

La spesa sociale dei comuni nel welfare veneto

Giulia Barbero Vignola, Maria Bezze,
Giuseppe Dal Ben, Tiziano Vecchiato

La metodologia di rilevazione e le dimensioni di spesa considerate in un contesto multilivello

L'analisi si basa sull'indagine censuaria degli interventi e dei servizi sociali dei comuni singoli e associati per gli anni 2004, 2005 e 2006, rileggendo i dati in modo coerente con i livelli essenziali di assistenza sociale, delineati nei commi 2 e 4 dell'art. 22 della L. n. 328/00.

La riclassificazione degli interventi e dei servizi contemplati nell'indagine realizzata dall'Istat si sviluppa lungo 2 assi: il livello di risposta e l'area di bisogno.

Livello di risposta e area di bisogno

Il primo (livello di risposta) si articola in termini di: risposte erogate nella fase di accesso ai servizi e di emergenza (pronto intervento), risposte domiciliari, risposte a livello intermedio (sono fornite in luoghi diversi dall'abitazione e dalle strutture residenziali), risposte residenziali.

Per quanto attiene al secondo criterio, le aree di bisogno, sono state mantenute quelle considerate dall'indagine Istat con l'eccezione della multiutenza, la cui spesa è stata ripartita sulle altre 6 aree di bisogno,

in base al loro peso sulla spesa complessiva. Il risultato della riclassificazione degli interventi e dei servizi indicati nel questionario Istat è riportato nella successiva tabella.

Tab. 1 – Schema generale utilizzato per la riclassificazione degli interventi e dei servizi previsti nel questionario Istat secondo i c. 2 e 4 dell’art. 22 della L. 328/00

<i>Aree di bisogno</i>	<i>Livello di risposta</i>			
	<i>Accesso e pronto intervento</i>	<i>Risposte domiciliari</i>	<i>Risposte intermedie e diurne/ notturne</i>	<i>Risposte residenziali</i>
Minori e famiglia				
Disabili				
Dipendenze				
Immigrati				
Povertà e disagio adulti				
Anziani				

I criteri dell’Istat

L’Istat nelle sue elaborazioni considera: le risorse trasferite ad altri soggetti pubblici per le attività gestite in forma associata e i singoli interventi/servizi con riferimento alle diverse aree. Rispetto ai singoli interventi/servizi, il questionario Istat (compilato dal comune singolo, in quanto titolare dei servizi sociali, e da altri soggetti a ciò delegati, cioè associazioni di comuni, comunità montane e aziende Ulss) chiede:

- la presenza;
- il numero di utenti/prestazioni;
- la spesa (cioè la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell’anno di riferimento per l’erogazione dei servizi o degli interventi, con riferimento al costo del personale, dell’affitto di immobili o attrezzature, dell’acquisto di beni e servizi), al lordo dell’eventuale compartecipazione degli utenti e del Sistema sanitario nazionale;

I criteri dello studio

- la compartecipazione degli utenti (cioè le entrate provenienti dagli utenti come pagamento per i servizi fruiti nell'anno di riferimento (unità di euro), indicate nelle entrate in conto corrente di competenza accertate nello stesso anno);
- la compartecipazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), cioè le entrate provenienti dal Ssn per i servizi sociosanitari erogati.

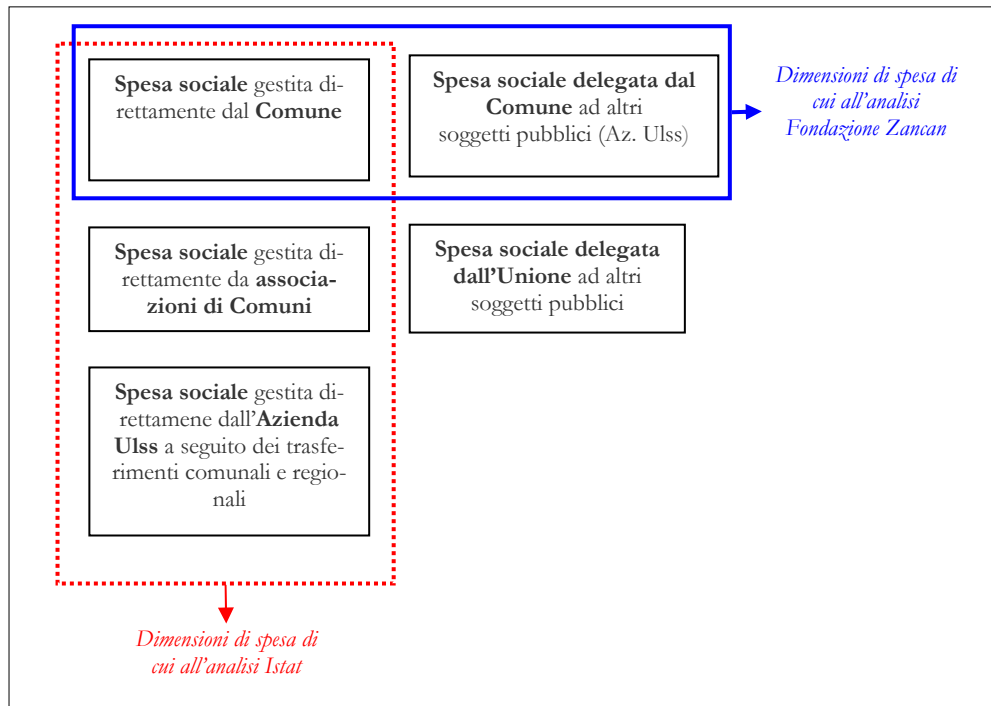
Tenuto conto di questo, la spesa del comune (considerata come tale dall'Istat) è data dalla differenza tra l'aggregato «spesa» e la compartecipazione di utenti e Ssn (spesa netta).

Si tratta, tuttavia, di una dimensione che non individua il contributo proprio dei comuni alla produzione del sistema locale dei servizi sociali, cioè il loro reale apporto economico. Per questo la ricerca si è focalizzata su dimensioni diverse da quelle considerate dall'Istat. In particolare, ha considerato la parte di spesa a carico dei comuni nonché le risorse trasferite ad altri enti per attività delegate (fig. 1).

Il sistema di welfare, e in particolare il settore dell'assistenza sociale, opera attraverso più livelli di responsabilità e di finanziamento. La ricerca ha indagato uno di questi livelli, quello specifico dei comuni. È una base conoscitiva strategica per governare in modo nuovo le risorse sociali, anche nella prospettiva di definire e attuare i livelli essenziali di assistenza sociale.

In particolare, l'obiettivo è stato quello di analizzare e valutare la spesa dei comuni. Le fonti a disposizione, per i criteri di scelta adottati, non consentono di indagare sull'altro lato del bilancio dell'ente locale, ovvero sulle risorse raccolte, in autonomia o derivate dallo stato e dalla regione.

Fig. 1 – Le dimensioni di spesa sociale* ricavabili dal questionario Istat: confronto tra l'analisi Istat e l'analisi Fondazione Zancan



* Questa spesa è alimentata, in termini di finanziamenti, da entrate proprie e da trasferimenti provenienti da altri enti pubblici (stato e regione).

A titolo indicativo, proponiamo tuttavia una sintesi dei trasferimenti regionali rilevanti per gli effetti che essi hanno nell'andamento della spesa sociale e socio-sanitaria. La regione Veneto ha speso per il sociale e il sociosanitario 578 milioni di euro nel 2004, corrispondenti a 122,88 euro pro capite; 634 milioni (pari a 132,80 €) nel 2005; 687 milioni (pari a 144,5 € pro capite) nel 2006 (tab. 2).

Tab. 2 – La spesa sociale e sociosanitaria della regione Veneto, valori in euro, 2004-2006

Area	2004		2005		2006	
	Valori assoluti	Valori pro capite	Valori assoluti	Valori pro capite	Valori assoluti	Valori pro capite
Famiglia e minori	57.217.169	12,17	67.323.015	14,10	67.768.395	14,25
Giovani	1.553.878	0,33	1.492.368	0,31	2.225.000	0,47
Dipendenze	24.076.623	5,12	28.704.629	6,01	29.650.000	6,23
Disabilità	42.935.442	9,14	69.864.316	14,64	76.600.820	16,11
Anziani	421.041.231	89,58	432.767.448	90,66	479.181.019	100,75
Marginalità	2.402.180	0,51	2.988.093	0,63	3.238.043	0,68
Terzo settore	6.210.000	1,32	7.269.695	1,52	7.269.714	1,53
Fondo indistinto	22.103.657	4,70	23.500.000	4,92	21.350.000	4,49
<i>Totale</i>	<i>577.540.181</i>	<i>122,88</i>	<i>633.909.564</i>	<i>132,80</i>	<i>687.282.991</i>	<i>144,51</i>

Fonte: Regione Veneto (2006), Il Veneto per il Sociale, Assessorato alle politiche sociali, Venezia.

