

3. Il finanziamento e la spesa

Laura Pelliccia

3.1. Introduzione

Il lavoro analizza le recenti tendenze relative al finanziamento e alla spesa del welfare lombardo, iniziando proprio da una descrizione delle fonti che alimentano questo settore, dei soggetti istituzionali coinvolti e dei flussi che si instaurano tra di essi; in secondo luogo si presenta una ricostruzione quantitativa delle risorse a disposizione per le politiche di welfare nel corso della legislatura, specificandone l'origine. Si è cercato per giunta di descrivere quale peso è stato attribuito a quest'area di spesa nell'ambito del bilancio regionale.

Dopo una breve premessa circa i soggetti responsabili dell'allocazione e i vincoli che ne derivano, l'analisi prosegue mostrando come, dato il bilancio complessivo per il welfare, sono state indirizzate le risorse nei confronti delle varie categorie di utenti/servizi. Nell'ambito di questo passaggio si offre un approfondimento sulla spesa della Regione per gli anziani (con qualche confronto con le tendenze nazionali) e su quella per i disabili. Anche gli interventi realizzati tramite buoni e voucher, così caratterizzanti il modello lombardo, meritano una quantificazione specifica.

Seguono alcune considerazioni a proposito dell'organizzazione istituzionale complessiva, in particolare sulla capacità del sistema di finanziamento di realizzare politiche di integrazione.

Infine, dopo una preliminare descrizione e una valutazione dei criteri utilizzati dalla Regione per il riparto dei fondi per il welfare, si propone una panoramica sulle differenze di spesa che si osservano tra le varie Asl.

3.2. Struttura e dinamica macro del finanziamento

Questa sezione ricostruisce il quadro complessivo delle risorse che la Regione ha destinato nel corso della legislatura alle politiche sociali e socio-sanitarie. Il coinvolgimento di entrambe le sfere è senz'altro giustificabile dalla forte interdipendenza dei due mondi, elemento quanto mai di interesse per il sistema lombardo, in relazione al fatto la Regione ha scelto di affidare ad un unico assessorato

(Dg Famiglia e Solidarietà Sociale) sia il governo del sistema sociale che di quello socio-sanitario⁽¹⁾.

In questo capitolo, pertanto, analogamente a quanto intrapreso nella precedente versione di questo rapporto (Da Roit e Gambino, 2005) si considera un'accezione della spesa molto ampia che non si limita alle sole politiche socio-assistenziali ma che, parallelamente alle competenze della suddetta direzione, si estende anche agli aspetti socio-sanitari: l'insieme dei fondi destinati a queste due componenti è definita nel proseguito "risorse-spesa per il welfare" e rappresenta l'insieme dei finanziamenti destinati dalla Regione allo spazio di indagine del presente rapporto (ossia alle "politiche sociali" in senso esteso, così come definite nel capitolo introduttivo)⁽²⁾.

La principale fonte informativa è costituita dalla ricognizione eseguita annualmente dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale in merito alle somme gestite da questa struttura, denominata Bilancio Sociale.

Prima di analizzare gli aspetti quantitativi, è necessaria una breve premessa per descrivere quali sono all'interno del sistema lombardo gli attori istituzionali e i relativi flussi finanziari del settore in questione.

3.2.1. *Il sistema di finanziamento del welfare*

Come premesso, in Lombardia una fetta del Fondo Sanitario Regionale (Fsr) che la Regione ottiene quale riparto del Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) è gestita dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale: nello specifico, le risorse di origine sanitaria governate da questo assessorato sono quelle relative ai servizi socio-sanitari integrati, ovvero la quota che la Regione stessa decide di destinare ai cosiddetti Lea socio-sanitari.

Tali somme sono trasferite alle Asl con assegnazioni distinte rispetto alle restanti risorse sanitarie e, all'interno dei bilanci, vengono gestite con una contabilità separata denominata Bilancio Assi (Attività Socio Sanitarie Integrate)⁽³⁾: con questi fondi

⁽¹⁾ Si ringrazia, per il prezioso supporto informativo, il Dott. Enzo Vaghi, direttore della struttura Risorse Economico-Finanziarie della Dg Famiglia e Solidarietà Sociale.

⁽²⁾ In questo capitolo la spesa per il welfare è stata tratta dal Bilancio Sociale, pubblicazione in cui la Regione ha ricostruito il complesso delle risorse gestite dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale. Questo aggregato coincide pressappoco con i confini dell'area di interesse del presente rapporto (ad esempio vi è inclusa la spesa per la povertà e quella per i servizi socio-educativi, sebbene non ne mostriamo approfondimenti specifici); fa eccezione la spesa per i dimessi dagli ex Ospedali Psichiatrici che, rientrando tra le competenze della Dg Famiglia e Solidarietà Sociale, viene inclusa nel Bilancio Sociale (e quindi nella spesa per il welfare di questo capitolo), anche se questo rapporto tralascia il tema della salute mentale: si tratta comunque di una partita poco rilevante che non incide sostanzialmente sull'analisi complessiva.

⁽³⁾ Le risorse per i Lea sanitari (tra le quali spiccano quelle per l'assistenza ospedaliera), sono invece assegnate alle Asl dalla Dg Sanità e gestite nel Bilancio Sanitario. Il Bilancio delle Asl lombarde si articola inoltre in un ulteriore contenitore detto "Bilancio Sociale", dove vengono gestite le partite finanziate con canali alternativi al Fsn.

le aziende sanitarie, esercitando la funzione di committenza, acquistano i servizi socio-sanitari dai gestori e, in alcuni casi, producono direttamente le prestazioni.

Oltre a queste risorse la stessa Direzione è responsabile di altri finanziamenti settoriali che vengono trasferiti dal livello statale (o da altre fonti come quella comunitaria) e delle risorse proprie della Regione che, nei processi di allocazione del bilancio, l'ente sceglie di destinare alle politiche sociali (la figura 3.1. riepiloga i percorsi infraregionali delle partite finanziarie più rilevanti).

La principale fonte di trasferimento di risorse per i servizi sociali dal centro alle Regioni è il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (Fnps): in Lombardia le risorse così ottenute, al netto di una quota gestita centralmente dalla Regione (meglio articolata nel paragrafo 3.2.2), sono assegnate alle Asl che costituiscono un anello di congiunzione nei confronti degli ambiti distrettuali, i beneficiari finali che utilizzano tali somme per l'attuazione dei Piani di Zona⁽⁴⁾, in particolare per i servizi di nuova attivazione; alle Asl è assegnato anche un ruolo di controllo dello stato della programmazione, e l'erogazione dei fondi agli ambiti distrettuali è subordinata all'esito di tali verifiche.

Nell'ultimo triennio una nuova fonte di risorse statali si è andata ad aggiungere al Fnps, ossia il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (Fnna), un fondo che dovrebbe rappresentare un sostegno per le politiche per l'assistenza continuativa e, prioritariamente, per la costituzione-rafforzamento dei punti unici di accesso ai servizi, per la predisposizione dei piani individualizzati di assistenza integrati (Pai), per il potenziamento dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con particolare riguardo al sostegno degli interventi di tipo domiciliare. In Lombardia tali somme sono affidate in parte alle Asl ed in parte agli ambiti distrettuali.

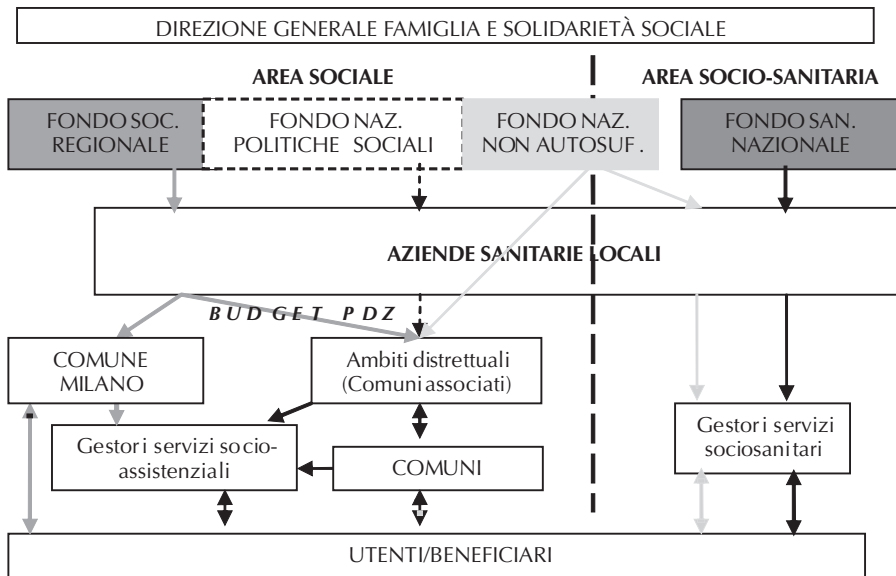
Tra le risorse proprie, quella di maggiore rilevanza è il cosiddetto Fondo Sociale Regionale (Fsr) che costituisce il trasferimento della Regione ai Comuni per il funzionamento dei servizi sociali: anche in questo caso, i fondi sono assegnati in prima battuta alle Asl, che provvedono al riparto agli ambiti territoriali e al Comune di Milano. Le assemblee distrettuali e il Comune di Milano individuano i criteri di utilizzo del Fondo Sociale e il piano di assegnazione dei contributi agli enti gestori (pubblici e privati); analogamente a quanto descritto a proposito del Fnps il trasferimento dei saldi agli ambiti e al Comune di Milano è subordinato ad un monitoraggio da parte delle Asl.

L'insieme del Fondo Sociale Regionale (inclusa la quota destinata al Comune di Milano) e della quota del Fnps e del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza assegnato agli ambiti distrettuali costituiscono il Budget per i PdZ, che viene spesso in servizi socio-assistenziali direttamente prodotti dai Comuni o acquistati dai sog+getti terzi gestori.

⁽⁴⁾ Non tutto il Fondo assegnato agli ambiti distrettuali viene direttamente trasferito agli enti capofila, perché una quota del 5% è costituito presso le Asl come fondo di riequilibrio per la successiva erogazione agli ambiti.

Nella ricognizione delle fonti di finanziamento del settore sociale e socio-sanitario, si ricorda infine anche la quota di compartecipazione che gli utenti pagano direttamente ai Comuni o ai gestori dei servizi.

