

UN MODELLO DI PREVISIONE DELLA SPESA LOCALE PER L'ASSISTENZA

RENATO COGNO e MASSIMILIANO TANCIONI

pubblicazione internet realizzata con contributo della



Un modello di previsione della spesa locale per l'assistenza

Renato Cagno (Ires Piemonte) - Massimiliano Tancioni (Istat)

1 Oggetto del lavoro

Nel lavoro si definiscono dei *criteri per la previsione* della dinamica delle spese relative alle prestazioni "socio-assistenziali". Il motivo principale all'origine deriva dall'esigenza di completare il modello MARSS¹, che individua analoghe evoluzioni nei settori dell'istruzione, della sanità, della previdenza. In MARSS i singoli comparti di spesa vengono costruiti separatamente, individuando i propri meccanismi che determinano la spesa.

Più in generale però, si tratta di un settore dell'intervento pubblico di rilievo, nell'ambito del nuovo processo di devoluzione di competenze, dallo stato alle regioni e da queste verso gli enti locali, avviato dalle leggi "Bassanini". Tra i settori della spesa di protezione sociale, è quello dove la responsabilità locale è maggiore. In particolare le Regioni governano le interrelazioni tra la spesa locale per i servizi sociali e la spesa sanitaria; dovranno anche governare le interdipendenze con alcune prestazioni assistenziali centrali, quali gli assegni per l'invalidità civile, le prestazioni di disoccupazione, e alcune prestazioni rivolte alle famiglie a basso reddito; non vanno escluse relazioni con le pensioni minime.

Verranno considerate le spese dei vari attori coinvolti (Regioni e Comuni), analizzandone gli andamenti passati e le differenze interregionali. Quindi si verificherà quali determinanti possono meglio collegarsi a tali spese. Infine si individueranno criteri per la previsione degli aggregati regionali di tali spese.

Le fonti usate sono: la serie completa 1991-1997 Istat degli aggregati regionali dei bilanci consuntivi di tutti i comuni, estesa al 1999 (e 2000) grazie alla rilevazione rapida²; la medesima serie 1991-1999 dei bilanci consuntivi delle regioni; la serie 1990-2000 dei conti delle amministrazioni pubbliche; le serie 1980-1992 e 1995-1999 della contabilità regionale, con i dati del reddito prodotto, dei consumi finali delle famiglie e delle amministrazioni pubbliche, per categorie e funzioni; infine i dati individuali del bilancio 1999 del campione ISTAT di 949 comuni.

L'analisi seguita utilizza due modalità. Da un lato si usano gli aggregati regionali di spesa: per rendere più semplici ed immediati i risultati si usa il confronto tra gruppi di regioni: le 5 grandi e ricche regioni del centro-nord, rispetto alle 3 grandi regioni del sud, relativamente povere. Complessivamente le otto regioni assorbono il 70% della popolazione nazionale, tab.1.

	5 grandi regioni c.nord	3 grandi regioni sud	altre 12 regioni	ITALIA
Popolazione (1999)	25.382	14.954	17.304	57.680
	44%	26%	30%	100%
PIL (1999)	1.151.912	364.805	628.242	2.144.959
	54%	17%	29%	100%

Le rimanenti 12 costituiscono un aggregato più variegato, ma dove risultano dominanti regioni relativamente ricche rispetto alla media nazionale: la Liguria, le Marche, il Lazio, costituito per il 70% dalla capitale; inoltre 4 regioni a statuto speciale. La seconda modalità è invece l'uso di dati individuali di bilancio.

2 le specificità del settore di spesa

A differenza di altri comparti della spesa sociale (la sanità o l'istruzione), questo risulta un comparto estremamente disomogeneo e frammentato nel suo interno. Le prestazioni socio-assistenziali derivano sia da politiche nazionali che locali.

¹ Si tratta di un progetto avviato da tempo e condotto congiuntamente da Istat, Irpet ed Ires (in altre riunioni SIEP sono già stati presentati contributi in merito). L'obiettivo è quello di simulare l'andamento regionale futuro delle varie componenti della spesa sociale, in relazione all'andamento dei principali determinanti della stessa spesa. Ad esempio il modello considera, quali determinanti della spesa sanitaria, i costi medi per gruppi di prestazioni sanitarie, il ricorso della popolazione (suddivisa per sesso e classi di età) alle specifiche prestazioni che quindi ne definisce i volumi, ecc. Per ognuna di queste determinanti vengono definiti dei sentieri di crescita nei prossimi decenni, anche in connessione con l'evoluzione prevista di variabili considerate esogene: PIL, produttività, ecc.

² Poiché quest'ultima è campionaria, e meno dettagliata, alcuni dati (le spese di investimento 1999) sono state stimate in base agli andamenti della serie dei flussi di cassa degli aggregati regionali dei comuni, disponibile fino al 2000.

