

Uno studio di caso su alcuni Comuni italiani

Tra invecchiamento e fragilità, le spese per interventi e servizi sociali agli anziani

Giuseppe Monteduro
Università del Molise

Michele Bertani
Università di Verona

Sara Nanetti
Università Cattolica di Milano

L'invecchiamento della popolazione e la differenziazione dei bisogni connessi alla vita anziana rappresentano elementi di criticità per gli interventi di welfare a livello locale. Il presente contributo introduce il concetto di fragilità, nella sua dimensione bio-psico-sociale, in relazione alla vita anziana e quindi ai bisogni che emergono dai processi di invecchiamento. Si analizzano quindi le spese nazionali, regionali e locali per i servizi alla popolazione anziana, distinguendo tra servizi rivolti alla fragilità anziana (flessibili, frammentari e sussidiari) e servizi rivolti alla popolazione anziana nel suo insieme (standard, strutturali e centralizzati). L'analisi permette di far emergere le forti disuguaglianze che caratterizzano il nostro territorio.

Parole chiave

Italia – Welfare – Vita anziana – Fragilità – Disuguaglianze – Spesa sociale.

Il panorama demografico dell'invecchiamento in Italia

Uno dei fenomeni socialmente più evidenti e più rilevanti delle società contemporanee riguarda l'invecchiamento della popolazione, dovuto: (a) al miglioramento delle condizioni economiche, (b) allo sviluppo tecnologico, (c) allo sviluppo medico, che hanno permesso un aumento significativo dell'aspettativa di vita. Inoltre, le società dei grandi Paesi industriali con un elevato tasso di benessere sono caratterizzate dalla presenza di un alto numero di anziani e da tassi di natalità al di sotto della media di riproduzione, fattori che, combinati insieme, costituiscono importanti elementi di criticità per la tenuta (attuale e futura) dei sistemi di welfare e dei meccanismi di prote-

zione sociale (Esping-Andersen, 2000; Tepe e Vanhuyse, 2009; Meier e Werding, 2010; Guardiancich, 2019). Il progredire dell'invecchiamento interessa sia l'Occidente che i Paesi asiatici; nello specifico, Giappone, Stati Uniti d'America ed Europa si distinguono oggi per essere società con un'alta percentuale di anziani (United Nations, 2019): in questi Stati la popolazione complessiva e le sue dinamiche sociali saranno sempre più strutturalmente dipendenti dalla fascia over 50 della popolazione (Nagarajan, Teixeira e Silva, 2016). In particolare, nell'Unione Europea il tasso di incidenza della popolazione anziana su quella in età attiva raggiungerà, nel 2080, il 29,1% (contro il 19,4% attuale, Eurostat, 2021). Particolarmente rilevante è la condizione dell'Italia,¹ dove si registrano: (a) un tasso di popolazione over 65 che supera il 22% della popolazione, con un'incidenza sulla popolazione attiva pari al 34,8%, (b) un'aspettativa di vita media (82 anni) e mediana (46,3 anni) talmente elevata che fa dell'Italia il Paese più vecchio d'Europa e il secondo più vecchio del mondo, dopo il Giappone (ISTAT, 2019). Questa situazione non ha confini regionali: la struttura demografica delle Regioni (tabella 1) è molto simile, con dati piuttosto significativi per la Liguria (dove quasi una persona su tre rientra nella fascia degli over 65).

TABELLA 1
Italia: popolazione complessiva e popolazione anziana

Regioni	Popolazione	Over 65	Over 65%
Abruzzo	1.311.580	312.464	23,82%
Basilicata	562.869	129.395	23,08%
Calabria	1.947.131	420.413	21,59%
Campania	5.801.692	1.090.836	18,80%
Emilia-Romagna	4.459.447	1.067.972	23,95%
Friuli-Venezia Giulia	1.215.220	317.856	26,16%
Lazio	5.879.082	1.275.390	21,69%
Liguria	1.550.640	441.762	28,48%
Lombardia	10.060.574	2.272.830	22,59%
Marche	1.525.271	378.321	24,80%
Molise	305.617	75.387	24,63%
Piemonte	4.356.406	1.112.742	25,54%
Puglia	4.029.053	889.792	22, 08%
Sardegna	1.639.591	389.614	23,77%
Sicilia	4.999.891	1.059.985	21,20%

¹ L'alto tasso di popolazione anziana è stato uno dei fattori che ha innalzato il numero di decessi in Italia legati alla circolazione del virus Covid-19.

Toscana	3.729.641	947.088	25,39%
Trentino-A.A.	1.072.276	223.418	20,84%
Umbria	882.015	225.630	25,58%
Valle d'Aosta	125.666	29.964	23,84%
Veneto	4.905.854	1.122.015	22,87%
<i>ITALIA</i>	<i>60.370.283</i>	<i>13.782.874</i>	<i>22,83%</i>

Come già ampiamente discusso in letteratura, la presenza di un alto numero di anziani e soprattutto di grandi anziani muterà radicalmente sia i bisogni che le forme dell'assistenza (Powell e Hendricks, 2014; Taylor-Gooby, Leruth e Chung, 2017), nonché la redistribuzione delle spese in termini di servizi sociali.

La fragilità degli anziani: una categoria di lettura

«Costruire una società per tutte le età» è lo slogan lanciato nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che invoca una società «age friendly» (United Nations, 2002). Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta un ripensamento critico del benessere della popolazione anziana, nonché delle condizioni di fragilità ad esso legate. Se il benessere può essere definito in termini multidimensionali e inclusivi (Bramanti e Meda, 2016), allo stesso modo la condizione di fragilità che segna l'assenza di pieno benessere non può che seguire la stessa articolazione multidimensionale.

Nella letteratura sociologica la concettualizzazione della fragilità si presenta, dapprima, secondo un significato spiccatamente biomedico o clinico; questo ha conosciuto un declino nell'ultimo decennio, a favore di uno sguardo più completo sul fenomeno della fragilità, con connotazioni oltre che mediche anche bio-psico-sociali. A partire dalle opere di Gobbens e collaboratori (2010), si preferisce definire la fragilità come una condizione di vulnerabilità a livello bio-psico-sociale. Essere fragili significa quindi essere maggiormente a rischio di incorrere in una perdita funzionale e/o di autonomia. Tra gli studi che hanno indagato il tema della vulnerabilità, attraverso una prospettiva che includesse il tema delle reti sociali, si ricorda il lavoro di Peek (Peek et al., 2012), che ha affrontato, mediante uno studio longitudinale, l'impatto dei fattori di stress sull'aumento della vulnerabilità e l'effetto del supporto sociale come strategia per affrontare la fragilità. Dall'analisi emerge che i fattori di stress legati a problemi di salute e difficoltà economiche determinano un aumento della fragilità nel corso del tempo, mentre gli eventi non sanitari non sono significativamente correlati con un aumento della fragilità nel tempo. Per quanto riguarda il sostegno sociale, invece, esso si associa a un minor aumento della fragilità per chi è già moderatamente fragile, mentre per chi si trova già in condizioni di forte fragilità il contributo del sostegno sociale risulta essere poco significativo. Un importante contributo è quello proposto da van Campen (2011), secondo cui è possibile rintracciare alcuni aspetti peculiari della fragilità sociale, definita come «un deficit nelle relazioni sociali» (mancanza

di un partner fidato o confidente, mancanza di sostegno, scarsa partecipazione alle relazioni familiari, vicinato, associazioni che causano un potenziale isolamento). Per sottolineare come la fragilità non sia un concetto puramente clinico, Bunt e colleghi (2017) parlano di fragilità sociale come di una condizione che può essere letta nei termini di un continuum, che implica l'essere a rischio di perdita (o di aver perso) risorse che sono importanti per soddisfare quei bisogni sociali di base durante tutto il corso della propria vita. Si può quindi parlare di fragilità non solo nelle situazioni in cui il soggetto non è in grado di soddisfare i propri bisogni sociali, ma anche quando non svolge attività sociali e/o quando non è in grado di essere autonomo/indipendente. La definizione della condizione di fragilità e vulnerabilità dell'anziano consente di articolare in modo più completo la costituzione di una società a misura di anziano, prevenendo interventi più puntuali sia nell'ambito del benessere del soggetto che nel bilancio dei costi (tabella 2).

TABELLA 2
La concettualizzazione della fragilità

	Capacità elevata e stabile	Capacità in calo	Significativa perdita di capacità
Rischi e sfide	Comportamenti a rischio	Mobilità, sarcopenia, fragilità, deficit cognitivo o demenza, difficoltà sensoriali	Difficoltà nell'esecuzione di compiti di base, dolore e sofferenza causati da condizioni croniche avanzate
Obiettivi	Mantenere capacità e resilienza	Invertire, arrestare o rallentare la perdita di capacità	Compensare la perdita di capacità
Risposte	Ridurre i fattori di rischio e incoraggiare comportamenti sani Rilevazione precoce e gestione delle malattie croniche Costruire la resilienza attraverso comportamenti che migliorano la funzionalità, rafforzando le capacità personali e relazionali	Implementare programmi integrati erogati a livello di assistenza sanitaria primaria Trattare le cause alla base del declino della capacità Mantenere la massa muscolare e la densità ossea attraverso l'esercizio fisico e l'alimentazione	Interventi per recuperare e mantenere la capacità intrinseca Cura e supporto per compensare le perdite di capacità e garantire dignità Accesso rapido alle cure Assistenza palliativa e di fine vita

Nota. Tre periodi comuni di capacità intrinseca in età avanzata; rischi e sfide, obiettivi e risposte chiave di un sistema sanitario (Rielaborazione da WHO, 2015, p. 100).

Il focus sulla fragilità consente, quindi, da un lato, di estendere qualitativamente la nozione di benessere dell'anziano, non più riducibile alla sola componente bio-medica o clinica; dall'altro, suggerisce un'azione — pubblica, privata e di Terzo settore — in grado di prevenire, in molti casi, i costi di cura destinati a situazioni di non autosufficienza. Si nota, infatti, che la fragilità, arricchendo la semantica del benessere individuale dell'anziano, costituisce un indicatore di intervento per servizi capaci di svolgere una funzione preventiva rispetto alle diverse forme di degenerazione (Cavazza e Malvi, 2014).

Organizzazione e spese in servizi sociali in Italia: i dati regionali

In Italia due importanti riforme riguardanti (a) l'assistenza sociale (Legge 328/2000)² e (b) il decentramento delle competenze (Legge di riforma costituzionale del 2001)³ hanno territorializzato le scelte di politica sociale, destinando contributi e spese a livello locale e facendo passare in secondo piano gli orientamenti provenienti dal governo centrale. Quello della regionalizzazione e territorializzazione dei servizi sociali è un processo che ha interessato anche altri contesti nazionali e sui cui effetti la letteratura non ha mancato di esprimersi (Maretti, 2008; Polizzi, Tajani e Vitale, 2013; Kazepov e Barberis, 2013; Bruch, Meyers e Gornick, 2018; Lumino, 2019). In Italia, le Regioni hanno così assunto la competenza in materia sanitaria e gli Ambiti territoriali sociali (ATS)⁴ sono divenuti l'ente principale di programmazione, erogazione e sistematizzazione di tutti gli interventi e servizi sociali. Talvolta, soprattutto da parte della sfera politica, il dibattito sull'ammontare delle risorse pubbliche impegnate per i servizi sociali è spesso caratterizzato da analisi che hanno un focus nazionale; tale osservazione sicuramente ci permette di avere un quadro generale sull'andamento dei servizi sociali nel nostro Paese, ma rappresenta un elemento di analisi non completo, perché le informazioni che fornisce hanno il carattere della incompletezza e ogni riflessione sul reale stato dell'assistenza sociale e sui servizi e interventi posti in essere va riportata necessariamente al panorama sociale regionale e, ancora maggiormente, a quello distrettuale/comunale.

Nella fattispecie, la spesa italiana per politiche sociali (che comprendono quelle sanitarie, quelle previdenziali, quelle educative nonché tutti gli interventi sociali) nel 2017 ha rappresentato il 29,1% del PIL contro il 27,9% della media UE. Al contempo, se si vanno a escludere le spese derivanti dal sistema pensionistico e quelle del sistema sanitario, «il nostro Paese si colloca invece tra quelli con i livelli più bassi di spesa per servizi sociali» (ISTAT, 2020, p. 2), raggiungendo la quota dello 0,41% del PIL, pari a 7 miliardi e 234 milioni di euro,⁵ con un incremento di circa 177 milioni di euro rispetto all'anno precedente. Confrontando i dati delle ultime due rilevazioni effettuate dall'ISTAT, la spesa pro capite è passata da 116 € (2016) a 119 € del 2017, con un aumento del 2,5%. Nell'ultimo anno di rilevazione (2017) sono cresciute (del 4,7%) le spese per servizi e interventi rivolti alla fascia di popolazione anziana (over 65) e quelle inerenti ai servizi dedicati alle persone con disabilità (del 4,1%). Tale aumento di spesa non è però uniforme né confrontando le differenti Regioni

² Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali: la norma è intervenuta in un ambito che non veniva riformato dal 1890.

³ Legge di riforma della Costituzione italiana tramite la quale sono state modificate le competenze delle Regioni nell'ambito delle politiche sociali.

⁴ L'Ambito territoriale sociale è l'aggregazione comunale o intercomunale che ha il compito di avviare nuove forme e modalità di progettazione, organizzazione e gestione associata dei servizi sociali di un determinato territorio così come previsto nella Legge n. 328/2000.

⁵ A cui si devono aggiungere i contributi degli utenti per alcune prestazioni e le risorse messe a disposizione dal Sistema sanitario nazionale per alcune tipologie di interventi maggiormente orientati alla cura di tipo sanitario.

né, soprattutto, a livello degli Ambiti territoriali sociali (ATS). Il modello dei servizi sociali italiani è organizzato in ambiti territoriali e in Italia se ne contano 646 (tabella 3), con una popolazione media di circa 94.000 persone: gli ambiti con il numero più ristretto di utenti si trovano in Valle d'Aosta e Abruzzo (rispettivamente, 9 ambiti con in media 14 mila persone l'uno e 35 ambiti con in media quasi 38 mila persone l'uno), mentre quelli con un numero medio maggiore si trovano nel Veneto (21 ambiti per una media di 234.000 persone). L'organizzazione, le dimensioni e il numero regionale di ambiti dipendono dalle scelte di politica sociale effettuate dal legislatore regionale: tali scelte sono soprattutto caratterizzate dall'essere più o meno orientate a una maggiore integrazione fra servizi di carattere sanitario e interventi e servizi di carattere socio-assistenziale.

TABELLA 3
Ambiti distrettuali sociali per Regione e dimensioni medie

Regioni	Numero ambiti per Regione	Media di abitanti per ambito
Abruzzo	35	37.817
Basilicata	15	38.046
Calabria	30	65.636
Campania	57	102.626
Emilia-Romagna	38	117.088
Friuli-Venezia Giulia	19	64.175
Lazio	37	159.281
Liguria	18	87.198
Lombardia	97	103.193
Marche	23	67.016
Molise	7	44.501
Piemonte	52	84.550
Puglia	45	90.499
Sardegna	25	66.237
Sicilia	55	91.898
Toscana	17	62.403
Trentino-A.A.	34	110.053
Umbria	12	74.331
Valle d'Aosta	9	14.117
Veneto	21	234.045
<i>ITALIA</i>	<i>646</i>	<i>93.844</i>

Per comprendere il livello di spesa per servizi e interventi sociali è opportuno suddividere l'analisi su due piani distinti: quello regionale e quello territoriale (delle municipalità).⁶ Così facendo si ha la possibilità di affrontare in maniera più chiara il quadro della spesa sia in termini assoluti che in termini pro capite. Come si vede dalla tabella 4, le Regioni hanno una media di spesa pro capite molto differente tra loro e inoltre l'allocazione delle risorse rispetto alle varie aree di intervento presenta importanti elementi di differenziazione, conseguenza di una maggiore territorializzazione delle scelte e della singolarità di ogni contesto sociale, pur all'interno di un panorama demografico (quello dell'invecchiamento) simile. Di conseguenza, ad esempio, un anziano che risiede in una determinata Regione avrà mediamente molto di più (in termini di interventi, servizi e risorse) di un altro anziano con medesime caratteristiche sociali che risiede altrove. Lo stesso discorso vale anche per le altre aree di utenza.

TABELLA 4
Spesa percentuale per aree di intervento, spesa complessiva e spesa pro capite in interventi e servizi sociali

Regione	Famiglie e minori (%)	Disabilità	Dipendenze	Anziani	Immigrati, Rom	Povert�, disagio	Multiutenza	Spesa totale regionale (milioni di euro)	Spesa pro capite regionale (euro)
Abruzzo	41,8	32,8	0,2	17,5	0,8	4	2,9	98.040	72
Basilicata	37,9	29,2	1	16,3	5,7	6,5	3,4	37.423	64
Calabria	31,4	22,9	0,8	23,1	10,3	8,9	2,6	47.934	22
Campania	36,5	33,3	0,4	18,9	2,7	4,3	3,9	340.843	56
Emilia-Romagna	42,3	17,9	0,4	23,6	4,4	4,5	6,9	915.175	163
Friuli-V.G.	18,6	22,5	0,1	30,4	8,1	14,7	5	404.446	286
Lazio	48,1	21,7	0,4	12,2	6,4	9,6	1,6	799.296	145
Liguria	44,1	15,4	0,6	22,7	2,5	9,1	5,6	233.208	134
Lombardia	41,3	27,9	0,2	18,9	2,6	4,5	4,6	1.501.303	126
Marche	32,2	25,5	0,4	25,5	2,4	3,7	10,3	200.686	102
Molise	34,3	21,4	0,2	14,9	8,9	7,2	13,1	18.267	58
Piemonte	35	26,7	0,1	21,7	3,1	7,1	6,3	674.241	125
Puglia	45,4	17,3	0,4	18,6	3,9	8,8	5,6	284.567	71
Sardegna	21	43,8	0,3	18,1	1,3	12,2	3,3	408.593	229
Sicilia	41,4	27,2	0,2	13,6	11,3	3,9	2,4	412.200	82

⁶ I dati specifici relativi a questi livelli sono disponibili per l'anno solare 2016, perch  per il 2017 l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) non ha reso nota la ripartizione territoriale delle spese.

Regione	Famiglie e minori (%)	Disabilità	Dipendenze	Anziani	Immigrati, Rom	Povert�, disagio	Multiutenza	Spesa totale regionale (milioni di euro)	Spesa pro capite regionale (euro)
Toscana	35	16,4	0,7	32,9	3,1	6,8	5,1	651.977	131
Trentino-A.A.	25,2	18,1	0,5	44,9	4,7	4,3	2,3	533.993	423
Umbria	47,8	23,4	0,6	13,6	5,1	4,5	5	91.669	88
Valle d'Aosta	19,5	0,3	0	78,1	0,1	1,6	0,4	42.819	208
Veneto	15	22,9	2,4	48,9	1	7,3	2,5	1.380.388	98
ITALIA	34	23,9	0,6	26,8	3,8	6,7	4,3		119

Nota. Gli interventi escludono le spese per la prima infanzia (asili nido). Fonte: Dati ISTAT 2016 (<http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=22825>).

L'analisi dei dati regionali ci permette di rilevare che esiste una forte disparit  tra Regioni, e in particolare:

- nessuna delle Regioni del Sud   in linea con la spesa media pro capite nazionale;
- le Regioni a statuto speciale⁷ (ad eccezione della Sicilia) hanno un ammontare di spesa che risulta essere almeno il doppio della media nazionale;
- nell'Italia meridionale esiste un Mezzogiorno ancora pi  critico, ovvero la Calabria (si veda Caltabiano, 2004), che spende meno della met  di quanto impegna in termini pro capite il Molise (penultima Regione in termini di spesa pro capite).

Inoltre, con specifico riferimento ai servizi per gli anziani, le oscillazioni percentuali hanno una forbice molto elevata: si passa dal 78,1% di risorse impegnate dalla Valle d'Aosta al 12,2% di quelle impegnate dal Lazio, per una media nazionale pari al 26,8%. Mettendo in relazione la spesa pro capite delle Regioni del Mezzogiorno e la spesa percentuale per servizi e interventi dedicati agli anziani si fotografa, in queste Regioni, la presenza di livelli di assistenza esigui: tale dato conferma che soprattutto nel Mezzogiorno prevale un modello di cura che si fonda ancora prevalentemente sul (presunto) sostegno offerto dalla rete familiare, elemento tipico dei modelli mediterranei di welfare (Muehlebach, 2012). Nel complesso si nota che la media nazionale   un valore puramente indicativo e i dati infatti richiamano a uno scostamento elevato tra la capacit  di spesa delle Regioni pi  ricche e quello delle Regioni pi  povere, con importanti ricadute, sia sul piano «pratico» dell'assistenza, sia sulla qualit  di benessere e di sicurezza sociale dei cittadini in alcuni territori. Un altro elemento di paragone riguarda il confronto tra i territori della stessa Regione. Seppur le aree regionali del Nord Italia spendano significativamente pi  che quelle del Mezzogiorno, ci sono ambiti territoriali del Settentrione che hanno una

⁷ Le Regioni a statuto speciale sono: Valle D'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

capacità di spesa molto inferiore alla media regionale (tabella 5). Così come vivere in una Regione può essere mediamente più vantaggioso che vivere in un'altra (in termini di servizi e interventi sociali), lo stesso discorso vale anche per le differenti opportunità che un territorio locale può offrire rispetto ad altri territori del medesimo contesto regionale.

TABELLA 5
Confronto tra spesa minima e massima per ambiti sociali (per Regioni)

Regioni	Ambito regionale con livelli di spesa più bassi (euro)	Ambito regionale con livelli di spesa più elevati (euro)	Spesa pro capite media regionale (euro)
Abruzzo	29 (Marsica)	133 (Montagna Aquilana)	72
Basilicata	36 (Agri Sauro)	97 (Matera)	64
Calabria	3 (Rossano)	57 (Lamezia Terme)	22
Campania	19 (Mondragone)	259 (Salerno)	56
Emilia-Romagna	83 (Rubicone)	239 (Bologna)	163
Friuli-Venezia Giulia	203 (Pordenone)	415 (Trieste)	286
Lazio	53 (Viterbo)	181 (Roma)	145
Liguria	61 (Riviera Val di Vara)	194 (Tigullio Occidentale)	134
Lombardia*	47 (Casteggio)	246 (Milano)	126
Marche	63 (Fabriano)	155 (Ancona)	102
Molise	30 (Agnone)	77 (Larino)	58
Piemonte	64 (Asti)	241 (Torino)	125
Puglia	21 (Martano)	124 (Brindisi)	71
Sardegna	189 (Quartu Sant'Elena)	369 (Iglesias)	229

Regioni	Ambito regionale con livelli di spesa più bassi (euro)	Ambito regionale con livelli di spesa più elevati (euro)	Spesa pro capite media regionale (euro)
Sicilia	37 (Adrano)	145 (Casteltermini)	82
Toscana	62 (Valle del Serchio)	234 (Firenze)	131
Trentino-A.A.	159 (Valle dei Laghi)	520 (Bolzano)	423
Umbria	48 (Norcia)	111 (Perugia)	88
Valle d'Aosta	162 (Aosta, ATS 3)	456 (Donnas)	208
Veneto	69 (Alto Vicentino)	212 (Venezia)	98
<i>ITALIA</i>	3	520	119

* Si esclude il distretto di Campione (345 €) per la sua particolare natura giuridica.

Questa differenziazione interna è significativa per tutte le Regioni, dove tra l'ambito con la spesa pro capite minima e quello con la spesa pro capite massima persistono significativi scostamenti. Inoltre, tre Regioni (Calabria, Molise, Basilicata) non hanno al proprio interno alcun ambito territoriale con una spesa pro capite almeno pari alla media italiana: in questi territori la quota massima destinata alla spesa pro capite per servizi e interventi sociali è di almeno il 20% inferiore a quella nazionale (ed è il caso di Matera).

Come già detto sopra, si segnala in maniera fortemente negativa il caso della Calabria, e in particolare dell'ATS di Rossano Calabro, dove un cittadino riceve in un anno 3 € in termini di servizi e interventi sociali, ovvero quello che mediamente un cittadino dell'ATS di Bolzano riceve in meno di due giorni.

Questa disparità relativa ai servizi e agli interventi sociali ripone in maniera centrale il tema della cittadinanza e dei diritti sociali (Monteduro, 2018) per una vita dignitosa e per la partecipazione alla vita democratica. Come già evidenziato, nelle dinamiche relative all'erogazione e all'accesso alle prestazioni sociali emergono fenomeni quali la rinuncia alle prestazioni per ragioni legate sia al sistema (van Oorschot, 1991) che alle preferenze individuali (Warin, 2017), con la conseguenza di produrre un allargamento della forbice delle disuguaglianze sociali non soltanto Nord/Sud ma anche tra grandi città e periferie. In altri termini, la presenza di disuguaglianze così marcate mette perennemente in discussione l'efficacia di un modello di diritti basato sul contratto di cittadinanza: in alcuni territori essere cittadini significa poter godere di prestazioni che sono numerose e differenziate nella tipologia, in altri territori i bisogni sociali non trovano una risposta adeguata.

Gli interventi a favore della popolazione anziana non autosufficiente: assistenza domiciliare integrata (ADI) e strutture residenziali. Un confronto sui dati ISTAT

L'ISTAT dal 2003 pubblica annualmente *l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati*.⁸ I dati raccolti dall'indagine ISTAT riguardano i seguenti ambiti di intervento: Famiglia e minori; Disabilità; Dipendenze; Anziani; Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti; Povertà, disagio adulti e senza dimora; Multiutenza. Per questo paragrafo, il focus è posto su due servizi specifici dedicati alla fragilità della popolazione anziana, il primo a livello domiciliare e il secondo a livello di struttura residenziale.

1. *L'assistenza domiciliare integrata con i Servizi Sanitari Nazionali (ADI)*⁹ è un servizio fornito congiuntamente dai Comuni e dal Servizio Sanitario Nazionale (tramite le Regioni) a persone non autosufficienti e in condizioni fragili. Queste ultime si riferiscono a una persona con perdita di capacità e funzione a livello fisico, psichico o sociale. Vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista, ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) competente per territorio.
2. *Le strutture residenziali*, ovvero case di cura che forniscono assistenza residenziale per anziani o disabili. Le case di cura sono utilizzate da persone che non necessitano di cure in ospedale, ma non possono essere curate al proprio domicilio.

Come già visto in precedenza, l'Italia è uno dei Paesi europei con le percentuali più elevate di popolazione anziana. In un contesto demografico come questo, le politiche per gli anziani, e soprattutto la spesa sociale, possono svolgere un ruolo chiave nel prossimo futuro della società italiana. I dati presentati nella tabella 6 concentrano l'attenzione sulla spesa regionale per l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari. La spesa totale è la somma di tre spese distinte: due sono spese

⁸ Dal testo di presentazione dell'indagine leggiamo: «L'indagine raccoglie informazioni con cadenza annuale sulle politiche di welfare gestite a livello locale, garantendo così il monitoraggio delle risorse impiegate e delle attività realizzate nell'ambito della rete integrata di servizi sociali territoriali. La rilevazione dei dati viene condotta in collaborazione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), con diverse Regioni e con le Province Autonome di Bolzano e Trento. I dati vengono raccolti dal 2003 attraverso una piattaforma informatica accessibile tramite il sito Internet del MEF a tutti i Comuni e gli Enti associativi sovracomunali coinvolti nella gestione dei servizi e degli interventi sociali».

⁹ Sempre a livello domiciliare, il servizio di assistenza domiciliare (SAD) è un altro servizio di supporto alla fragilità che ha l'obiettivo di aiutare la persona in condizioni di disagio nel disbrigo delle attività quotidiane, sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (ad esempio, igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.). La gestione è interamente a carico dei Servizi sociali del Comune in cui risiede il beneficiario della prestazione. Per questo lavoro abbiamo considerato solo l'assistenza domiciliare integrata con i Servizi Sanitari Nazionali (ADI), in quanto riteniamo che la fragilità socio-sanitaria sia più rilevante rispetto alla fragilità gestita dal Comune con il SAD.

pubbliche (comunali e servizi sanitari nazionali – SSN) e la terza è la quota pagata dagli utenti. L'ultima spesa può variare a seconda del reddito e di altre condizioni socio-economiche dei beneficiari. La copertura dell'ADI per le persone di età oltre i 65 anni è maggiore in Veneto (36,01‰), mentre il livello inferiore è per la Valle d'Aosta (0,03‰), nella quale viene registrato solo un utente su una popolazione totale di quasi 30.000 abitanti.

TABELLA 6

Indicatori demografici e analisi della spesa per assistenza domiciliare integrata nelle Regioni italiane. Anno 2016

Regione	Popolazione 65 anni e oltre	Indice di vecchiaia (rapporto 65 anni e oltre / 0-14 anni)	Beneficiari ADI (n)	Rapporto beneficiari ADI/ 65 anni e oltre (‰)	Spesa totale per ADI (euro)	Spesa Comuni (euro)	Spesa SSN (euro)	Compartecipazione spesa beneficiari ADI (euro)
Piemonte	1.091.411	193,7	7.943	7,28	13.834.247	10.199.603	3.092.163	542.481
Valle d'Aosta	29.076	166,7	1	0,03	136	103	0	33
Liguria	443.446	246,5	821	1,85	1.034.210	1.034.210	0	0
Lombardia	2.193.018	155,7	2.673	1,22	1.474.381	806.155	590.030	78.196
Trentino-A.A.	213.223	130,8	133	0,62	260.128	260.128	0	0
Veneto	1.081.371	159,2	38.942	36,01	48.924.997	13.623.064	34.113.625	1.188.308
Friuli-V.G.	310.951	204,7	478	1,54	869.827	830.303	0	39.524
Emilia-Romagna	1.049.844	175,6	4.463	4,25	8.309.294	4.710.972	2.452.887	1.145.435
Toscana	933.022	195,4	7.684	8,24	13.533.287	7.973.585	5.015.325	544.377
Umbria	220.961	192,4	1.316	5,96	2.106.915	1.430.389	666.986	9.540
Marche	370.951	183,9	170	0,46	374.822	345.127	16.500	13.195
Lazio	1.234.781	152,9	2.221	1,80	4.733.892	4.565.266	0	168.626
Abruzzo	304.403	180,1	504	1,66	1.043.903	1.022.200	20.000	1.703
Molise*	73.695	201,4	58	0,79	177.235	161.035	0	16.200
Campania	1.045.084	117,3	1.811	1,73	7.964.285	7.113.830	769.840	80.615
Puglia	852.349	151,5	2.318	2,72	12.327.770	11.827.519	261.782	238.469
Basilicata	125.794	175,7	48	0,38	65.500	63.700	0	1.800
Calabria	404.826	150,8	1.087	2,69	1.616.407	1.470.728	145.679	0
Sicilia	1.024.867	141,4	1.476	1,44	4.273.930	4.271.604	100	2.226
Sardegna	366.681	187,9	394	1,07	907.496	823.072	0	84.424

Nota. Nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT. * In Molise sono presenti soltanto strutture residenziali private.

Un altro aspetto rilevante da considerare in questa analisi è quello di determinare come ogni Regione suddivide l'ammontare complessivo della spesa — in termini percentuali — nelle tre singole voci: quota pagata dai Comuni, quota pagata dal Servizio Sanitario Nazionale e quota pagata dall'utente (figura 1). La Valle d'Aosta ha la percentuale più alta per gli utenti (quasi il 25%), ma non è rilevante visto che solo un utente è stato registrato nel 2016. Le altre Regioni presentano un intervallo compreso tra 0 e 12% per la spesa a carico degli utenti (compartecipazione). Il Veneto è ancora significativo in questa cifra, grazie al ruolo rilevante svolto dalla percentuale pagata dal Servizio Sanitario Nazionale. In questo caso, i Comuni veneti possono offrire lo stesso servizio ma con una spesa inferiore. In Trentino-Alto Adige, dove il ruolo delle Province autonome di Trento e Bolzano ha un peso rilevante nelle *policies* locali, le spese per l'assistenza domiciliare sono coperte al 100% dai Comuni.

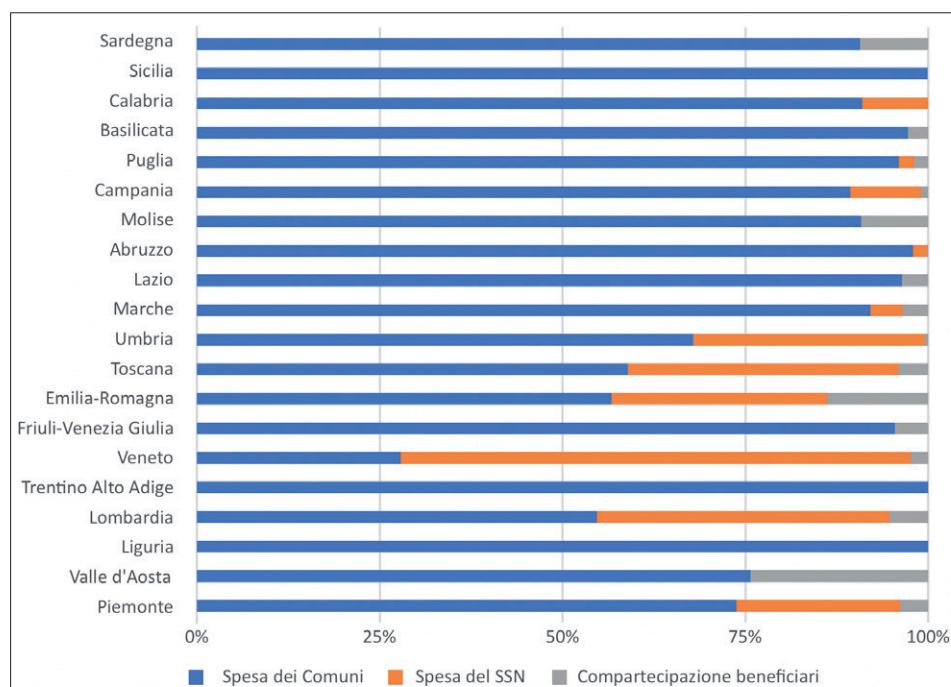


Fig. 1 Spesa per assistenza domiciliare integrata nelle Regioni italiane. Anno 2016. Dati percentuali. Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT.

I dati relativi alle strutture residenziali per anziani presentano uno scenario diverso (tabella 7): ci sono Regioni in grado di coprire quote significative di popolazione, come la Valle d'Aosta (21,22‰) e il Trentino-Alto Adige (25,13‰). Questi dati sono probabilmente indicatori di un territorio in cui nel corso degli anni si è sviluppata un'ampia presenza di queste strutture, grazie all'attuazione di politiche regionali dedicate. Ci sono invece diverse Regioni con un'offerta significativamente limitata, in

particolare al Sud (Puglia, Basilicata, Calabria e Molise, quest'ultimo senza strutture pubbliche). Inoltre, è interessante osservare come vari la spesa a carico dei beneficiari (compartecipazione): da 622 euro in Basilicata a 15.125 euro in Trentino-Alto Adige.

TABELLA 7
Indicatori demografici e analisi della spesa per strutture residenziali nelle Regioni Italiane. Anno 2016

Regione	Popolazione 65 anni e oltre	Beneficiari strutture residenziali (n)	Rapporto beneficiari strutture residenziali/ 65 anni e oltre (‰)	Spesa totale per strutture residenziali (euro)	Spesa Comuni (euro)	Spesa SSN (euro)	Compartecipazione spesa beneficiari (euro)	Quota per beneficiario
Piemonte	1.091.411	2.365	2,17	45.859.501	7.131.658	11.645.630	27.082.213	11.451
Valle d'Aosta	29.076	617	21,22	22.644.929	12.618.094	1.134.991	8.891.844	14.411
Liguria	443.446	1.722	3,88	22.487.430	8.166.367	3.356.196	10.964.867	6.368
Lombardia	2.193.018	3.967	1,81	58.308.049	18.999.030	11.224.017	28.085.002	7.080
Trentino-A.A.	213.223	5.359	25,13	173.682.798	92.626.691	0	81.056.107	15.125
Veneto	1.081.371	4.011	3,71	67.744.131	6.705.718	42.818.895	18.219.518	4.542
Friuli-V.G.	310.951	2.038	6,55	48.936.533	12.732.722	5.737.924	30.465.887	14.949
Emilia-Romagna	1.049.844	8.106	7,72	101.337.317	15.378.399	44.637.704	41.321.214	5.098
Toscana	933.022	5.508	5,90	104.802.891	17.849.445	50.919.289	36.034.157	6.542
Umbria	220.961	114	0,52	1.284.822	285.381	29.970	969.471	8.504
Marche	370.951	1.781	4,80	33.854.788	3.475.322	9.981.541	20.397.925	11.453
Lazio	1.234.781	1.531	1,24	17.989.480	14.417.955	956.320	2.615.205	1.708
Abruzzo	304.403	366	1,20	3.871.407	1.575.653	789.290	1.506.464	4.116
Molise*	73.695	0	0,00	0	0	0	0	0
Campania	1.045.084	1.123	1,07	17.013.588	11.688.125	2.623.345	2.702.118	2.406
Puglia	852.349	375	0,44	3.490.240	3.194.540	0	295.700	789
Basilicata	125.794	45	0,36	124.320	96.320	0	28.000	622
Calabria	404.826	161	0,40	2.108.570	1.077.803	280.844	749.923	4.658
Sicilia	1.024.867	1.033	1,01	14.357.453	11.596.477	122.853	2.638.123	2.554
Sardegna	366.681	1.109	3,02	21.032.050	12.713.941	177.613	8.140.496	7.340

Nota. Nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT. * In Molise sono presenti soltanto strutture residenziali private.

In termini percentuali, la Regione che applica la maggiore quota di compartecipazione alla spesa a carico del beneficiario per il servizio «Strutture residenziali» è

l'Umbria (quasi il 75%), a seguire Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Marche (quasi il 60%). Le Regioni più «generose» in termini di quota per beneficiario sono la Puglia (quasi il 10%) e la Campania (quasi il 15%) (figura 2).

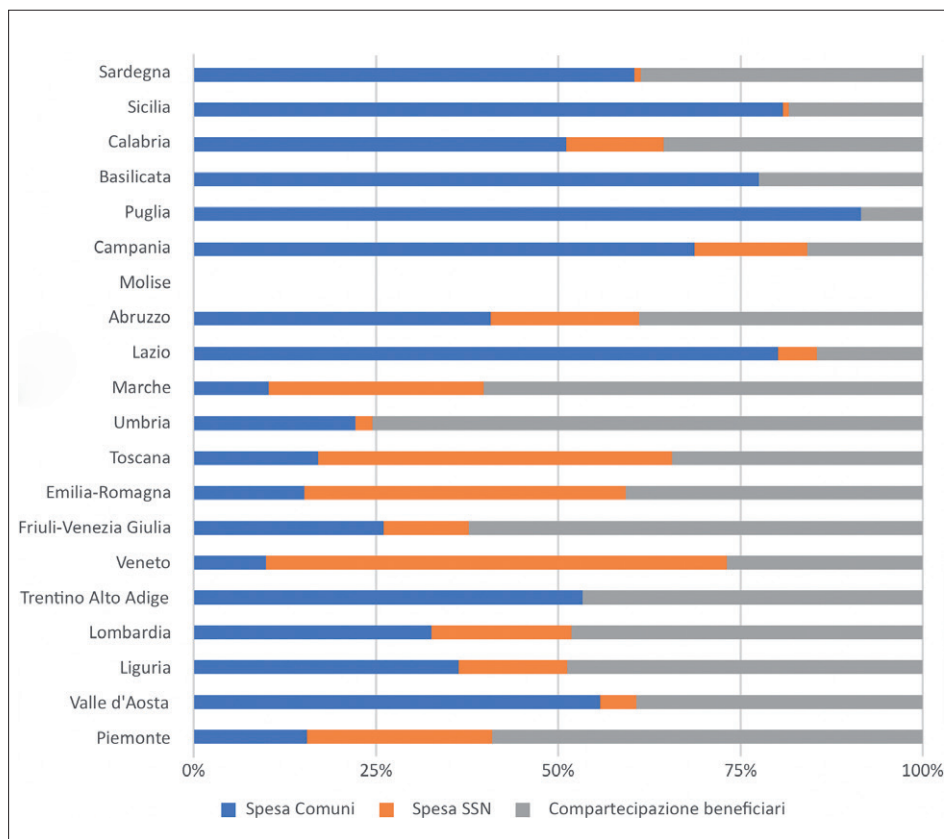


Fig. 2 Spesa per strutture residenziali nelle Regioni italiane. Anno 2016. Dati percentuali. Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT.

La fragilità nei Servizi sociali dei Comuni

Il concetto di fragilità rappresenta un item fondamentale nella costruzione dei servizi a livello locale e di conseguenza nelle indicazioni di spesa e di erogazioni degli interventi; per tale ragione la lettura dei Piani di zona (PdZ) territoriali permette di osservare le modalità con cui il sistema integrato di interventi e servizi affronta il fenomeno della vita anziana.

In questa sede, prendiamo in esame gli orientamenti di politica sociale e quindi i livelli di spesa e servizi di alcuni Comuni italiani che rientrano all'interno di un progetto di ricerca dal titolo «Redesign – frail elderly, intergenerational solidarity and ageing friendly communities». Tale ricerca è finanziata da Fondazione Cariplo e coordinata dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, in collaborazione con l'Università di Verona e l'Università del Molise. Nello specifico i territori coinvolti dall'indagine sono: Milano, Brescia, Abbiategrosso (MI), Verona, Ponte di Piave (TV), Larino (CB), Isernia e Lecce. Il campione è stato definito tenendo conto della rappresentazione di diversi aspetti legati al territorio e alla popolazione, come indicato di seguito.

- La disposizione territoriale. Nord: Milano, Brescia, Abbiategrosso (MI) – Regione Lombardia; Verona, Ponte di Piave (TV) – Veneto. Sud: Lecce – Regione Puglia; Isernia, Larino (CB) – Regione Molise.
- La composizione della popolazione. Comuni di grandi dimensioni: Milano; Comuni di medie dimensioni: Brescia, Verona, Lecce; Comuni di piccole dimensioni: Abbiategrosso (MI), Isernia, Ponte di Piave (TV), Larino (CB).

Dall'analisi dei Piani di zona dei Comuni, la fragilità si configura come un elemento centrale per la definizione del target di popolazione cui destinare specifici servizi. Accanto a questa centratura, si registra tuttavia un'eterogeneità nel livello di chiarificazione del termine, così come la presenza di attributi qualificanti diversi tra loro. Nella definizione di fragilità i documenti proposti dai Comuni del Sud presentano infatti una forte carenza, mentre lo spettro semantico della fragilità trova alcune differenze qualitative tra i Comuni del Nord. I PdZ dei Comuni del Sud (Lecce, Larino e Isernia), pur adottando il termine fragilità quale indicatore della popolazione di riferimento, non assumono alcuna determinazione del lemma. Ovvero, la fragilità non è direttamente associata alle politiche rivolte agli anziani, ma tende a indicare una condizione di vita legata alla non autosufficienza degli individui (siano essi anziani o persone a rischio), coprendo uno spettro semantico maggiormente orientato alla definizione biomedica della condizione di anziano fragile. Al contrario, i Comuni del Nord offrono definizioni articolate di fragilità in riferimento alla vita degli anziani, con la sola eccezione del Comune di Ponte di Piave.

Seppure le amministrazioni di Milano, Brescia, Abbiategrosso e Verona riconoscano la caratteristica multidimensionale della fragilità, conferiscono al termine attributi differenziati. Il Comune di Milano determina la fragilità, attraverso l'espressione dei bisogni della popolazione e la relativa offerta di servizi, secondo la triplice conformazione: socio-sanitaria, economica e psico-sociale. Il Comune di Brescia, che annovera tra i suoi elementi urbanistici una specifica area dedicata alla fragilità, definisce il termine secondo caratteristiche peculiari socio-sanitarie. Nello stabilire i livelli di rischio, il Piano osserva un ampliamento delle situazioni di criticità che i soggetti possono affrontare, che va dalla vulnerabilità sociale alla fragilità socio-sanitaria. Nel PdZ del Comune di Verona il lemma fragilità non è molto frequente; tuttavia, c'è un'assidua associazione del termine con la vita degli anziani. La fragilità è intesa sia in termini biomedici di scarsa autonomia che in termini psico-sociali di solitudine o

assenza di reti. L'amministrazione di Abbiategrasso riconosce il superamento della prospettiva individualistica del termine, fornendo una definizione integrata, che include il contesto familiare e sociale dell'anziano nella situazione di fragilità.

Gli attributi della fragilità nella vita degli anziani aiutano a delineare, oltre a un punto di vista preciso sul fenomeno, un orientamento dei servizi. I servizi rivolti alla popolazione anziana presentati nei Piani sono compresi tra i servizi a domicilio, semiresidenziali, residenziali, i centri di socializzazione e l'assistenza agli anziani (ad esempio, tutela legale, sociale e sanitaria). Quanto più la fragilità assume caratteristiche sociali, economiche e psichiche, oltre agli aspetti biomedici, tanto più i servizi promossi dalle amministrazioni si estendono su diversi fronti, coinvolgendo nella struttura operativa non solo attori pubblici, ma anche quelli provenienti dalle reti di prossimità o dal privato sociale. In questo senso, un elemento di differenza tra Nord e Sud riguarda il rapporto tra enti pubblici, privati e di privato sociale nell'organizzazione dei servizi: al Sud, infatti, l'espansione della partecipazione del privato sociale all'erogazione dei servizi si configura nell'ambito di un'*outsourcing* che tuttavia non copre l'intera area del bisogno, lasciando un intervento marginale in quelle aree del bisogno derivanti dall'evoluzione demografica. In altri contesti, ad esempio a Brescia, il rapporto si configura come un vero e proprio *co-design*. Nelle aree in cui il numero dei servizi, la loro differenziazione e la loro efficienza stanno incontrando numerose difficoltà, situazioni meno standardizzate, come la fragilità degli anziani, rappresentano nuovi problemi sociali di vasta portata, a volte nemmeno letti e quindi assunti dal sistema di welfare locale.

Assistenza domiciliare integrata e strutture residenziali: spesa pubblica e compartecipazione dei beneficiari nei Comuni partecipanti al progetto Redesign

I dati ISTAT relativi alla spesa sociale per il servizio ADI sono disponibili solo per i Comuni di Verona e Lecce. Il servizio ADI — coperto congiuntamente dai Comuni e dal Servizio Sanitario Nazionale — presenta per Verona la quota più alta di beneficiari, circa 85 ogni 1.000 abitanti di età 65 anni e oltre, rispetto a Lecce, con circa 7 ogni 1.000 abitanti. Per quanto riguarda la quota di compartecipazione del beneficiario, i dati per Verona indicano come importo medio 26,89 €, mentre per Lecce il servizio è integralmente a carico del Comune e delle agenzie pubbliche locali (tabella 8).

In merito invece alle strutture residenziali, Verona risulta il Comune con la copertura più ampia: il servizio è utilizzato dal 6,04% della popolazione sopra i 65 anni. A Isernia, probabilmente a causa della mancanza di questo servizio pubblico, non ci sono utenti registrati. A Milano il Comune copre il 2,39% della popolazione anziana, mentre Brescia e Lecce presentano valori più bassi. La quota annuale pagata dagli utenti presenta notevoli differenze tra Verona (1.265 euro) e Milano (9.568 euro). Le spese per i 16 utenti iscritti al Comune di Lecce sono interamente coperte dall'amministrazione pubblica (tabella 9).

TABELLA 8

**Progetto Redesign. Comuni partecipanti al progetto.
Indicatori demografici e analisi della spesa per assistenza
domiciliare integrata con i servizi sanitari. Anno 2016**

Comune	Popolazione 65 anni e oltre	Beneficiari ADI (n)	Rapporto beneficiari ADI/ 65 anni e oltre (%oo)	Spesa totale per ADI (euro)	Spesa Comuni (euro)	Spesa agenzie locali (euro)	Spesa SSN (euro)	Compartecipazione spesa beneficiari ADI (euro)	Compartecipazione spesa beneficiari (euro)
Verona	64.864	5.489	84,62	4.576.295	2.508.308	0	1.920.375	147.612	26,89
Lecce	22.611	144	6,37	396.179	396.179	254.086	0	0	0

Nota. Nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT.

TABELLA 9

**Progetto Redesign. Comuni partecipanti al progetto.
Indicatori demografici e analisi della spesa per strutture residenziali. Anno 2016**

Comune	Popolazione 65 anni e oltre	Beneficiari strutture residenziali (n)	Rapporto beneficiari strutture residenziali/ 65 anni e oltre (%oo)	Spesa totale per strutture residenziali (euro)	Spesa Comuni (euro)	Compartecipazione spesa beneficiari (euro)	Quota per beneficiario
Milano	316.434	755	2,39	14.546.589	7.322.679	7.223.910	9,568
Brescia	48.443	71	1,47	194.929	41.298	153.631	2,164
Verona	64.864	392	6,04	2.637.000	2.140.945	496.055	1,265
Isernia	4.719	0	0,00	0	0	0	0
Lecce		16		92.733	0	0	0

Nota. Nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT.

Infine, il dato che confronta il «peso» delle due spese (comunali e quote pagate dagli utenti) dimostra un chiaro ruolo del Comune di Lecce e Verona (figura 3), mentre a Brescia quasi l'80% viene pagato dagli utenti e per Milano il valore è quasi del 50%.

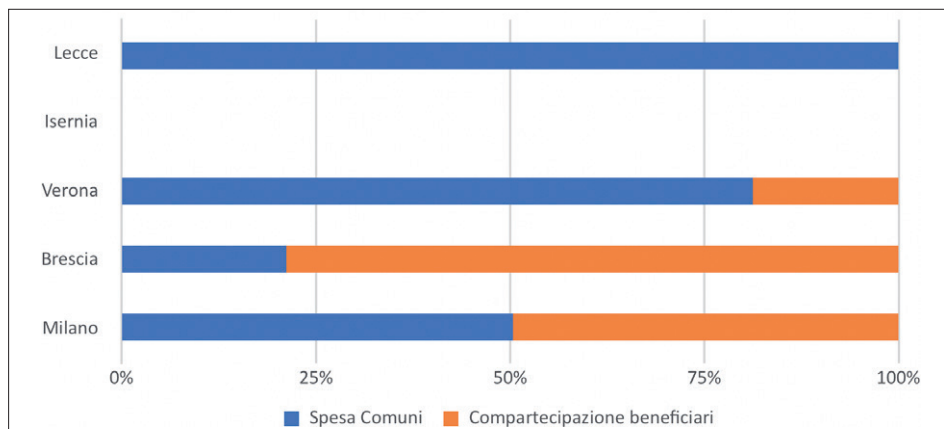


Fig. 3 Progetto Redesign. Comuni partecipanti al progetto. Spesa per strutture residenziali. Anno 2016. Dati percentuali. Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT.

La parte finale dell'analisi delle spese mette a confronto i pagamenti direttamente forniti dai Comuni e, se disponibili, dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), relativi alla popolazione totale di 65 anni e oltre dello stesso Comune. Questi dati permettono di comprendere gli impegni che ogni Comune intraprende sui due diversi servizi per la fragilità degli anziani che abbiamo preso in considerazione in questo paragrafo. Il servizio per l'ADI è sostenuto con un relativo impegno da parte del Comune di Verona (38,67 euro per ogni abitante di età 65 anni e più) e dal Servizio Sanitario Nazionale (29,61 euro per ogni abitante di età 65 anni e più). Il Comune di Lecce copre la stessa spesa con 17,52 euro ma senza il sostegno finanziario fornito dal Servizio Sanitario Nazionale (tabella 10).

TABELLA 10

**Progetto Redesign. Comuni partecipanti al progetto.
Spesa per ADI. Quota Comune e Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2016**

	Spesa Comune pro capite popolazione 65 anni e over (euro)	Spesa SSN pro capite popolazione 65 anni e over (euro)
Verona	38,67	29,61
Lecce	17,52	0,00

Nota. nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT.

La situazione legata all'assistenza agli anziani nelle strutture residenziali vede Verona nella posizione più rilevante in termini di spesa (33,01 euro per ogni abitante di età 65 anni e oltre), seguita da Milano (23,14). Significative differenze per gli altri Comuni coinvolti: 4,10 per Lecce e 0,85 euro per Brescia, mentre a Isernia questo servizio pubblico non è presente (tabella 11).

TABELLA 11
Progetto Redesign. Comuni partecipanti al progetto.
Spesa per Strutture Residenziali. Quota Comune e SSN. Anno 2016

	Spesa Comune pro capite popolazione 65 anni e over (euro)	Spesa SSN pro capite popolazione 65 anni e over (euro)
Milano	23,14	0
Brescia	0,85	0
Verona	33,01	0
Isernia	0,00	0
Lecce	4,10	0

Nota. nostre elaborazioni su dati ISTAT, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati* e GEO-Demo ISTAT.

In conclusione, lo scenario che emerge dall'analisi dei costi dei due servizi pubblici specifici dedicati agli anziani fragili — quelli seguiti con l'assistenza domiciliare integrata e gli ospiti delle strutture residenziali — non è di semplice lettura e classificazione, anche per la diversa modalità di gestione dei servizi a livello regionale e per l'assenza, per alcuni Comuni, dei dati ISTAT relativi alla spesa sociale per anziani. Complessivamente, sembrano emergere non solo le già note differenze tra le macroaree italiane sull'asse verticale Nord-Centro-Sud in termini di spesa pro capite, servizi e numero di utenti, ma anche disparità tra aree territoriali sull'asse orizzontale che meriterebbero ulteriori approfondimenti.

Conclusioni

Presentare una fotografia sullo stato dei servizi sociali italiani è una questione complessa: come evidenziato, infatti, la distribuzione territoriale delle risorse mostra l'esistenza di enormi discrepanze che vanno ben oltre la «classica» distinzione Nord-Sud a cui si affianca quella tra territori metropolitani e aree minori.

La persistente differenza tra Nord e Sud richiama ancora una volta l'attenzione sia sulle politiche *del* e *per* il Sud (Coco, 2011), sia sulla definizione di LIVEas: decisi ma mai approvati, rappresentano oggi un riferimento normativo utile per armonizzare le performance e quindi dare maggiore sostanza al principio di cittadinanza sociale. Il divario costante è diventato ormai significativo (Viesti, 2009; Martinelli, 2019) e si parla apertamente di welfare frammentato non solo sui modelli dei siste-

mi regionali ma anche sul livello minimo di servizi erogati e garantiti (Bertin, 2013; Ascoli e Pavolini 2015). In alcune Regioni del Mezzogiorno si raggiunge appena il 50% della spesa media italiana pro capite, nonostante queste siano le aree del Sud con la maggiore spesa sociale per i servizi (tra quelle con soglia inferiore alla media). Una differenziazione territoriale che ha un impatto profondo sulle categorie più vulnerabili, come i neonati, gli anziani, i disabili e gli immigrati, e che ovviamente rimanda alla secolare questione delle due Italie (Bordandini e Cartocci, 2014). In questo senso, si pongono non pochi interrogativi circa l'eguaglianza derivante dal contratto sociale di cittadinanza.

Medesime differenze si registrano anche a livello di concettualizzazione delle problematiche sociali: a fronte di una uniformità del panorama demografico, emergono importanti elementi di diversità circa il modo di riconoscere i bisogni sociali derivanti dalla condizione anziana. Tale differenziazione è l'esito di chiavi di lettura della vita anziana ancorate a modelli concettuali differenti. Il concetto di fragilità nella vita degli anziani, infatti, assume diverse contestualizzazioni nei documenti di programmazione sociale: ciò conduce a una diversa implementazione dei servizi nei territori locali presi a esame. È stata infatti osservata una forte correlazione tra la descrizione della fragilità nella vita anziana e l'offerta sociale. La distinzione Nord-Sud può riguardare anche il concetto di fragilità in relazione alla qualità e all'innovazione dei servizi. Più la fragilità assume caratteristiche sociali, economiche e psichiche, oltre agli aspetti biomedici, più i servizi promossi dalle amministrazioni si estendono su diversi fronti, coinvolgendo non solo attori pubblici nella struttura operativa, ma anche quelli provenienti dalle reti di prossimità o dal privato sociale.

La seconda distinzione molto significativa è legata alla tipologia di Statuto che governa ogni ordinamento regionale: le Regioni a statuto speciale riescono a impegnare una quantità di risorse in termini di interventi e servizi sociali molto superiori rispetto alle Regioni a statuto ordinario. Se poi i tassi di ricchezza delle stesse Regioni hanno quote elevate, l'impegno medio pro capite per interventi e servizi sociali raggiunge cifre che sono almeno del 300% superiori alla media nazionale (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige).

Esiste però anche una terza frattura di differenziazione, che è rappresentata dalla distinzione centro-periferia, ovvero dalla disponibilità di risorse che impegnano le aree metropolitane rispetto a quelle periferiche della stessa Regione. Quanto più l'area sociale territoriale è geograficamente vicina al capoluogo di Regione, tanto maggiore è la quantità di risorse disponibili. Questa disparità all'interno delle stesse Regioni è evidente per tutte le aree locali del nostro Paese.

In questo modo, come si evince dagli interventi sociali comunali, l'Italia presenta 20 sistemi di welfare territoriale, che differiscono tra loro per una serie di motivi (già ben evidenziati nei lavori di Bertin, Ascoli, Maretti, ecc.) e che di fatto hanno un impatto significativo sull'efficacia del diritto sociale di cittadinanza, chiave di accesso ai benefici all'interno dei modelli di welfare europei.

In questa condizione, la cittadinanza sociale non solo è lontana dal raggiungimento dei suoi obiettivi (uguaglianza ed equità), ma può essere vissuta come una dimensione lontana dalla quotidianità e quindi dall'esperienza dei cittadini: se abi-

tualmente per accedere all'assistenza sanitaria bisogna migrare verso altre Regioni o, parimenti, se il servizio di assistenza sociale presente non risponde al bisogno, oppure è assente, questo mina il rapporto di fiducia tra cittadino e Stato e inquadra piuttosto l'emergere di un fenomeno grave e significativo come la rinuncia ai diritti sociali (mancato godimento delle prestazioni sociali). Questo vulnus dei servizi sociali ha ancora più effetto delle differenze di ampio respiro che si registrano a livello di salute già ampiamente riportate in letteratura (Bifulco, 2019); infatti, più che per i servizi sanitari (dove sicuramente l'emigrazione da Sud a Nord rappresenta un limite a un giusto e corretto godimento del diritto alla cura), per i servizi sociali le difficoltà non possono essere superate migrando in altri luoghi, ma restano come fattori di disuguaglianza difficilmente risolvibili dal singolo cittadino.

Abstract

The ageing population and the differentiation of needs related to elderly life are critical elements for welfare interventions, especially at the local level. This article introduces the concept of frailty in its bio-psycho-social dimension, in relation to elderly life and therefore to the needs that emerge from the ageing processes. National, regional and local expenditure on services to the elderly population in Italy is then analysed, distinguishing between services aimed at elderly frailty (flexible, fragmented and subsidiary) and services aimed at the elderly population as a whole (standard, structural and centralised). The analysis allows to bring out the strong inequalities that characterize the Italian context.

Keywords

Italy – Welfare – Elderly – Frailty – Inequalities – Social expenditure.

Bibliografia

- Ascoli U. e Pavolini E. (a cura di) (2015), *The Italian welfare state in a European perspective. A comparative analysis*, Bristol, Policy Press.
- Bertin G. (2013), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari.
- Bifulco L. (2019), *Investire e innovare: Metamorfosi del sociale e lavoro sociale*, «Sociologia del Lavoro», n. 155, pp. 54-73.
- Bornandini P. e Cartocci R. (2014), *Quante Italie? Il ritorno al tradizionale cleavage tra Nord e Sud del paese*, «Cambio», vol. 4, doi: 10.13128/cambio-19209.
- Bramanti D. e Meda S.G. (2016), *Anziani giovani tra activity e fragilità: Sfide e risorse connesse all'allungamento della vita*, «Salute e Società», a. XIV, n. 2, pp. 135-153.
- Bruch S.K., Meyers M.K. e Gornick J.C. (2018), *The consequences of decentralization: Inequality in safety net provision in the post-welfare reform era*, «Social Service Review», vol. 92, n. 1, pp. 3-35.
- Bunt S., Steverink N., Olthof J., van der Schans C.P. e Hobbelen J.S.M. (2017), *Social frailty in older adults: A scoping review*, «European Journal of Ageing», vol. 14, n. 3, pp. 323-334.

- Caltabiano C. (2004), *Il prisma del welfare: analisi dei regimi socio-assistenziali nelle regioni italiane*, IREF, www.volontariato.lazio.it/documentazione/documenti/PrismaDelWelfare_RicercaIREF.pdf (consultato il 5 agosto 2021).
- Cavazza G. e Malvi C. (a cura di) (2014), *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli.
- Coco A. (2011), *La distanza sociale. Reggio Calabria: le condizioni sociali in una città del Sud*, Milano, FrancoAngeli.
- Esping-Andersen G. (2000), *The sustainability of welfare states into the twenty-first century*, «International Journal of Health Services», vol. 30, n. 1, pp. 1-12.
- Eurostat (2021), *Evoluzione della quota della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni tra il 2009 e il 2019*, UE, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/it (consultato il 5 agosto 2021).
- Gobbens R.J., van Assen M.A., Luijkx K.G., Wijnen-Sponselee M.T. e Schols J.M. (2010), *Determinants of frailty*, «Journal of the American Medical Directors Association», vol. 11, n. 5, pp. 356-364, doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.008.
- Guardiancich I. (2019), *La riforma del welfare in Italia a cavallo della crisi: cause, caratteristiche ed esiti*, «Stato e Mercato», vol. 39, n. 2, pp. 249-270.
- ISTAT (2019), *Indicatori demografici, Stime per l'anno 2018*, Report 7 febbraio, <https://www.istat.it/it/files/2019/02/Report-Stime-indicatori-demografici.pdf> (consultato il 5 agosto 2021).
- ISTAT (2020), *La spesa dei Comuni per i servizi sociali*, Report 18 febbraio, <https://www.istat.it/it/files/2020/02/Report-Spesa-sociale-dei-comuni.pdf> (consultato il 5 agosto 2021).
- Kazepov I. e Barberis E. (2013), *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Roma, Carocci.
- Lumino R. (2019), *Minori, famiglie e servizi sociali: Il peso delle differenze territoriali*, «il Mulino», vol. 68, n. 4, pp. 630-636.
- Maretti M. (2008), *Welfare locali*, Milano, FrancoAngeli.
- Martinelli F. (2019), *I divari Nord-Sud nei servizi sociali in Italia. Un regime di cittadinanza differenziato e un freno allo sviluppo del Paese*, «Rivista Economica del Mezzogiorno», vol. 33, n. 1, pp. 41-80.
- Meier V. e Werding M. (2010), *Ageing and the welfare state: securing sustainability*, «Oxford Review of Economic Policy», vol. 26, n. 4, pp. 655-673.
- Monteduro G. (2018), *Introduzione: diritti sociali e modelli di cittadinanza*. In I. Colozzi e M. Moruzzi (a cura di), *Diritti sociali e modelli di cittadinanza*, Bologna, Bonomo, pp. 23-50.
- Muehlebach A. (2012), *The moral neoliberal: Welfare and citizenship in Italy*, Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Nagarajan N.R., Teixeira A.A.C. e Silva S.T. (2016), *The impact of an ageing population on economic growth: an exploratory review of the main mechanisms*, «Análise Social», vol. 51, n. 218, pp. 4-35.
- Nanetti S., Monteduro G. e Moscatelli M. (2020), *Gli anziani fragili e l'emergenza COVID-19: elementi d'innovazione nel welfare locale*, «Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione», n. 2, doi: 10.32049/RTSA.2020.2.16.
- Peek M.K., Howrey B.T., Ternent R.S., Ray L.A. e Ottenbacher K.J. (2012), *Social support, stressors, and frailty among older Mexican American adults*, «The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences», vol. 67, n. 6, pp. 755-764.
- Polizzi E., Tajani C. e Vitale T. (2013), *Programmare i territori del welfare. Attori, meccanismi ed effetti*, Roma, Carocci.
- Powell J.L. e Hendricks J.J. (2014), *Welfare state in post-industrial society*, Dordrecht/London, Springer.

- Taylor-Gooby P., Leruth B. e Chung H. (a cura di) (2017), *After austerity. Welfare state transformation in Europe after the great recession*, Oxford, Oxford University Press.
- Tepe M. e Vanhuysse P. (2009), *Are aging OECD welfare states on the path to gerontocracy? Evidence from 18 democracies, 1980-2002*, «Journal of Public Policy», vol. 29, n. 1, doi: doi:10.1017/S0143814X0900097X.
- United Nations (2002), *Political declaration and Madrid international plan on action on ageing*, 2nd World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April, http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf (consultato il 5 agosto 2021).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), *World Population Ageing 2019: Highlights*, ST/ESA/SER.A/430, <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf> (consultato il 5 agosto 2021).
- van Campen C. (2011), *Frail older persons in the Netherlands*, The Hague, The Netherlands Institute for Social Research.
- van Oorschot W. (1991), *Non-take-up of social security benefits in Europe*, «Journal of European social policy», vol. 1, n. 1, pp. 15-30.
- Viesti G. (2009), *Nord/Sud: l'eterna questione*, «Il mulino», vol. 58, n. 5, pp. 715-723.
- Warin P. (a cura di) (2017), *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, PUG.
- World Health Organization – WHO (2015), *World report on ageing and health*, Geneva, World Health Organization.

Documenti amministrativi

- Abbiategrosso: Piano Sociale di Zona 2015-2017
Brescia: Piano di Zona 2018-2020
Isernia: Piano Sociale di Zona, 2016-2018
Larino: Piano Sociale di Zona 2016-2018
Lecce: Piano Sociale di Zona 2018-2020
Milano: Piano di Zona 2018-2020
Ponte di Piave: Carta dei Servizi Sociali
Verona: Piano di Zona 2011-2015

Monteduro G., Bertani M. e Nanetti S. (2021), *Tra invecchiamento e fragilità, le spese per interventi e servizi sociali agli anziani. Uno studio di caso su alcuni Comuni italiani*, «Lavoro Sociale», vol. 21, suppl. al n. 4, pp. 21-44 doi: 10.14605/LS92