Figura 3.1 - Sistema di finanziamento delle politiche regionali di welfare



Fonte: Adattamento da Regione Lombardia

3.2.2. L'evoluzione delle risorse

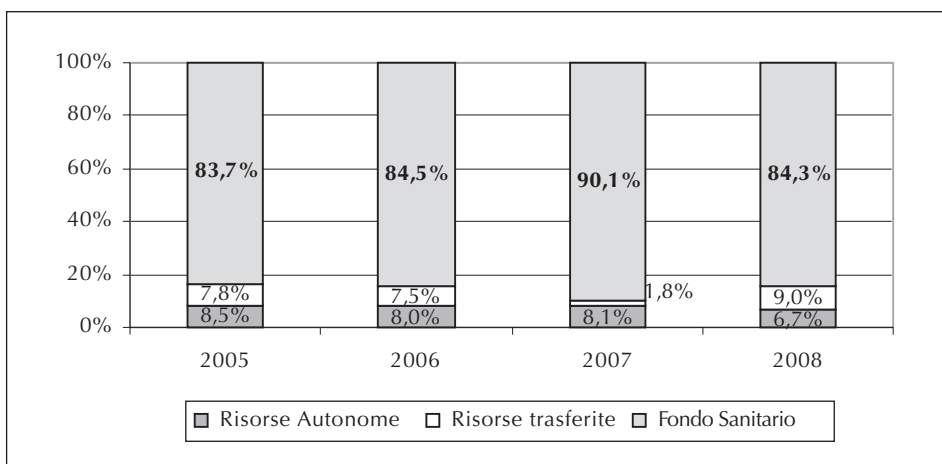
Come premesso alcune delle risorse per le politiche sociali sono proprie della Regione (principalmente il Fondo Sociale Regionale), mentre altre sono di tipo derivato, in quanto trasferite dallo Stato o dall'Unione europea (come il Fnps e il Fnna). Nella nostra analisi denominiamo le prime "autonome" e le seconde "trasferite"⁽⁵⁾. Ad esse, va ad aggiungersi la quota del Fsr che la Regione destina agli interventi socio-sanitari.

Focalizzando l'attenzione sulle sole partite correnti per il welfare (figura 3.2), si sottolinea che buona parte di questi finanziamenti provengono dal Fsr, rispetto al

⁽⁵⁾ Nonostante nel Bilancio Sociale tali risorse siano etichettate come "vincolate", si ritiene più corretto denominarle "trasferite", dato che nell'attuale ordinamento costituzionale non tutti i fondi di derivazione statale o comunitaria possono essere considerati "a destinazione vincolata". Si pensi alle vicende del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (Fnps), una delle principali partite che compongono tale voce: la Consulta ha riconosciuto in più occasioni l'incostituzionalità dei vincoli di destinazione che il livello centrale aveva apposto alle Regioni (ad esempio per la quota del fondo asili o per quella per le famiglie di nuova costituzione) e pertanto, a partire dal 2004, la totalità del Fnps è stato assegnato a titolo di "risorse indistinte".

quale gli altri canali assumono ruoli secondari (ad esempio, nel 2008 le risorse autonome hanno rappresentato il 6,7%, mentre quelle trasferite il 9%, quote esigue rispetto all'84,3% del Fsr). Questa preponderanza dei finanziamenti a carico della sanità si riscontra in tutti gli anni analizzati con una quota del 2008 superiore a quella del 2005 (83,7%). Rispetto al totale delle risorse gestite dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale si è ridotta l'importanza delle risorse proprie (la quota iniziale era dell'8,5%) ed è aumentato il peso delle risorse trasferite (nel 2005 incidevano per il 7,8%).

Figura 3.2 - Risorse correnti per il welfare per fonte, composizione (%), 2005-2008



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale 2008

Rispetto alla situazione di inizio legislatura (tabella 3.1.), i finanziamenti per le politiche di welfare sono aumentati del 17,3%, con una tendenza opposta tra le risorse di natura corrente (+18,4) e gli investimenti, il cui importo nel quadriennio si è quasi dimezzato (passando da 25 a 13 milioni di eur)⁽⁶⁾.

Apparentemente, nell'ambito delle risorse correnti, il canale che si è maggiormente rafforzato è quello delle risorse trasferite (+36,4%), un dato che potrebbe comunque risentire del fatto che il valore dell'ultimo anno è particolarmente elevato poiché compensa l'esiguo importo impegnato nel 2007, che in pratica è stato recuperato nel 2008.

Di rilievo il fatto che nell'ultimo anno, dopo un triennio di sostanziale stabilità, l'importo di risorse proprie destinato dalla Regione alle politiche di welfare risulta in netto calo (da 123 a 113 milioni di eur), attestandosi ad un livello del 93,7% rispet-

⁽⁶⁾ La diminuzione è attribuibile ad un minor afflusso di trasferimenti dal livello centrale e comunitario, dal momento che l'apporto di risorse regionale per gli investimenti si è comunque rafforzato, passando da 5,2 a 10,7 milioni di eur.

to a quello di inizio legislatura: considerando che nel 2008 la Regione ha beneficiato di un importante aumento di risorse trasferite (dovuto in parte ad una contabilizzazione di risorse dell'anno precedente ma anche all'afflusso di nuove fonti quali il Fnna) sembrerebbe delinearsi un fenomeno di spiazzamento delle risorse proprie, vale a dire che la Regione, di fronte alla maggiore disponibilità di risorse trasferite dal Centro o da altre fonti, potrebbe aver reagito contraendo il proprio apporto di fondi. Questi fenomeni sono confermati anche osservando l'andamento dei principali canali settoriali di cui si discute nel prosieguo (tabella 3.2).

A proposito delle risorse del Fsr si constata che i fondi destinati ai soli interventi socio-sanitari hanno subito una crescita più rapida rispetto al finanziamento della pura sanità (il totale del Fsr al netto della quota Assi denominato nella tabella 3.1 "Fsr per interventi sanitari"), ovvero il 19,3% contro il 14,1%.

Ciò sta a significare che nell'ambito dei Lea la quota assorbita dagli interventi socio-sanitari ha leggermente accresciuto la propria importanza (passando dall'8,7% del 2005 al 9,1% del 2008), a discapito degli interventi di carattere meramente sanitario; si ricorda che questa tendenza non è tanto il frutto di scelte gestionali delle Asl ma delle assegnazioni tra bilancio Assi/sanitario operate a monte a livello regionale.

Tabella 3.1 - Risorse per il welfare e risorse per la sanità (2005-2008), v.a. (milioni di eur) e numero indice (2005=100)

			2005	2006		2007		2008	
			v.a.	v.a.	2005=100	v.a.	2005=100	v.a.	2005=100
Risorse per il welfare	a. Correnti	a.1 Autonome	121	120	99,5	123	101,7	113	93,7
		a.2 Trasferite	111	113	101,7	28	25,0	151	136,4
		a.3 Fsr Socio-sanitario	1.191	1.272	106,8	1.372	115,2	1.420	119,3
		Tot. Correnti	1.422	1.505	105,8	1.522	107,1	1.684	118,4
	b. Investimenti		25	18	72,9	14	57,6	13	52,5
	Totali (a+b)		1.447	1.523	105,3	1.537	106,2	1.697	117,3
Fsr per interventi sanitari (Fsr-a.3)			12.507	13.191	105,5	14.044	112,3	14.269	114,1

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Se la Regione ha favorito in modo rilevante le politiche socio-sanitarie, non si riscontra un'analoga accelerazione dei finanziamenti che questo ente ha dedicato alla programmazione di zona (come dimostrato anche dal trend delle risorse autonome della tabella 3.1): dalla ricognizione di dettaglio dei fondi di settore che si propone di seguito (tabella 3.2), in quest'area gli aumenti sembrano dovuti a scelte esterne (di carattere nazionale) più che a scelte allocative regionali.

Analizziamo inizialmente il Fnps, del quale si riporta la quota assegnata annualmente a livello nazionale alla Regione Lombardia (in base ai decreti mini-

steriali di riparto) e la somma attribuita agli ambiti distrettuali⁽⁷⁾: i due aggregati hanno un andamento simile (prima crescente, poi in diminuzione), vale a dire che i Comuni hanno maggiori o minori disponibilità a seconda delle scelte di carattere nazionale (le ultime leggi finanziarie hanno notevolmente ridimensionato il suddetto fondo). Tuttavia si sottolinea che esiste uno scarto non trascurabile tra ciò che la Regione ottiene e ciò che viene trasferito per l'attuazione dei Pdz: questo è particolarmente evidente nel 2009, quando 33 milioni di eur (rispetto ai 10 milioni del 2008) sono trattenuti dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale per progetti di settore, quali gli interventi per ciechi e pluriminorati, i servizi di telefonia per le persone anziane, gli interventi di lotta alla droga di natura socio-sanitaria e le nuove iniziative regionali per le famiglie in difficoltà, in particolare per il buono famiglia (di cui si tratta nel paragrafo 3.4.4). Di conseguenza nell'ultimo anno le risorse del Fnps assegnate agli ambiti distrettuali sono praticamente dimezzate (da 81,7 a 39 milioni di eur): come verrà rimarcato di seguito, anche se tali fondi continuano ad essere destinati al settore sociale, cambia il livello decisionale, perché non sono più governati dalla programmazione di zona ma direttamente dalla Regione.

Per quel che attiene il Fnna, le disponibilità sono cresciute nell'ultimo triennio per effetto del suo potenziamento nell'ambito del bilancio dello Stato; dal 2009 la Regione ha aumentato la quota destinata agli ambiti distrettuali rispetto a quella delle Asl.

A differenza dei fondi precedenti, le dinamiche del Fondo Sociale dipendono esclusivamente da decisioni allocative della Regione. Le risorse proprie trasferite agli enti locali tramite questo canale sono rimaste pressoché stabili nell'arco 2005-2008⁽⁸⁾, mentre per il 2009 hanno registrato una leggera contrazione (da 91 a 87,7 milioni di eur) che proseguirà anche nel 2010 (85,7 milioni, secondo la Dgr 11255/2010).

Nel complesso, quindi, nel corso della legislatura il budget per l'attuazione dei Pdz (come somma delle somme assegnate agli ambiti distrettuali dai tre fondi) è cresciuto fino al 2008 grazie ai maggiori finanziamenti nazionali, per poi subire un crollo importante nel 2009 (da 194,5 a 169,5 milioni di eur).

⁽⁷⁾ La quota del 2005 comprende, oltre all'assegnazione a favore degli ambiti distrettuali, anche la quota destinata al Comune di Milano.

⁽⁸⁾ Nel 2005 il Fondo Sociale veniva ripartito tra Asl e Comune di Milano (Dgr 21410/2005).

Tabella 3.2 - Fondi settoriali (2005-2009): importi (milioni di eur) di competenza Lombardia e assegnazioni agli ambiti distrettuali e alle Asl

		2005	2006	2007	2008	2009
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali	Risorse per la Lombardia da decreti nazionali di riparto	73,3	109,7	105,4	92,9	73,3
	a. Risorse assegnate agli ambiti distrettuali	60,8	90,1	92,0	81,7	39,0
Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza	Risorse per la Lombardia da decreti nazionali di riparto			14,6	44,1	58,8
	Risorse assegnate alle Asl			8,6	22,0	16,0
	b. Risorse assegnate agli ambiti distrettuali			6,0	22,1	42,8
Fondo Sociale Regionale	c. Risorse assegnate agli ambiti distrettuali e al Comune di Milano	91,0	90,3	89,8	90,8	87,7
Totale risorse per Pdz (a+b+c)		151,8	180,4	187,8	194,5	169,5

Fonte: Decreti Ministeriali e Delibere regionali di riparto⁽⁹⁾

3.3. L'allocazione delle risorse nell'ambito del bilancio regionale

Un altro aspetto interessante da indagare è l'importanza assegnata alla spesa per il welfare nell'ambito dei processi di allocazione delle risorse regionali (tabella 3.3). Si ritiene significativo a tale scopo un confronto tra le risorse proprie che la Regione ha scelto di destinare alle politiche sociali (quelle che in precedenza sono state denominate risorse autonome) ed il totale della spesa corrente autonoma, ovvero quella che l'ente ha potuto discrezionalmente scegliere di investire in un settore rispetto ad un altro (che si contrappone alla spesa vincolata)⁽¹⁰⁾.

