	5.680.500	5.965.235	6.282.638	6.590.381	6.803.242	3,2	19,8
Nord	3.647.242	3.816.799	4.013.543	4.081.050	4.098.709	0,4	12,4
Centro	812.219	874.215	931.145	993.104	1.022.183	2,9	25,9
Sud	1.221.039	1.274.221	1.337.950	1.516.227	1.682.350	11,0	37,8
<i>Città</i>							
Bari	39.266	46.850	43.466	50.611	62.062	22,6	58,1
Cagliari	34.456	38.650	42.093	47.374	47.621	0,5	38,2
Napoli	126.22	130.229	113.893	137.365	87.979	-36,0	-30,3
Palermo	96.898	62.603	66.987	47.218	54.061	14,5	-44,2

Fonte: elaborazioni su dati IFEL-Ministero dell'Interno (2012).

Dal contesto della finanza locale derivano altri dati (Parlato, Scozzese, 2012) che danno analiticamente conto degli impegni della succitata spesa corrente per la funzione sociale. Ne derivano informazioni di qualche rilievo segnaletico, che possono essere imputate tanto a vari aggregati territoriali quanto ad alcune grandi città⁸. Nei valori assoluti riportati dalla TAB. 1 la spesa complessiva per la funzione sociale si attesta intorno ai 6,8 miliardi di euro, con un incremento nel 2010 proporzionalmente più significativo nel Mezzogiorno, in particolare per la *performance* della Puglia che compensa l'andamento assai negativo di Campania e Calabria: e forse non casualmente tra le grandi città meridionali Bari fa rilevare l'evoluzione più cospicua, mentre Napoli – pur ritenuta non impropriamente una delle capitali del disagio urbano – si posiziona in fondo alla classifica (con un ridimensionamento di più di un terzo della spesa sociale rispetto al 2009). Se si fa riferimento al quinquennio 2006-10 la variazione di gran lunga più rilevante è quella dei Comuni abruzzesi, che vedono crescere questa tipologia di impegni ad un tasso dodici volte superiore a quello della media nazionale.

Riportando, però, l'analisi ai valori pro-capite come nella TAB. 2 si confermano gli scostamenti territoriali già evidenziati. La “dotazione” di ciascun cittadino calabrese (45,7 euro secondo le stime per il 2010) appare lontanissima non solo rispetto alla media delle aree settentrionali – giacchè non corrisponde neanche ad un terzo di quel valore – ma anche nel confronto con altri contesti assai attrezzati quanto a risorse pro-capite come Sardegna e Abruzzo: che sono non casualmente le due regioni che mostrano per questo indicatore l'evoluzione più interessante nel quinquennio. Riguardo allo stesso periodo si può rilevare che per questa fonte il volume pro-capite a livello nazionale è variato del 20,2% (circa 20 euro per italiano in valori assoluti). Resta sempre più penalizzata la situazione degli abitanti delle grandi città, e una volta di più emerge il primato negativo di Napoli: dimezzata la dotazione per ogni residente nell'ultimo anno, diminuita nel quinquennio del 37,8%. Nel periodo 2006-10 fa peggio soltanto Palermo (-62,9%) che però manifesta solo nell'ultimo anno segnali di una minima inversione di tendenza.

8. Con l'omissione vistosa di Roma e specialmente, per quanto qui rileva, di Reggio Calabria e Catania.

TABELLA 2

Spesa corrente dei Comuni per la funzione sociale, anni 2006-10. Impegni pro-capite per aggregati territoriali, grandi città, e variazioni % 2009-10 e 2006-10