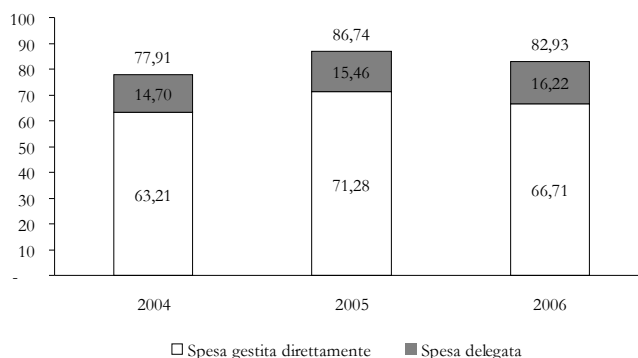
La spesa sociale dei comuni

Nel 2004 la spesa sociale dei comuni veneti ammontava a 364 milioni di euro, pari a 77,91 euro pro capite. Nel 2005 era di 409 milioni di euro, cioè 86,74 € pro capite. Nel 2006 era di 394 milioni di euro, corrispondenti a 82,93 euro per ogni abitante.

Per la spesa sociale che i comuni delegano agli enti associativi l'indagine Istat non approfondisce le finalità del trasferimento. Le analisi per area di bisogno e per livello di risposta sono state quindi possibili solo per la quota di spesa gestita direttamente dai comuni.

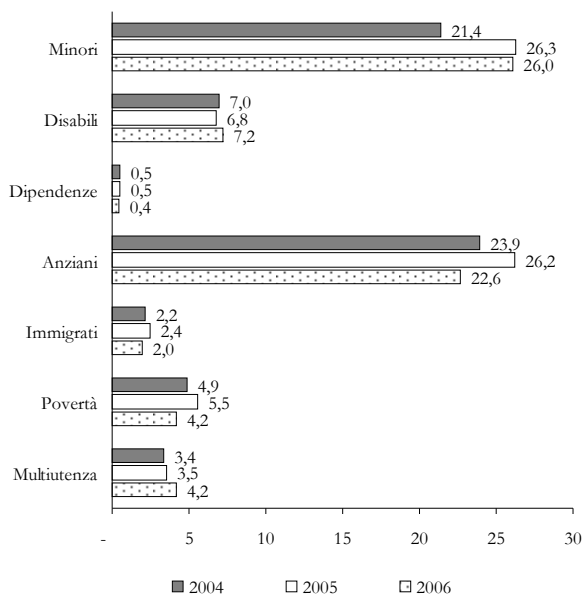
La quota di spesa maggiore è destinata a minori e anziani (fig. 3). Nel 2006 per i primi i comuni hanno speso 26 euro, per i secondi 22,6 euro pro capite. Se nel Veneto minori e anziani assorbono rispettivamente il 39% e il 34% della spesa complessiva comunale, aggregando i comuni per azienda Ulss emergono diversità territoriali (fig. 4).

Fig. 2 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni e spesa delegata (valori pro capite in euro)



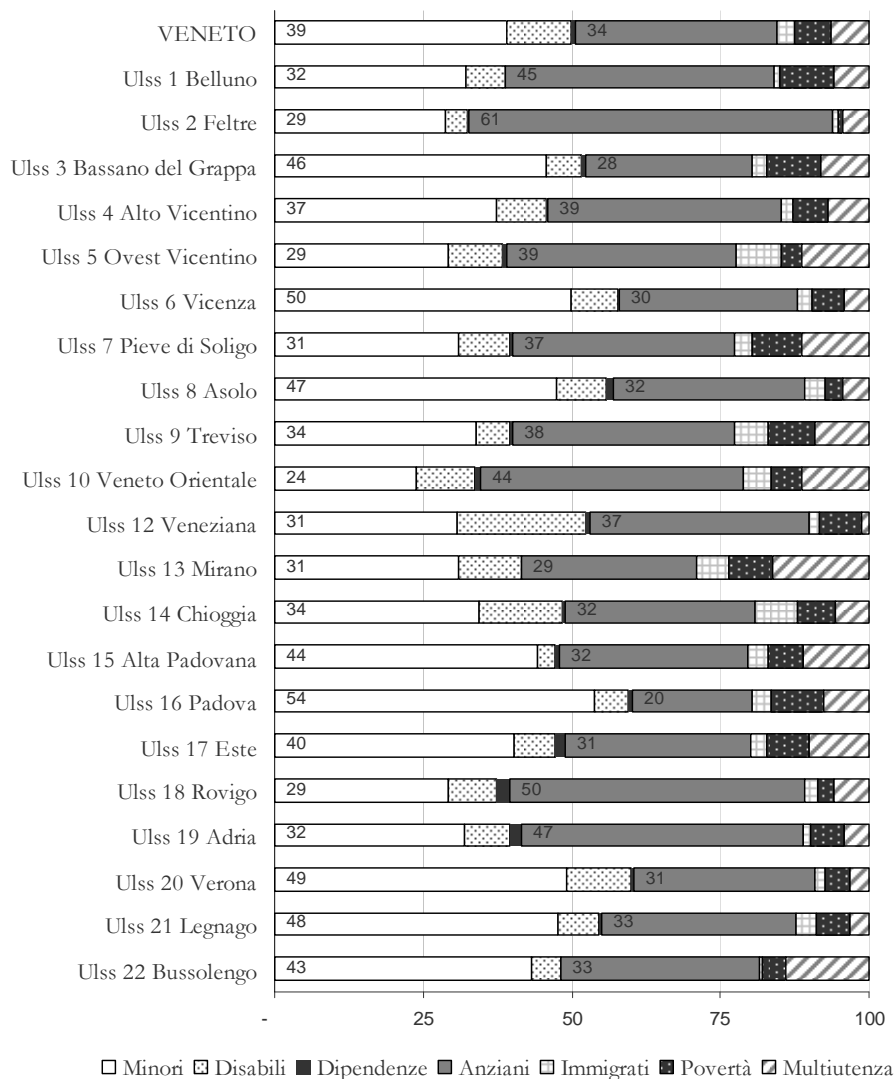
Nota: la spesa delegata è calcolata come differenza tra l'importo complessivo che ogni Comune ha trasferito ad enti associativi (Aziende Ulss, Unioni di comuni, comunità montane) e ad altri comuni, e l'importo ricevuto. La spesa delegata nel 2005 è calcolata come valore intermedio dei trasferimenti 2004 e 2006.

Fig. 3 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni, per area di bisogno e anno (valori pro capite in euro)



Nota: nell'area Multiutenza sono compresi i costi per prevenzione, sensibilizzazione, organizzazione (piani di zona, sistemi informativi, formazione del personale...) e per l'accesso (segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi).

Fig. 4 – Spesa sociale gestita direttamente dai comuni, per area di bisogno e per azienda Ulss, percentuale, 2006



Per le due aree di bisogno che assorbono la maggiore spesa sociale gestita direttamente dai comuni, si riporta il dettaglio per territori corrispondenti alle aziende Ulss (figg. 5 e 6), che evidenziano significative differenze territoriali.