In tutti gli anni considerati (arco 2005-2008) le risorse autonome per il sociale rappresentano meno dell'1% della spesa discrezionale, e tale incidenza risulta in calo nel primo biennio (dallo 0,6% allo 0,5%) per poi stabilizzarsi: l'impegno verso quest'area di spesa non sembra dunque essere stato potenziato.

⁽⁹⁾ Si elencano le Dgr da cui sono stati tratti i dati e l'anno di competenza: per il Fnps 1642/05 (2005), 3931/06 (2006), 6398/07 (2007), 9152/09 (2008), 11255/10 (2009); per il Fnna 8243/08 (2007), 9152/09 (2008), 11255/10 (2009); per il Fondo Sociale Regionale 21410/05 (2005), 2222/06 (2006), 6398/07 (2007), 8550/08 (2008), 13994/09 (2009).

⁽¹⁰⁾ Nel confronto si tralasciano le "risorse trasferite" della tabella 3.1 perché si ritiene che l'evoluzione del tempo dell'incidenza di queste partite rispetto al totale del bilancio regionale sia influenzata da fenomeni come i trasferimenti dal centro e dall'Unione europea esogeni alle scelte dell'ente (sebbene, come argomentato in precedenza si tratti di fondi non esclusivamente a destinazione vincolata è chiaro che eventuali fluttuazioni di queste fonti condizionano la capacità di spesa della Regione).

Se si ripete lo stesso confronto per la spesa socio-sanitaria, l'incidenza rispetto alle risorse proprie subisce un leggero ridimensionamento tra il 2005 e il 2006 (da 6,3% a 5,2%), per poi tornare a crescere nell'ultimo biennio fino al 6,5% del 2008, un valore più elevato di quello di inizio legislatura. Questo aumento di importanza rispetto alla spesa discrezionale riguarda i soli interventi socio-sanitari piuttosto che il complesso degli interventi finanziati con i fondi per la sanità: infatti l'incidenza del Fsr sulla spesa corrente autonoma tra il 2005 e il 2008 si è leggermente ridotta (dal 72,8% al 72,2%). Ciò appare coerente con i dati già discussi che manifestavano che nell'ultimo quadriennio il Fondo Socio-sanitario è cresciuto ad un ritmo più rapido dell'intero Fsr.

Tabella 3.3 - Spesa per il welfare Fsr e spesa autonoma regionale corrente, 2005-2008: valori assoluti (milioni di eur) e incidenza (%)

	2005	2006	2007	2008
a. spesa corrente per le politiche sociali finanziata con risorse autonome*	121	120	123	113
b. fondo socio-sanitario corrente*	1.191	1.272	1.372	1.420
c. fondo sanitario regionale*	13.697	14.463	15.416	15.689
d. spese correnti autonome (impegni)**	18.817	24.688	23.922	21.725
<i>incidenza spesa sociale su allocazione risorse proprie (a/d)</i>	<i>0,6%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,5%</i>
<i>incidenza spesa socio-sanitaria su allocazione risorse proprie (b/d)</i>	<i>6,3%</i>	<i>5,2%</i>	<i>5,7%</i>	<i>6,5%</i>
<i>incidenza spesa sanitaria su allocazione risorse proprie (c/d)</i>	<i>72,8%</i>	<i>58,6%</i>	<i>64,4%</i>	<i>72,2%</i>

Fonte: Elaborazione dati *Bilancio Sociale e **Relazione sul rendiconto generale, anni vari (impegni correnti per spese di funzionamento ed operative)

A partire dai dati di bilancio della Regione⁽¹¹⁾, l'evoluzione della spesa per il welfare (sociale e socio-sanitario) viene inoltre confrontata con quella di altri setto-

⁽¹¹⁾ La classificazione del bilancio per macroaree di spesa è stata ricavata a partire dalla classificazione funzionale di II livello della spesa complessiva (corrente e conto capitale), riportata nel rendiconto generale. Per ottenere un aggregato coerente con l'oggetto di questa analisi è stato necessario dapprima correggere la voce "assistenza sociale e relative strutture", visto che la Regione vi collocava anche spese abbastanza cospicue più propriamente sanitarie (come quelle per l'informatica sanitaria ed altre spese regionali strumentali all'attività sanitaria): perciò le abbiamo trasferite sotto la voce "difesa della salute e relative strutture" (tabella 3.1. Appendice). Da questa stessa voce abbiamo poi scorporato la quota socio-sanitaria (il cui importo è tratto dal Bilancio Sociale) per distinguere questa voce dalla pura assistenza sanitaria. Infine per ottenere dati più sintetici, abbiamo raggruppato le aree di spesa per aree omogenee, secondo la classificazione riportata nella tabella 3.2. Appendice. Non è stato possibile usare direttamente la classificazione di I livello riportata nel rendiconto regionale perché sarebbe stato necessario scomporre ulteriormente la classificazione di II livello, visto che quella di primo livello utilizzata dall'ente non è ottenuta come pura aggregazione di voci del II livello. Si ringrazia la Struttura Ragioneria e Credito dell'U.O. Ragioneria Generale

ri (figura 3.1. Appendice, in www.lombardiasociale.it). Ne risulta che altre aree nello stesso periodo (2005-2008) hanno ricevuto incrementi di risorse molto più cospicui⁽¹²⁾, ad esempio la spesa per lo sviluppo economico, (che comprende la spesa per le attività economiche e quella per il lavoro e che ha realizzato un +29%) e quella per i trasporti (32,7%), segno di una legislatura che ha maggiormente favorito lo sviluppo economico-infrastrutturale rispetto ai servizi diretti alla persona-famiglia.

Sarebbe stato indubbiamente interessante comparare la spesa complessiva per gli interventi di welfare della Lombardia con quella del resto del Paese ma purtroppo ancora oggi il sistema statistico nazionale non offre informazioni omogenee per le singole Regioni, soprattutto a causa del fatto che non esiste un modello unico di riferimento per classificare i bilanci regionali per funzioni di spesa (per una discussione delle difficoltà che si incontrano per questo genere di confronti si rimanda a Arlotti, 2009b).

Nel resto del lavoro, ove possibile, si presenteranno comunque alcuni confronti interregionali relativi ad alcune specifiche attività.

3.4. L'allocazione del bilancio per il welfare

Dopo avere osservato l'ammontare del budget per il welfare ci si sofferma sulle modalità con le quali tali fondi vengono impiegati, specificando quali sono i soggetti responsabili di queste scelte allocative. Prima di analizzare le evidenze empiriche, si descrive brevemente il ruolo dei vari attori istituzionali nei processi allocativi nel modello lombardo.

La quota di risorse per l'Assi trasferita alle Asl (quella a carico del Fsr) è definita a monte dalla Dg Famiglia. Le aziende sanitarie non hanno piena autonomia nella gestione di questi fondi, ma contrattano annualmente con la Regione il tetto massimo che possono spendere in alcune macroaree quali i servizi diurni e domiciliari, la riabilitazione, le tossicodipendenze e gli altri costi⁽¹³⁾. Esistono inoltre veri e propri fondi vincolati che la Regione trasferisce alle Asl per iniziative specifiche quali una parte dei costi per i ricoveri di pazienti in stato vegetativo e le iniziative a favore di pazienti affetti da Sla.

Anche per quel che riguarda i fondi della sfera del sociale il livello regionale interviene nelle scelte allocative della programmazione di zona. Se nella fase di avvio della riforma del welfare lombardo la Regione aveva imposto che il 70% del Fn-

e Direzione O.P.R per i chiarimenti sul contenuto della funzione "assistenza sociale e relative strutture" e sul relativo raccordo con la classificazione funzionale di II livello.

⁽¹²⁾ Va segnalato che comunque diversi settori hanno subito importanti tagli, specialmente le abitazioni e il capitale umano (inteso come formazione-cultura-ricerca).

⁽¹³⁾ Tali vincoli non sono assoluti, ma esiste un piccolo margine di flessibilità, ad esempio nella gestione del tetto degli altri costi (spesa per dimessi da Op, consultori non finanziati a tariffa, assistenza a tossicodipendenti in carcere) che in parte le Asl possono trasferire alle altre aree.

ps fosse utilizzato per i titoli sociali (buoni e voucher), nei più recenti provvedimenti di riparto (es. Dgr 9152/09), questi vincoli quantitativi sono rimossi, ma la Regione continua ad individuare le aree di massima alle quali tali fondi vanno destinati: si precisa che il Fnps deve essere utilizzato prioritariamente per i titoli sociali, le nuove unità di offerta, i progetti-interventi ex legge di settore, l'attività degli uffici di piano e i costi delle gestioni associate a livello di ambito. A fine legislatura l'autonomia di spesa dei Comuni si è ridotta non tanto perché sono stati inseriti nuovi vincoli di destinazione quanto perché, come descritto nel paragrafo 3.3.2, è aumentata la quota del Fnps direttamente gestita dalla Regione.

Da segnalare infine che l'impiego del Fondo Sociale Regionale spetta agli ambiti distrettuali, a condizione che però lo stesso sia speso per il funzionamento dei servizi già esistenti (quindi per ciò che è già consolidato) allo scopo di diminuire le rette a carico dei Comuni e degli utenti; in particolare sono finanziabili con questa fonte i servizi per i minori (inclusi i nidi), quelli per gli anziani (solo riguardo al Sad) e per i disabili, gli inserimenti lavorativi e le comunità ad utenza mista.

La Dg Famiglia e Solidarietà Sociale ha scelto di destinare il Fnna in parte alle Asl, per l'Adi, il voucher socio-sanitario e i Cdi (oltre che per i punti unici di accesso e i Pai) ed in parte agli ambiti distrettuali per i titoli sociali (buoni e voucher), per il Sad e per i progetti per la vita indipendente dei disabili gravi. I decreti nazionali di riparto del Fnna precisavano che lo stesso doveva essere impiegato per coprire i soli costi di rilevanza sociale e che non doveva sostituire prestazioni di tipo sanitario. L'assegnazione di circa la metà della quota ottenuta dalla Lombardia alle Asl per l'Adi e il voucher socio-sanitario poteva apparire incoerente con le indicazioni di carattere nazionale, dal momento che le Asl avrebbero potuto finanziare con questi fondi componenti di tipo sanitario (per le quali ottenevano risorse dal Fsr). A fare chiarezza su questo punto è intervenuta la Circolare della Dg Famiglia e Solidarietà Sociale n. 15567 del novembre 2009 che ha precisato che le Asl devono coprire con questi fondi esclusivamente gli oneri delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Date queste premesse, si propongono alcune evidenze sull'andamento dell'allocazione tra diverse categorie di utenti/servizi, presentando anche confronti con il resto del paese (ove possibile). Si analizza inoltre l'importanza assunta da una particolare natura di spesa, ovvero quella per titoli.