Regione	Spesa pro capite (v.a. in euro)					Variazione %	
	2006	2007	2008	2009	2010	2009-10	2006-10
Abruzzo	59,9	65,9	65,7	142,5	208,2	65,7	148,4
Basilicata	67,0	69,0	81,4	82,4	90,4	8,0	23,3
Calabria	31,1	34,9	51,0	55,0	45,7	-9,4	14,6
Campania	78,4	78,8	80,6	88,2	71,3	-17,0	-7,2
Emilia-Rom.	173,3	183,1	190,6	192,3	195,6	3,3	22,3
Friuli V. G.	231,0	251,1	276,5	285,7	296,1	10,4	65,2
Lazio	78,8	86,2	91,6	105,7	107,4	1,7	28,6
Liguria	129,1	137,7	149,9	146,8	141,4	-5,5	12,3
Lombardia	147,2	151,0	154,2	155,9	153,2	-2,7	6,0
Marche	116,9	125,4	135,5	151,2	145,3	-5,9	28,5
Molise	53,3	51,4	48,7	46,5	64,2	17,6	10,9
Piemonte	129,9	134,3	137,5	138,2	139,3	1,1	9,4
Puglia	68,1	80,0	74,6	74,9	115,4	40,5	47,4
Sardegna	178,2	200,1	228,9	285,2	298,9	13,6	120,7
Sicilia	104,5	97,8	100,5	98,0	106,4	8,4	1,8
Toscana	128,1	136,0	140,3	142,9	151,0	8,1	22,9
Trentino	164,9	161,1	170,2	178,7	182,2	3,5	17,7
Alto Adige							
Umbria	100,4	100,9	110,6	108,9	110,8	2,0	10,4
Veneto	110,0	110,9	117,1	118,0	116,5	-1,4	6,5
Italia	120,5	125,5	131,2	137,0	140,0	3,8	20,2
Nord	145,0	150,2	156,4	158,0	157,7	-0,3	12,7
Centro	110,0	117,8	124,0	130,7	133,6	2,9	23,6
Sud	78,6	82,1	85,9	97,2	107,8	10,6	29,2
Città							
Bari	120,8	145,3	135,5	158,1	193,7	35,6	72,9
Cagliari	216,3	244,6	267,6	301,8	304,3	2,5	88,0
Napoli	129,4	133,8	118,2	142,7	91,7	-51,0	-37,8
Palermo	145,4	94,4	101,6	72,0	82,4	10,5	-62,9

Fonte: elaborazioni su dati IFEL-Ministero dell'Interno (2012).

Veniamo alla fonte che da qualche anno viene più correntemente utilizzata per analisi simili, ovvero l'indagine che l'Istituto nazionale di statistica realizza intorno alla spesa dei Comuni per servizi e interventi sociali. Secondo i dati ISTAT accessibili nell'ultimo anno di redazione della Relazione CNEL, la dotazione complessiva si attesta per ISTAT appena sotto i 7 miliardi di euro⁹ con una più bassa concentrazione nelle regioni

9. Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2009 per

del Mezzogiorno (Sud e Isole rappresentano il 20,6% del totale laddove verosimilmente in queste aree si concentrano quote molto più alte di fenomeni di disagio). Inoltre, restano elevati i divari territoriali laddove si faccia riferimento alla spesa pro-capite: poco più di 50 euro destinati in media a ogni cittadino del Sud rappresentano meno di un terzo del valore medio che le Regioni del Nord-Est riescono a garantire ai propri residenti. L'ISTAT, in realtà, scorpora da questo aggregato meridionale la situazione delle Isole, più confortante particolarmente per la Sardegna che viene sopravanzata solo dalle regioni autonome del Nord. La media nazionale assomma ad euro 115,9 pro-capite, neppure lontanamente approssimata da alcun altro territorio meridionale.

Al netto di un picco positivo del 2010, il biennio successivo ha fatto registrare un decremento della consistenza totale del plafond utilizzato dalle Amministrazioni territoriali del paese per interventi assistenziali. Il dato 2012 – appena diffuso – fa segnare in media una spesa pro-capite pari a 117,3, ma permangono elevate differenze territoriali, con un'escursione che passa dai 277 euro per abitante in Valle d'Aosta ai 24,6 del dato calabrese, costantemente al fondo della classifica. Come rilevato in una prima analisi di queste informazioni (Bucci, 2015), in quest'ultimo biennio si sono pure registrati la riduzione della quota di partecipazione del Servizio sanitario nazionale per le prestazioni socio-sanitarie erogate da Comuni o enti associativi e, al contempo, l'aumento della partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni. E se si analizzano le situazioni di gruppi bersaglio particolarmente fragili, risalta ancora il divario tra Sud e Centro-Nord: la dotazione pro-capite della spesa per persone con disabilità fa registrare valori pari ad un sesto del corrispettivo del Nord-Est. Il che comunque non esclude che su alcuni livelli di presa in carico di tale *target* vi siano territori (è ancora il caso della Sardegna per assistenza domiciliare e assegni di cura) che vantano indicatori di assoluto rilievo nel confronto nazionale.