Le prestazioni nazionali di tipo monetario, hanno un forte obiettivo redistributivo, e non sono collegate ad alcun sistema di contribuzione³: gli assegni di invalidità civile (16mila md) e gli assegni sociali (4000 md); queste prestazioni sono “costituite da pensioni ai non vedenti civili, ai non udenti civili e agli invalidi civili e a questi stessi soggetti, unitamente ai cittadini sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente, al compimento del sessantacinquesimo anno di età. La caratteristica principale di queste pensioni è di garantire un reddito minimo a persone incapaci di procurarselo a causa di menomazioni congenite o sopravvenute o semplicemente per età avanzata. Vengono spesso considerate prestazioni assistenziali anche i trasferimenti volti all’integrazioni al minimo delle pensioni (29mila md), gli assegni familiari (9400 md), le indennità di disoccupazione (7100 md)³.”

Tuttavia oggetto di questo lavoro è soprattutto la spesa derivante da politiche locali: nel complesso si tratta di almeno 14mila miliardi nel 2001, per interventi erogati soprattutto dei Comuni; infatti la spesa delle regioni, oltre ad essere inferiore (circa 4900 miliardi nel 2001) è costituita largamente da trasferimenti ai comuni o loro consorzi.

La quantificazione della spesa locale di base da considerare non è agevole. L’ISTAT ha stimato la spesa consolidata per il complesso delle aa.pp. ma relativa ai soli consumi finali in protezione: vi sono tutte le prestazioni in natura ed i servizi prodotti, ma mancano le prestazioni di assistenza economica, che peraltro non sono la voce dominante di spesa per le aa.pp. locali. Questo aggregato costituisce pertanto l’ammontare minimo di spesa locale socio-assistenziale: tale aggregato è coerente, nella dinamica e nel volume con quello della spesa comunale.

L’altra quantificazione fa riferimento ai dati desunti dai bilanci degli enti territoriali. Non è però possibile il consolidamento dei valori: pertanto non è possibile trattare adeguatamente la spesa delle regioni, costituita largamente da trasferimenti di risorse ai comuni.

Stime della spesa pubblica locale in campo socio-assistenziale (md lire)

	1999	2000	2001
Spesa consolidata dell’insieme aa.pp. per soli consumi finali nel settore (esclusi assegni in natura)	14390	16019	17593
Spesa dei Comuni	12263	12973	14000 *
Spesa delle Province	387	407	
Spesa delle Regioni (compresi trasferimenti ai comuni)	3941	4240 **	4900 ***

Fonti: per il 1999, per la spesa consolidata e per la spesa dei comuni e delle province 2000, dati Istat;

** dato stimato con un incremento variabile tra 8% sul 2000, mentre la spesa totale cresce del 3,5% in base a dati RGSEP di fonte Ministero dell’Interno.*

*** dato stimato con un incremento del 7,6% sul 2000, pari a quello dei consumi finali delle Regioni definito da Istat. *** dato stimato con l’aggiunta al valore 2000 dello stanziamento del Fondo Nazionale Politiche Sociali.*

Le prestazioni locali possono essere ripartite in due gruppi: funzioni di accudimento (social care) a favore di minori e di soggetti non autosufficienti; iniziative di contrasto alla povertà e all’esclusione sociale. Le prime sono le più consolidate e le più rilevanti in termini di spesa: una voce rilevante è quella degli asili nido, che da sola assorbe il 24% della spesa complessiva per interventi sociali. Nel censimento dell’offerta di questi servizi comunali fatto dall’Istat, emerge che il 36% dei servizi rilevati, è rivolta ai minori (gli asili nido), mentre il 19% ad anziani e disabili. Gli altri servizi riguardano invece situazioni diverse, generalmente connesse a vari fenomeni di disagio e povertà. Queste politiche, a differenza di quelle sanitarie o dell’istruzione, non sono ancora soggette ad una disciplina nazionale, che ne definisca caratteristiche e livelli di prestazione. Così sono caratterizzate da un lato da una accentuata disomogeneità di prestazioni sul territorio, ed in secondo luogo da un’evoluzione continua delle forme e modalità di intervento. Esaminiamo meglio questi due aspetti.

a) l’eterogeneità della spesa sul territorio

La diffusione dei servizi sul territorio risulta molto eterogenea. In generale vi è un forte differenziale tra comuni del centro nord e comuni del sud. Gli asili nido sono presenti nel 93% dei comuni grandi del centronord, ma solo nel 65% degli analoghi comuni del sud. Divari più pronunciati si hanno nei servizi più qualificanti per gli anziani (ad es. assistenza domiciliare e centri d’incontro); mentre le case di riposo hanno una diffusione più omogenea. Più in generale la gamma delle prestazioni è più ampia nei centri urbani rispetto ai comuni medio-piccoli. Infine alcune aree di

³ Tali prestazioni monetarie –ad eccezione di queste due ultime citate- sono considerate nei moduli Previdenza di MARSS.

bisogno risultano di fatto più tutelate e coperte di altre: la disabilità rispetto alla povertà, l'infanzia rispetto alla disoccupazione.

In merito ai soggetti erogatori, l'offerta di servizi e prestazioni socio-assistenziali viene curata prevalentemente da due tipi di soggetto: gli enti territoriali e le istituzioni religiose e di volontariato, non necessariamente in alternativa. In alcune regioni l'offerta pubblica di questi servizi viene organizzata attraverso formule cooperative (consorzi, associazioni, delega alle ASL), grazie all'azione di stimolo e coordinamento svolta dalle amministrazioni regionali.

Tali differenze si riflettono nelle spese comunali in merito. Il valore procapite 1999 del complesso delle spese socio-assistenziali comunali varia da meno di 172 mila lire nei comuni con meno di 20mila abitanti, 192mila in quelli fino a 60mila abitanti, e 287mila nelle altre città. I valori risultano più elevati nelle regioni a statuto speciale, ed in modo più pronunciato nelle 3 del nord: dai 283mila della Sardegna, ai 358mila del Trentino. Inoltre nelle regioni del centro-nord si hanno valori molto più elevati rispetto al sud: per l'insieme delle 5 grandi regioni del centro-nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia) la spesa è pari a 202mila lire procapite rispetto ai 127mila nelle 3 grandi regioni del sud; mentre per le restanti 12 regioni il valore risale a 196mila.

La spesa procapite 1999: valore procapite in 000 lire, con numeri indice

	5 grandi regioni c.nord	3 grandi regioni sud	altre 12 regioni	ITALIA
spesa dei Comuni nei servizi sociali	202	127	196	181
n. indice	1,12	0,70	1,08	1,00
spesa Regioni per assistenza sociale	58	32	115	68
n. indice	0,85	0,47	1,69	1,00
spesa ASL servizi territoriali	203	119	137	161
n. indice	1,26	0,74	0,85	1,00

Fonte: elab. su dati Istat (Regioni e Comuni) e su RGSEP per le ASL

Per quanto riguarda i soli asili nido, le 5 grandi regioni è pari assorbono il 51% della spesa 1999 nazionale, mentre il n° di minori è pari al 40%; al contrario nelle 3 regioni meridionali, con il 29% dei minori, la spesa è pari al 17%. I divari sono ancora più consistenti anche per le prestazioni di contrasto alla povertà e disagio sociale.

I differenziali centro-nord-sud si ritrovano anche nelle spese per assistenza sociale delle amministrazioni regionali (spese che in parte sono trasferimenti di risorse delle Regioni verso i comuni): in questo caso vi sono valori più elevati sia della spesa totale –sanità esclusa- che per quella sociale, per le regioni a statuto speciale, ma non per la Sicilia. I medesimi differenziali si ritrovano infine nell'area dell'offerta sanitaria collegata con i servizi sociali: la spesa per servizi territoriali da parte delle ASL.

b) l'evoluzione continua di queste politiche.

Sono politiche relativamente giovani: alcuni interventi hanno iniziato a svilupparsi nei comuni solo negli anni '70; una seconda fase di sviluppo si è avuta negli anni '90. Va ricordato come in Italia, il soddisfacimento dei bisogni di cure è stato tradizionalmente affidato, in Italia, in primo luogo alla famiglia. Inoltre nel settore hanno sempre avuto molta rilevanza le istituzioni religiose e di volontariato.

La gamma delle prestazioni rese muta nel tempo e si evolve rapidamente: dei servizi assistenziali comunali presenti nel 1999, solo il 57% è stato avviato dopo il 1990. Spesso sono i comuni urbani, medi grandi del centro-nord a far da apripista, come per l'introduzione delle varie forme di assistenza domiciliare.

In certe situazioni le Regioni hanno cercato di indirizzare verso una maggiore omogeneità delle prestazioni. E tale obiettivo è fatto proprio dalla legislazione in merito degli anni '90, tesa a sviluppare o potenziare i servizi sociali sul territorio, indirizzandoli verso una maggior integrazione e omogeneità nell'offerta, e dotandoli di maggiori risorse (legislazione culminata nella legge quadro sull'assistenza, L.328/2000).

3 L'andamento della spesa negli anni '90.

La spesa per i servizi sociali si rivela in crescita negli anni '90. I dati disponibili consigliano di usare due possibili aggregati: quello ristretto (le rubriche di spesa dei bilanci comunali denominate "asili nido", "anziani", "assistenza e beneficenza") e quella allargata (comprensiva della rubrica "altri interventi sociali").

Nei comuni la spesa per questi servizi cresce: nell'accezione ristretta nel 1991 assorbiva il 7,6% delle spese totali, nel 1999 la quota sale al 9,2%. La spesa nazionale cresce del 63% a valori correnti (+25% in termini reali), contro un aumento più ridotto (+5% reale) per il complesso delle altre spese.