3.4.1. *L'allocazione tra le diverse categorie di utenti/servizi*

Il budget per il welfare ha trovato collocazioni distinte all'interno delle risorse sociali rispetto a quelle socio-sanitarie⁽¹⁴⁾. Nel primo caso, a proposito delle risorse

⁽¹⁴⁾ Sarebbe stato interessante arrivare ad una classificazione globale della spesa (sociale e socio-sanitaria) per categorie di utenti ma purtroppo per la prima tipologia di fondi si conosce la ripartizione per aree di spesa soltanto per le risorse proprie, mentre per le risorse trasferite il Bilancio Sociale non attribuisce tutta la spesa alle singole aree di bisogno, in quanto una quota molto rilevante viene

proprie (tabella 3.4) – che si ricorda hanno subito una flessione nell’arco 2005-2008 – si riscontra che le aree che hanno subito una contrazione più marcata della spesa sono quelle dell’emarginazione-dipendenze (-76,4%) e quella degli stranieri (-51,8%). In generale tutte le categorie hanno conosciuto variazioni negative della spesa, ad eccezione dell’area minori, la cui spesa è comunque aumentata del 13,5% (le evidenze disponibili includono anche la spesa per investimenti).

Secondo i dati più recenti, sono proprio le risorse per i minori ad assorbire la maggior quota di spesa (40,1%), seguiti dai fondi per gli anziani (21%) e dall’area trasversale (20,8%); la spesa per i disabili pesa per il 16,8%, mentre emarginazione-dipendenze e stranieri hanno un’importanza decisamente esigua.

Tab. 3.4 - Spesa autonoma regionale (corrente+investimenti) per area di intervento (2005,2008): valori assoluti, variazione (%), composizione (%)

	valori assoluti (migliaia di eur)		variazione 05-08 (%)	composizione (%)	
	2005	2008		2005	2008
Anziani	27.033	26.064	-3,6%	21,5%	21,0%
Disabili	21.366	21.778	-2,8%	17,0%	16,8%
Minori	43.718	49.611	13,5%	34,7%	40,1%
Emarginazione/Dipendenze	2.970	700	-76,4%	2,4%	0,6%
Stranieri	1.861	897	-51,8%	1,5%	0,7%
Trasversale	29.073	25.781	-11,3%	23,1%	20,8%
TOTALE	126.021	123.831	-1,7%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Nel caso della spesa per i Lea socio-sanitari (tabella 3.5) si dispone di un dettaglio informativo più articolato, dal quale emerge innanzi tutto che gli interventi a favore degli anziani hanno un considerevole rilievo economico (63,2% nel 2008, seppure in leggera diminuzione rispetto al 2005), seguiti a lunga distanza dalle attività di riabilitazione e da quelle per i disabili che assorbono rispettivamente il 18,4% e l’11,2% della spesa; nel complesso la composizione della spesa per tipologia di intervento non è poi così diversa da quella del 2005, a meno di un aumento di importanza della spesa per i disabili a discapito di quella per la riabilitazione (quest’ultimo fenomeno si presume sia collegato alla riforma del settore volta a classificare appropriatamente le prestazioni in oggetto, evitando di far rientrare in questa categoria attività di mantenimento e non riabilitative).

Come anticipato, dall’inizio della legislatura la spesa socio-sanitaria ha avuto un’evoluzione rapida (+19,3%): dalla scomposizione di detta voce per tipologia di in-

collocata sotto la voce “Fnps”, senza specificarne l’area di destinazione. Essendo questi dati poco significativi per la nostra analisi si è preferito limitare l’osservazione alle sole risorse autonome.

tervento, si osserva che nel quadriennio 2005-2008 tutte le aree hanno conosciuto una crescita, sebbene non uniforme. Se l'incremento è stato comunque sostenuto nell'area degli anziani (+15,5%), a confronto, per altre voci si è assistito ad una vera e propria esplosione, come nel caso dei servizi per i tossicodipendenti (+66,2%) e dei consultori privati (+129,8): in quest'ultimo settore l'ingente crescita è attribuibile alla politica di sviluppo dell'accreditamento di tali strutture, il cui numero, tra il 2005 e il 2008 è aumentato del 39,6%, con un incremento dell'utenza del 104,5% (Fonte: Bilancio Sociale 2008).

Tabella 3.5 - Spesa socio-sanitaria per area di intervento e tipo di struttura: variazione 2005-2008(%), composizione 2005 (%) e composizione 2008 (%)

	variaz. spesa 2005-2008 (%)	composiz. spesa 2005 (%)	composiz. spesa 2008 (%)	tipo di struttura	variaz. spesa 2005- 2008(%)	composiz. spesa 2005	composiz. spesa 2008
Anziani	15,5%	65,3%	63,2%	Rsa	16,3%	86,3%	86,9%
				Cdi	46,5%	2,5%	3,2%
				Adi	-8,3%	6,0%	4,7%
				Voucher	15,1%	5,2%	5,2%
				Tot. anziani	15,5%	100,0%	100,0%
Disabili	54,4%	8,7%	11,2%	Rsd	69,0%	52,2%	57,1%
				Css	294,1%	1,2%	3,2%
				Cdd	49,3%	34,7%	33,5%
				Dimessi da OP	-19,2%	11,9%	6,2%
				Tot. disabili	54,4%	100,0%	100,0%
Riabilitazione	5,8%	20,7%	18,4%				
Tossico- dipendenti	66,2%	1,9%	2,7%				
Consultori privati	129,8%	0,5%	0,9%				
Altro	46,3%	2,9%	3,6%				
Totale	19,3%	100,0%	100,0%				

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale 2008

3.4.2. La spesa per gli anziani

Come premesso la spesa per gli anziani rappresenta la partita più rilevante tra quelle gestite dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale (pari nel 2008 a 897 milioni di eur, equivalenti al 3,9% dell'intero bilancio regionale), con un'evoluzione comunque importante nell'ultimo quadriennio (+15,5%, tabella 3.5).

Una quota considerevole di detta spesa è assorbito dall'assistenza di tipo residenziale (86,9% nel 2008 per le Rsa) a confronto della quale gli altri regimi assistenziali hanno un peso decisamente modesto: solo il 3,2% viene impiegato per assiste-

re gli anziani in regime semiresidenziale (Cdi), mentre l'assistenza domiciliare ha un peso di meno del 10%; di questa voce il 4,7% viene erogato in forma diretta dalle Asl (Adi) e il 5,2% tramite i voucher socio-sanitari.

Questa posizione di predominanza della spesa per le Rsa si è rafforzata nel corso della legislatura (la quota del 2005 era leggermente inferiore, ossia l'86,3%), con un incremento di risorse impiegate in questa forma di assistenza in termini assoluti di 109 milioni di eur (pari ad una variazione del 16,3%) che da sola spiega buona parte della crescita della spesa socio-sanitaria per gli anziani (120 milioni di eur); da notare che il consistente aumento della spesa per le Rsa si è verificato anche in presenza di un freno al processo di accreditamento (l'offerta di posti nelle Rsa si è sviluppata solo del 4,8% tra il 2005 e il 2008).

Oltre alla spesa per la residenzialità degli anziani dal 2005 sono state potenziate notevolmente anche le risorse per i Centri Diurni (+46,5%), con un relativo incremento di importanza rispetto alla spesa totale.

Rispetto a questi due fenomeni, il regime domiciliare (somma di Adi e Voucher) è risultato nel suo complesso penalizzato (passando da un peso complessivo del 11,2% del 2005 al 9,9% del 2008); in particolare è stata l'Adi a subire un forte ridimensionamento, con un taglio dell'8,3% della spesa, che significa una riduzione dell'impegno del Ssr nella produzione diretta del servizio mentre, come verrà ripreso nel paragrafo successivo, si è preferito rafforzare l'erogazione tramite voucher (+15,1%).

Comunque, la spesa per il regime domiciliare (diretta e tramite voucher) ha conosciuto nel quadriennio una crescita esigua (2,6%). Da sottolineare che la complessiva diminuzione di importanza dell'assistenza di tipo domiciliare sembra in contrasto con quanto annunciato dallo stesso Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 (pag. 62) che, riconoscendo i rischi di un eccessivo e inappropriato ricorso all'istituzionalizzazione, intendeva promuovere azioni a favore della permanenza a domicilio degli anziani; nello stesso Bilancio Sociale 2008 (pag. 187) la Regione ammette i problemi di insostenibilità finanziaria che possono derivare da un ulteriore sviluppo dell'offerta residenziale.

Le evidenze appena esposte dimostrano il consolidamento delle scelte assistenziali lombarde avviate con la riforma di inizio secolo che per molti aspetti distinguono la Regione nel panorama nazionale. È utile a tale scopo un confronto con le tendenze in atto nel resto del paese (tabella 3.6).

Nel complesso la Regione Lombardia ha speso nel 2007 in assistenza per ogni anziano (over 65) una cifra (525,81 eur) in linea con le altre Regioni del Nord (526,62 eur) e decisamente superiore alla media nazionale (377,64 eur)⁽¹⁵⁾.

⁽¹⁵⁾ Tali informazioni sono state diffuse dall'Age.na.s sulla base delle rilevazioni dei costi per Lea e, per l'anno più recente (2007), riguardano tutte le Regioni tranne il Lazio e la Calabria. Tra le

Rispetto al resto del paese si distingue per un'elevata spesa pro-anziano in regime residenziale (426,9 eur contro i 252,85 dell'Italia e i 384,86 del Settentrione) e un impegno superiore alla media nazionale per i centri diurni (16,21 contro 13,92 eur). In compenso esiste un divario abbastanza pronunciato tra i valori destinati all'assistenza domiciliare dell'intero paese (88,66 eur) e la cifra spesa dalla Lombardia (75,04 eur), un gap che si allarga quando si confronta la Regione con l'intera ripartizione del Nord (102,21 eur).

Il modello assistenziale che ne deriva è quindi fortemente sbilanciato sull'assistenza residenziale, che in Lombardia pesa per l'81,2% sulla spesa per anziani, a discapito dell'incidenza dell'Adi (14,3%) e dell'assistenza semiresidenziale (3,1%). Per quanto tutto il nord si differenzi dai dati nazionali per una maggiore preferenza per la forma residenziale (73,1% contro il 67%) la Lombardia si distanzia ulteriormente da questa posizione; analogamente, il ricorso all'assistenza domiciliare è poco rilevante rispetto all'importanza assunta nel resto del Nord (19,4%) e soprattutto rispetto al dato italiano (23,5%).

Altre fonti confermano il limitato peso dell'assistenza domiciliare in Lombardia: secondo i dati diffusi dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per il 2008 l'incidenza dell'Adi sul complesso della spesa sanitaria nella Regione è stata dello 0,7%, un dato particolarmente basso rispetto alle altre Rso del Centro-Nord (se si escludono Liguria e Lazio).