3. Tra bisogni conclamati e carenze delle risposte

Lo stato di salute del welfare italiano nel periodo di coda della crisi (che non sembra ancora corrispondere al suo definitivo esaurimento) risulta

l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali), la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

tuttora poco nitido. Tra gli elementi che concorrono a questa condizione di incerta definizione va ancora una volta menzionato l'andamento erratico delle risorse a disposizione dei sistemi territoriali, e insieme a questo il tendenziale assestarsi dell'offerta locale di interventi intorno a modelli di contenimento delle emergenze sociali più che di anticipazione delle stesse: l'*ottica remediale* stigmatizzata in alcune stimolanti riflessioni di Donolo (2010). La strumentazione-principe che la riforma dell'assistenza ha messo a disposizione delle amministrazioni territoriali, ovvero la pianificazione di zona, manifesta un'insufficiente capacità di fronteggiamento dei fabbisogni dei cittadini condizionata come è da vincoli di austerità finanziaria e inerzie organizzative. Buona parte delle famiglie italiane marcate da fenomeni di disagio, specie se residenti a Sud, resta condannata a una presunta autosufficienza. Sullo sfondo permane un dato irrisolto di disomogeneità regionali consistenti, per quanto concerne sia le dotazioni di servizi alle persone che le effettive possibilità di accesso.

Dalle rilevazioni di EU-SILC¹⁰ desumiamo che sussiste un segmento di fabbisogni assistenziali non potenziali né impliciti, ma evidenti, ed anzi espressi in termini pienamente consapevoli, che restano insoddisfatti anche se rimandano a panieri di prestazioni davvero elementari: la criticità che si genera sembra proporzionalmente più acuta nei nuclei in cui vivono persone sole, in quelli deprivati e a rischio di povertà, nei contesti metropolitani e naturalmente nelle aree meridionali (in una misura che praticamente doppia la concentrazione nelle regioni del Centro Italia); oltre che, naturalmente, nelle famiglie in cui è presente almeno un componente con limitazioni gravi. Si evince pure che per quasi la metà delle famiglie "insoddisfatte" il problema del mancato accesso ai servizi ha a che fare con caratteristiche tecnico-organizzative della prestazione che la rendono poco corrispondente al fabbisogno dell'utenza¹¹.

Non stupisce (ma certo induce a preoccupazione) l'esito di questi fenomeni nelle rilevazioni riferite al tema della qualità della vita. Si guardi all'ultima tornata dei dati resi disponibili per un confronto europeo da un'Agenzia specializzata: lo studio in questione¹² è fortemente caratte-

10. Ci si iriferisce qui al fatto che l'indagine sulle condizioni di vita, realizzata da ISTAT nell'ambito della rilevazione EU-SILC coordinata a livello comunitario, è stata nel 2010 – e solo per l'anno in questione – arricchita di un modulo relativo all'"Accesso ai servizi alla persona" che consente di arricchire i ragionamenti sull'offerta di servizi fin qui proposti con alcune sintetiche informazioni riferite ai soggetti della domanda.

11. Talora non si è a conoscenza dell'esistenza del servizio, ma più spesso il servizio non è disponibile in zona oppure non è garantito con la frequenza necessaria e richiede tempi lunghi di attesa.

12. Cfr. EUROFOUND (2012). La prima indagine del sistema denominato EQLS fu pro-

rizzato dall'impatto della crisi economica in atto in tutto il Continente¹³, e, in termini generali, rileva l'importanza annessa alla famiglia come fonte essenziale di sostegno per le esigenze quotidiane così come per le emergenze indifferibili. Si registra altresì che il calo più marcato in termine di benessere soggettivo riguarda i gruppi più vulnerabili – soggetti privi di lavoro, persone anziane, individui con redditi bassi – e che cresce in ambito UE la percezione di tensioni connesse proprio alla disuguaglianza di mezzi e di opportunità (tensioni particolarmente evidenti per i profili più svantaggiati). Inoltre, viene in evidenza soprattutto nei territori più segnati dalla recessione una caduta dei livelli di fiducia nelle istituzioni pubbliche. Alcuni item di questa indagine europea, seppur non contengono dati disaggregati a livello subnazionale, appaiono assai pertinenti rispetto alla nostra analisi: nella rilevazione si chiedeva esplicitamente da quale fonte i soggetti intervistati pensavano di poter ottenere un consiglio o un aiuto di fronte a gravi problemi di tipo personale o familiare. Nella sua ampiezza e semplicità la questione che viene posta evoca una tipica funzione di supporto ascrivibile ai sistemi di welfare territoriale. In tutta Europa le aspettative di aiuto si incentrano in grande maggioranza sull'ambito familiare, su amici o reti di vicinato. Ma pur nell'esiguità delle risposte è necessario sottolineare che supera appena l'1% (senza apprezzabili differenze per quanto concerne sesso, età o reddito) la quota di italiani che si rivolgerebbe con fiducia ad organizzazioni di fornitori di servizi o al livello istituzionale, di contro a una media comunitaria del 4,4%¹⁴. Le informazioni rese disponibili dalla *survey* non consentono di approfondire le motivazioni di questo *inconsistente livello di attese ascritto al sistema pubblico dei servizi e ai providers professionali*, ma impressiona il fatto che si conferma l'estesa capacità dei circuiti familiari nell'esercitare funzioni che in altri contesti vengono legittimamente esercitati da istituzioni territoriali. Ma il ruolo primario