La spesa comunale 1991-1999 (valori procapite in 000 lire; valori assoluti in miliardi di lire)

	5 grandi regioni c.nord	3 grandi regioni sud	altre 12 regioni	ITALIA
spesa totale procapite 1991	1.477	1.227	1.667	1.470
spesa s.sociali procapite 1991	128	84	109	111
incidenza s.sociali su spesa totale	8,7%	6,8%	6,5%	7,6%
spesa totale procapite 1999	1.980	1.612	2.295	1.978
spesa s.sociali procapite 1999	202	127	196	181
incidenza s.sociali su spesa totale	10,2%	7,9%	8,5%	9,2%
indice spesa s.sociali procapite 1991	1,15	0,76	0,98	1,00
indice spesa s.sociali procapite 1999	1,12	0,70	1,08	1,00
spesa s.sociali 1991	3.227,3	1.271,5	1.893,7	6.392,5
spesa s.sociali 1999	5.139,0	1.896,3	3.401,8	10.437,1
spesa s.sociali :incremento % 99/91 reale	0,22	0,14	0,38	0,25
spesa totale : incremento % 99/91 reale	0,04	0,03	0,06	0,05

Fonte: elab. su dati Istat

Peraltro tale crescita non ha ridotto i differenziali territoriali prima citati: nel 1999 la spesa per i servizi sociali nelle 5 grandi regioni del centro-nord è pari al 112% del valore nazionale, contro un indice del 70% per le tre grandi regioni del sud (e pari a 108% nelle rimanenti 12 regioni). In effetti tale voce di spesa nelle regioni del sud cresce meno: +14% in termini reali contro +22% nelle 5 regioni del centro nord, e +38% nelle rimanenti 12 regioni.

La spesa nelle analoghe materie (denominata "assistenza sociale") da parte delle regioni, in parte si traduce in trasferimenti di risorse finanziarie ai comuni, che pertanto vengono inglobati nelle spese già viste. Tuttavia vanno rilevate alcune peculiarità. Infatti sia i livelli che la dinamica della spesa comunale paiono indipendenti da quelli delle spese regionali. La dinamica della spesa regionale assistenziale –tab.4- risulta meno più modesta (+9% in termini reali) rispetto alla spesa di altro genere, esclusa quella sanitaria (+19% reale). Tale spesa assorbe, per tutto il decennio, meno del 5% della spesa regionale complessiva –sanità esclusa. La dinamica è stata più brillante nelle 5 regioni del centro-nord, mentre nelle 3 del sud è diminuita in modo evidente.

Le dinamiche territoriali viste riflettono anche le dinamiche dei consumi complessivi delle famiglie, sempre espressi in valori procapite. A questo proposito andrebbero verificati incidenza, livelli e dinamica della spesa privata in consumi di tipo socio-sanitario (dall'indagine sui consumi delle famiglie è possibile un breve studio della dinamica regionale di alcuni di questi consumi dal 1997 al 2000).

4 Determinanti della spesa sociale comunale

Le spese comunali –nonostante l'accresciuta autonomia finanziaria degli anni '90 - paiono ancora molto condizionate dalle entrate dei comuni. Una relazione causale inversa –le entrate dipendenti dalle politiche di spese, in modo da riflettere così bisogni e scelte fiscali locali- si sta iniziando a manifestare per le spese di investimento; quella relazione verosimilmente potrebbe svilupparsi con la maggiore autonomia finanziaria che deriverà ai comuni con l'addizionale comunale facoltativa all'IRPEF.

Anche la cui dinamica della spesa sociale dei comuni, riflette quella delle spese complessive degli enti, seppur in modo più accentuato, nonché quelle delle entrate complessive, v. tab. prec. In particolare la dinamica territoriale delle spese sociali, che risultano relativamente meno vincolate da norme nazionali, è molto simile a quella delle entrate proprie dei comuni, anch'esse denotate da margini di manovra.

Per una migliore dettaglio si sono compiute analisi statistiche sui dati di spesa 1999 (desunti dai bilanci consuntivi) del campione ISTAT di 949 comuni italiani. Si tratta di un campione rappresentativo delle regioni italiane e della diversità socio-economica e dimensionale delle amministrazioni; il campione comprende comunque tutti i comuni capoluogo di provincia e quelli superiori ai 60mila abitanti⁴.

⁴ La rilevazione rapida Istat dei Certificati dei Conti di Bilancio dei Comuni è una indagine campionaria sui dati di consuntivo, per fonte di entrata e funzione di spesa (corrente ed in conto capitale) con forte livello di disaggregazione delle voci di bilancio. Il dato regionale è stato ottenuto attraverso l'utilizzo di opportuni coefficienti di riporto all'universo regionale, resi disponibili dall'utilizzo di un disegno di campionamento a stadio stratificato dove gli stadi sono stati definiti rispetto alle modalità "regione" e "classe dimensionale". Si consideri che nel campionamento è stato imposto il vincolo di inclusione per tutti i comuni superiori a 60000 abitanti. La componente campionaria dell'indagine riguarda pertanto i comuni di dimensione inferiore al vincolo richiamato.

In generale si osserva che la variabilità dei valori procapite di spesa, sia per specifica categoria di intervento, che per l'insieme degli interventi socio-assistenziali, risulta molto pronunciata. E risulta più elevata che per le altre spese comunali, che oltre ad essere relativamente meno discrezionali, assorbono l'85% del bilancio.

Variabilità della spesa sociali dei Comuni: valori procapite medi 1999 (000 lire; medie aritmetiche)

	N° enti	Asilo nido	Anziani (ricoveri e altro)	Assistenza e beneficenza	Servizio necroscopico	Altri interventi sociali
Tutti	949	126.3	13.9	71.0	11.8	9.2
Fino a 5mila	580	92.9	11.7	55.9	10.5	7.3
Da 5 a 20mila	157	141.0	11.3	82.4	12.7	6.9
Da 20 a 60mila	124	180.9	18.3	99.2	12.6	10.2
Oltre 60mila	88	242.9	27.0	111.2	17.9	24.1

Variabilità dei valori procapite medi (CV=S.Err./Mean)

	N° enti	Asilo nido	Anziani (ricoveri e altro)	Assistenza e beneficenza	Servizio necroscopico	Altri interventi sociali
Tutti	949	0,99	6,36	1,14	0,95	2,93
Fino a 5mila	580	1,57	9,57	1,52	1,22	2,12
Da 5 a 20mila	157	0,46	2,75	0,73	0,61	1,53
Da 20 a 60mila	124	0,27	1,47	0,48	0,42	1,62
Oltre 60mila	88	0,28	1,34	0,64	0,41	2,15

Fonti: elaborazioni su campione Istat dei bilanci comunali

Una delle determinanti classiche di tale variabilità è rinvenibile nella classe dimensionale: per motivi di diseconomie dimensionali la spesa corrente è decrescente fino a raggiungere una dimensione di 10-20mila abitanti; quindi inizia a risalire per via di gamme di servizi offerti più vaste e maggiore intensità di intervento.

Ma per la spesa socio-assistenziale tale risultato richiede cautele: escludendo la classe dimensionale minima (che comprende enti da poche decine di abitanti fino a 5mila abitanti) è la specificità regionale a determinare la maggior variabilità (cioè la variabilità tra regioni è maggiore di quella tra classi dimensionali). Essa risulta poi generalmente meno elevata per le categorie asili nido e servizi necroscopici.

Si è cercato di spiegare la variabilità della spesa pro-capite attraverso regressioni multiple. Ci si è limitati ad una forma ridotta del modello, dove i livelli di spesa procapite vengono posti genericamente in relazione ad alcune variabili esogene. In base a quanto visto sopra, la consistenza della spesa per singole tipologie viene condizionata a variabili esprimenti: la dimensione delle fonti proprie (in termini procapite), il volume di quelle trasferite, la struttura per età della popolazione residente, la regione di appartenenza, la dimensione demografica del comune⁵.

Si sono fatte varie analisi⁶, per i singoli 5 gruppi di spesa sociale e per le 4 classi demografiche del comune. Tra le variabili scelte, quelle risultate genericamente significative nella correlazione sono: la regione di appartenenza, la classe dimensionale del comune, le entrate correnti dell'ente, distinte tra entrate proprie ed entrate trasferite dallo stato o dalle regioni di appartenenza, infine una variabile esprimente le altre spese sostenute dall'ente.

I risultati sono i seguenti:

- ❑ le entrate proprie –sia quelle tributarie che quelle extratributarie, cioè le tariffe provenienti da servizi comunali- procapite risultano significative, cioè spiegano la variabilità, in tutte le situazioni, sempre con coefficiente positivo;
- ❑ talvolta vi è una relazione positiva anche i con i trasferimenti statali e quelli regionali, sempre in termini procapite;
- ❑ la spesa procapite per asili nido mostra una netta relazione positiva con l'appartenenza a regioni del centro-nord oppure negativa per le regioni del sud; un identico risultato per le spese per assistenza e beneficenza; per i servizi per gli anziani invece non sussiste tale relazione; infine per alcune situazioni il regime speciale delle regioni influisce positivamente sulla spesa;
- ❑ per le variabili demografiche vi è una relazione positiva con la quota di anziani, mentre il peso di popolazione inferiore a 3 anni non risulta significativo.

L'analisi svolta sui bilanci 1999 mostra conferma quindi la rilevanza delle entrate proprie degli enti nello spiegare la variabilità delle spese socio-assistenziali, risulta considerevole. Tale risultato è confermato dalla precedente breve analisi della dinamica della finanza comunale.

⁵ E' utile sottolineare che il condizionamento assume significato di causalità. L'analisi *cross section* che l'informazione a disposizione rende percorribile fornisce una misura del grado di associazione statistica tra le variabili considerate e non una misura dei nessi di causalità. In altri termini, l'eventuale significatività dei parametri stimati non indica che le variabili esplicative (di entrata) determinino le dipendenti (di spesa). Il nesso di causalità potrebbe, sotto il punto di vista tecnico, essere invertito (la spesa determina le entrate). Eventuali considerazioni sui nessi causali non potranno quindi essere direttamente derivati dai risultati dell'analisi.

⁶ Il dettaglio delle stesse può venire richiesto agli autori.

In sostanza i servizi sociali, e le connesse spese perlopiù comunali, possono considerarsi *beni superiori*.

PIL, consumi, spesa sociale nel 1999: numeri indice dei valori procapite

	5 grandi regioni c.nord	3 grandi regioni sud	altre 12 regioni	ITALIA
PIL	1,22	0,66	0,98	1,00
consumi delle famiglie per sanità e istruzione	1,18	0,73	0,97	1,00
altri consumi delle famiglie	1,15	0,75	1,00	1,00
consumi delle famiglie totali	1,15	0,75	1,00	1,00
consumi finali aapp sociali (sanità, istruzione, servizi sociali)	0,93	1,02	1,08	1,00
altri consumi finali aapp	0,96	0,95	1,11	1,00
consumi finali totali aapp	0,94	0,99	1,10	1,00
spesa dei Comuni nei servizi sociali	1,12	0,70	1,08	1,00
spesa Regioni per assistenza sociale	0,85	0,47	1,69	1,00
spesa ASL servizi territoriali	1,26	0,74	0,85	1,00

Fonte: elab. su dati tab. prec. (dati Istat, per Regioni e Comuni, e RGSEP per le ASL)

5 Le tendenze future della spesa

a) *l'andamento dei fabbisogni*

In prospettiva la domanda rivolta alle funzioni di accudimento risulta in crescita. Un primo ordine di motivi risiede nell'evoluzione demografica. La presenza di disabilità –che costituisce uno dei principali obiettivi delle prestazioni- è strettamente correlata all'invecchiamento. Dei 2,6 milioni di disabili attuali in famiglie (quindi esclusi quelli istituzionalizzati) il 73% ha almeno 65 anni; inoltre 1,5 milioni risultano in condizioni gravi, cioè immobilizzati a letto o su una sedia. L'incidenza della disabilità è legata all'età: riguarda il 9,3% degli anziani tra 65 e 74 anni, il 20,7% tra 75 e 79 anni, il 47% degli ultraottantenni. E' plausibile pensare che questa incidenza derivi anche da fattori ambientali, culturali, igienici e di salubrità nelle condizioni di vita, tutti fattori che mutano di generazione in generazione, e quindi influenzano le condizioni di vita dell'età avanzata. Tuttavia non si dispone di elementi in merito.

Le fasce anziane di popolazione hanno registrato il maggiore aumento nel decennio trascorso, ed in tutte le regioni. E il numero di grandi anziani aumenterà considerevolmente anche nel decennio in corso: nel 2010 avremo oltre un milione di grandi anziani in più, +44% rispetto al 2001. Oltre metà di essi si troverà nelle 5 grandi e ricche regioni del centro nord, ma il fenomeno avverrà in tutte le regioni.

In secondo luogo l'aumento della domanda deriva dai mutamenti nell'organizzazione delle famiglie. Attualmente le funzioni di accudimento svolte dai servizi sociali pubblici sono grandemente al di sotto della domanda potenziale: la quota dei grandi anziani che fruisce di assistenza da parte dei servizi sociali non supera il 10% in una regione come l'Emilia Romagna, mentre l'incidenza della disabilità in quest'età è stimata nel 20,7% degli individui; similmente l'offerta di posti in asili nido nella stessa regione copre il 20% della utenza potenziale (ma per l'Italia nel complesso tale quota scende alla metà).

Le funzioni di accudimento per tali individui in larga misura viene oggi svolto dalle famiglie stesse⁷, grazie al lavoro di cura dei familiari, talvolta coadiuvanti esterni (badanti, infermiere). La spesa privata sostenuta dalle famiglie in merito viene stimata in 10mila miliardi di lire per il 1998. Sulla spesa privata mancano analisi dettagliate⁸; in merito va ricordato l'elevata copertura con tariffe e rette pagate dalle famiglie dei costi dei servizi pubblici per anziani. Tuttavia tale ruolo delle famiglie pare destinato a diminuire in conseguenze di diversi fenomeni: il progressivo ridursi di famiglie allargate, l'aumento di anziani soli, senza figli o con un minor numero di figli, il maggior tasso di occupazione femminile.

In sostanza la domanda di funzioni di accudimento non potrà quindi che crescere; ciò dovrebbe riflettersi nella spesa privata per le stesse.

b) *l'evoluzione delle politiche*

Più difficile definire uno scenario dell'offerta, e dell'assetto istituzionale e organizzativo delle prestazioni. Come accennato, queste prestazioni costituiscono una delle aree della spesa sociale meno vincolate dal centro: i comuni hanno cioè notevole libertà nel determinare forme e livelli dei servizi.

⁷ Istat, Relazione annuale 2000.

⁸ Potrebbe tentarsi una stima se si disponesse di una quantificazione di badanti e collaboratori domestici che svolgono tali funzioni.

Tale caratteristica è destinata a perdurare, anche se con alcune differenze. In particolare è plausibile che la normativa degli ultimi anni '90⁹ porti ogni Regione a svolgere un maggior ruolo di indirizzo e omogeneizzazione dei livelli di prestazione sul proprio territorio. A questo proposito la legge quadro sull'assistenza (1.328/2000) intendeva potenziare le dotazioni finanziarie in materia e attenuare tali differenze territoriali: si tratta però di una legge di principi, che ha ricevuto dotazioni finanziarie modeste per questi anni di avvio.

Il ruolo regionale in merito sarà rilevante. In primo luogo per la definizione dei livelli di assistenza sanitaria (LEA), cioè le prestazioni garantite dai Servizi sanitari regionali: può portare ad un diverso meccanismo di finanziamento per talune prestazioni a carattere socio-sanitario finora fornite a carico del SSN (in pratica viene previsto un maggior concorso degli enti locali e degli utenti). Quindi la definizione dei livelli di assistenza per il sistema integrato dei servizi sociali e delle modalità di produzione e fornitura degli stessi. Ancora i meccanismi di integrazione con le politiche dell'istruzione e di formazione.

Una terza prospettiva di sviluppo, coinvolge la spesa complessiva per le funzioni di accudimento, pubblica e privata¹⁰. Alcune recenti proposte governative sono rivolte all'introduzione di meccanismi di mutualità integrativa per coprire il rischio di non autosufficienza degli individui. Tali meccanismi avrebbero carattere obbligatorio¹¹: verosimilmente convoglierebbero parte delle risorse oggi impiegate dalle famiglie per far fronte a tali bisogni, nonché risorse pubbliche. Difficile però simulare o valutare l'impatto di soluzioni di questo tipo sulla sola spesa pubblica (ad esempio sulla spesa sanitaria, che potrebbe non fornire più alcune prestazioni); verosimilmente è più semplice effettuare simulazioni sulla spesa privata¹², alla luce degli attuali impieghi e dell'evoluzione prevista dei redditi e dei consumi.

Una simulazione dell'evoluzione dell'assetto istituzionale dell'offerta e della spesa pubblica relativa, presenta notevoli gradi di arbitrarietà. E' possibile tuttavia assumere *due ipotesi minimali* in merito, connesse al percorso di decentramento amministrativo e politico¹³ in atto. La prima è quella che tale settore di spesa rimarrà nelle responsabilità degli enti territoriali.

La seconda è che lo sviluppo della spesa pubblica locale per i servizi sociali, che sono componenti di spesa relativamente più libere di altre, dipende grandemente dalle risorse disponibili, come ha dimostrato l'analisi di regressione fatta sui bilanci comunali. E per gli enti territoriali tale disponibilità deriverà sempre più dall'andamento delle fonti locali di entrata. La dinamica delle fonti comunali sta accrescendo ritrovando un legame con quella del reddito locale, grazie all'entrata comunale derivante da compartecipazione e addizionale all'IRPEF: i cespiti locali di entrata forniscono oggi (2002) il 63% delle risorse comunali, a livello nazionale aggregato, tab. 10, ed escludendo il ruolo che potrà giocare la futura compartecipazione al gettito IRPEF. La finanza regionale, dopo la riforma del 2000, sarà oggetto di un nuovo ridisegno: ma inevitabilmente le entrate attribuite saranno collegate in parte all'andamento del PIL regionale (fonti proprie e trasferite dalle regioni) e in parte a quello nazionale (risorse trasferite dallo stato) (per la componente di entrata con funzione perequativa tra regioni).

In sostanza le dinamiche locali di reddito giocheranno un ruolo di rilievo. Condizioneranno sempre più le risorse degli enti territoriali, oltre a determinare quelle delle famiglie. "Il federalismo in assistenza, al pari di quello sanitario, porterà a differenziare in misura crescente tipologia e qualità dei servizi offerti e anche la loro efficacia"¹⁴. Ovviamente anche la spesa privata non potrà che rimanere connessa all'andamento del reddito locale (regionale).