Tab. 3.6 - Spesa socio-sanitaria per gli anziani: un confronto con i dati nazionali

	Spesa per Lea socio-sanitari per anziano, 2007 (euro)*				
	Adi	Attività Sanitarie e Socio-sanitarie	Assistenza Semi-residenz.	Assistenza Residenz.	Totale
Lombardia	75,04	7,65	16,21	426,9	525,81
Italia***	88,66	22,21	13,92	252,85	377,64
Nord	102,21	26,00	13,54	384,86	526,62

	Composizione spesa per Lea socio-sanitari per anziani 2007 (%)				
	Adi	Attività Sanitarie e Socio-sanitarie	Assistenza Semi-residenz.	Assistenza Residenz.	Totale
Lombardia	14,3%	1,5%	3,1%	81,2%	100,0%
Italia***	23,5%	5,9%	3,7%	67,0%	100,0%
Nord	19,4%	4,9%	2,6%	73,1%	100,0%

(segue)

forme di assistenza rivolte agli anziani sono considerate oltre a quella residenziale, quella semiresidenziale e quella domiciliare, anche le "altre attività sanitarie e socio-sanitarie", una categoria residuale in cui le Regioni inseriscono prestazioni diverse da quelle sopraelencate che vanno da attività ambulatoriali/dei consultori specifiche per gli anziani o attività di valutazione multidisciplinare di accertamento del bisogno e di predisposizione dei piani di assistenza (Age.na.s, 2009).

	Incidenza percentuale del costo dell'Adi sul totale della spesa sanitaria regionale (%), 2008**			
Rso Centro-Nord	Piemonte	1,3%	Toscana	1,2%
	Lombardia	0,7%	Umbria	1,2%
	Veneto	1,1%	Marche	1,4%
	Liguria	0,7%	Lazio	0,5%
	Emilia-Romagna	2,1%		

***tranne Lazio e Calabria

Fonte: Elaborazione dati *Age.na.s, **Elaborazione Istat e Dps su dati Ministero della Salute

3.4.3. La spesa per i disabili

Nel corso della legislatura si è assistito ad un consistente aumento delle risorse che il Fsr ha destinato ai disabili, un aumento che tuttavia non è stato omogeneo, ma ha privilegiato alcune tipologie di strutture (tabella 3.5).

Da premettere che per la categoria dei dimessi da Ospedali Psichiatrici i finanziamenti del 2008 sono in netto calo rispetto a quelli del 2005 (-19,2%), con una conseguente perdita di importanza nei confronti del totale della spesa per i disabili (6,2% nel 2008).

Negli ultimi quattro anni le strutture per disabili di tipo residenziale hanno invece visto crescere i relativi finanziamenti, con un incremento del 69% per le Rsd e del 294,1% per le Css.

Anche se gli interventi di tipo semiresidenziale si sono sviluppati ad una velocità non trascurabile (49,3%), si è trattato di un'accelerazione inferiore a quella della residenzialità.

La situazione che ne risulta per il 2008 è quella di una forte incidenza delle strutture di tipo residenziale sul complesso delle risorse destinate ai disabili (oltre il 60%, di cui ben il 57,1% relativo alle Rsd), una quota aumentata nel corso della legislatura.

I Cdd oggi assorbono circa un terzo della spesa, ma la loro importanza si è ridimensionata tra il 2005 e il 2008 (dal 34,7 al 33,5% delle risorse per i disabili).

Questo fenomeno di maggiore crescita della spesa per i disabili istituzionalizzati piuttosto che per quelli assistiti in regime semiresidenziale potrebbe essere spiegata con il fatto che nello stesso periodo lo sviluppo dei posti accreditati nelle strutture residenziali (64,1% nelle Rsd e 57,8% per le Css) è stato superiore a quello dei centri diurni (9,1%)⁽¹⁶⁾.

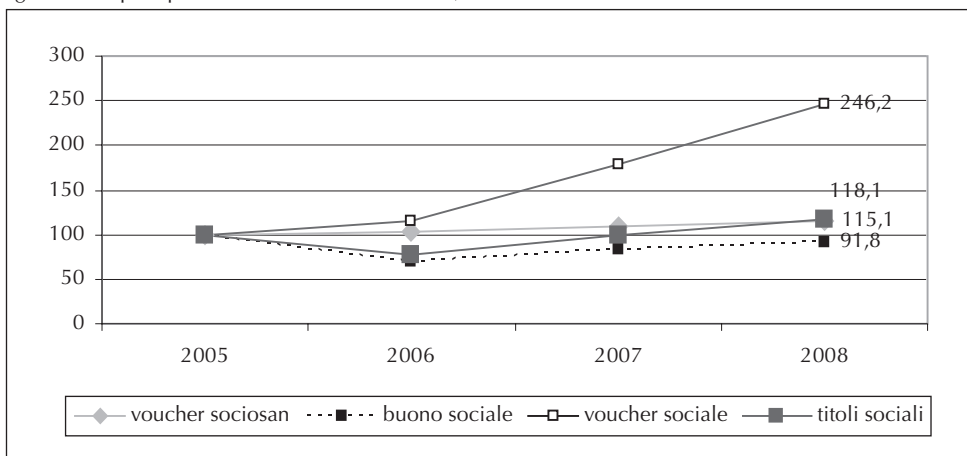
⁽¹⁶⁾ Il numero di posti nelle varie strutture per il 2005 (1885 per le Rsd, 729 per le Css e 5290 per i Cdd) è stato tratto dal Bilancio Sociale 2007 (pag. 278), quello per il 2008 (3094 per le Rsd, 1190 per le Css e 5773 per i Cdd) da dati diffusi dalla Regione (Corsini, 2009).

3.4.4. La spesa per i buoni e per i voucher

Una delle peculiarità del modello assistenziale lombardo è quella di cercare di dare alle famiglie libertà di scelta dei servizi socio-assistenziali, una strategia realizzata attraverso l'erogazione di titoli che ha interessato sia il settore socio-sanitario (voucher) che quello sociale (buoni e voucher sociali). È utile pertanto una ricognizione del rilievo economico di queste partite, per comprendere quanto incide il finanziamento della domanda, anziché quello diretto dei servizi (offerta).

Osservando le dinamiche di spesa per i titoli in questione (figura 3.3) si evince che mentre i voucher socio-sanitari mostrano un trend costantemente crescente nell'arco 2005-2008 (con una variazione del +15,1%), i titoli sociali hanno fatto registrare un crollo della spesa nel 2006 e, complessivamente, il risultato del 2008 è pari al 118,1% del dato del 2005. Più nello specifico, nell'ambito sociale si notano due tendenze opposte: mentre l'importo dei voucher è cresciuto ad un ritmo molto rapido (+146,2%), si è verificata una riduzione dei trasferimenti monetari, particolarmente evidente nel 2006, con una complessiva contrazione nel periodo considerato (numero indice 91,8). Sembrerebbe quindi che tra il 2005 e il 2008 i Comuni abbiano attivato un processo di sostituzione degli interventi tramite buono verso quelli tramite voucher: ciò potrebbe assicurare una maggiore finalizzazione delle risorse, essendo noti i limiti dei puri sussidi monetari legati al fatto che non è detto che le famiglie spendano quanto ricevuto per soddisfare i bisogni perseguiti con l'erogazione del buono. Questo aspetti non sono da trascurare visto che nella Regione una fetta consistente dei buoni sociali è utilizzata come strumento di sostegno al reddito⁽¹⁷⁾.

Figura 3.3 - Spesa per titoli sociali e socio-sanitari, 2005-2008 (numero indice 2005=100)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

⁽¹⁷⁾ Dal monitoraggio dell'attuazione dei PdZ risulta che nel 2008 il 22,1% del numero di buoni rilasciati dai Comuni veniva impiegato come strumento di sostegno al reddito (una quota peral-

Da segnalare che a fine legislatura i sussidi monetari sono ritornati in auge, non tanto ad opera della programmazione di zona (che invece, come già sottolineato, ha visto ridimensionare la propria capacità di spesa), quanto per iniziative regionali, tra le quali spicca il “buono famiglia”, nel quale sono stati investiti 23 milioni di eur per il 2009 e 17 milioni per il 2010: si tratta di cifre considerevoli (se paragonate ai 33 milioni complessivamente spesi in buoni dai Comuni nel 2008) che modificano drasticamente il quadro complessivo degli interventi a sostegno della domanda. Non è ancora chiaro se si tratta di iniziative estemporanee legate dalle scadenze elettorali oppure se quella in atto è una nuova tendenza nelle politiche regionali (bisognerà capire se tali interventi saranno perpetuati anche nei prossimi anni).

Anche il fatto che la Regione ha permesso di spendere in titoli sociali le risorse aggiuntive pervenute dal Fnna può costituire un impulso all’espansione di questi strumenti.

Osservando la spesa effettiva dei Comuni (tabella 3.7) si nota che nel 2005 l’impegno per i titoli sociali assorbiva una quota molto alta delle risorse ottenute dal Fnps (71,6%), probabilmente anche per effetto del vincolo di destinazione definito dalla Regione che richiedeva che il 70% di tali fondi fosse impiegato per tale scopo. Tale incidenza è stata notevolmente inferiore nei due anni successivi (per la contrazione del buono sociale e per l’aumento della consistenza del Fnps) e nel 2008, quando i Comuni hanno ottenuto minori fondi dal Fnps, è risalita al 63%.

Rispetto invece al totale delle risorse ottenute per i Pdz (Fnps, Fnna e Fondo Sociale Regionale) nel 2008 sono stati spesi in titoli il 26,4% delle disponibilità, una quota inferiore a quella del 2005, quando il finanziamento della domanda delle famiglie assorbiva il 28,7% (anche rispetto a questo indicatore si nota un trend prima decrescente e poi crescente).

Per quel che riguarda i titoli erogati con risorse sanitarie, più esattamente per i voucher socio-sanitari per l’assistenza domiciliare, gli stessi rappresentano poco più del 3% della spesa socio-sanitaria, una quota rimasta pressoché costante negli ultimi quattro anni. Comunque il rapporto con l’intera spesa socio-sanitaria è senza dubbio poco indicativo, dato che su quest’ultima l’assistenza domiciliare ha un ruolo modesto. È preferibile osservare l’incidenza diretta della spesa per i voucher sulle risorse per l’assistenza domiciliare, l’ambito nel quale i titoli sono direttamente impiegati: in questo caso l’importanza dei voucher è costantemente crescente (dal 46,6% del 2005 al 52,2% del 2008) segno del fatto che si sta puntando sempre di più su questi strumenti rispetto al sostegno diretto dell’offerta di servizi, confermando un ruolo del Ssr sempre più di puro finanziatore e regolatore (nella Regione anche in ambito di assistenza residenziale e semiresidenziale la quasi totalità della produzione è affidata a privati).

tro in crescita rispetto al peso del 2007, ovvero il 20,9%). Per il resto, il 41,1% è impiegato per i caregiver familiari, il 15,6% per le assistenti familiari, l’8,2% per l’assistenza informale e il 13% per altro (Ns rielaborazioni su dati del Bilancio Sociale 2008).

Di recente questa politica di finanziamento della domanda in ambito socio-sanitario è stata rafforzata con l'introduzione di titoli a carico del Fsr che interessano un segmento molto specifico di bisogno (Sla e stati vegetativi). Complessivamente la cifra spesa dalla Regione per questo scopo nel 2009 è stata pari a 3,12 milioni di euro in termini di contributi monetari per i caregiver e di 6 milioni per gli appositi voucher (importi forniti direttamente dalla Dg Famiglia e Solidarietà Sociale).