mossa nel 2003 e successivamente aggiornata nel 2007, fornendo informazioni assai attendibili sulle condizioni di vita dei cittadini europei e su aspetti riferiti a questioni di vario genere (occupazione, reddito, famiglia, soddisfazione per la qualità della società in cui si vive). Il sondaggio concluso nel 2012 è stato realizzato su campioni rappresentativi della popolazione con più di 18 anni (in Italia risultano portate a termine 2.250 interviste, mentre nell'intera UE i soggetti della *survey* sono più di 35.000). I dati che seguono sono tratti da questa fonte: per alcune elaborazioni si è avuta la necessità di accedere direttamente al *Survey Mapping Tool* che il sito della Fondazione rende disponibile in www.eurofound.europa.eu.

13. Sia pure con apprezzabili differenze: mentre più critica è la condizione rilevata nei paesi dell'Europa orientale e meridionale, si conferma che livelli più elevati di qualità della vita vengono segnalati nelle aree del Nord e dell'Ovest dell'Unione.

14. Percentuali più che doppie rispetto al dato UE si colgono in Danimarca, Francia, Finlandia e Regno Unito.

ed essenziale dei contesti familiari non va chiamato strumentalmente in causa per cavalcare la tentazione o il rischio di quella che altrove è stata icasticamente definita “autarchia assistenziale”, particolarmente intollerabile in tempi di crisi, e per condannare le famiglie a una forma di solitudine da cui le istituzioni si eclissano¹⁵.

Gli oneri che gravano sui nuclei che risiedono nel nostro Sud sono condizionati da fattori che non risultano legati solo alla contingenza economica. Indicatori demografici fondamentali descrivono in termini netti che le prospettive di queste aree, oggi apparentemente meno squilibrate nei rapporti tra classi di età, potrebbero nei prossimi lustri velocemente peggiorare. Il carico sociale che deriva dal cumulo di fabbisogni propri delle classi di età bisognose di aiuti può essere espresso tramite un indicatore che definisce il rapporto tra tali gruppi (minori + anziani) e la popolazione in età attiva. L’indice di dipendenza che se ne desume già oggi supera il 50% per la gran parte delle Regioni italiane, con punte realmente vistose per Liguria e Umbria (rispettivamente 61,9% e 56,2%) dovute all’elevata età media della popolazione. Ciò che pare opportuno rimarcare, però, si collega alle proiezioni future che le stime demografiche di cui alla TAB. 3 hanno calcolato per gli anni 2030 e 2050; l’indicatore di riferimento si attesterebbe nell’ordine sul 64,9% e sul 84,7%, ed inoltre anche la situazione dei contesti meridionali, oggi apparentemente meno pesante, finirebbe per registrare un’accelerazione in senso negativo e per sopravanzare la media nazionale già tra quindici anni: il rischio più consistente sembra potersi ascrivere alla situazione della Sardegna.

15. È bene non essere equivoci su questo punto. Molti argomenti possono essere addotti per invocare una effettiva qualificazione dell’offerta pubblica di welfare, che contrasti il rischio di derivare verso equilibri insostenibili che gravano sulle sole famiglie (in gran parte sulle spalle delle donne), e almeno ridimensioni il peso di quello che in letteratura viene denominato *familialism by default*, del tutto privo di supporti. A prevenire rilievi ispirati da malintese accezioni di sussidiarietà, si aggiungerà che praticamente tutta la più recente letteratura disponibile sui rapporti tra solidarietà familiare e mano pubblica converge nel rigettare la tesi di un presunto spiazzamento che l’intervento delle istituzioni produrrebbe negli assetti tradizionali, e sostiene piuttosto la teoria di una responsabilità mista che genererebbe complementarietà e specializzazione tra le due fonti di sostegno, con la famiglia messa in condizioni di concentrarsi sulla cura degli affetti e sulla dimensione emotiva, ove affrancata – sia pure parzialmente – da oneri materiali meritevoli di entrare nell’agenda pubblica.