6 Conclusione: criteri per la simulazione della spesa sociale

Le analisi fatte sulla distribuzione regionale della spesa comunale e regionale socio-assistenziale, e sulla sua evoluzione negli anni '90, mostrano che tali prestazioni possono venire bipartite in due componenti: quella connessa a funzioni di accudimento per l'infanzia e per anziani e disabili; le rimanenti funzioni di contrasto del disagio sociale e di situazioni di povertà.

Nel complesso la dinamica della spesa connessa a queste prestazioni, negli anni '90 è risultata superiore rispetto a quella delle altre componenti di spesa, in particolare per i comuni. Si tratta anche di una componente di spesa meno vincolata dal centro, o comunque da standard nazionali di prestazione. I servizi sociali hanno quindi la natura di *beni superiori*, e la distribuzione territoriale dei connessi volumi di spesa risulta molto condizionata dai livelli locali di reddito.

In sostanza la definizione dei sentieri evolutivi della spesa pubblica regionale socio-assistenziale non può ricorrere a concetti quali livello minimo di prestazione o livello standard. Né può prescindere dagli attuali assetto

⁹ Dalla legge 328 del 2000, alle maggiori competenze in materia attribuite dalla revisione costituzionale recente.

¹⁰ In merito si veda Gori, 2002.

¹¹ Si può vedere in merito i quaderni 3 e 11 dell'ISVAP sulla *long term care* e sulle soluzioni assicurative adottate in paesi europei: si trova sul sito www.isvap.it.

¹² L'indagine Istat sui consumi delle famiglie fornisce elementi sulla spesa delle famiglie per servizi alla persona, che potrebbero venire impiegati in merito.

¹³ Quest'ultimo con riferimento alla progressiva messa in opera della recente riforma costituzionale del titolo V.

¹⁴ Irpet, 2001.

istituzionale e livello di spesa: altri lavori¹⁵ hanno mostrato la rilevanza della path dependency per spiegare le attività svolte in questo campo degli enti territoriali.

Appendice: la simulazione della spesa per i servizi sociali in MARSS

Coerentemente con l'impostazione del modello MARSS¹⁶, la simulazione viene fatta con le seguenti ipotesi:

- l'attuale tipologia e quota di domanda soddisfatta dall'intervento pubblico;
- l'attuale modalità di finanziamento della stessa, legato alla dinamica delle entrate degli enti territoriali, che a loro volta sono connesse alle dinamiche dei redditi, quello locale per le entrate proprie, e quello nazionale per le entrate da trasferimento da parte dello stato;
- gli attuali differenziali locali nel livello delle prestazioni, commisurati delle spese erogate;
- l'attuale struttura e livello dei costi¹⁷.

La simulazione condotta –disponibile su richiesta¹⁸– consente di analizzare i differenziali regionali nell'evoluzione della spesa pubblica per i servizi sociali, anche congiuntamente con la spesa sanitaria e di alcune prestazioni previdenziali (ad esempio quelle per invalidità civile, oppure gli assegni sociali).

Il modello costruito consente infine l'introduzione di alcune ipotesi e scenari diversi, e quindi di valutare la sensibilità della spesa ad essi.

Bibliografia

Bosi P., *Il finanziamento del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali*, intervento al XI salone autonomie locali, 2001, scaricabile da www.legautonomie.com;

Commissione d'indagine sull'esclusione sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale-1997-2001*, Carocci, 2002;

Fargion V., *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, 1997.

Gori C., *Il futuro dei servizi sociali in Italia*, in *Il Mulino*, n° 2/2002.

Ires, Istat, Irpet, *La previsione della spesa sociale regionale: il modello MARSS*, IRES, Torino, 2001;

Irpet, *Il finanziamento pubblico dell'assistenza nel quadro del federalismo fiscale*, Firenze, 2001;

numero monografico sulla legge 328/2000 di *Prospettive sociali e sanitarie*, n° 20/22, 2000.

¹⁵ Fargion, 1997.

¹⁶ L'impostazione viene spiegata in IRES-IPET-ISTAT (2000).

¹⁷ Coerentemente con l'impianto generale di MARSS assumere tale ipotesi implica: assenza di interventi legislativi nazionali, quali quelli di definizione di livelli minimi di offerta, e di individuazione delle risorse per farvi fronte, come per la sanità; tali interventi implicherebbero verosimilmente qualche forma di redistribuzioni di risorse; mantenimento degli attuali differenziali regionali nella spesa, connessa al livello delle prestazioni fornite; mantenimento dell'attuale ripartizione funzionale nelle responsabilità di interventi e della spesa tra sanità ed assistenza, responsabilità che si traduce nella copertura della spesa; mantenimento dell'attuale gamma di offerta di servizi socio-assistenziali pubblici locali e dell'attuale struttura dei costi¹⁷; mantenimento di una dinamica nei costi unitari dei servizi collettivi più sostenuta che per le attività produttive, analogamente a quando avviene per le spese sanitarie, e dovute al Baumol disease.

¹⁸ E disponibile a richiesta: cogno@ires.piemonte.it.