Tabella 3.7 - Incidenza (%) titoli sociali e socio-sanitari sulla spesa (2005-2008)

	2005	2006	2007	2008
Titoli sociali/Fnps trasferito ai Comuni-Ambiti	71,6%	37,6%	47,2%	63,0%
Titoli sociali/tot. risorse per PdZ	28,7%	18,8%	23,1%	26,4%
Voucher socio-sanitari/spesa socio-sanitaria	3,4%	3,3%	3,2%	3,3%
Voucher socio-sanitario/spesa per regime domiciliare	46,6%	48,1%	50,6%	52,2%

Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

3.5. Considerazioni di ingegneria istituzionale

Un aspetto che caratterizza la Lombardia nel panorama nazionale è quello della separazione tra le risorse del Fsr per la sanità e quelle per i Lea socio-sanitari (attraverso la contabilizzazione separata nei bilanci delle Asl), una scelta che è utile per assicurare che i fondi socio-sanitari siano effettivamente finalizzati a tale scopo. Da notare che la separazione è disposta dal livello centrale (Regione) e non tanto il frutto di scelte aziendali relativamente alla combinazione ottimale tra le risorse per l'ospedale e quelle per il territorio; i due canali sono fortemente indipendenti e governati da due differenti Dg. Il terzo canale, quello dei fondi per il sociale (budget per PdZ) è gestito dai Comuni-Ambiti distrettuali; a monte un'unica Dg determina quanto dedicare al sociale piuttosto che al socio-sanitario, ma le due partite seguono poi percorsi autonomi⁽¹⁸⁾ e di fatto i Comuni non partecipano alle decisioni di spesa assunte a livello locale dalle Asl⁽¹⁹⁾. Insomma a livello territoriale sembra mancare un momento in cui Asl e Comuni scelgono insieme il welfare mix più rispondente alle preferenze del proprio territorio.

⁽¹⁸⁾ Longo e Tediosi (2009) ribadiscono che i tre ambiti in Lombardia sono nettamente distinti e considerano la "separazione degli ambiti di cura" uno dei tratti identificativi del modello lombardo.

⁽¹⁹⁾ Come descritto nel paragrafo 3.2.1 le Asl effettuano invece un monitoraggio sullo stato della programmazione di zona dei propri ambiti di riferimento ai fini del riconoscimento dei saldi di competenza. Più che una concertazione tra le politiche dei due enti tale azione sembra finalizzata a verificare i fondi per i PdZ siano spesi nel rispetto delle indicazioni regionali.

Anche altre Regioni stanno sperimentando soluzioni istituzionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria rispetto alla classica attribuzione della sanità alle Asl e del comparto socio-assistenziale ai Comuni. Una questione divenuta pressante soprattutto rispetto ai servizi per la non autosufficienza e al relativo sviluppo degli appositi fondi regionali⁽²⁰⁾. Anche in questi contesti è sorta l'esigenza di isolare le risorse da destinare a tale tipologia di bisogno per evitare che i nuovi investimenti che le Regioni hanno dedicato alla non autosufficienza siano utilizzati per sussidiare altri servizi sanitari. La risposta più comune è stata quella di creare un budget isolato per la non autosufficienza in cui sono confluite le risorse sanitarie che sono state scorporate dai bilanci delle Asl e i nuovi contributi regionali. In genere questo budget viene gestito dai distretti con obbligo di destinazione vincolata e con una contabilità separata, oppure da un nuovo soggetto istituzionale (la Società della Salute in Toscana).

La differenza rispetto al modello lombardo consiste nel fatto che in vari casi (Veneto, Emilia Romagna, Toscana) i Comuni partecipano alle decisioni di impiego di questi fondi e, nel futuro, si tenterà di far confluire in questo budget anche le risorse che attualmente i Comuni spendono per la non autosufficienza (anche se questo passaggio presenta non poche difficoltà operative). Questi aspetti sembrano utili per promuovere una maggiore integrazione che porti ad individuare per ogni territorio la combinazione più efficiente tra prestazioni sanitarie e assistenziali e a ridurre le attuali tensioni tra Asl e Comuni in materia di riparto degli oneri assistenziali⁽²¹⁾. Nel caso lombardo, l'esistenza di una separazione tra i vari comparti piuttosto accentuata potrebbe invece impedire di attivare le eventuali sinergie derivanti da politiche di spesa concertate tra Asl e Comuni.

3.6. L'andamento delle differenze territoriali

3.6.1. I criteri di riparto delle risorse

Come già anticipato, la Regione non è solo un puro finanziatore delle Asl e dei Comuni, ma interviene anche nei processi allocativi. In questo ruolo una delle principali funzioni dell'ente (attraverso la specifica Dg) è la determinazione dei criteri di riparto dei fondi trasferiti tra i vari enti beneficiari. Con tale processo si dovrebbe stimare il fabbisogno delle varie aree, ricercando l'equità territoriale.

Per le risorse socio-sanitarie il riparto dei fondi tra le Asl non avviene secondo una formula esplicita, ma attraverso un processo di negoziazione di tipo incrementale, ovvero un aggiustamento dei fondi trasferiti negli esercizi precedenti (come descritto anche in Mapelli, 2007).

⁽²⁰⁾ Per una panoramica dei suddetti fondi si rimanda a Bertone *et al.* (2008).

⁽²¹⁾ Per maggiori dettagli vedi Pelliccia, 2009.

Per i servizi diurni, quelli domiciliari e per la riabilitazione la Regione assegna alle Asl una somma sulla base dei costi storici, rispetto ai quali il budget è aggiustato tenendo conto degli aumenti che le Asl devono affrontare rispetto all'anno precedente nel pagare gli erogatori delle prestazioni (ad esempio quelli tariffari) e all'eventuale estensione dei posti accreditati. Le Asl, nel rispetto del vincolo di spesa definito con la Regione, definiscono i contratti con i singoli erogatori fissando a priori un tetto annuale: se la produzione effettiva dovesse superare il budget, l'eccesso non sarebbe riconosciuto agli erogatori. Così facendo la Regione governa la spesa complessiva, prevenendo l'insorgenza di eventuali deficit (un rischio che si avrebbe invece se si trattasse di un puro finanziamento a piè di lista, nel quale gli enti non avrebbero alcun incentivo al contenimento della spesa).

Per i servizi residenziali, invece, le Asl non definiscono a priori l'importo massimo finanziabile a ciascun erogatore. La Regione ha comunque un ruolo chiave nei processi di finanziamento perché essa regola il numero di posti accreditati per ciascuna Asl e, agendo su questa variabile, permette di aumentare il consumo di residenzialità alle Asl alle quali accredita nuovi posti letto. Di fatto, nel rispetto del numero di posti accreditati, tutti i volumi di produzione effettiva vengono riconosciuti dalla Regione alle Asl e da quest'ultime agli erogatori.

Da sottolineare che la spesa effettiva per i servizi residenziali risente comunque del mix di prestazioni che si verificano, una variabile che la Lombardia ha scelto di non controllare direttamente, dal momento che il principale sistema di remunerazione (Sosia) affida il compito di attribuire il livello di complessità dei pazienti (cui corrispondono tariffe più o meno alte) direttamente agli erogatori (per un confronto con altre Regioni si rimanda a Longo e Tediosi, 2009).

A differenza di quanto osservato a proposito dei servizi socio-sanitari, per i fondi che finanziano la sfera del sociale la Regione esplicita nei provvedimenti di riparto le formule con cui assegna le risorse agli ambiti distrettuali, in particolare:

- il Fnps è ripartito per quota capitaria secca a meno di una modesta correzione a favore dei Comuni montani (0,3%);
- il Fondo Nazionale per la non autosufficienza è assegnato alle Asl e agli ambiti distrettuali per il 60% in base alla distribuzione della popolazione ultrasessantacinquenne e per il 40% in base al riparto del Fnps, quindi per quota capitaria;
- il Fondo Sociale Regionale viene attualmente ripartito per il 50% su base storica e per il 50% per quota capitaria, con un ritardo rispetto alle intenzioni manifestate già da qualche tempo dalla Regione di abbandonare gradualmente il criterio storico per convergere all'uso della sola quota capitaria⁽²²⁾.

⁽²²⁾ Le più recenti disposizioni (Dgr 11255/2010) prevedono che nel 2011 si utilizzerà per il 25% il dato storico e per il 75% la quota capitaria. Questo metodo doveva essere impiegato già dal 2008 ma la sua adozione ha subito continui rinvii.

Qualche riflessione a proposito della capacità di questi metodi di riparto di garantire un giusto equilibrio tra i vari territori: nella Regione la spesa storica ha un considerevole peso nell'allocazione delle risorse per i servizi socio-sanitari di tipo diurno-domiciliare e per metà del Fondo Sociale Regionale.

Questo aspetto appare piuttosto limitativo in termini distributivi, perché di fatto si tende a consolidare una situazione preesistente che non è detto rifletta i reali bisogni relativi esistenti a livello infraregionale. Non a caso, anche a livello nazionale, nei processi di riforma del finanziamento della sanità avviati nel corso degli anni '90, è stato progressivamente abbandonato il riferimento alla spesa storica e sono stati preferiti criteri basati sulla stima del fabbisogno oggettivo; tale discorso è divenuto più che mai attuale nel dibattito sul federalismo fiscale, quando le politiche più recenti (l. 42/2009) hanno ribadito l'esigenza di ispirare i meccanismi di finanziamento dallo stato agli enti territoriali al principio dei costi standard.

In Lombardia questi elementi sono presenti nell'assegnazione delle risorse per il sociale, dato che in parte si utilizzano parametri oggettivi, ad esempio la quota capitaria secca. Tuttavia, per quanto preferibile alla spesa storica, considerando tutti i cittadini ugualmente bisognosi di interventi sociali, tale criterio ha il limite di non riuscire a rappresentare il diverso fabbisogno che potrebbe esistere tra i diversi ambiti distrettuali; un fenomeno che in un panorama composito come quello lombardo (in cui coesistono realtà metropolitane e rurali, con incidenza del disagio presumibilmente diversa) non può essere trascurato; la piccola correzione a favore dei Comuni montani riesce solo minimamente a riflettere questa complessità. Il fatto di fare riferimento alla distribuzione degli ultrasessantacinquenni per il Fnna è sicuramente apprezzabile, poiché tale indicatore costituisce una proxy del bisogno di assistenza della popolazione anziana.

Tuttavia potrebbero essere compiuti sforzi in questa direzione per tutte le componenti del finanziamento, vale a dire che i processi di riparto di tutte le risorse del welfare potrebbero essere affinati utilizzando parametri più specifici (ad esempio ricorrendo a indicatori epidemiologici sulla diffusione della non autosufficienza a livello infraregionale, indicatori di deprivazione, indicatori delle condizioni socioeconomiche).

Nel modello lombardo, specialmente per i servizi residenziali, l'offerta ha indubbiamente un ruolo molto forte nella determinazione della spesa e, visto che i finanziamenti seguono la spesa effettiva, nella distribuzione delle risorse tra Asl.