TABELLA 3

Indice di dipendenza al 1° gennaio per regione, ripartizione geografica e proiezioni

Regioni	Indice di dipendenza		
	2010	2030	2050
Piemonte	55,4	65,6	81,9
Valle d'Aosta	53,2	62,5	80,8
Lombardia	52	63,1	79,8
Trentino Alto Adige	52,8	62,9	79,3
Veneto	51,7	62,1	79,1
Friuli Venezia Giulia	56	66	80,6
Liguria	61,9	73	88,1
Emilia-Romagna	55,3	63,4	80,2
Toscana	55,9	66,4	84,7
Umbria	56,2	65,9	83,4
Marche	55,6	64,4	81,9
Lazio	50,9	63,7	83,4
Abruzzo	52,2	65,4	88,2
Molise	52,6	68,9	91,8
Campania	48,1	63,7	88,2
Puglia	49,7	66,9	97
Basilicata	50,7	68,9	98,2
Calabria	49,4	66,5	94,2
Sicilia	50,9	67,6	93,9
Sardegna	45,8	70,1	101,6
<i>Italia</i>	52,2	64,9	84,7
Nord	53,8	64	80,5
Centro	53,5	64,8	83,6
Mezzogiorno	49,4	66,3	93,1

Fonte: ISTAT, Rapporto coesione sociale.

E, a tale proposito, dati inattesi ma incontrovertibili vengono forniti da altre fonti. PASSI d'Argento¹⁶, promosso dal ministero della Salute e dalle

16. Cfr. Gruppo tecnico di coordinamento del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento 2013. Per taluni dei dati che sono stati desunti dal database ISS e che verranno presentati di seguito, si è potuto fare affidamento sulla cortese collaborazione del dott. Alberto Perra, epidemiologo coordinatore di PASSI d'Argento, che si ringrazia per la disponibilità mostrata nell'occasione.

Regioni con il supporto tecnico dell'Istituto superiore di sanità, costituisce una sperimentazione di un modello di sorveglianza sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, allo scopo di mettere a disposizione informazioni utili per le scelte di politiche volte a migliorare la qualità di vita degli anziani. L'obiettivo della sorveglianza è valutare la capacità dell'anziano di essere risorsa e di partecipare alla vita sociale, di rimanere in buona salute, di usufruire di cure e tutele avendo un reddito adeguato, al fine di disegnare un profilo della popolazione ultra64enne¹⁷ centrato sui tre pilastri per l'invecchiamento attivo individuati dalla strategia *Active Ageing* dell'Organizzazione mondiale della sanità: partecipazione, salute e sicurezza. All'inizio del 2013 è stata conclusa una campagna di 23.976 interviste¹⁸ realizzate in tutte le regioni italiane, ad eccezione di Basilicata e della Provincia autonoma di Bolzano che non hanno partecipato alla sorveglianza¹⁹. Per taluni limiti, dal punto di vista della statistica non si può in senso stretto affermare che i 24.000 intervistati²⁰

17. Le informazioni rilevate con la sorveglianza non sono tali da considerarsi utili a descrivere un quadro esaustivo di una condizione, per esempio la fragilità degli over64, ma misurano solo alcuni indicatori per contribuire a stimare, per esempio, quante persone fragili sono presenti (e in che percentuale su una popolazione totale). L'obiettivo è non tanto descrivere in dettaglio le caratteristiche delle persone fragili, ma piuttosto dire quanti sono, quali sono le loro caratteristiche più significative, come varia il loro numero (e percentuale) nel tempo e fra unità geografiche differenti. Questa caratteristica delle informazioni permette di registrare eventuali cambiamenti prodotti da una politica o un intervento effettuato a livello nazionale o locale. La peculiarità della sorveglianza di riportare informazioni sui processi di salute è anche espressione della necessità di misurare indicatori della popolazione che siano utili per l'azione da parte dei decisorи e operatori del sistema socio-sanitario. La rilevazione viene effettuata sulla popolazione generale e non solo sulle persone che si rivolgono ai servizi, poiché si ritiene che i dati provenienti da un campione siffatto rappresentino la popolazione e i suoi aspetti di salute meglio che quelli provenienti da un campione di popolazione selezionato tra gli utenti di un certo servizio.

18. Le interviste sono state effettuate per telefono (91%) e nel resto dei casi in presenza. In poco più del 20% dei casi l'intervista diretta non è stata possibile per condizioni di malattia o problemi neuro-sensoriali dell'over64, per cui, su sua indicazione, si è fatto ricorso a una persona che ha certe caratteristiche che le permettono di rispondere a buona parte delle domande del questionario. Non sono state incluse nello studio le persone che, al momento dell'intervista, si trovavano in ospedale o in residenze protette.