Fig. 5 – Spesa sociale gestita direttamente dai comuni, per minori e famiglie e per azienda Ulss, valore pro capite, 2006

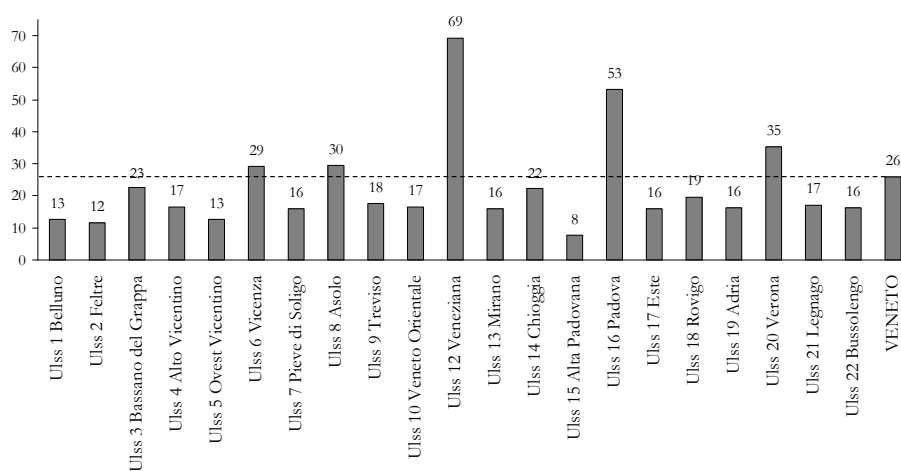
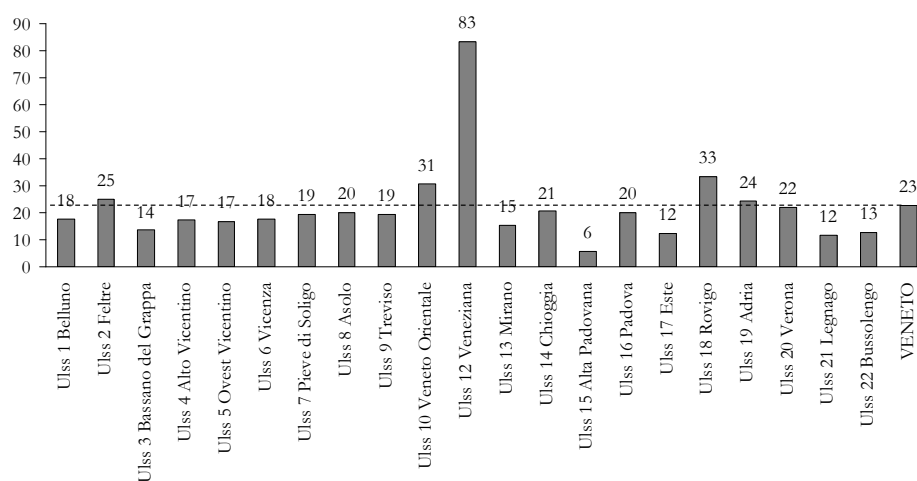
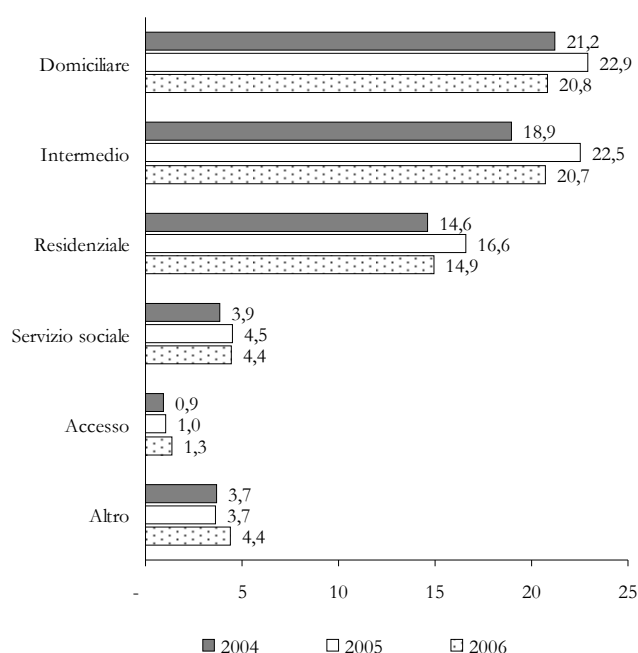


Fig. 6 - Spesa sociale gestita direttamente dai comuni, per anziani e per azienda Ulss, valore pro capite, 2006



Rispetto al livello di risposta, le risorse sono destinate prevalentemente a favore dei servizi domiciliari e intermedi (fig. 7). Nel 2006, i comuni veneti hanno speso 20,8 € pro capite per gli interventi domiciliari e 20,7 € per quelli intermedi.

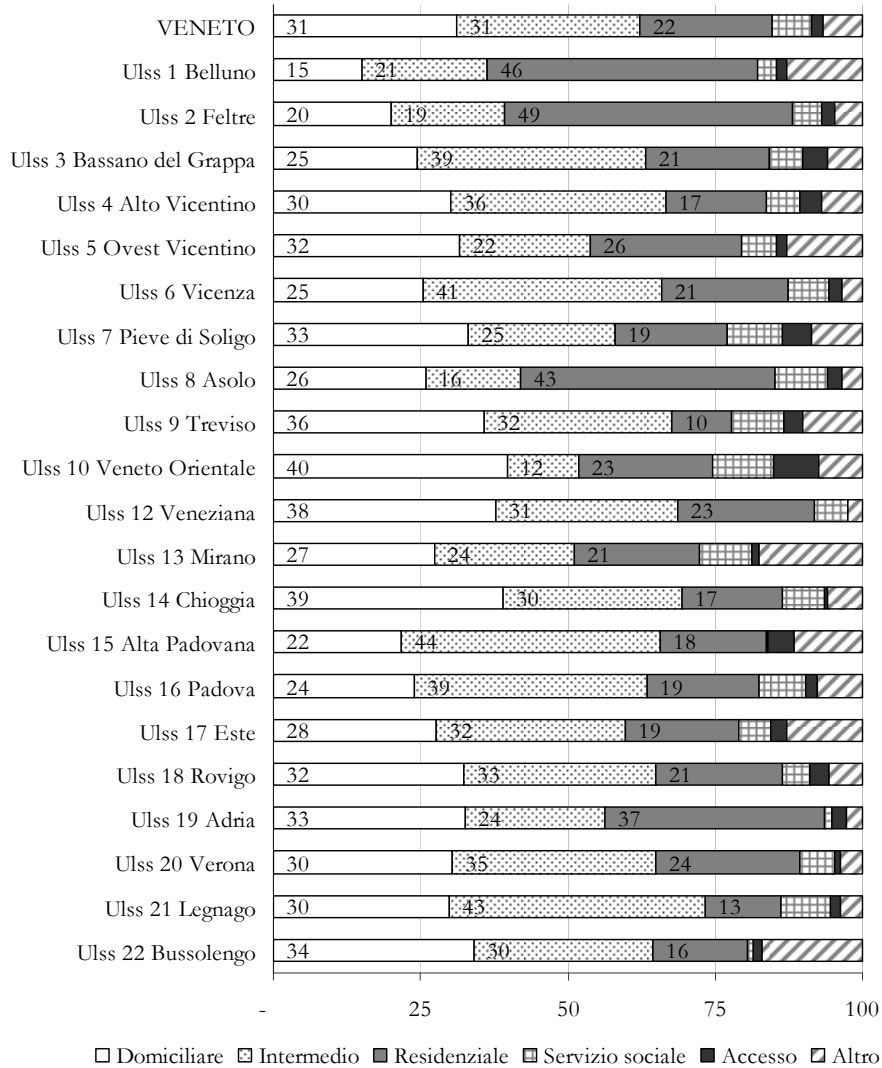
Fig. 7 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni, per livello di risposta e anno (valori pro capite in euro)



Nella voce «Altro» sono inclusi i costi generali (spese di organizzazione, prevenzione e sensibilizzazione) e tutte le voci di spesa che gli enti non hanno saputo classificare in una categoria definita, perché ibridi o non diversamente definibili.

Se a livello regionale i servizi domiciliari e quelli intermedi assorbono entrambi il 31% della spesa complessiva, aggregando i comuni per azienda Ulss risulta, per esempio, che per i primi si va da un minimo del 15% a un massimo del 40% e per i secondi dal 12 al 44%.

Fig. 8 – Spesa sociale gestita direttamente dai comuni, per livello di risposta e per azienda Ulss, percentuale, 2006



La spesa sociale dei comuni aggregati per azienda Ulss

In questo capitolo si riportano i valori pro capite della spesa sociale dei comuni, con riferimento alla quota gestita direttamente e a quella delegata.

Fig. 9 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni e delegata, per azienda Ulss, 2004 (valori pro capite in euro)

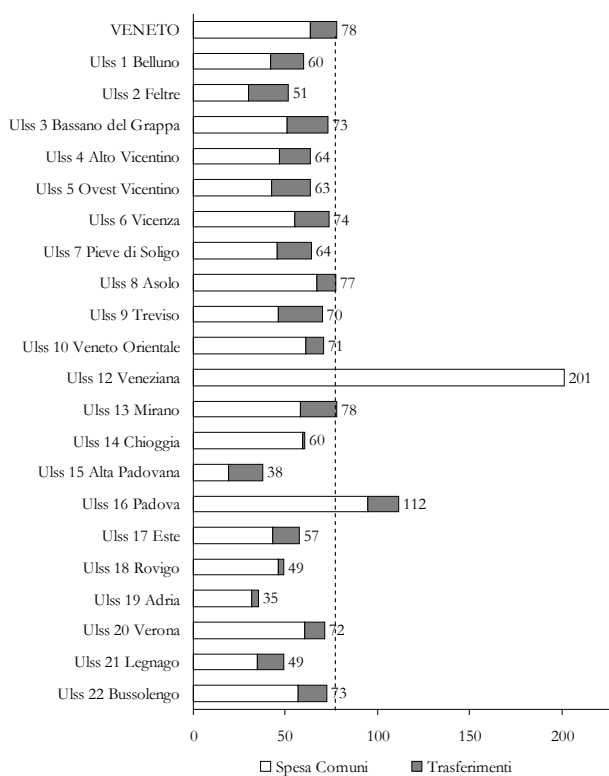


Fig. 10 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni e delegata, per azienda Ulss, 2004 (valori percentuali)

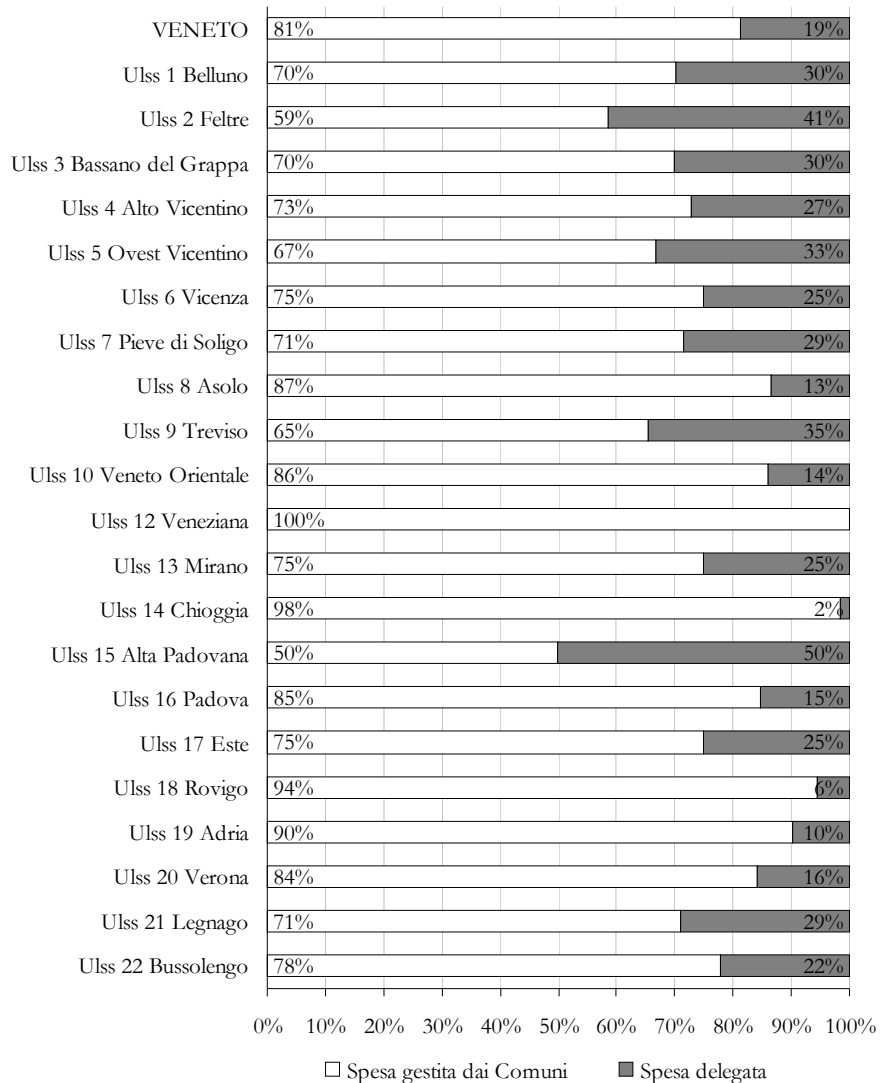


Fig. 11 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni e delegata, per azienda Ulss, 2006 (valori pro capite in euro)

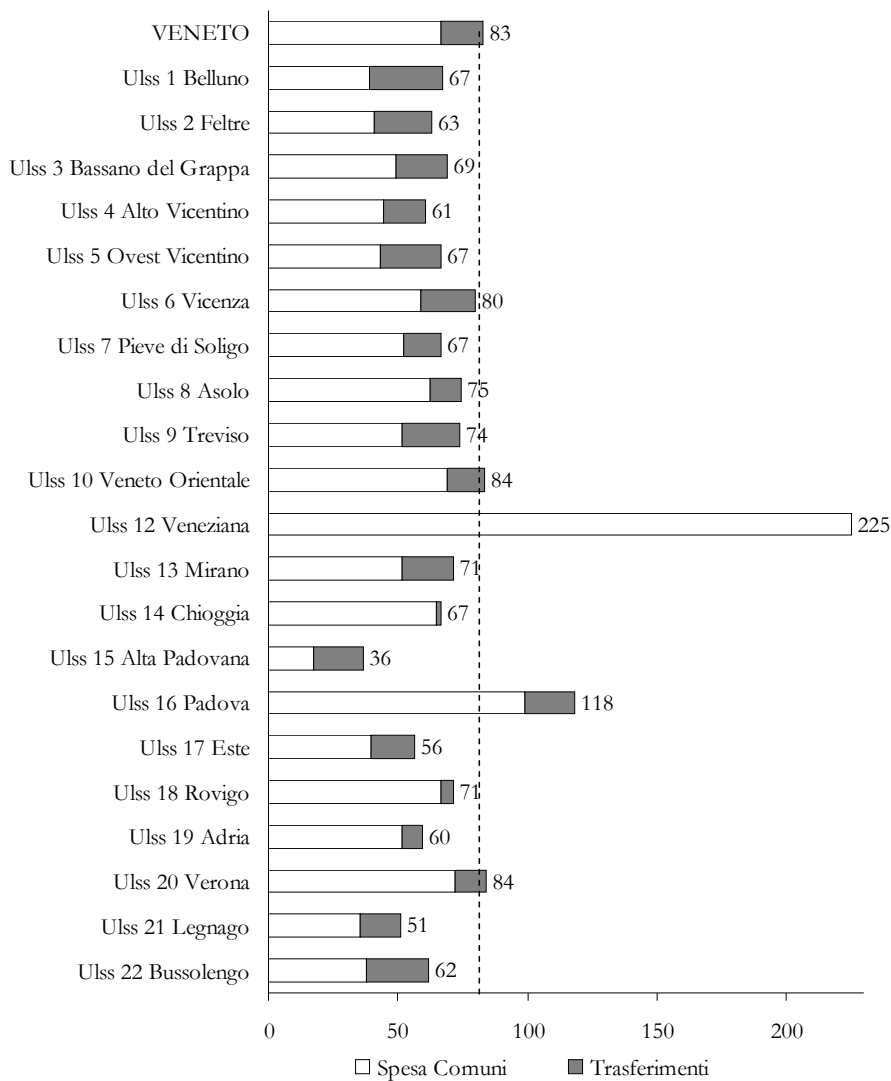


Fig. 12 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni e delegata, per azienda Ulss, 2006 (valori percentuali)

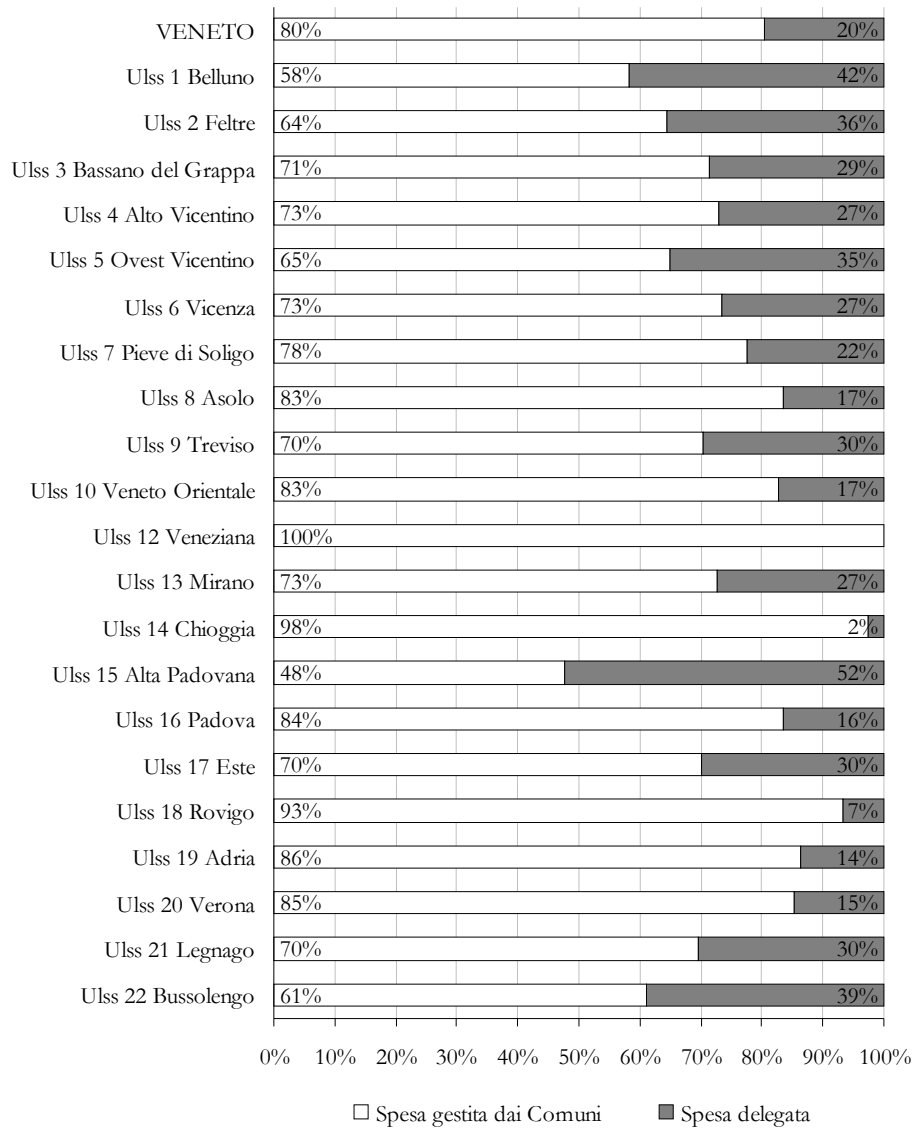


Fig. 13 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni e delegata, per azienda Ulss, 2006 e 2004 (valori pro capite in euro) e variazioni percentuali di spesa 2004-2006

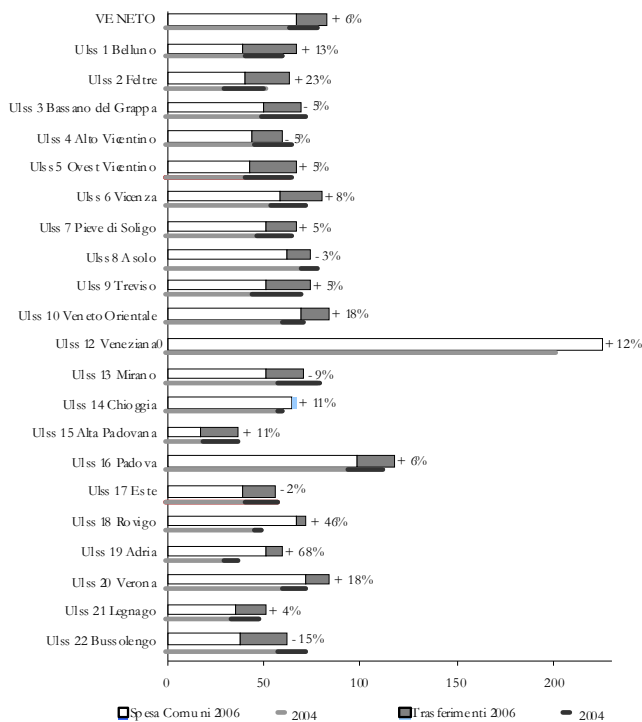


Fig. 14 - Spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni: minima, massima e valor medio pro capite per azienda Ulss, 2006

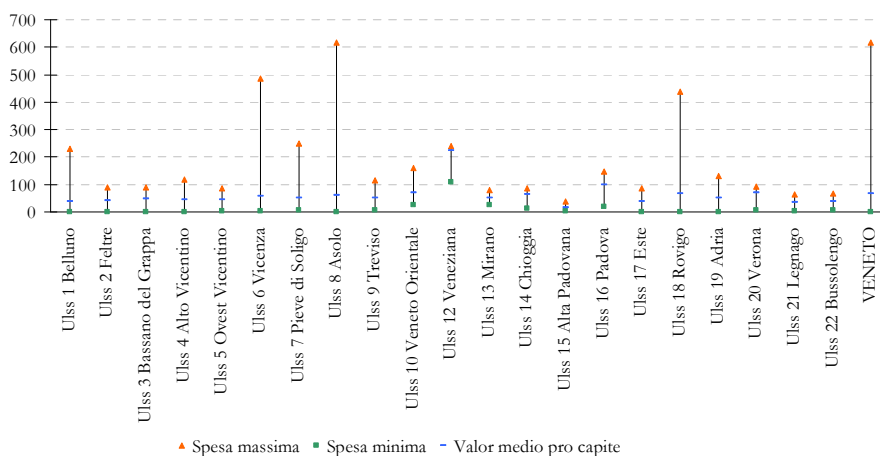
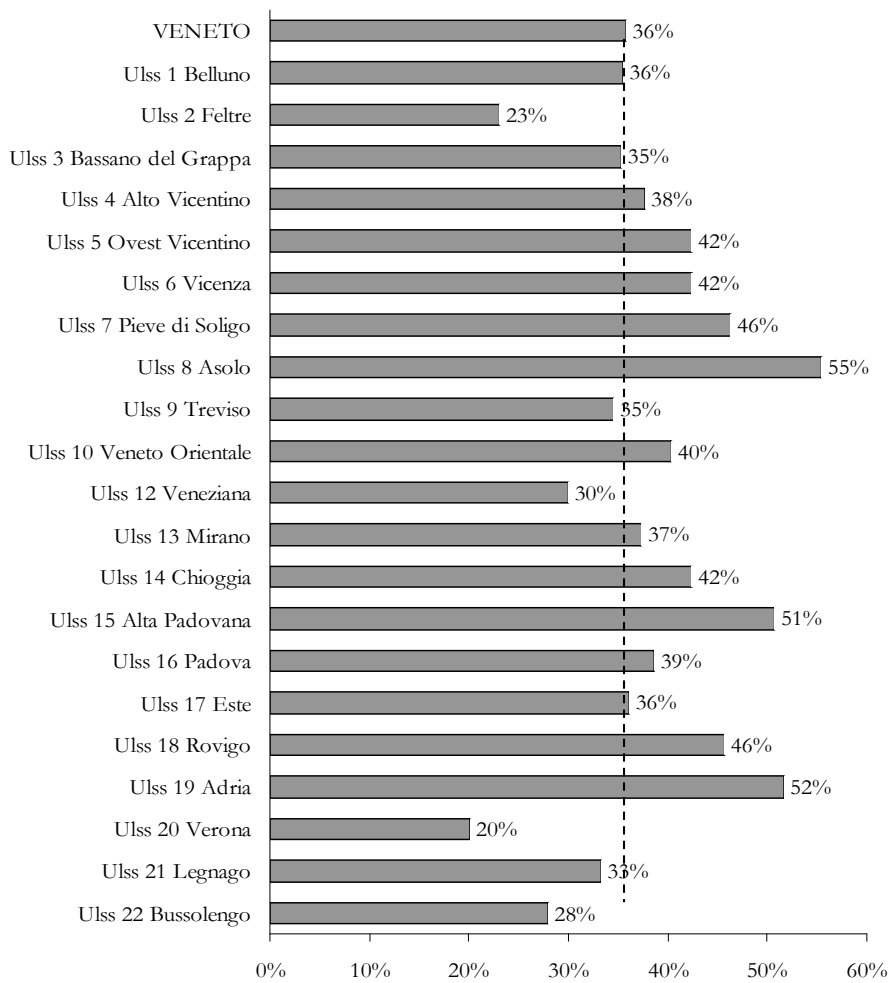


Fig. 15 – Erogazioni economiche sul totale della spesa per interventi e servizi sociali direttamente gestita dai comuni, per azienda Ulss, 2006 (valori percentuali)



Alcuni risultati da analisi multivariate

Un aspetto che emerge dall'analisi in modo evidente riguarda i differenziali di comportamento tra i 581 comuni veneti. Si tratta di differenze spaziali, cioè all'interno dell'aggregazione territoriale coincidente con l'azienda Ulss, e temporali, cioè con riferimento alle variazioni rilevabili nel triennio considerato.

Nel momento in cui emergono differenze è naturale chiedersi, e quindi verificare, se e in che modo ci siano dei fattori che determinano la propensione di un comune a spendere di più o di meno per i servizi sociali, rispetto ad un altro che appartiene alla stessa azienda Ulss o alla regione, ovvero a spendere di più o di meno da un anno all'altro.

Le scelte dell'ente

I fattori che possono incidere sulle scelte dell'ente locale rispetto alla spesa per i servizi alla persona e alla famiglia sono molteplici. Alcuni possono essere considerati, almeno a priori, più significativi di altri: ad esempio, la numerosità e la struttura della popolazione, l'intensità del disagio sociale presente nel territorio, altri fattori di epidemiologia sociale.

Le analisi multivariate mettono in luce alcune relazioni significative con la spesa direttamente gestita dai comuni. Ad esempio, emerge una correlazione positiva con l'ampiezza demografica del comune (all'aumentare del numero di abitanti, cresce in proporzione anche la spesa pro capite), con la capacità di offerta (utenti per 1.000 abitanti), con la compartecipazione degli utenti e con la quota di spesa delegata agli enti associativi. Nell'ultimo caso la correlazione è negativa, cioè all'aumentare dei trasferimenti si riduce la quota di spesa gestita in modo diretto, ma in certi casi con conseguente riduzione della capacità di risposta.

Tab. 3 – Coefficienti per alcune voci rilevanti

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig.
	B	Dev. Std Errore	Beta		
(Costante)	35,678	3,429		10,406	,000
Popolazione residente	,001	,000	,352	9,108	,000
Utenti ogni 1.000 abitanti	,042	,005	,299	7,691	,000
Trasferimenti pro capite	-,587	,149	-,152	-3,944	,000
Compartecipazione utenti (pro capite)	,103	,028	,144	3,744	,000

a. Variabile dipendente: spesa netta pro capite

Non si osserva inoltre alcuna relazione, nel complesso, tra la spesa sociale gestita dai comuni e gli indici demografici, quali la dipendenza assistenziale dei giovanissimi (0-14) e degli anziani (>65) sul totale della popolazione (figg. 16 e 17).

Fig. 16 – Confronto tra l'indice di dipendenza per i giovanissimi (carico dei giovanissimi 0-14 sul totale della popolazione attiva) e la spesa pro capite gestita direttamente dai comuni, 2006

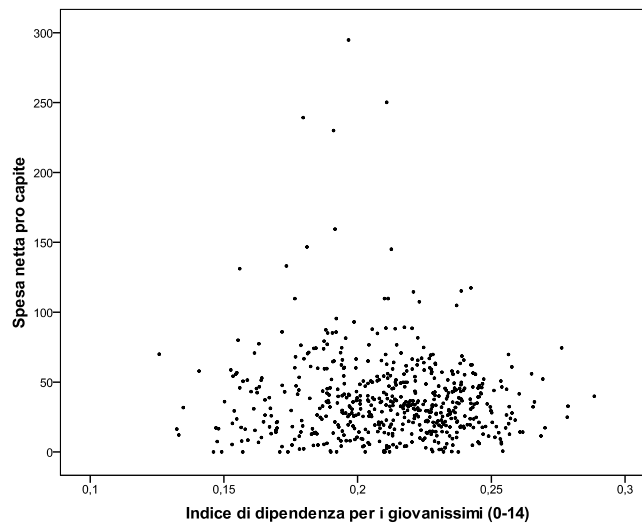
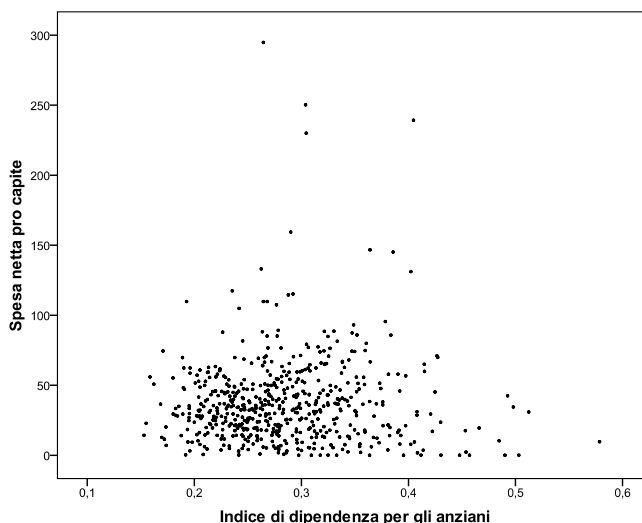


Fig. 17 - Confronto tra l'indice di dipendenza per gli anziani (carico delle persone con più di 65 anni sul totale della popolazione attiva) e la spesa pro capite gestita direttamente dai comuni, 2006



Indicazioni emergenti dalla ricerca

Differenze e livelli di assistenza

I risultati dello studio evidenziano differenze che non possono essere spiegate con criteri di correlazione diretta. Sono necessari ulteriori criteri per entrare nel merito di esse e ricostruirne le ragioni. Le differenze della struttura della spesa sono evidenziate nei macro livelli di assistenza. I differenziali delle singole voci di analisi (accesso, residenziale, intermedia e domiciliare) sono infatti elevati e richiamano analoghe differenze che si riscontrano nel confronto tra le regioni italiane. Il problema è ben noto ed è oggetto del dibattito sulle modalità di perequazione della capacità di finanziamento dei livelli di assistenza su base nazionale.

Entrando più nel merito delle differenze tra i comuni aggregati per azienda Ulss, notiamo che esse non sono di natura incidentale, ma si riproducono nel triennio senza segnali di riduzione. Anzi, i 182 euro pro capite di differenza tra valore minimo e massimo

del 2004 diventano 207 euro pro capite di differenza del 2006.

Gli interrogativi che sorgono di fronte a questo dato sono ad esempio:

- come possono essere garantiti analoghi livelli di servizio alla popolazione di ogni territorio con indici di finanziamento dell'offerta così differenziati?
- chi presenta un livello di finanziamento superiore lo fa perché i propri indici di non efficienza sono tali da richiedere una spesa pro capite maggiore (fino a 13 volte) per dare le stesse risposte?
- a che titolo cittadini della stessa regione ricevono trattamenti così diversi, a parità di bisogni e di diritti?
- qual è l'impatto sui soggetti deboli e sulle loro famiglie delle disparità di trattamento?

**Interrogativi
emersi**

Le domande potrebbero continuare con il risultato di evidenziare gli ambiti di possibile miglioramento del sistema veneto, in un'area di rilevanza strategica per lo sviluppo sociale qual è quella della spesa sociale. Essa infatti è chiamata a dare risposte alle persone e famiglie in difficoltà. Nel contempo, è chiamata a dare risposte universalistiche, cioè rivolte a tutti i cittadini per facilitare la conciliazione tra famiglia e lavoro, per le pari opportunità, per promuovere integrazione e coesione sociale.

Nella misura in cui gli indici che emergono dalla ricerca non sono, in alcuni territori, orientati a queste necessità, il problema può essere espresso in termini di:

- come ridurre la forbice entro limiti accettabili e giustificabili,
- come aiutare i territori con meno risorse ad aumentare la propria capacità di risposta,
- come verificare che i trasferimenti regionali vengano effettivamente finalizzati a contenuti prioritari di spesa sociale,
- come negoziare forme di perequazione e di collaborazione tra territori,
- come premiare le solidarietà di sistema, a partire dai vantaggi riconoscibili nella maggiore capacità della rete regionale di welfare di dare aiuto e promozione sociale.

**Diversità tra
piccoli e grandi
centri**

Le differenze fisiologiche sono riconducibili alla maggiore capacità e necessità delle aree urbane, in particolare i comuni capoluogo, di farsi carico di una domanda aggiuntiva di welfare, derivante da mobilità per lavoro, dalla concentrazione di povertà estreme, da forme di grave emarginazione in alcuni luoghi della città (ad esempio le stazioni ferroviarie), dalla pressione della immigrazione (ad esempio i minori non accompagnati), da domande aggiuntive di welfare provenienti dagli abitanti dei comuni della cintura urbana, ad esempio per la fruizione di servizi per la prima infanzia.

I comuni capoluogo quindi garantiscono risposte aggiuntive, che giustificano e rendono necessaria spesa sociale aggiuntiva. Ma anche se riduciamo il differenziale tra spesa massima e minima, togliendo dal valore massimo l'onere aggiuntivo dei grandi centri urbani, comunque il differenziale, di quasi 7 volte maggiore nel 2006, mantiene inalterata la forza delle domande che possono essere poste.

Esse infatti riguardano l'insieme del territorio veneto e, cambiando scala dimensionale di osservazione (il territorio extraurbano), evidenziano problemi che possono essere affrontati e risolti con strategie di politica sociale coerenti con le modifiche legislative nazionali (legge n. 328/2000 e modifica del titolo V della Costituzione) e con le scelte regionali in materia di welfare sociosanitario.

Infatti, nel territorio non urbano, che nel Veneto spesso significa territorio «ad alta concentrazione urbanistica», i problemi possono essere meglio riconosciuti e affrontati in modo coerente con la domanda sociale, tenendo conto che fino ad oggi essi non erano così evidenti per due ragioni:

- la carenza di analisi approfondite sulla struttura e i contenuti della spesa per assistenza sociale dei comuni,
- la capacità delle risposte sociosanitarie di intercettare e considerare domande che diversamente sarebbero rimaste del tutto senza risposta.

I problemi che abbiamo evidenziato sono presenti in tutte le regioni, in particolare (e paradossalmente) in

Trasferimenti e risorse proprie

quelle che più e meglio hanno investito nello sviluppo dei propri sistemi di welfare.

La dinamica può essere descritta in questi termini: alcune aree territoriali hanno fatto tesoro dei trasferimenti e della propria quota di risorse per incrementare la propria capacità di risposta. Altre invece hanno utilizzato i trasferimenti non solo come spesa integrativa, ma anche «sostitutiva» di una propria maggiore responsabilizzazione. Nel momento in cui la verifica delle fonti evidenzia questa contraddizione emerge un problema presente, ma non facilmente identificabile, anche per la capacità dell'integrazione sociosanitaria di compensarlo. In alcuni casi questo problema è culturale, oltre che tecnico: si confonde e si riduce alla sola spesa sociale «finalizzata all'integrazione sociosanitaria» la responsabilità degli enti locali di dare risposte qualificate sul campo che è loro proprio, ovvero l'assistenza e la promozione sociale.

Da queste contraddizioni nasce e può essere spiegato l'effetto a «macchia di leopardo» che caratterizza il sistema veneto, analogamente ad altre regioni a maggiore sviluppo di welfare.

Questo effetto evidenzia non solo una contraddizione di natura strutturale, ma anche il potenziale di sviluppo e miglioramento del Veneto. Il suo superamento potrebbero diventare un obiettivo di eccellenza per il modello veneto, facendo anche del sociale un caposaldo della propria capacità di risposta ai più deboli e di maggiore inclusione sociale.

Le successive tabelle e figure descrivono le dimensioni del problema e sono una premessa per identificare strategie in grado di affrontarlo, anche nella prospettiva del finanziamento dei Lea previsti dalla L. 42/2009 sul federalismo fiscale.

Tab. 4 – Differenziali nella spesa sociale gestita direttamente dai comuni aggregati per azienda Ulss, per livello di risposta, 2004, 2005 e 2006

	<i>Valore medio</i> (€)	<i>Valore minimo</i> (€)	<i>Valore massimo</i> (€)	<i>Rapporto</i> <i>max-min</i>	<i>Differenza max-</i> <i>min</i> (€)
<i>2004</i>					
Accesso	0,93	0,18	1,96	11	1,77
Domiciliare	21,2	5,44	72,2	13	66,76
Intermedio	18,94	5,96	63,41	1	57,45
Residenziale	14,6	3,21	48,64	15	45,43
Altro	7,53	1,54	16,82	11	15,29
Spesa gestita dirett. dai comuni	63,21	18,97	201,46	11	182,49
<i>2005</i>					
Accesso	1,05	0	1,98	-	1,98
Domiciliare	22,92	5,14	88,82	17	83,69
Intermedio	22,52	8	82,99	10	74,98
Residenziale	16,61	3,19	41,5	13	38,31
Altro	8,18	2,18	20,36	9	18,17
Spesa gestita dirett. dai comuni	71,28	20,17	233,67	12	213,5
<i>2006</i>					
Accesso	1,35	0	5,34	-	5,34
Domiciliare	20,82	3,77	85,01	23	81,24
Intermedio	20,74	7,63	69,15	9	61,52
Residenziale	14,94	3,13	52,24	17	49,11
Altro	8,87	2,06	18,5	9	16,43
Spesa gestita dirett. dai comuni	66,71	17,37	224,9	13	207,53

Tab. 5 – Differenziali nella spesa sociale gestita direttamente dai comuni aggregati per azienda Ulss, per area di bisogno, 2004, 2005 e 2006

	<i>Valore medio</i> (€)	<i>Valore minimo</i> (€)	<i>Valore massimo</i> (€)	<i>Rapporto</i> <i>max-min</i>	<i>Differenza max-</i> <i>min</i> (€)
<i>2004</i>					
Minori e famiglia	21,41	7,84	52,94	7	45,09
Disabili	6,97	0,73	48,53	66	47,8
Dipendenze	0,49	0	1,27	-	1,27
Anziani	23,92	5,92	61,13	10	55,21
Immigrati	2,18	0,23	8,26	36	8,03
Povertà	4,89	1,02	26,85	26	25,83
Multiutenza	3,35	0,96	6,83	7	5,87
Spesa gestita dirett. dai comuni	63,21	18,97	201,46	11	182,49
<i>2005</i>					
Minori e famiglia	26,26	7,83	74,21	9	66,38
Disabili	6,78	0,61	40,42	66	39,81
Dipendenze	0,5	0	2,14	-	2,14
Anziani	26,21	5,5	82,05	15	76,55
Immigrati	2,44	0,23	9,66	42	9,43
Povertà	5,55	1,17	24,48	21	23,3
Multiutenza	3,54	0,71	6,58	9	5,87
Spesa gestita dirett. dai comuni	71,28	20,17	233,67	12	213,5
<i>2006</i>					
Minori e famiglia	26,05	7,7	69,21	9	61,51
Disabili	7,23	0,51	48,67	95	48,15
Dipendenze	0,43	0,02	1,4	68	1,38
Anziani	22,64	5,51	83,23	15	77,72
Immigrati	1,96	0,16	4,57	28	4,41
Povertà	4,2	0,33	15,82	49	15,5
Multiutenza	4,2	1,16	8,36	7	7,2
Spesa gestita dirett. dai comuni	66,71	17,37	224,9	13	207,53

Fig. 18 – Spesa sociale pro capite gestita direttamente dai comuni aggregati per azienda Ulss, per livello risposta, valore minimo e massimo in euro, 2004

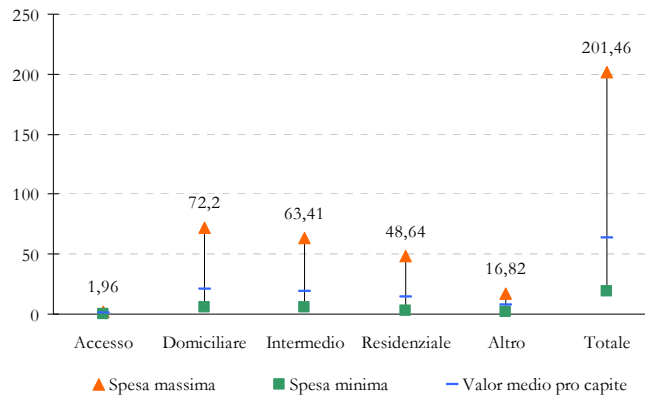


Fig. 19 – Spesa sociale pro capite gestita direttamente dai comuni aggregati per Azienda Ulss, per livello risposta, valore minimo e massimo in euro, 2005

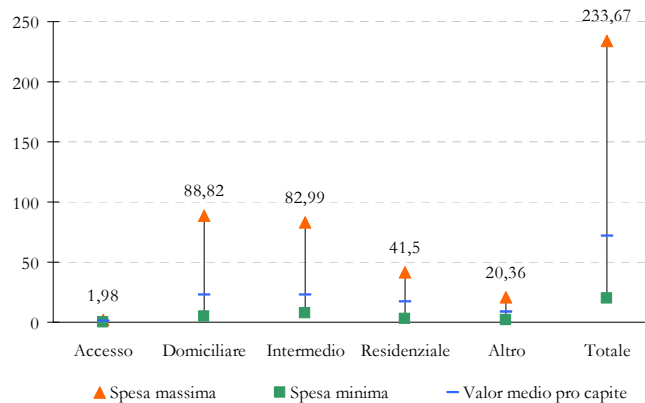


Fig. 20 – Spesa sociale pro capite gestita direttamente dai comuni aggregati per azienda Ulss, per livello risposta, valore minimo e massimo in euro, 2006

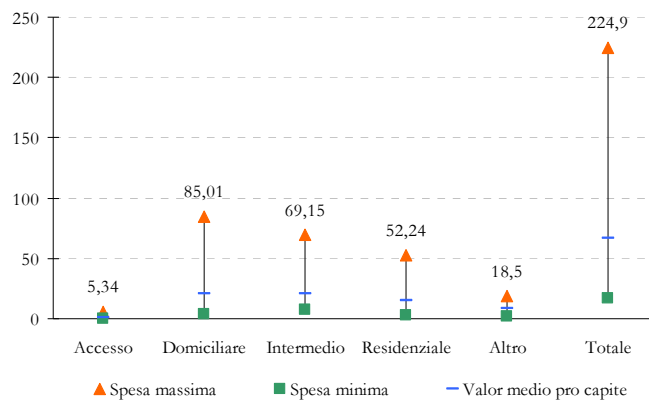


Fig. 21 – Spesa sociale pro capite gestita direttamente dai comuni aggregati per azienda Ulss, per area di bisogno, valore minimo e massimo in euro, 2004

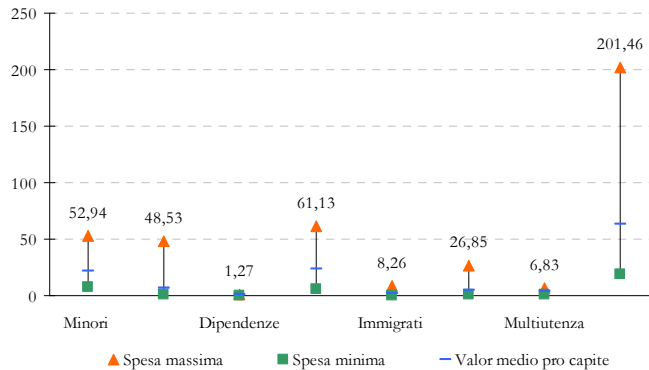


Fig. 22 – Spesa sociale pro capite gestita direttamente dai comuni aggregati per azienda Ulss, per area di bisogno, valore minimo e massimo in euro, 2005

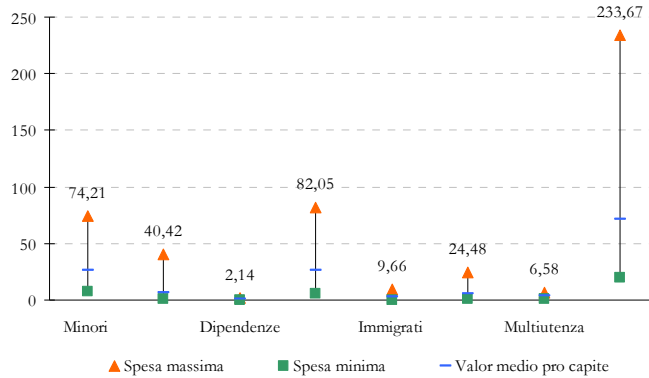
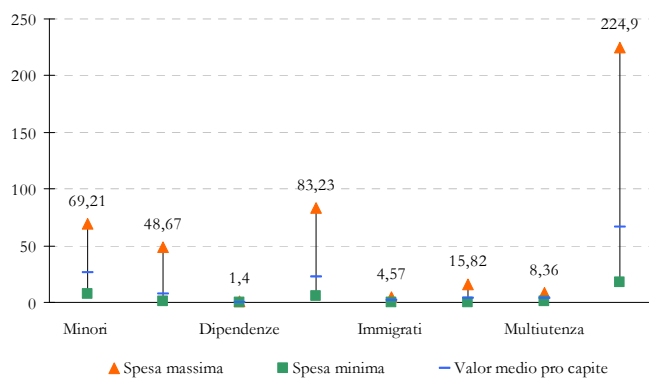


Fig. 23 – Spesa sociale pro capite gestita direttamente dai comuni aggregati per azienda Ulss, per area di bisogno, valore minimo e massimo in euro, 2006



Conclusioni

Differenze come potenziali di miglioramento

I dati che abbiamo visto, frutto sintetico delle precedenti analisi, ci mettono in grado di individuare alcune piste di lavoro, di natura strategica, trasformabili in altrettanti percorsi tecnici e metodologici per dare attuazione alle opzioni strategiche.

In primo luogo, a partire dai differenziali identificati in ogni territorio, la ricerca mette a disposizione misure di miglioramento declinabili per area di spesa, di bisogno e di risposta. In questo modo si possono:

- identificare le potenzialità evolutive di ogni territorio, condivise con i centri di responsabilità che lo rappresentano;
- identificare gli obiettivi e i risultati attesi di trasformazione e miglioramento;
- adottare gli strumenti programmatori e amministrativi per attuarli.

Azioni per i territori più deboli

In secondo luogo, a partire dalla capacità dei trasferimenti regionali di favorire un'azione di riequilibrio, possono essere identificate azioni finalizzate all'aiuto dei territori più deboli. A questo fine servono:

- competenze manageriali per il governo del sociale. Questo sistema ha bisogno di capacità adeguate, come in questi anni è avvenuto per il sociosanitario;
- strumenti di verifica e valutazione in grado di facilitare il monitoraggio delle trasformazioni e la valutazione sociale dei risultati.

In terzo luogo, a partire dalla capacità di collaborazione e di solidarietà tra territori ed enti locali, possono essere affrontati i problemi:

- del dimensionamento concertato della spesa e dell'offerta su scala territoriale adeguata;
- dell'ottimizzazione dei costi di produzione dei servizi;
- dell'equità distributiva entro aree territoriali omogenee;
- della sostenibilità del sistema sociale di offerta, a fronte di una domanda sociale incrementale.

Infine, nella prospettiva della attuazione della legge n. 42/2009, sul federalismo fiscale e dei livelli es-

senziali di assistenza, basati sui costi standardizzati, possono essere identificate:

- potenzialità evolutive derivanti da una gestione della spesa per assistenza sociale che passa «da puntiforme a strategica»;
- soglie condivise di governo della spesa e dell'offerta sociale entro differenziali concertati, e quindi vincolanti, in un sistema multilivello di responsabilità;
- indici di costo adeguato per le diverse risposte, tenendo conto non solo dei fattori produttivi, ma anche dei tassi di solidarietà presenti nei diversi territori, che possono incidere strutturalmente (in senso positivo e/o negativo) su tali costi.

Il sistema di welfare veneto è un sistema policentrico. Alcune differenze possono essere spiegate con l'autonomia territoriale, le opzioni politiche locali, la concertazione territoriale, la capacità della programmazione territoriale di cogliere e di agire sulle disuguaglianze, di promuovere benessere e coesione sociale.

Nel loro insieme esse affondano le proprie radici nelle culture locali del prendersi cura, nella presenza o meno di organizzazioni solidali e di volontariato, nella presenza di risposte di welfare messe a disposizione dagli ordini religiosi, nella configurazione storica della propensione a donare, che ha trovato forme organizzate nelle fondazioni di erogazione, nelle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e in molte altre forme.

Un problema strutturale

Il problema non può essere ridotto e banalizzato nei termini di maggiore o minore propensione delle amministrazioni locali a investire nel sociale, di farsi più o meno carico della domanda di assistenza sociale o di delegare alle aziende Ulss risorse per integrare risposte non solo sociali ma anche sociosanitarie.

È un problema strutturale e può essere affrontato in modo adeguato solo con azioni di sistema. È una nuova frontiera, che nel Veneto, come in passato, può trovare soluzioni originali, evitando di farne motivo di contesa tra amministrazioni locali più o meno generose, ma assumendola come sfida strutturale e, quindi,

strategica, da parte di un sistema regionale che vuole perseguire ulteriori traguardi di cittadinanza sociale.