Anche se la Regione attraverso l'accreditamento regola la possibilità di produrre nelle varie aree, ciò da solo non basta a garantire equità territoriale, poiché i consumi delle singole Asl sono il risultato anche di altri fattori dell'offerta e della domanda. L'obiettivo di realizzare una parità tra i posti accreditati tra le Asl è comunque ancora lontano dall'essere raggiunto (cfr. Cap. 9 e 12) e pertanto il diverso grado di sviluppo di queste strutture sul territorio condiziona l'assorbimento di risorse.

Non vanno inoltre trascurati anche altri comportamenti con cui i produttori possono condizionare la spesa effettiva a carico delle singole Asl, con impatti sia sulla distribuzione territoriale che sulla capacità di governo della spesa a carico del Ssn: oltre a fenomeni di induzione della domanda, si possono verificare comportamenti opportunistici, ad esempio nella classificazione della casistica, un pericolo che nella Regione non va sottovalutato, visto che come già detto, sono gli erogatori che valutano la gravità della propria utenza.

Un altro elemento che indubbiamente condiziona i consumi effettivi delle varie aree è il livello delle rette, un elemento che in Lombardia, a differenza di quanto avviene in altre Regioni, è lasciato alla libera concorrenza (Longo e Tediosi, 2009), con esiti molto eterogenei a livello territoriale⁽²³⁾.

Nel resto del paese per ripartire tra le Asl la quota del Fsr per l'assistenza territoriale (domiciliare, residenziale e semiresidenziale) in genere si adotta – con ponderazioni più o meno affinate – la quota capitaria (cfr. Age.n.a.s, 2008), un metodo che, ricercando la stima del fabbisogno delle aree sub-regionali, sembra offrire maggiore centralità agli obiettivi perequativi e minori spazi al condizionamento dell'offerta.

Dove si adotta la formula capitaria le Asl, date le risorse per ciascun cittadino, possono decidere se soddisfare i bisogni di assistenza con risposte diurne o residenziali, a seconda delle preferenze del proprio territorio. Questa possibilità non sembra esistere in Lombardia: separando a monte il budget assegnato alle Asl per il sistema diurno dal sistema di finanziamento della residenzialità, i territori che per condizioni economico-culturali hanno una minore preferenza per i servizi residenziali non possono compensare il minor consumo di residenzialità con altre forme di assistenza.

3.6.1. Alcune evidenze

Considerati i meccanismi di riparto appena descritti, si propongono alcune analisi quantitative delle differenze infra-regionali della spesa, cercando anche di capire quanto la legislatura ha contribuito o meno alla riduzione degli squilibri territoriali.

Come unità territoriale di riferimento per i confronti sub-regionali, sia per comparare le risorse a carico del fondo sanitario che per i finanziamenti di tipo sociale, è stata scelta l'Asl: ciò perché i confini delle Asl costituiscono una suddivisione significativa delle diverse realtà esistenti nella Regione e anche perché nel sistema lom-

⁽²³⁾ Secondo i dati raccolti dalla Regione nel primo semestre 2008, rispetto ad una media regionale di 52,91 eur, le rette medie hanno oscillato dai 66,63 eur dell'Asl Città di Milano, ai 36,76 eur della Valle Camonica-Sebino (Corsini, 2009).

bardo la quasi totalità dei flussi del welfare transitano attraverso questo ente (Cfr. figura 3.1).

Il riparto del fondo socio-sanitario per il 2008 (figura 3.4 e tabella 3.3. Appendice per i valori specifici 2005 e 2008, in www.lombardiasociale.it) evidenzia una marcata disomogeneità tra le risorse complessivamente assegnate ad ogni Asl a livello pro-capite⁽²⁴⁾, con una variabilità molto forte rispetto al dato regionale (147,27 eur che nella figura 3.4 è posto pari a 100): l'Asl che riceve più risorse per assistito (quella di Cremona, con 246,24 eur, numero indice 167,2) ottiene il 238% di ciò che è destinato all'Asl con il più basso valore pro-capite (la Milano 2, con 103,45 eur, numero indice 70,2). Altre realtà con una spesa particolarmente alta sono la Città di Milano (199,39 eur, numero indice 135,4) e l'Asl di Pavia (194,04 eur, numero indice 131,8).

Oltre a questi squilibri a proposito della spesa socio-sanitaria complessiva, sono rilevanti anche le differenze che emergono circa la quota di tali risorse destinata agli anziani che, proprio per una valutazione più specifica, viene rapportata al numero di anziani residenti per Asl (anche in questo caso, nella figura 3.4 il dato relativo alla Lombardia è posto pari a 100, equivalente a 468,69 eur)⁽²⁵⁾.

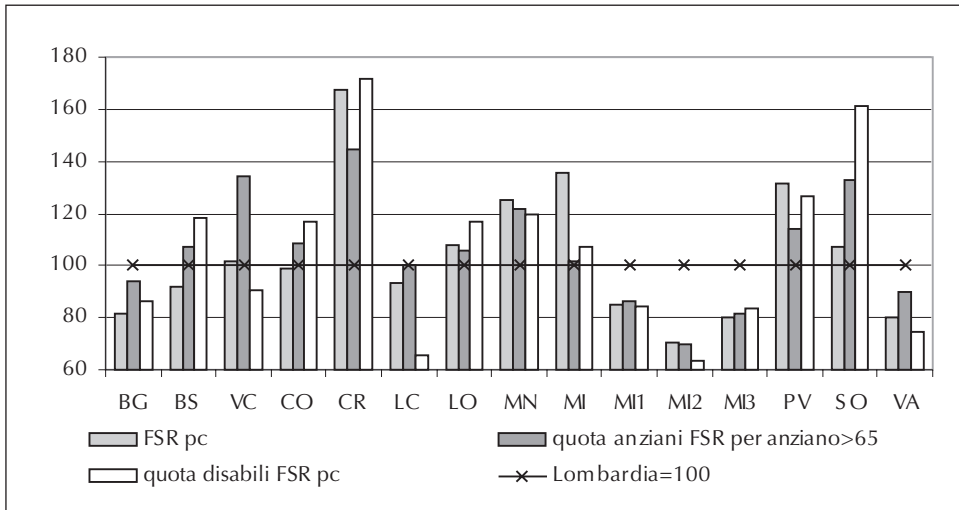
Ne risulta che analogamente a quanto osservato per la spesa complessiva, agli estremi della classifica troviamo l'Asl di Cremona (678,60 eur, numero indice 144,8 eur) e la Milano 2 (328,35 eur, numero indice 70,1), con la prima che ottiene per ogni anziano oltre il doppio delle risorse della seconda; risulta una spesa decisamente elevata rispetto al resto della Regione anche a Sondrio e in Val Camonica.

Infine abbiamo confrontato la spesa pro-capite per i disabili delle singole Asl con il dato regionale (16,52 eur, posto pari a 100): ne risulta un'estrema variabilità territoriale, con il dato massimo (quello ancora una volta dell'Asl di Cremona, pari a 28,33 eur, numero indice 171,5) equivalente al 271% di quanto speso nella realtà con la più bassa spesa pro-capite per i disabili (di nuovo la Milano 2, con 10,46 eur, numero indice 63,3). Altri valori anomali rispetto al dato regionale sono quelli di Sondrio, per un eccesso di spesa e quello di Lecco per la scarsità di risorse destinate ai disabili.

⁽²⁴⁾ Nelle elaborazioni si è fatto riferimento alla popolazione rilevata dall'Istat ad inizio anno. Si ringrazia l'ufficio statistico della Regione per la fornitura dei dati della popolazione lombarda residente suddivisa per Asl.

⁽²⁵⁾ I dati della spesa socio-sanitaria media per anziano della Lombardia tratti dal Bilancio Sociale (468,69 eur per il 2008 e 453,67 eur per il 2007) sono nettamente inferiori a quello rilevato dall'Age.na.s per il 2007 riportato nella tabella 3.6 (525,81 eur). Si presume ciò sia da attribuire al fatto che nel Bilancio Sociale la spesa è attribuita, oltre che tra le varie categorie di utenti (anziani, disabili, tossicodipendenti, ecc.), scorporando la riabilitazione e una categoria residuale "altro"; gli importi di queste ultime voci potrebbero invece essere stati inclusi nella ricostruzione dei costi per Lea per anziani che la Regione ha fornito all'Age.na.s.

Figura 3.4 - Spesa socio-sanitaria per Asl 2008: totale pro-capite, quota anziani per anziano, quota disabili pro-capite (numero indice, Lombardia=100)



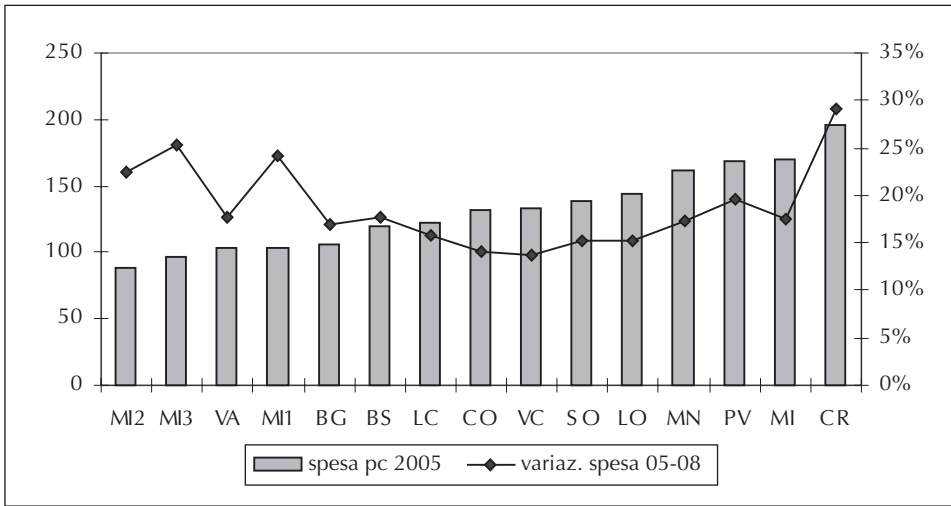
Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

I risultati fin qui emersi dimostrano la limitata capacità del sistema lombardo di riparto delle risorse tra Asl di assicurare un equilibrio tra le risorse assorbite dai vari territori. Non si esclude che le varie Asl presentino un diverso livello di bisogno di assistenza socio-sanitaria, per cui non è detto che il riparto ottimale sia quello che assicura una dotazione di risorse per cittadino uguale per tutte le Asl, ma comunque le sperequazioni esistenti sono così forti da non essere giustificabili da questioni epidemiologiche. Anche dal confronto delle evidenze più specifiche, come quelle relative agli anziani – che quindi tengono conto della diversa struttura demografica delle varie Asl – viene confermata una distribuzione infraregionale dei consumi non correlata ai diversi bisogni.

Vale la pena verificare l'andamento di tali disegualianze nel corso della legislatura, confrontando la situazione della spesa per Asl esistente nel 2005 con le variazioni percentuali intervenute tra il 2005 e il 2008: nelle figure 3.5, 3.6 e 3.7 le Asl sono ordinate in ordine crescente di spesa del 2005 e, nel caso si fosse realizzato un processo di riequilibrio nel corso della legislatura, le realtà con un dato iniziale più basso dovrebbero aver beneficiato di un maggior incremento di spesa (per cui la linea che rappresenta le variazioni dovrebbe avere un andamento decrescente).