19. Il Friuli Venezia Giulia e la Regione Lombardia hanno raccolto dati di provenienza da una sola azienda sanitaria, mentre le altre regioni, con i dati raccolti, possono rappresentare la qualità di vita degli anziani almeno per tutta la regione (e spesso anche per le singole aziende sanitarie al loro interno).

20. I dati sono raccolti e analizzati da personale del sistema socio-sanitario stesso. A parte i vantaggi in termini di efficienza, gli operatori socio-sanitari hanno l'opportunità di sperimentarsi e crescere nella cultura epidemiologica e dell'azione basata sull'osservazione. Uno dei vincoli essenziali prospettati nel progetto è l'integrazione degli operatori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali nell'effettuazione della sorveglianza in vista di un'utilizzazione congiunta dei suoi risultati e nella pianificazione e realizzazione di azioni

rappresentano compiutamente gli oltre 13 milioni di over64 del nostro paese, ma certo ne danno un'immagine molto vicina alla realtà.

Andando ad evidenziare nel merito alcune informazioni rilevate dall'indagine ISS, si è ritenuto utile concentrare i riferimenti sul nesso isolamento /accesso ai servizi, e ciò al fine di capire meglio quale sia la condizione della popolazione anziana in merito a variabili che possono caratterizzare in termini assai diversi la propria esistenza quotidiana. Isolamento sociale e solitudine vengono dalla letteratura specialistica messi normalmente in relazione con caduta delle capacità cognitive, maggior ricorso all'ospedalizzazione e varie conseguenze sulle salute. Pertanto, va valutata positivamente la possibilità che la persona anziana partecipi ad iniziative collettive o abbia semplici occasioni di confronto con altri soggetti.

Se si considerano a *rischio di isolamento sociale* le persone che in una settimana normale hanno riferito di non aver svolto nessuna di queste due attività²¹, detta situazione si è verificata nel 20,2% delle persone, con grande variabilità fra le regioni: i valori più bassi per questa soglia di rischio si registrano in Valle d'Aosta (6,2) e Friuli Venezia Giulia (9,3), mentre le condizioni più problematiche connotano inaspettatamente Calabria (32) e Campania (26,5), sfatando o almeno ridimensionando di molto la mitologia

coordinate che siano basate sulla *evidence* prodotta dal sistema stesso. Nella realtà, il modello organizzativo strutturato per la conduzione delle indagini sperimentali è stato fortemente influenzato dall'organizzazione locale dei servizi che, nelle varie regioni coinvolte, presentavano livelli di collaborazione e integrazione molto diversi. In ogni caso si deve considerare che già nella fase sperimentale, i servizi e gli operatori coinvolti a livello locale hanno avuto l'opportunità di aumentare le loro competenze grazie alla partecipazione diretta nella pianificazione, realizzazione e utilizzazione del sistema di sorveglianza. In molte occasioni, la creazione di un gruppo di coordinamento tecnico orientato all'operatività di tipo misto a livello regionale con professionisti provenienti dal settore del sociale e da quello sanitario si è dimostrato nella fase sperimentale utile non solo per contenere i costi ma anche per promuovere una sinergia fra i due settori che potrebbe avere un effetto positivo anche sulla sostenibilità del progetto.

21. Il 76% delle persone intervistate ha sentito parlare di centri, circoli o associazioni per anziani, ma solamente il 16% ha partecipato a queste attività. La percentuale di chi, nei 12 mesi precedenti, si è recato almeno una volta ad un centro o altra associazione per anziani è più bassa nelle persone con 75 anni e più; nelle donne; nelle persone con difficoltà economiche; tra i disabili. La capacità di contrasto al rischio di isolamento, e quindi la maggior sicurezza nelle condizioni materiali di vita della persona anziana è anche declinabile in termini di accessibilità ai servizi di cui l'over64 ha bisogno nella sua esperienza quotidiana. In PASSI d'Argento questo aspetto è stato studiato sotto diversi punti di vista: in particolare per quanto riguarda l'accessibilità ai servizi dell'azienda sanitaria locale, ai servizi del comune, al medico di famiglia e ai servizi commerciali, quali i negozi di alimentari e i supermercati. Complessivamente si constata che un over64 su tre riferisce difficoltà nell'accessibilità ai servizi. In generale sono le donne e, soprattutto oltre i 75 anni, che dichiarano maggiori criticità. Ma ancora una volta sono la percezione di difficoltà economiche e il livello scolastico basso che rendono (fino a 3 volte di più) difficile l'accessibilità agli over64.

di un Mezzogiorno che compensa la penuria di risorse con una relativa ricchezza di scambi relazionali. Se si procede per aggregati geografici infatti, si rileva che il tasso di rischio passa dal valore medio del 15,1% del Nord al 21,6 del Centro e addirittura al 24,8 delle regioni meridionali²². L'argomento abusato di una solidarietà “dei vicoli” e di legami sorgivi che sempre e comunque sostengono i soggetti più fragili viene fortemente contraddetto da questi dati, che – lo si tenga a mente – non discendono da carotaggi circoscritti ma da rilevazioni robuste su ampi campioni di popolazione.

Lo stesso ambito della solidarietà organizzata pare scontare più di qualche appannamento in tale quadro. Un’insufficiente messa in chiaro delle ragioni della gratuità e dell’altruismo nel terzo settore meridionale era già stata fatta oggetto di diverse indagini empiriche, da cui risultava una sorta di *adattamento al ribasso* di tali associazioni nei confronti del ceto politico locale: con i cascami di negoziazione frammentate, strumentalizzazione dei rapporti, autoreferenzialità, bassa istituzionalizzazione di esperienze virtuose (Licursi, Marcello, 2009; Sicora, Tagarelli, 2013). L’ultimo Censimento del non profit ha pure consentito di vedere come l’impetuosa crescita dei volontari italiani negli anni 2001-11 sia praticamente irrilevante in Campania, Puglia e Sardegna (mentre svetta in senso opposto la Basilicata)²³.

Le fonti richiamate convergono nel descrivere una volta di più una condizione problematica del nostro paese, che riguarda un sistema dell’assistenza intuibilmente poco capace di intercettare la domanda sociale e corrisponderle efficacemente. Le variabili territoriali sono elementi di complicazione dello scenario. Si ponga mente al dato per cui il rischio di esclusione sociale e di povertà ormai interessa circa un quarto dei cittadini europei: si tratta di una condizione che raggiunge concentrazioni più acute e percentuali più cospicue in alcuni territori, ad esempio colpendo – come noto ormai – ben più di un terzo della popolazione bulgara, romena o greca: ma questo è anche il caso di quasi tutte le regioni del nostro

22. Inoltre il rischio di isolamento cresce molto con l’età, poco con il diverso livello di istruzione (dato meno prevedibile), e ancora significativamente con la percezione delle difficoltà economiche per arrivare a fine mese.

23. Più significative ancora le informazioni desumibili dal rapporto tra numero delle istituzioni e contesto demografico di riferimento: infatti l’incidenza sulla popolazione regionale varia clamorosamente. La numerosità delle forme di reciprocità descrive un indice di densità organizzativa pari per il Nord-Est a 64,9 ogni 10.000 abitanti e per il Sud a 35,7: la “rarefazione” della solidarietà pare potersi mettere in relazione soprattutto con il dato della Campania (25,1), che esprime una realtà di scarsa consistenza quantitativa ove riferita all’insieme assai elevato dei residenti (insieme che può interpretarsi tanto come potenziale associativo del territorio quanto come *proxy* della domanda di servizi). Lontane dal valore medio nazionale (50,7) sono pure Puglia, Sicilia, Calabria. Per un quadro più articolato si rinvia a Scialdone (2014).

Sud (eccetto Abruzzo e Sardegna). Dunque, qui si è ancora in presenza di una sorta di *mismatch tra distribuzione del fabbisogno di assistenza e diffusione dei sistemi di offerta*. C'è di più: varie evidenze dicono di condizioni di maggior difficoltà che, lungi dall'alleviare la situazione di persone e gruppi più vulnerabili, proprio a questi ultimi fanno mancare il sostegno della mano pubblica. Un ulteriore elemento meritevole di attenzione sta nel ruolo negativo giocato dai profili del reddito disponibile: analisi comparate a livello europeo mostrano come le condizioni economiche meno favorevoli siano costantemente associate a vistose criticità nell'accesso ai servizi, a più severi giudizi di qualità sull'offerta disponibile, e a più acute percezioni dei deficit esistenti. Le domande che da questo problema discendono richiedono risposte adeguate sul fronte della *governance* e anche su quello della regolazione formale: si pensi alla succitata questione delle determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, rimasta tuttora inesplorata; e si pensi anche alla costruzione di sistemi di monitoraggio e valutazione che siano di reale ed efficiente supporto all'elaborazione delle politiche. Su quest'ultimo punto sembra necessario sottolineare il ritardo con cui ci si appresta alla messa in opera di infrastrutture dedicate: al di là dei pronunciamenti di tutte le istituzioni interessate e di alcuni esercizi interessanti ma di validità limitata, non paiono attualmente disponibili basi di dati orientati in un'accezione di tipo valutativo, che sostengano la programmazione pubblica e che consentano ordinariamente di valorizzare i punti di vista della cittadinanza.

Conviene conclusivamente rifarsi ad uno dei *background papers* che sono stati elaborati a supporto della nuova strategia in materia di protezione sociale della Banca Mondiale (Bassett, Giannozzi, Ringold, 2012) secondo cui meccanismi di controllo e sistemi di *accountability* vanno qualificati come elementi centrali nel campo dell'assistenza, ricordando che un presidio concreto di questi programmi può far crescere la loro legittimazione (riducendo il pericolo di errori e distorsioni) e, in ultima analisi, incrementare la stessa efficacia degli interventi. Lo studio in esame raccomanda di adottare una strategia di condivisione delle conoscenze sui profili di *governance* e di rafforzamento degli schemi di monitoraggio degli esiti. Questi aspetti sono tanto più importanti, si rimarca, in quanto la programmazione sociale va considerata *vulnerable* rispetto ad interferenze politiche e rischi di iniquità. E tra i fattori che consentono di ridurre questa soglia di permeabilità si annoverano la ricerca della trasparenza, la facilitazione dell'accesso ai servizi, la valorizzazione del *feedback* degli utenti. L'auspicio è che questo improrogabile lavoro abbia ben chiara la questione della *responsiveness* dei servizi sul versante del confronto tra rappresentanze istituzionali dei diversi livelli di governo, e che sappia pure recuperare una qualche modalità di coinvolgimento efficace delle organizzazioni degli utenti: che

in questo caso specifico sono in verità troppo spesso soggetti deboli e poco capaci di esprimere una rappresentanza organizzata dei propri fabbisogni.

Riferimenti bibliografici

- BASSETT L., GIANNONZI S., POP L., RINGOLD D. (2012), *Rules, roles and controls. Governance in social protection with an application to social assistance*, Social Protection & Labor Discussion Paper n. 1026, The World Bank, March.
- BERTIN G. (2012), *Welfare regionali in Italia*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia.
- BUCCI D. (2015), *Censuaria ISTAT sui servizi sociali 2012 – aggiornamento del 7 settembre 2015*, in <http://www.condicio.it/news/censuaria-istat-sui-servizi-sociali-2012/>.
- CARRADORE M. (2014), *Regional welfare systems in Italy: A cluster analysis*, in "Italian Sociological Review", 4-3, pp. 287-314.
- DONOLO C. (2010), *Considerazioni provvisorie sul sociale meridionale*, in "Rivista delle Politiche Sociali", 3, pp. 303-12.
- EUROFOUND (2012), *Third European quality of life survey. Quality of life in Europe: Impacts of the crisis*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- GIOVANNETTI M. (2011), *Ripensare allo sviluppo del welfare locale*, Cittalia-Anci, Roma.
- GRUPPO TECNICO DI COORDINAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO (2013), *Sperimentazione PASSI d'Argento: verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne*, Rapporti ISTISAN 13/9, Istituto superiore di sanità, Roma.
- LICURSI S., MARCELLO G. (2009), *Frammentazione e tendenze ibridizzanti delle organizzazioni solidaristiche meridionali*, Impresa sociale, ottobre-dicembre, pp. 109-36.
- PARLATO G., SCOZZESE S. (a cura di) (2012), *Il quadro finanziario dei Comuni*, IFEL, Roma.
- PASTORE A., STEFANO F. T. (2013), *Un'analisi del welfare regionale italiano mediante metodi di classificazione basati su modelli statistici*, in D. Rizzi, F. Zantomio (a cura di), *Analisi e strumenti di politica sociale*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia.
- SCIALDONNE A. (2014), *Sull'evoluzione delle organizzazioni solidaristiche. Dinamiche regionali e problemi di accountability*, in "Rivista Giuridica del Mezzogiorno", 4, pp. 783-812.
- SICORA A., TAGARELLI M. (2013), *La partecipazione del terzo settore nella pianificazione di zona. Sinergie ed occasioni perse per la costruzione del welfare locale?*, Paper presentato alla Conferenza ESPANET "Italia, Europa: integrazione sociale ed integrazione politica" (Università della Calabria, settembre 2013).
- VITALE T. (2009), *La programmazione sociale: ovvia ma non per questo scontata*, in G. Costa (a cura di), *La solidarietà frammentata*, Bruno Mondadori, Milano 2009, pp. 49-86.