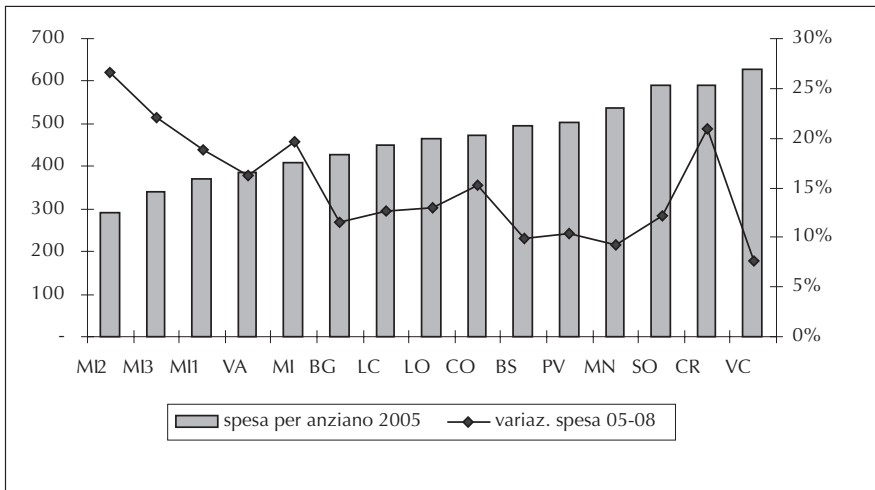
Per quel che riguarda le risorse socio-sanitarie complessive del Fsr (figura 3.5) gli sforzi per riequilibrare le differenze nell'allocazione dei fondi sembrano essere circoscritti solo ad alcuni casi (non tutti) di Asl con un pro-capite di partenza più basso (Milano 2, Milano 3, Milano 1) i cui incrementi di spesa sono stati più alti rispetto al resto della Regione. Sorprende che comunque l'Asl con il più alto valore di partenza abbia beneficiato del più elevato aumento di risorse.

Figura 3.5 - Spesa socio-sanitaria per Asl: valori pro-capite 2005 (eur) e variazione 2005-2008 (%)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Figura 3.6 - Spesa socio-sanitaria per anziani: valori per anziano 2005 (eur) e variazione 2005-2008 (%)



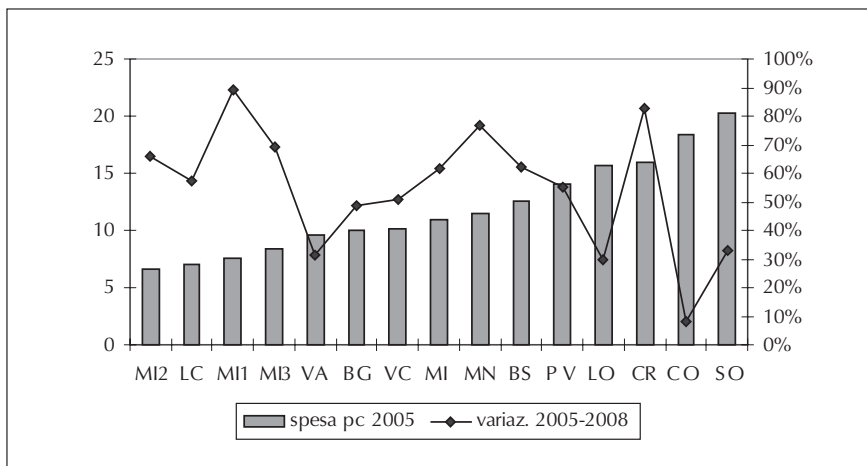
Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

Nel caso della spesa per gli anziani (figura 3.6) è invece evidente che è stato attuato un processo di riequilibrio, dato che spostandoci dalle Asl con valori di partenza più bassi a quelli più alti, gli incrementi di spesa sono via via decrescenti, anche se probabilmente ciò non è bastato a colmare le disegualianze, considerati gli ampi divari tuttora esistenti nel 2008.

Rispetto alla tendenza generale al riequilibrio appena sottolineata risultano comunque due fenomeni singolari: la Città di Milano ha realizzato un incremento di spesa piuttosto consistente se paragonato alle Asl che nel 2005 presentavano un'analogia spesa per anziano, probabilmente da ricondurre al fatto che negli ultimi anni la Regione ha permesso a quest'area, a differenza delle altre, di estendere i posti accreditati nelle Rsa. Cremona invece ha aumentato considerevolmente le proprie risorse, sebbene presentasse un valore particolarmente alto già nel 2005; ciò potrebbe essere un segnale di inerzia: nonostante gli sforzi di riequilibrio, la maggiore dotazione storica di posti accreditati di questa provincia ha generato un'accelerazione della relativa spesa superiore alla media regionale.

Da ultimo consideriamo la spesa per i disabili (figura 3.7): in questo caso i maggiori o minori incrementi di risorse non sembrano essere stati guidati dalla logica di ridurre le differenze esistenti (come dimostrato dall'andamento altalenante della spezzata delle variazioni): è pur vero che alcune delle Asl con valori pro-capite più bassi nel 2005 hanno registrato notevoli incrementi, ma crescite simili si sono verificate anche in territori con valori di partenza medio alti (Milano Città, Mantova, Brescia, Cremona).

Figura 3.7 - Spesa socio-sanitaria per disabili: valori pro-capite (2005) e variazione spesa 2005-2008 (%)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

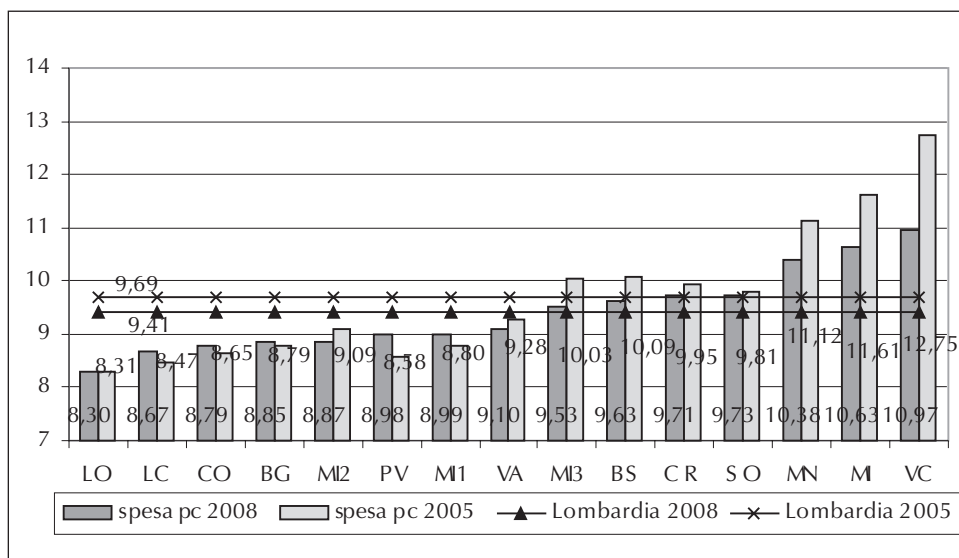
Un breve accenno infine al riparto delle risorse per il sociale, in particolare a quelle del Fondo Sociale Regionale⁽²⁶⁾ (figura 3.8). Se nel 2008 ogni cittadino lombardo ha

⁽²⁶⁾ Si preferisce tralasciare i confronti relativi al Fnps e al Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, innanzi tutto perché i relativi riparti per il 2008 sono stati effettuati nel 2009, quando in seguito alla costituzione dell'Asl Monza-Brianza, sono stati parzialmente modificati i confini

ricevuto 9,41 eur, la cifra è stata piuttosto variabile da Asl ad Asl, con il minimo a Lodi (8,30 eur) e il massimo in Val Camonica (10,97 eur, ovvero il 132% rispetto a Lodi), seguita a breve distanza dalla Città di Milano (10,63 eur) e da Mantova (10,38 eur).

Anche queste differenze sono riconducibili al fatto che ancora pesa sul processo di riparto il parziale aggancio alla spesa storica che, come discusso in precedenza, non permette di distribuire le risorse rispetto a parametri oggettivi. Di certo, il processo di graduale conversione alla quota capitaria in atto da qualche anno, ha contribuito a ridurre leggermente le disegualianze: nel 2005 le posizioni relative tra le varie Asl erano più o meno le stesse, anche se la variabilità era più pronunciata (ad esempio l'Asl con maggiori risorse pro-capite otteneva il 153% dei fondi di quella con risorse inferiori).

Figura 3.8 - Fondo Sociale Regionale pro-capite per Asl: valori 2008 e 2005 (eur)



Fonte: Elaborazione dati Bilancio Sociale

di alcune Asl, fatto che impediva di raffrontare aggregati omogenei a quelli degli anni precedenti. Comunque per il Fnps, essendo ripartito per quota capitaria secca, il dato pro-capite relativo alle singole Asl è pressoché uniforme (a meno della correzione per la montagna). I dati del riparto del Fondo Sociale Regionale per il 2008 sono tratti dalla Dgr 8550/2008, quelli per il 2005 dalla Dgr 21410/2005 (in questo caso per l'Asl Città di Milano sono state considerate, oltre alle risorse assegnate alla suddetta Asl, quelle destinate al Comune di Milano).

Bibliografia

- AGE.NA.S, (2008), *Sistemi regionali di ripartizione del Fondo Sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008*, www.assr.it.
- AGE.NA.S, (2009), *Rilevazione sull'attuale spesa sanitaria pubblica per gli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, www.assr.it
- ARLOTTI M., (2009a), *Il sistema di spesa e di finanziamento delle politiche sociali: assetti territoriali e mutamento*, in KAZEPOV Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- ARLOTTI M., (2009b), *Appendice. La ricostruzione del dato di spesa sociale nelle politiche sociali*, in KAZEPOV Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- BERTONE ET AL., (2008), *Il quadro delle riforme*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma.
- CORSINI G., (2009), *Relazione sull'esperienza della Lombardia al Convegno Spi-Cgil e Irs "Le riforme regionali per i non autosufficienti"*, Milano, 9 giugno 2009.
- DA ROIT B. e GAMBINO A. (2005), *La spesa*, in GORI C. (a cura di), *Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma.
- DG FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE REGIONE LOMBARDIA (2008), *Bilancio Sociale*, www.famiglia.Regione.lombardia.it
- LONGO F. e TEDIOSI F., (2009), *Servizi per la non autosufficienza, un quadro regionale frammentato*, in ISAE, *Rapporto Finanza Pubblica e Istituzioni*, www.isae.it
- MAPELLI V., (2007), *Il finanziamento e la spesa pubblica per la non autosufficienza in Lombardia*, in G. COSTA (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana: attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Carocci Faber, Roma.
- PELLICCIA L. (2009), *I meccanismi nazionali di finanziamento*, in Irs – Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Il sistema di protezione e di cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, in www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche/