I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

LE RISORSE PER IL WELFARE SOCIALE LOMBARDO

a cura di Helga Ravelli

prefazione di Cristiano Gori

ottobre 2013

Indice

Prefazione di Cristiano Gori **2**
Introduzione **3**

Quali risorse per le politiche sociali lombarde? 5
La gestione del budget per il welfare: il ruolo dei vari attori 12
Le risorse per il welfare sociale nei bilanci della nona legislatura 18
Reintegro del fondo sociale: manovre regionali a confronto 26
Spesa sociale dei comuni lombardi: inizia la frenata 31
Spending review, scelte nazionali e locali 36
La gestione delle risorse per l'ADI: impatto sull'equita' territoriale 42
L'uniformità nel finanziamento del welfare regionale: tendenze recenti 46

Prefazione

di Cristiano Gori
Direttore di LombardiaSociale.it

Un altro anno insieme! Tutti noi di Lombardiasociale.it - direzione, redazione e collaboratori - siamo contenti di cominciare la terza annualità di lavoro del nostro sito. I risultati positivi del primo biennio, per numero di accessi e circolazione dei materiali proposti nei territori, ci motivano ad impegnarci sempre più. Non meno ci spinge la consapevolezza dei limiti - non pochi - che abbiamo manifestato in questi primi 24 mesi e ai quali cercheremo di porre rimedio. Gli obiettivi sono quelli di sempre: **costruire occasioni di confronto** sul welfare lombardo e di discussione delle scelte di policy, e **fornire strumenti concreti** per l'attività di chi coordina e gestisce i servizi nel territorio.

Per cominciare vi proponiamo questi Vademecum, nove dossier che raccolgono vari articoli pubblicati sinora nel sito e riguardanti alcuni tra i temi di maggiore rilievo per il welfare sociale lombardo. Ogni Vademecum colloca pezzi usciti in momenti diversi all'interno di un quadro comune e si propone, così, come un piccolo stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati ed idee utili all'operatività e alla discussione.

I temi dei Vademecum sono rispettivamente: "Conciliare famiglia e lavoro: dalla road map alle sperimentazioni", "Area minori e famiglie: i bisogni e le misure ", "Le politiche per la domiciliarità e la riforma ADI", "Lo stato di salute delle RSA lombarde", "Residenzialità e semiresidenzialità per le persone con disabilità", "I percorsi di presa in carico", "Lo stato della programmazione in Lombardia", "Le risorse per il welfare sociale lombardo" e "La povertà in Lombardia e alcune esperienze di interventi di contrasto".

Speriamo che i Vademecum possano servire a chi è – a qualunque titolo – impegnato nel welfare sociale lombardo e interessato al suo futuro. Come sempre, i commenti e le critiche ci saranno particolarmente utili.

Milano, ottobre 2013

Introduzione

di Helga Ravelli

Nel seguente vademecum vengono raccolti alcuni degli articoli già pubblicati su lombardiasociale.it nell'area finanziamento-spesa. Si tratta di un tema cruciale, dato che il futuro del welfare è sempre più condizionato dalla disponibilità di risorse.

L'interesse per questa raccolta risiede nella descrizione delle peculiarità riscontrate in Lombardia per ciò che riguarda il modello di gestione dei fondi destinati al welfare. Peculiarità che, sommate alla battuta d'arresto inflitta dalla recente crisi economica, restituiscono un'analisi complessiva della situazione lombarda.

La rassegna si apre con un primo articolo in cui viene presentata qual'era **la situazione storica delle risorse del welfare lombardo**. L'obiettivo è di fornire un quadro della situazione vigente alla fine dell'ottava legislatura, sulle fonti che alimentano questo settore, i budget e i ruoli dei vari attori e alcuni confronti con la spesa delle altre regioni: insomma una descrizione del modello storico.

Negli articoli successivi si tenta di descrivere come questo quadro si è aggiornato recentemente. **Quali sono oggi gli attori principali nella gestione delle risorse**? Dopo aver evidenziato le conseguenze dei vari tagli sul fronte nazionale, regionale, locale, viene presentato il ruolo di regione/ambiti/Asl nella gestione dei budget riferiti al welfare. Analizzata quale è l'eredità, quali sono le sfide per l'azione della giunta regionale?

Un altro aspetto di grande attualità è quale centralità viene data al welfare nel bilancio della regione. Gli attori si trovano a dover gestire risorse che dipendono in buona misura dal grado di attenzione della regione a questo settore, in altre parole dal peso riconosciutogli nella programmazione del bilancio. **Quali sono state le recenti scelte allocative in Lombardia?**

Si passa poi ad esaminare la reazione e le conseguenze derivate dalla crisi economica e ai tagli di fondi nazionali nel settore sociale.

Viene fatto con due articoli, il primo riguardante **le scelte regionali alla luce della tendenza al taglio fondi per il welfare** (che ha avuto il suo apice con il 2012). Come hanno tentato di sostenere il settore sociale le varie regioni del Centro Nord? E quale strada ha intrapreso la Lombardia? Per la prima volta vengono messe a confronto le regioni del Centro Nord in base alla propria area discrezionale: quali regioni hanno messo in campo manovre per il sostegno del welfare? e la Lombardia come ha scelto di agire?

Dopo aver presentato le reazioni delle regioni a confronto ci si focalizza sulla crisi del sociale nei comuni, ultimo step nella lunga filiera del finanziamento. Nel triennio 2006-2009 **la spesa sociale nei comuni lombardi** aveva conosciuto un debole aumento per poi arrestarsi nel 2010. Cosa significano questi freni? Quali sono i servizi di welfare che vengono tagliati? Quale sforzo viene richiesto agli utenti per poter accedere ai servizi?

L'attenzione poi viene spostata sulla sanità. Con l'approvazione della spending review (L. 135/2012) infatti, si sono definiti una serie di risparmi da realizzare dal 2012 in diversi ambiti, tra cui il SSN. Cosa significa questo nella sanità lombarda? Quali servizi si è deciso di tagliare? Quali sono le prospettive per il futuro? Sono le domande a cui risponde l'articolo: **"Spending review, scelte nazionali e locali".**

La rassegna di conclude con due focus, il primo riguarda una delle azioni innovative degli anni più recenti: **la riforma dell'Adi.** Nel 2011 infatti, per la prima volta viene attuata una riforma che ha tra gli obiettivi l'omogeneità dei finanziamenti a livello territoriale con un potenziamento delle risorse per la domiciliarità. Qual era la situazione preesistente e su quali aspetti finanziari ci si aspetta intervenga la riforma? Si tratta di questioni importanti ancora oggi, quando si dovrebbero tirare le fila della sperimentazione.

Il vademecum si conclude con un pezzo che ha come tema centrale **l'uniformità nel finanziamento del welfare regionale.** Come evidenziato anche dagli articoli precedenti esiste una forte disomogeneità nella distribuzione dei finanziamenti per il welfare nei diversi territori. Come si cerca di diminuire la variabilità nell'allocazione delle risorse? La nuova legislatura si trova ad un bivio: continuare a effettuare modifiche al margine o tutelare equità ed efficienza riorganizzando i sistemi di finanziamento?

Punti di vista

Quali risorse per le politiche sociali lombarde?

Un vademecum per viaggiare tra i conti del welfare regionale

DI LAURA PELLICCIA

SETTEMBRE 2011

Temi > Finanziamento e spesa

Sintesi delle principali valutazioni sulla spesa sociale in Lombardia pubblicate nel volume "Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali" (a cura di Gori C.) Maggioli, 2010

Chi paga per le politiche sociali della Regione Lombardia?

La Regione realizza i propri interventi in materia di politiche sociali gestendo fondi in parte propri e in parte trasferiti dallo Stato. Come vedremo, si tratta, oltre che di finanziamenti tipici della sfera del sociale vero e proprio, anche di risorse destinate alla sanità. Abbiamo infatti scelto di considerare le politiche sociali in senso esteso, includendo gli interventi socioassistenziali, quelli socioeducativi ma anche quelli sociosanitari: visto che ciò coincide con le competenza della Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, per rispondere alla nostra domanda dobbiamo chiederci come viene alimentato il budget di questo Assessorato.

Il "tesoretto" gestito dalla Dg Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale è finanziato da:

- Risorse della regione per la sanità: il "Pirellone" ritaglia una fetta del proprio Fondo Sanitario Regionale da dedicare esclusivamente ai servizi socio sanitari integrati, il che significa che le Asl non possono impiegare queste somme per altri tipi di servizi sanitari (ad esempio l'assistenza ospedaliera o farmaceutica). Si tratta del principale canale di finanziamento delle politiche sociali (84% del budget della Dg Famiglia, vedi Tab. 1).
- Trasferimenti dello Stato: sono le quote di competenza della Lombardia dei fondi che il Governo destina al sociale vero e proprio. Il loro importo varia in relazione a quanto stabilito annualmente dalle leggi finanziare. Si tratta sia di finanziamenti generici come il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (che è destinato alla realizzazione del complesso degli interventi della L.328/2000), sia

di trasferimenti per specifiche aree di utenza. Ad esempio negli ultimi anni, sono comparsi (ma ahimé talvolta anche poi scomparsi) fondi per la non autosufficienza, per le politiche per l'infanzia, per l' intesa famiglia). A fine legislatura il 10% circa del budget per il welfare regionale era finanziato dallo Stato (Tab. 1). In genere queste partite sono trasferite ai comuni o agli ambiti distrettuali per gli interventi di loro competenza (in alcuni casi, una quota viene trattenuta dalla stessa Regione).

- Risorse proprie regionali: la regione, alimenta il budget per il sociale con altri fondi propri. Lo fa scegliendo di destinare a questo settore una parte delle entrate di cui dispone (quelle che ricava ad esempio da imposte e tasse o dalla gestione del patrimonio proprio). Di fatto, la Giunta stabilisce ogni anno gli stanziamenti per alcuni fondi specifici, tra i quali il più importante è il Fondo Sociale Regionale, il canale con cui la Regione finanzia gli interventi sociali dei comuni. Le risorse per il sociale che la regione mette "di tasca propria" costituiscono il 7% dell'intero budget della Dg Famiglia(Tab. 1) e si vanno ad aggiungere alla spesa finanziata dallo Stato.

Attenzione a non confondere la spesa per il sociale della Regione Lombardia con quanto si spende per le politiche sociali in Lombardia. Per capire chi paga il conto del complesso degli interventi per il sociale nel territorio lombardo dovremmo considerare anche l'impegno, non certo trascurabile, degli enti locali, in particolare quello dei comuni. Per dare un'idea dell'ordine di grandezza di cui stiamo parlando, nel 2008 se il budget per il sociale vero e proprio dell'ente Regione (spese correnti, escludendo il sociosanitario) consisteva in 264 milioni*, i comuni lombardi hanno speso ben 1.165 milioni** in interventi e servizi sociali (Fonti: *Bilancio Sociale Regione Lombardia, ** Istat). Sono quindi proprio i municipi a sopportare buona parte degli oneri per l'assistenza che forniscono singolarmente o partecipando alle iniziative di ambito distrettuale (a confronto della spesa sociale dei comuni i trasferimenti che questi enti ricevono da fondi statali, regionali o provinciali rappresentano una quota minoritaria).

Tab.1 – Spesa per le politiche sociali della Regione

	Composizione (%) 2009	Variazione (%) 2005-2009
a. Spesa sociale propria	6,7	-3,6
b. Treasferimenti per il sociale dallo Stato	9,7	52,3
c. Spesa sociosanitaria	83,5	21,4
Spesa per le politiche sociali (a+b+c)	**100**	**21,7**

La spesa sta aumentando o diminuendo?

Dipende da quanto lontano si guarda: sicuramente è cresciuta rispetto ad un decennio fa, negli ultimissimi anni ha però rallentato il ritmo di crescita e probabilmente diminuirà nel futuro immediato. Osserviamo l'evoluzione dalle varie prospettive:

Rispetto all'avvio della riforma del welfare: Confrontando quanto si spendeva un decennio fa in politiche sociali con la spesa verso la fine dell'ultima legislatura, **emerge uno sviluppo senza dubbio importante** (**+27,9%** al netto dell'inflazione, per i dettagli metodologici si rimanda al capitolo conclusivo del volume "Come cambia il welfare lombardo").

Rispetto all'inizio della legislatura: Nell'ultima legislatura, **il budget regionale per le politiche sociali è aumentato discretamente** (in termini nominali **+21,7%** tra il 2005 e il 2009, Tab. 1). A crescere sono stati soprattutto i servizi sociosanitari (+21,4%), mentre le risorse proprie che la Regione ha dedicato ai servizi e gli interventi sociali sono leggermente diminuite rispetto a qualche anno fa (-3,6%, Tab. 1): si riscontra quindi un dualismo tra queste due tipologie di servizi la cui spesa è governata dalla Regione, con un sociosanitario che riceve un impulso decisamente più marcato rispetto al sociale. Negli stessi anni sono invece aumentati i trasferimenti che la Regione ha ricevuto dallo Stato, in ragione di nuovi interventi settoriali che i Governi hanno finanziato nel periodo 2007-2010 (Tab. 1). Ad esempio a fine legislatura la Regione ha gestito risorse incrementali pervenute dal Fondo per la non autosufficienza, dal Piano nidi e dall'Intesa Famiglia. La possibilità di contare su questi nuovi trasferimenti potrebbe aver frenato la Regione dall'intraprendere nuovi investimenti propri per le politiche sociali.

Gli anni recenti**:** Rispetto al quadro della crescita osservato nel medio-lungo termine, nell'ultimo biennio sono emersi alcuni **segnali di un rallentamento** dello sviluppo delle risorse per il welfare. I servizi sociosanitari su cui la Regione aveva spinto molto fino a quel momento, pur continuando a crescere, lo fanno ad un ritmo molto meno marcato a confronto dell' inizio della legislatura (la relativa spesa è aumentata solo dell'1,8% nel 2009, rispetto al 7% annuo del 2006-2007, Ns elaborazione dati Bilancio Sociale Regione Lombardia). Peraltro, fino al 2008 il sociosanitario era cresciuto sempre di più rispetto alla pura sanità, mentre nel 2009 si registra un'inversione di tendenza: in altri termini, se fino al 2008 la fetta del Fsr dedicata al sociosanitario aveva aumentato la propria importanza (dall'8,7% del 2005 al 9,1% del 2008) nell'ultimo anno il peso si è ridotto (8,9%). Si tratta di un indicatore importante, perché dimostra quanto la Regione stia spostando risorse dalla sanità acuta ai servizi territoriali o viceversa.

Dal 2009 comincia a farsi sentire anche la riduzione dei finanziamenti statali alle politiche sociali; fino a quel momento i tagli al Fnps erano stati compensati dalle nuove risorse del Fondo Nazionale per la non Autosufficienza (che non era certo nato con

questo scopo ma ha finito per sopperire alla riduzione del Fnps), ma nell'ultimo biennio vi è stato un progressivo calo delle risorse ricevute complessivamente dai due fondi (Tab. 3).

Il biennio 2009-2010 si contraddistingue anche per il fatto che la Regione ha cominciato a trasferire meno risorse proprie agli ambiti distrettuali (Il fondo sociale regionale è passato da 91 milioni del 2008 a 85 del 2010,Tab.3).

Le prospettive immediate: Dopo il forte ridimensionamento del Fnps del 2010 (-25%) le manovre di finanza pubblica nazionale hanno operato un ulteriore taglio del 37% nel 2011, accompagnato per di più dal mancato rifinanziamento di alcuni fondi di recente istituzione (Fondo per la non autosufficienza, fondo servizi infanzia). **Si può stimare che la Lombardia che tra Fnps e Fnna ha ricevuto 110 milioni nel 2010 potrà contare nel 2011 su un contributo statale di soli 32 milioni (Tab. 3), quindi il 70% in meno**.

Le manovre regionali per il 2011 (considerando anche le variazioni annunciate a maggio) hanno comportato per il sociosanitario un rafforzamento delle risorse, mentre per quel che riguarda i fondi sociali veri e propri, una riduzione rispetto al 2010 del Fondo Sociale e un'implementazione del finanziamento di alcuni programmi regionali. Nell'insieme ciò potrebbe far sì che il budget per le politiche sociali della Regione Lombardia resterà invariato, sebbene al suo interno aumenti il peso del sociosanitario e si riducano i trasferimenti agli enti locali.

Quanto si spende rispetto alle altre Regioni?

Dobbiamo distinguere tra la spesa sociosanitaria e la spesa sociale perché, come vedremo, la posizione della Lombardia rispetto al quadro nazionale è diversa in queste due sfere.

a) Spesa sociosanitaria: il dato "più fresco" ci dice che la Regione spende più o meno quanto si spende in media nelle altre regioni del Nord (526 contro 527 eur, Tab. 2). La verifica è stata fatta per l'assistenza agli anziani, una voce significativa poichè costituisce ben il 60% della spesa sociosanitaria. Fino a 7-8 anni fa la Lombardia si trovava in una posizione di netto vantaggio, nel senso che spendeva di più per ogni anziano rispetto alle altre regioni settentrionali (nel 2003, 497 contro i 453 eur), ma questo vantaggio è stato ormai azzerato, visto che la spesa dei nostri vicini è cresciuta di più nel periodo 2003-2007 (16% contro 6%, Tab. 2). Partendo da questo pareggio del 2007, cosa è successo negli ultimi tre anni? Non abbiamo ancora dati sull'evoluzione della spesa sociosanitaria nel resto del Paese da confrontare con quelli lombardi. Sappiamo però che nella nostra Regione la spesa sociosanitaria si sta sviluppando ad una velocità ridotta rispetto a qualche anno fa (il tasso di crescita annuo è sceso dal 7% del 2007 all'1,8% del 2009, Fonte: Elaborazione Bilancio Sociale). Se nelle altre regioni si fosse verificata una crescita maggiore (come è accaduto tra il 2003 e il 2007), la

Lombardia potrebbe risultare scavalcata dal resto del Nord quanto a investimenti nel sociosanitario.

b) Spesa sociale: la fotografia al 2007, mostra una Lombardia già superata dalle altre regioni in quanto a spesa pro-capite (Tab. 2). Il dato lombardo (24 eur) risulta infatti inferiore non soltanto a quello delle regioni del Nord (28 eur) ma anche rispetto all'intero Paese (29 eur). Sebbene si tratti di una ricostruzione ferma a qualche anno fa, non risultano segnali di importanti investimenti regionali del sociale negli ultimi anni che possano aver permesso di recuperare questo svantaggio.

Tab.2- La spesa lombarda a confronto con altre Regioni

	Spesa LEA sociosanitari per anziani – eur 2007	Variazione (%) 2003-2007*		Spesa sociale delle regioni – Eur procapite 2007**	Spesa sociale delle regioni – incidenza su spesa regionale 2007***
Lombardia	526	6%	Lombardia	24	0,9%
Nord Italia	527	16%	Nord (Rso)	29	1,2%
			Italia (Rso)	28	1,2%

Fonte:* Agenas, **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (Spesa totale finanziata con Fnps, Fondi sociali regionali e altri fondi)), Popolazione Istat,***Rapporto tra totale spesa sociale (Fonte: Rapporto monitoraggio Fnps 2007) e totale impegni di spesa corrente (Fonte: I bilanci consuntivi delle Regioni e delle Province Autonome 2007-2008, Istat)

Quanto del proprio bilancio, la Regione dedica alle politiche sociali?

E' necessario innanzi tutto capire quanto la Regione sceglie di spendere in politiche sociali in virtù della propria discrezionalità di spesa (e non perché riceve finanziamenti statali da destinare al sociale). In concreto, l'ente definisce la "propria" spesa per le politiche sociali in due modi:

- finanziando con risorse autonome i vari capitoli della spesa sociale
- scegliendo la fetta di fondo sanitario regionale da dedicare ai servizi sociosanitari integrati.

Per capire quale importanza riceve il welfare rispetto alle restanti funzioni, dobbiamo confrontare queste due voci con il totale della spesa corrente autonoma regionale. La fetta di bilancio dedicata alle politiche sociali risulta poco più grande del 7% dell'intero bilancio (Fig. 1): una frazione costituita per la quasi totalità dal fondo sociosanitario (6,6%), mentre le risorse per gli interventi e i servizi sociali rappresentano solo lo 0,5%

della spesa autonoma. La sola sanità (escluso il sociosanitario), da sola assorbe il 67,5% delle risorse autonome. Quando un settore come questo ha un rilievo modesto rispetto all'intero bilancio esso diventa estremamente sensibile ad eventuali manovre di redistribuzione dei fondi tra le varie funzioni: basterebbe un aumento di importanza di questo settore dell'1,8% per far crescere il budget per le politiche sociali di ben il 25%. Per contro, se la Regione decidesse di aumentare la quota destinata ad altri settori a discapito delle politiche sociali, anche piccole diminuzioni di importanza si tradurrebbero in forti tagli alle disponibilità per questo settore.

Non si può dire a priori se il peso assegnato da questa Regione alle politiche sociali sia sufficiente. Possiamo invece confrontare questa quota con quella delle altre regioni (in questo caso, per questione di disponibilità di dati, consideriamo la spesa sociale regionale complessiva, sia finanziata con fondi propri che trasferiti): l'incidenza della spesa sociale sul totale della spesa regionale in Lombardia è inferiore alla media italiana e al coincidente dato del Settentrione (0,9% contro 1,2%).

Chi spende il budget per le politiche sociali?

Il budget gestito dalla Dg Famiglia viene in parte trasferito:

- alle Asl per la quota riferita ai servizi sociosanitari integrati,
- agli ambiti distrettuali, in quanto budget per realizzare i piani di zona;
- e in parte speso dalla stessa Regione per proprie iniziative sociali.

Nel corso dell'ultima legislatura il budget delle Asl è aumentato nella misura in cui è aumentata la spesa sociosanitaria (+ 21,4%, Tab. 1). La novità degli ultimi anni è stata quella che la Regione ha scelto di far gestire a questi enti anche una quota del Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, più elevata nei primi anni (50% nel 2008), a scalare negli esercizi successivi.

Per vedere come è variata la quota che la Regione ha trasferito agli ambiti distrettuali per la realizzazione dei Pdz dobbiamo considerare, innanzi tutto, quanto l'ente ha stanziato annualmente nel Fondo Sociale Regionale: si è trattato di un finanziamento decrescente (dai 91 milioni del 2005 agli 85 del 2010, Tab. 3). Ma i trasferimenti che i comuni hanno ricevuto per la programmazione territoriale sono stati influenzati soprattutto dalle oscillazioni dei fondi trasferiti dallo Stato alla Regione. Il budget dei piani di zona ha sofferto per il progressivo ridimensionamento del Fnps: le somme trasferita agli ambiti provenienti da questo canale sono diminuite innanzi tutto perché lo Stato ha ridotto il proprio contributo alle politiche sociali (la quota attribuita alla Lombardia è passata dai 110 milioni del 2006 ai 54 milioni del 2010, Tab.3). L'effetto di questi tagli sul budget dei Pdz è stato poi amplificato dalla scelta della Regione di non trasferire interamente il Fnps agli ambiti, ma di trattenerne una quota importante per

proprie iniziative: un fenomeno particolarmente evidente nel 2009, quando oltre metà della quota di competenza della Lombardia è stata utilizzata dalla Regione per proprie iniziative, in particolare per finanziare il buono famiglia.

La riduzione del Fnps è stata in parte compensata dalla disponibilità di nuovi trasferimenti nazionali, in particolare di quelli destinati alla non autosufficienza. Anche in questo caso, però, non tutti i nuovi fondi che la regione ha ricevuto si sono tradotti in altrettanti trasferimenti agli enti locali (perché ad esempio una quota del Fondo per la non autosufficienza è stato speso dalle Asl).

Nel complesso i trasferimenti dalla Regione agli ambiti distrettuali – come somma del Fondo Sociale Regionale, del Fnps e del Fondo per la non autosufficienza - hanno avuto un andamento altalenante e comunque nel 2010 le disponibilità per il budget dei Pdz erano inferiori a quelle del 2006 (Tab. 3). Sembra insomma che nella gestione delle risorse per le politiche sociali il ruolo degli enti locali si stia indebolendo. Sta invece guadagnando importanza l'azione diretta della Regione.

Tab.3 – Principali fondi per il sociale, Regione Lombardia (milioni di eur, 2005-2011)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
trasferimenti da Stato a Regione							
Fnps	73	110	105	93	73	54	32*
Fnna	0	0	15	44	59	56	0
Fnps+Fnna	73	110	120	137	132	110	32
trasferimenti dalla regione al budget dei PDZ							
Fnps	61	90	92	82	39	44	nd
Fnna	0	0	6	22	43	47	0
F. Sociale Regionale	91	90	90	91	88	85	70
Fnps+Fnna+FSR	152	180	188	195	169	176	nd

*Non essendo ancora noto quanto, rispetto al totale del finanziamento nazionale, sarà destinato alle Regioni e quanto trattenuto dal Ministero, è stato ipotizzato che il Ministero trattenga una cifra pari alla media degli ultimi cinque anni. La quota per la Lombardia è ottenuta ipotizzando che le percentuali di riparto tra le Regioni rimangano le stesse degli ultimi anni

Punti di vista

La gestione del budget per il welfare: il ruolo dei vari attori

di Laura Pelliccia

Febbraio 2013

Temi > Finanziamento e spesa, Fondo sociale regionale, spesa sociale

Chi ha speso il budget per il welfare sociale lombardo? Si propone una ricostruzione delle principali relazioni finanziarie tra i soggetti istituzionali, evidenziando i fattori che, nel corso della legislatura, hanno influenzato l'importanza dei vari canali di spesa.

Il contesto delle fonti di finanziamento

Il budget per il welfare sociale gestito dalla regione viene alimentato da diverse fonti di finanziamento. L'importanza dei vari attori nella gestione delle risorse è influenzata innanzi tutto dall'evoluzione che sperimentano queste singole fonti. E' utile ricordare brevemente **il quadro delle risorse disponibili nell'ultimo triennio** (per maggiori dettagli si rimanda all'analisi recentemente pubblicata su questo sito).

La legislatura appena terminata è stata un'epoca contrassegnata innanzi tutto dai tagli ai fondi nazionali per le politiche sociali. Analogo trend ha subito il Fondo Sociale Regionale, a causa del contributo della regione ridimensionato a 70 milioni rispetto agli 85,2 del 2010.

La terza fonte di finanziamento, quella delle risorse di carattere sociosanitario, ha conosciuto uno sviluppo importante, grazie all'espansione del fondo sanitario nazionale (almeno fino al 2012) e all'azione della regione che nell'utilizzo di queste risorse ha ampliato la quota assegnata alla gestione Assi. Nel 2013, tuttavia, anche questa fonte si stabilizzerà. La Giunta nella scorsa legislatura oltre al finanziamento

sanitario corrente annuale ha gestito una non trascurabile partita di residui di fondi sociosanitari non impegnati dai predecessori[1] .

Questi fenomeni hanno inciso sulle dimensioni dei vari flussi, rispetto ai quali la regione ha definito il ruolo dei vari soggetti coinvolti.

In che modo i vari attori sono stati coinvolti nella gestione del budget per il welfare?

Ripercorriamo sinteticamente il ruolo dei vari soggetti istituzionali nella gestione del budget per il welfare (Fig. 1), sottolineando le novità organizzative dell'ultimo triennio.

Nonostante **il budget in questione ricada sotto la regia di un unico assessorato**, la storica scelta lombarda, confermata nel corso della legislatura, è stata quella di impostare **una gestione nettamente separata tra i flussi di carattere sanitario e quelli sociali**. Ciò significa che, seguendo percorsi distinti, le risorse del Fsn per l'Assi vengono affidate alle Asl, mentre i finanziamenti per le politiche sociali (fondi nazionali e fondo sociale regionale) sono spesi dagli ambiti territoriali.

Tuttavia, **sui Piani di Zona non confluisce la totalità delle risorse per il sociale**, poiché la regione trattiene una quota dei Fondi che riceve dallo Stato per proprie iniziative; si tratta di una prassi già in vigore in passato, proseguita anche nell'ultimo Governo regionale (ad esempio, nell'ultimo riparto del Fnps, quello del 2011, il 20% delle disponibilità è stata attribuita alla Regione). Un comportamento che distingue la Lombardia dal resto delle regioni, che sono solite trasferire tutto il Fnps ai territori[2]. Nell'ultimo triennio, come già era avvenuto in passato, la Lombardia ha scelto di gestire direttamente (o attraverso le Asl) anche una quota del Fondo per le non Autosufficienze (ad esempio, circa il 17% del Fnna del 2010 è stato utilizzato per iniziative Asl- Regione; quello del 2011, che lo Stato ha vincolato esclusivamente alla Sla, è stato affidato integralmente alle aziende sanitarie).

In ogni caso, tutti i fondi sociali pervengono agli Ambiti dopo essere transitati per le Asl, poiché alle aziende sanitarie è riconosciuto un ruolo di controllo sulla gestione delle risorse per la programmazione di zona del proprio territorio, che significa che **gli enti locali ricevono i finanziamenti solo previa verifica che l'impiego sia coerente con le finalità individuate dalla regione nei decreti di assegnazione**.

---

1. [1] A fine 2009, dopo aver impegnato tutta la spesa per la gestione Assi di quell'anno, risultavano sul capitolo del fondo sociosanitario 89,7 milioni di economie sugli stanziamenti.

2. [2] Secondo il più recente Rapporto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sul Fnps, quello sull'annualità 2009 (Tab. 5), oltre alla Lombardia, solo in Valle d'Aosta e Puglia una quantità significativa di risorse è stata gestita direttamente dalla Regione.

La peculiarità di questa legislatura è stata la **proliferazione**, accanto ai due canali tradizionali di spesa (Assi e budget dei Pdz), di una serie di altri **finanziamenti di carattere sociale affidati al diretto controllo della regione, anche attraverso il braccio operativo delle Asl**. Per citare, senza pretesa di esaustività i fondi che nel triennio sono stati gestiti attraverso questa modalità, ricordiamo: i bandi maternità, i bandi famiglia-associazionismo-volontariato, Nasko (e oggi anche Cresco), bandi per progetti innovativi in materia di welfare aziendale e interaziendale, dote conciliazione (focus impresa e focus servizi alla persona). Gli investimenti di risorse proprie regionali su questo genere di canale sono passati dai 6,4 milioni del 2010 ai 17,4 milioni del 2012.

Le implicazioni per i vari budget dei vari canali

Proviamo a sintetizzare quali effetti hanno comportato queste politiche sui vari sottobudget (Fig. 2):

- un indebolimento delle risorse affidate agli ambiti (dai 170 milioni del 2010 ai 70 del 2012).
- un discreto potenziamento delle risorse per l'Assi (+ 12,3% dei fondi nel triennio)[3]
- un ruolo non trascurabile delle partite sociali gestite da regione-Asl: circa 38 milioni di fondi del 2011 e 17,4[4] milioni di quelli 2012 (la diminuzione del 2012 dipende dall'azzeramento dei fondi nazionali ricevuti dalla regione)

Rispetto al budget per il welfare sociale per il 2012, il 95,1% è rappresentato dalla gestione Assi delle Asl, il 3,9% dal budget dei Pdz e l'1% dalle partite sociali affidate alla regione-Asl.

Gli ambiti territoriali sono stati i soggetti che maggiormente hanno avvertito la situazione di austerità dell'ultimo triennio, un ridimensionamento delle disponibilità causato principalmente dalla riduzione dei fondi nazionali e del contributo regionale al fondo di settore. Non sempre però sono state colte tutte le occasioni per evitare questo impoverimento. Ad esempio, alcuni fondi statali come quello per le politiche per la famiglia (Intesa relativa al 2010) sono rimasti senza evidenti ragioni nel cassetto regionale per molto tempo: il finanziamento era disponibile da metà 2011 (Dgr

3. [3] Per il 2012 si considerano anche quelle per gli affidi e le sperimentazioni gestionali

4. [4] Sono state considerate le quote del Fnps, Fnna, Fondo Famiglia gestite da regione e Asl; inoltre i bandi maternità, i bandi famiglia-associazionismo-volontariato, Nasko, i bandi per progetti innovativi in materia di welfare aziendale e interaziendale, dote conciliazione (focus impresa e focus servizi alla persona)

2413/2011) ma sarà trasferito ai territori solo nel corso del 2013 (vedi precedente contributo su questo tema). Anche il Fondo per le politiche della famiglia relativo al 2012 affluirà ai territori con ritardo; tali risorse (circa 10 milioni per la Lombardia)[5] sono erogate alle regioni previo raggiungimento di un accordo con le Autonomie locali in merito alle azioni da realizzare (per servizi socio-educativi, anziani, famiglie). Ad oggi, a differenza di quanto già realizzato altrove, non ci risulta che l'accordo sia stato raggiunto a livello regionale, con conseguente slittamento dei benefici.

Altra scelta che ha creato una **rigidità nell'utilizzo delle risorse** è stata quella di assegnare una parte del Fondo per le non autosufficienze alle Asl: secondo le previsioni Ministeriali, questa fonte non avrebbe dovuto finanziare gli oneri a rilievo sanitario, ma è stato farraginoso individuare impieghi nell'ambito delle competenze delle aziende sanitarie per bisogni di tipo tutelare. Lo dimostra il fatto che nel 2013 le Asl dispongono ancora di residui dei fondi del 2010.

I gradi di libertà

Qualche riflessione, oltre che sui volumi delle risorse, **sull'autonomia di spesa riconosciuta al livello locale**. Nella recente legislatura diversi sono stati gli interventi con i quali la regione ha rafforzato i vincoli per l'impiego dei finanziamenti, episodi che indirettamente hanno inciso sui margini di allocazione riconosciuti ai territori. Si ricordano alcune delle vicende più significative a tale riguardo:

In sede di reintegro del fondo sociale regionale per il 2012 è stato imposto ai comuni di utilizzare una quota consistente dei fondi per la disabilità, indipendentemente dalle esigenze locali; un altro vincolo operativo di forte impatto riguarda la predeterminazione della modalità di spesa (solo attraverso voucher). A questo proposito si veda l'articolo DGR 3850 e fondo sociale regionale: prove generali di una riforma mancata.

- nella gestione delle risorse per il piano nidi, è stato imposto ai comuni come unica possibilità di spesa l'acquisto di posti in strutture private convenzionate (Dgr 11152/2010)[6]
- Anche nella gestione delle risorse Assi l'autonomia allocativa delle Asl resta abbastanza limitata, poiché è la Regione che per ogni territorio predetermina i limiti per l'acquisto delle varie prestazioni.

5. [5] Intese in Conferenza Unificata del 2/2/2012 e del 19/4/2012

6. [6] Si trattava di fondi relativi alle annualità 2008-2009 che tuttavia, a causa di ritardi nelle assegnazioni, sono state gestite nel corso della nona legislatura (non compaiono nella fig. 2).

L'eredità

Nell'ultimo triennio il budget dei vari attori istituzionali si è sviluppato secondo direzioni opposte: i servizi sociosanitari hanno conosciuto una discreta spinta espansiva (almeno fino al 2012), mentre si è notevolmente impoverito il canale delle risorse per i piani di zona. Ciò è dipeso da fattori esterni (le decisioni sul finanziamento dei fondi statali), dall'investimento delle risorse proprie regionali (che hanno favorito principalmente il sociosanitario), ma anche da scelte di carattere organizzativo. Nella gestione delle risorse per il sociale si è preferito rafforzare gli investimenti sui canali extra Pdz e, allo stesso tempo, affidare sempre maggiori competenze alle Asl. La tendenza è stata quella di aumento della centralizzazione di alcune decisioni allocative; il governo della regione è stato esercitato in modo disgiunto sui singoli canali di finanziamento.

La nuova Giunta erediterà questo sistema di finanziamenti segmentati e potrà scegliere se proseguire con questo modello organizzativo, oppure ricomporre i pezzi e sperimentare percorsi – ancora del tutto inesplorati in questa regione- dell'integrazione e della ricomposizione dei vari budget.

L'altra questione che dovrà essere definita dalle politica della nuova legislatura è il grado di libertà che si vuole assegnare ai territori nella destinazione delle risorse.

Fig. 1: I flussi di finanziamento delle risorse per il welfare sociale

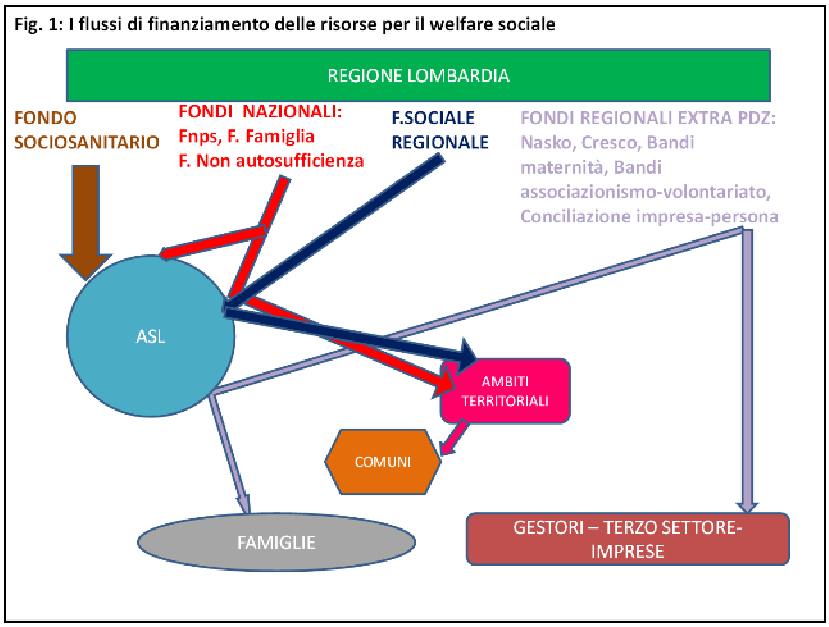
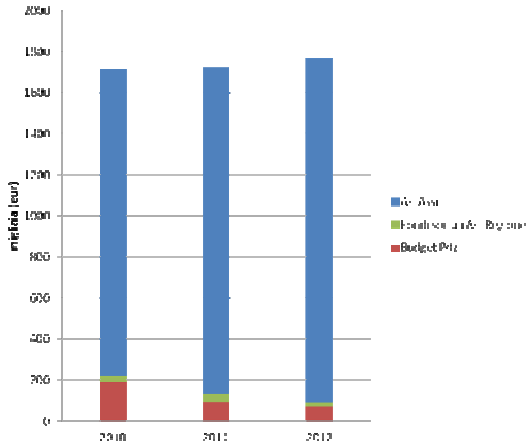
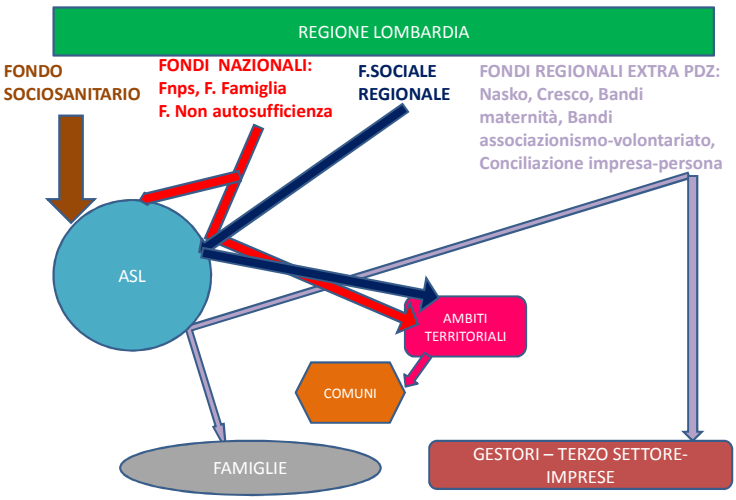


Fig. 2 - Risorse gestite dai vari canali, 2010-2012



Ricostruzione effettuata sulla base dell'anno di competenza dei fondi

Fig. 1: I flussi di finanziamento delle risorse per il welfare sociale



Punti di vista

Le risorse per il welfare sociale nei bilanci della nona legislatura

di Laura Pelliccia

Gennaio 2013

Temi > Finanziamento e spesa

Come sono cambiate le risorse a disposizione per il welfare sociale nell'ultima legislatura? Tentiamo di farne un quadro, tenendo conto della situazione complessiva della finanza regionale. Si analizza come hanno inciso le scelte di carattere nazionale, ma soprattutto in che misura, nella gestione del bilancio dell'ente, è stata data priorità al nostro settore di riferimento.

L'evoluzione complessiva delle risorse

La legislatura regionale che sta per concludersi si è sviluppata in un contesto di congiuntura economica sfavorevole che ha pesato, oltre che sulle generali condizioni di imprese e famiglie, sui servizi pubblici della regione. A partire da questo sfondo, l'evoluzione del budget per il welfare sociale lombardo (di fatto le risorse gestite dalla Dg famiglia) è il risultato delle decisioni sul finanziamento del welfare assunte in quest'epoca da Stato e Regione (Tab. 1).

Il primo elemento, quello del sostegno garantito dalle delle risorse statali, è stato senza dubbio sfavorevole per il welfare locale: mentre durante il precedente mandato si era potuto contare su una fase espansiva dei finanziamenti nazionali, la nona legislatura ha coinciso con una fase di continuo disimpegno statale su questo fronte. Le leggi di stabilità (2009-2012) che hanno via via cancellato, fino all'esaurimento, i principali fondi per le politiche sociali: rispetto ai 180 milioni ricevuti dalla Lombardia nel 2009 (l'apice della fase espansiva dei fondi statali), nel 2012 la Dg Famiglia non ha potuto sostanzialmente contare sul sostegno statale (il trend si invertirà nel 2013, grazie al ripristino del Fnps e del Fnna realizzato dall'ultima manovra nazionale; in ogni caso, i fondi nazionali per il 2013 saranno la metà di quelli su cui si poteva contare alla fine del precedente mandato regionale).

La regione invece, attraverso le proprie manovre ha complessivamente implementato il budget gestito da questa direzione, dai 1.585 milioni del 2010 ai 1.702 milioni del 2013. Tuttavia questo risultato è l'effetto di due componenti che hanno ricevuto impulsi opposti:

- un incremento della quota di fondo sanitario regionale destinato all'assistenza sociosanitaria
- un de finanziamento del fondo sociale regionale

Sono queste le novità di maggior rilievo per il welfare sociale dell'ultima legislatura che si chiude con un budget complessivo per il welfare sociale per il 2012 leggermente inferiore a quello del 2010, un saldo che sintetizza l'espansione delle disponibilità finanziare delle Asl per la gestione Assi e l' impoverimento del budget per i piani di zona (fondi statali + fondo sociale regionale)[7].

Nel 2013 il budget complessivo per il welfare regionale tornerà a crescere, grazie soprattutto al reintegro dei fondi statali, mentre per gli anni successivi non vi è alcuna certezza sulle risorse disponibili: i fondi statali sono al momento rifinanziati solo per il primo anno e il bilancio regionale contempla una riduzione (a 40 milioni) del fondo sociale 2014-2015; anche l'evoluzione del Fsn è costellata di incognite[8]. Mai come in questa fase l'instabilità delle risorse sta compromettendo la possibilità di programmare i servizi, anche nel breve termine. La regione, che fonda il finanziamento del proprio welfare in misura preponderante sul fondo sanitario nazionale (il 91% delle risorse del 2013 proviene da questo canale) è particolarmente esposta alle scelte degli altri livelli di governo . Ciò non significa che le scelte di allocazione delle risorse proprie regionali siano irrilevanti e, proprio per questo, vale la pena osservare la gestione realizzata nella nona legislatura.

7. [7] Non tutti i fondi nazionali della tab. 1 hanno alimentato Il budget dei Pdz, una parte è stata trattenuta dalla DG Famiglia per propri interventi

8. 8 Il futuro del fondo sanitario nazionale è quanto mai incerto: nel 2014 il finanziamento dovrebbe essere in leggera ripresa ma ciò è condizionato al reperimento di 2 mld dall'introduzione di nuovi ticket sanitari; la programmazione del fabbisogno sanitario è ostacolata anche dal mancato rinnovo del Patto per la salute.

Tab. 1 – Risorse gestite dalla Dg Famiglia per anno di competenza

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fnps	73,3	109,7	105,4	92,9	73,3	53,8	25,2	1,5	42,5
Fnna			14,6	44,1	58,8	56,5	15,0		41,5
Piano Nidi					37				
Intesa famiglia				11,2	11,2	15,0			
A. Totale fondi Stato	**73,3**	**109,7**	**120,0**	**148,2**	**180,4**	**125,3**	**40,2**	**1,5**	**84,0**
B. Fondo Sociale Regionale	91,2	90,3	89,8	90,8	87,7	85,2	70,0	70,0	70,0
C.Fondo Sociosanitario	1.191	1.272	1.372	1.420	1.445	1.500	1.597	1.623	1.632
Risorse proprie (b+c)	**1.282**	**1.362**	**1.462**	**1.511**	**1.533**	**1.585**	**1.667**	**1.693**	**1.702**
Totale (a+b+c)	**1.355**	**1.472**	**1.582**	**1.659**	**1.713**	**1.710**	**1.707**	**1.695**	**1.786**

Il welfare nel bilancio regionale

Quali sono i settori che pesano più sul bilancio regionale (Tab. 2)? La sanità domina senza rivali e oggi – tra sanità acuta e sociosanitario- cattura l'81% della spesa complessiva (corrente e in conto capitale). Le altre poste di particolare rilievo sono i trasposti (6,6%) e la gestione dell'apparato istituzionale (4,7%). I restanti settori, a confronto, hanno un ruolo decisamente modesto (tra di essi ci sono gli interventi sociali).

L'importanza dei vari settori cambia se consideriamo distintamente la spesa corrente (che più o meno riflette la composizione della spesa complessiva) e quella in conto capitale: gli investimenti regionali si dirigono soprattutto agli organi istituzionali, ai trasporti, alle attività produttive e alla sanità acuta.

Per valutare le effettive scelte regionali di allocazione delle risorse, questa fotografia del bilancio 2013 necessita di un ulteriore filtraggio: va infatti tenuto presente che non tutta la spesa dell'ente è il risultato di proprie manovre allocative (una parte delle entrate è sottoposta a vincoli di destinazione verso settori predeterminati, ad esempio il Fnps). Depurando il bilancio dalle componenti vincolate, otteniamo la spesa autonoma, quella che la regione può discrezionalmente allocare tra i vari settori[9]:

9. [9] E' il totale della spesa corrente e in conto capitale indicata nel bilancio di previsione 2013. Questo aggregato non è direttamente confrontabile con quello del 2009, poiché all'epoca la regione vi inseriva anche una cospicua partita, quella del fondo perequativo di solidarietà per la finanza delle altre regioni, oggi non più considerato spesa autonoma. Per questo, il Graf. 1 non è direttamente confrontabile con quelli comparsi su altri articoli precedenti relativi al 2008-2009.

rispetto ai 20,5 milioni che la Giunta ha potuto distribuire tra i vari comparti[10], il welfare sociale assorbe l'8,4% di cui la quasi totalità rappresentato da spesa sociosanitaria; soltanto lo 0,5% di questi fondi è diretta a interventi di tipo sociale[11].

Tab. 2 – Spesa regionale 2013 per settori[12]

	Spesa corrente	Spesa c_cap	Totale
Sanità acuta	79,0%	7,8%	73,8%
Serv.sociosanitari	8,0%	0,0%	7,4%
Trasporti	5,4%	22,2%	6,6%
Organi istituzionali-ordine pubblico	2,6%	31,3%	4,7%
Autonomie territoriali	1,1%	1,1%	1,1%
Altro	1,0%	10,0%	1,6%
Istruzione	1,0%	0,4%	0,9%
Lavoro e formaz.prof.	0,8%	0,1%	0,8%
Interventi sociali	0,5%	0,1%	0,5%
Ambiente-prot.civile-energia	0,3%	6,0%	0,7%
Attività produttive-sviluppo	0,2%	13,7%	1,2%
territorio-pol.abitative	0,1%	5,0%	0,5%
Cultura-giovani-sport-turismo	0,1%	2,2%	0,2%

Come anticipato la Regione governa il budget della Dg Famiglia attraverso due leve:

1. date le risorse assegnate alla Lombardia per il finanziamento della sanità, definisce la quota da dedicare all'assistenza sociosanitaria (il riparto tra Dg Sanità e Dg Famiglia);
2. nell'allocare le altre risorse autonome del bilancio regionale (diverse dai fondi sanitari), aggiunge ulteriori stanziamenti per questo settore.

---

10. [10] Le risorse del fondo sanitario sono formalmente senza vincolo di destinazione, anche se indirettamente c'è un collegamento ai Lea individuati dal Decreto 29/11/2001 (le regioni che volessero erogare lea aggiuntivi oltre a quelli previsti dallo Stato dovrebbero farlo con fondi propri). Nel grafico 1 il totale della spesa sanitaria corrisponde al totale della spesa della missione "tutela della salute" del bilancio 2013.

11. [11] Sono stati considerati gli stanziamenti per Fondo Sociale, Nasko, Conciliazione, Lr 23/99 e per l'assistenza penitenziaria, per un totale di 94 milioni.

12. [12] Ns aggregazione dei settori a partire dal dettaglio per missioni dello schema di bilancio. Il programma "Interventi per il diritto alla casa è stato scorporato dagli interventi sociali, per evidenziare le sole competenze della Dg Famiglia; è stata anche evidenziata separatamente la spesa sociosanitaria dalle risorse della Dg Sanità

Le manovre regionali dell'ultima legislatura hanno spinto particolarmente sulla prima leva, e il sociosanitario nella gestione corrente ha recuperato centralità rispetto alla sanità acuta (al contrario di quanto sperimentato alla fine della precedente legislatura, quando questo aspetto si era indebolito). In epoca recente l'equilibrio tra le due componenti è stato anche influenzato dai tagli al FSN (si veda precedente articolo in tema di spending review).

L'utilizzo della seconda leva è apparso piuttosto timido: alla fine della precedente legislatura, in una stagione di espansione del sostegno statale, gli stanziamenti sul fondo sociale regionale avevano cominciato a scemare (una sorta di "effetto spiazzamento", ossia una riduzione del contributo regionale in relazione al fatto che si poteva confidare su maggiori fondi statali); il terzo Governo Formigoni ha proseguito questa tendenza, apportando ulteriori decurtazioni (oggi il fondo sociale è inferiore del – 15,2% rispetto a quello del 2010, tab. 1). Peraltro lo stanziamento a 70 milioni è il risultato di reintegri in corso d'anno, poiché in fase di approvazione del bilancio 2011 e 2012 era stato finanziato un contributo di soli 40 milioni. Una scelta difficilmente condivisibile, anche in considerazione del fatto che il supporto che questa regione dà ai servizi sociali del proprio territorio è piuttosto modesto se confrontato con quello delle altre regioni (si veda articolo precedente su questo tema).

La sola manovra che ha spinto sulla seconda leva, indirizzando al welfare sociale fondi del bilancio regionale diversi dal FSN, è stata quella per il 2011, con uno stanziamento di 24,4 milioni per integrare gli interventi sociosanitari per i non autosufficienti (risorse per l'Assi aggiuntive a quelle del fondo sanitario regionale); questo investimento non si è ripetuto successivamente.

Oggi, rispetto ai 2,7 miliardi di risorse autonome che la regione ha gestito oltre alla spesa sanitaria, gli stanziamenti per il welfare (94 milioni) rappresentano il 4%.

Alcuni riflessioni sulle strategie allocative

Negli anni più recenti i bilanci delle regioni hanno subito una serie di misure restrittive: oltre ai freni specifici per la sanità (il FSN è cresciuto molto meno che in passato e dal 2013 ridimensionato) le regioni sono state chiamate a contribuire al risanamento dei conti pubblici (inasprimento del patto di stabilità disposto dalle leggi di stabilità e dalla manovra estiva 2011); il budget di spesa autonoma regionale al netto della spesa sanitaria è passato dai 3,1 miliardi del 2009 ai 2,7 del 2013[13]. I tagli alla spesa sociale autonoma della DG Famiglia -dai 116 milioni del 2009 (Fonte Bilancio Sociale) ai 94 del

13. [13] Si confrontano la spesa autonoma (corrente e in conto capitale) al netto della spesa sanitaria del bilancio 2013 con gli impegni 2009 al netto del fondo perequativo.

2013- potrebbero essere interpretati come un allineamento a queste generali esigenze di bilancio. Tuttavia, è bene domandarsi se questo comparto, che incide così poco sulla spesa regionale. avrebbe potuto essere risparmiato dalle decurtazioni, specialmente in riguardo al forte de finanziamento che ciò ha significato per il budget per i Pdz; altre regioni con le proprie manovre finanziarie dell'ultimo triennio hanno cercato di arginare gli effetti sui servizi del proprio territorio dei tagli dello Stato, dando massima priorità alla difesa delle risorse per il welfare.

Nella nona legislatura la regione Lombardia avrebbe potuto usare in modo alternativi il proprio bilancio? Lo sforzo della regione per il sociale assume una valenza diversa se consideriamo altre scelte allocative realizzate dalla Giunta nello stesso periodo[14]:

- la conservazione di uno stanziamento consistente nel proprio bilancio dei contributi alle famiglie per la libertà di scelta dei percorsi educativi (33 milioni nel 2012) e il sostegno al reddito della dote scuola (25,6 milioni nel 2012), scelte realizzate in virtù dell'autonomia regionale di spesa, a sostegno di politiche tipicamente lombarde;
- un macchina istituzionale che assorbe una quota consistente delle risorse correnti autonome (ad esempio 66 milioni il solo Consiglio Regionale, di cui 41 per gli organi istituzionali-indennità-gruppi/commissioni consiliari; tra le spese più consistenti dell'amministrazione 198 milioni per il personale della Giunta, 42 milioni per il sistema informativo regionale, 12 milioni addirittura per custodia e vigilanza dei locali);
- un contributo importante ad alcuni specifici investimenti (stanziamenti di spesa autonoma nel bilancio 2012) come l'ammodernamento strutturale della sanità acuta (130 milioni di eur), lo sviluppo infrastrutturale (66 tra investimenti con spesa autonoma in strade, ferrovie, autobus) e l'ampliamento del patrimonio immobiliare regionale (45 milioni) a fronte di un azzeramento del sostegno regionale ad investimenti per il welfare;
- il finanziamento delle opere per l'Expo, cui la regione ha stanziato proprie risorse autonome per 41 milioni nel 2012, mentre – secondo quanto riportato nell'introduzione alla legge di bilancio 2013 – si arriverà a 86,5 milioni per il 2013 e 76,4 milioni nel biennio successivo; nel 2012 lo stanziamento iniziale per l'Expo era più elevato, ma in fase di assestamento, lo stanziamento è stato ridotto in concomitanza con il reintegro del fondo sociale da 40 a 70 milioni.

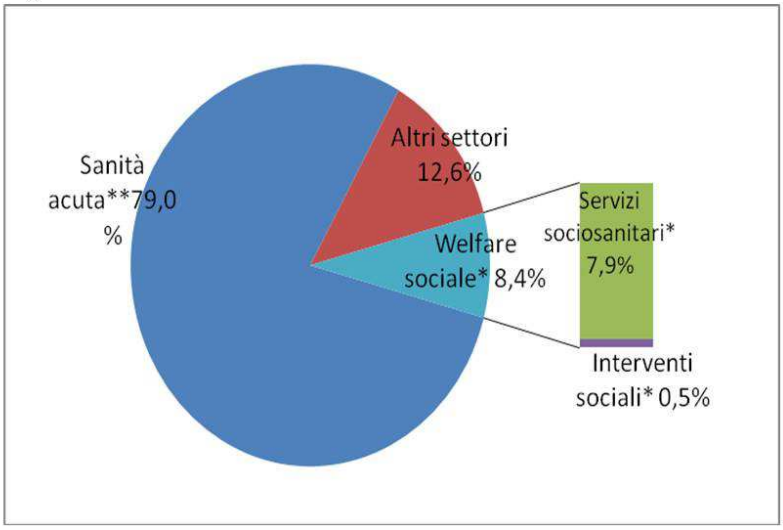
---

14. [14] I dati sono tratti dal documento tecnico di accompagnamento al bilancio 2012, il dettaglio per il 2013 non è ancora disponibile.

Ciò suggerisce che l'allocazione attuale tra i vari settori non è la sola percorribile, ma potrebbero ancora esserci spazi per ulteriori redistribuzioni tra i diversi interventi sostenuti dal bilancio regionale.

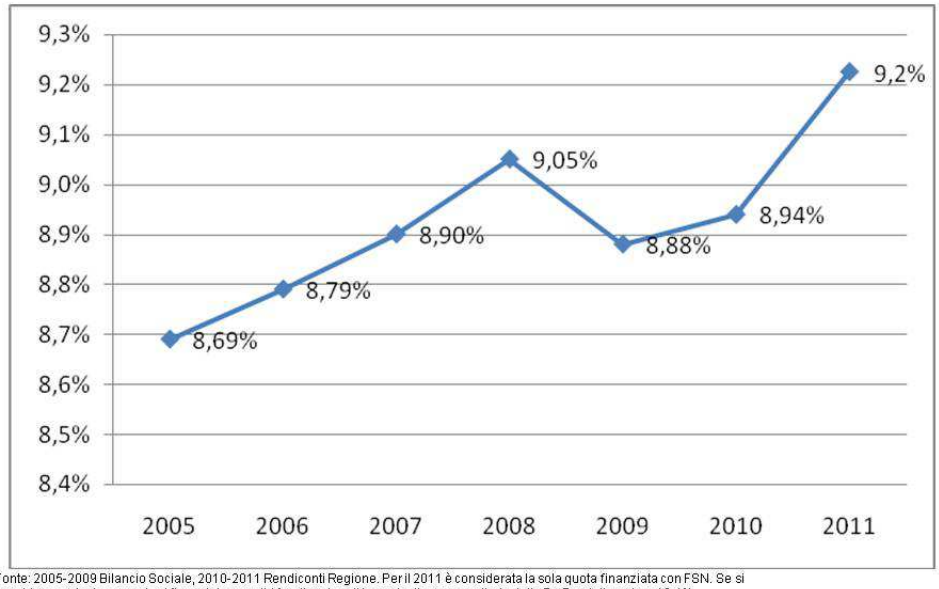
La nuova Giunta erediterà la situazione di bilancio determinata dalle manovre finanziarie del precedente Governo regionale e dalla finanziaria 2013 (approvata dal Consiglio in fase di proroga delle proprie funzioni). Quella della gestione dei fondi regionali sarà una leva importante per il futuro del welfare lombardo: anche altre variabili esogene saranno certamente condizionanti (scelte dello Stato sul finanziamento della sanità, del sociale e più in generale, sui vincoli per la finanza locale), ma il grado di preferenza che il Governo regionale attribuirà a questo settore nella gestione del fondo sanitario e degli altri fondi di bilancio può fare la differenza.

Graf. 1 - Bilancio Regione Lombardia 2013, spesa autonoma (corrente e in conto capitale) per settori



*Interventi gestiti da Dg Famiglia, **interventi gestiti da Dg Sanità

Graf. 2 Incidenza risorse per Lea sociosanitari su totale spesa finanziata con FSN



Fonte: 2005-2009 Bilancio Sociale, 2010-2011 Rendiconti Regione. Per il 2011 è considerata la sola quota finanziata con FSN. Se si considera anche la spesa Assi finanziata con altri fondi regionali la quota di spesa sanitaria della Dg Famiglia arriva al 9,4%

Punti di vista

Reintegro del fondo sociale: manovre regionali a confronto

di Laura Pelliccia

Luglio 2012

Temi > Finanziamento e spesa, Fondo sociale regionale

L'assessore Boscagli ha confermato il reintegro del Fondo sociale regionale, riportandolo allo stanziamento dello scorso anno. Lo sforzo è certamente apprezzabile. Ma quanto investono le altre Regioni sul sociale? Abbiamo avviato un confronto con le principali regioni comparabili, per provare a capire il peso reale di questo reintegro.

Premessa

E' ufficiale (o così sembra). La regione ha riportato il finanziamento del fondo sociale regionale ai livelli del 2011 (70 milioni), come annunciato in un recente comunicato.

Una vicenda iniziata con la manovra finanziaria regionale del 2012, che aveva ridotto le risorse in questione da 70 a 40 milioni per il 2012. Il taglio aveva suscitato forti preoccupazioni tra gli operatori e accese proteste dal mondo dei rappresentanti degli utenti dei servizi. Questo clima è durato per il primo semestre 2012 e, dopo un confronto diretto tra le parti, è arrivata la decisione regionale del reintegro.

Si tratta di una storia già vissuta l'anno scorso, quando la precedente manovra finanziaria aveva ridimensionato il Fondo Sociale 2011 dagli 85 milioni del 2010 a 40, fondi poi parzialmente ripristinati in corso d'anno (a maggio 2011 la regione ha incrementato lo stanziamento iniziale di 30 milioni).

Vale la pena innanzi tutto sottolineare che per il secondo anno, la rete del welfare locale ha potuto conoscere il volume di risorse effettivamente disponibili solo dopo diversi mesi di gestione. L'incertezza sulle risorse non è nuova a questo settore, ma le manovre recenti hanno particolarmente complicato il compito della programmazione delle risorse e dei servizi.

Lo sforzo compiuto dalla regione per ripristinare il fondo è senza dubbio apprezzabile, specialmente nel clima di austerità che sta vivendo la finanza regionale nell'ultimo

biennio (tagli ai trasferimenti nazionali, irrigidimento dei requisiti del Patto di Stabilità Interno, incertezza sul finanziamento del SSN 2012). Difficoltà vissute del resto da tutte le regioni che hanno dovuto contemperare l'esigenza dell'equilibrio finanziario con il mantenimento del sostegno al welfare locale, in un'epoca in cui sono stati drasticamente ridotti i finanziamenti statali per le politiche sociali. Proprio per questo vale la pena una breve panoramica su come hanno affrontato tale situazione le altre regioni, in particolari le più estese del Centro-Nord (quelle con le quali il paragone con la Lombardia sembra più appropriato).

Regioni a confronto

Occorre premettere che su questo fronte le comparazioni regionali sono quanto mai complicate. Fondo sociale regionale non significa in tutte le regioni la stessa cosa: in alcune questo canale è alimentato soltanto da risorse regionali, in altre anche dai fondi nazionali. Per di più in diversi contesti il fondo sociale regionale non è l'unico mezzo con cui la regione sostiene la rete dei servizi. In alcuni casi, ad esempio esistono fondi specifici per la disabilità, per la non autosufficienza, per aree di confine tra sociosanitario e sociale. Una chiave di comparazione può essere quella di considerare l'insieme delle risorse proprie che le regioni dedicano a questo settore, indipendentemente dalla denominazione dei fondi (escludendo quelli provenienti dal fondo sanitario nazionale e gli altri fondi nazionali). Pur nella frammentarietà del quadro informativo esistente, cercheremo di confrontare questo aggregato tra le regioni e di capire come questo settore è stato interessato dalle recenti manovre regionali .

Nel caso della **Toscana** il Fondo Sociale Regionale per il 2012 ammonta a 21,3 milioni, quindi a circa 5,7 eur procapite[15], finanziato tutto da risorse regionali. Nel 2011 il contributo regionale risultava 17,5 milioni[16], mentre tre anni fa ammontava a 20,8 milioni. Per evitare l'eccessiva penalizzazione che i servizi sociali avrebbero subito dai tagli ai fondi nazionali, la manovra per il 2012 ha implementato il contributo a questo settore, finanziandolo con un aumento dell'addizionale regionale Irpef sui redditi superiori ai 75 mila eur (il gettito sarà destinato, oltre che ai servizi sociali, anche altri servizi considerati essenziali come il trasporto pubblico locale). Da segnalare che questa stessa regione sostiene la rete dei servizi con risorse del bilancio regionale

15. [15] Gli stanziamenti 2012 delle regioni sono stati confrontati con il dato demografico più aggiornato, quello di inizio 2011

16. 16 Fonte: per il 2011-2012 legge finanziaria regionale per il 2012 (LR 66/2011), per il 2009 Rilevazione Ministero del Welfare "Monitoraggio Fondo Nazionale Politiche Sociali"

anche attraverso il fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)[17] . Nel 2012 l'investimento di fondi del bilancio regionale sul FRNA consisterà in 8 milioni (quindi circa 2,1 eur pro-capite). Nell'ultimo biennio la regione ha cercato di mantenere costante il budget per la non autosufficienza, indirizzandovi sempre maggiori risorse del Fondo Sanitario Regionale[18].

Per quel che riguarda l'**Emilia Romagna**, nel 2012 la regione finanzierà il Fondo sociale con circa 30 milioni, di cui 22 saranno trasferiti per i servizi del territorio, riconfermando lo stesso livello di trasferimenti operati nel 2011; questo finanziamento è stato potenziato nell'ultimo triennio, rispetto ai 17,6 milioni del 2009[19]. Se consideriamo le sole risorse trasferite ai servizi territoriali dal fondo sociale, la cifra pro-capite risulta 5 eur. Tuttavia, anche in questo caso va tenuto conto dello sforzo regionale di finanziamento, oltre che del fondo sociale, del fondo regionale per la non autosufficienza[20]. Nel 2012 la regione ha complessivamente dedicato risorse proprie regionali per 135 milioni agli interventi per la non autosufficienza (aggiuntivi rispetto al finanziamento a carico del fondo sanitario nazionale); sebbene si tratti di una cifra ridimensionata rispetto al 2011 (quando ammontava a 150 milioni), resta comunque un investimento consistente, pari a 30 eur pro-capite.

In **Veneto** il Fondo Sociale Regionale trasferirà alle Ulss (che in questa regione sono responsabili dei servizi sociali) 18 milioni, in aumento rispetto al 2011 (17 milioni), ma in diminuzione rispetto al 2010 (19,6 milioni). Oltre a questi 18 milioni, il bilancio regionale 2012 sostiene la rete dei servizi con 3,7 milioni per attività progettuali e di

---

17. [17] Il fondo gestito dalle Società della Salute o dalle Zone distretto,sostiene interventi strettamente sociosanitari (le rette sanitarie delle Rsa) ma anche la rete di servizi di supporto-orientamento (Pua, Uvm, Puntoinsieme). I dati sul finanziamento del FRNA sono stati forniti dagli uffici della Regione Toscana.

18. [18] Nell'ultimo triennio il finanziamento complessivo del FRNA è rimasto stabile sugli 80 milioni; tuttavia rispetto al 2010 è aumentata la quota finanziata dal Fsn e decisamente diminuita quella a carico del bilancio regionale (da 54 a 8 milioni)

19. [19] Fonti: fondo sociale regionale 2012 , http://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2012/maggio/ondo-sociale-regionale-2012-ecco-le-priorita e bilancio preventivo regionale 2012; fondo sociale regionale 2009 Rilevazione Ministero del Welfare "Monitoraggio Fondo Nazionale Politiche Sociali"

20. [20] Il FRNA emiliano è gestito dalle conferenze territoriali sociali e sanitarie che utilizzano i fondi per coprire gli oneri a rilievo sanitario dell'assistenza agli anziani e ai disabili, ma anche interventi di sostegno all'accesso, alla presa in carico e altri servizi trasversali di sostegno, qualificazione, consulenza. I dati sul finanziamento del FRNA sono stati forniti direttamente dagli uffici della Regione Emilia Romagna

informazione e con un altro consistente fondo per la tutela dei minori (43 milioni).Nell'insieme queste poste corrispondono a 13,11 eur pro-capite[21]. Altre fonti confermano un complessivo investimento storico di questa regione piuttosto sostenuto[22].

L'ultima regione del nostro campione è il **Piemonte**. Qui nel 2011 il contributo regionale al fondo indistinto sociale è risultato pari a 64 milioni. Sebbene si tratti di un finanziamento in discesa (rispetto agli 81 milioni del 2009) il fondo piemontese risulta ancora cospicuo se comparato alle altre regioni (14,3 eur pro-capite)[23]. Peraltro non si tratta dell'unica fonte con cui la regione alimenta le politiche sociali (ad esempio, dal bilancio preventivo 2011 si apprende che esistono ulteriori stanziamenti le funzioni assistenziali degli ex OOPP per 4 milioni, per interventi per i disabili per 17,5 milioni)[24].

E in **Lombardia**? Considerato il reintegro, il Fondo Sociale Regionale eroga circa 7 eur pro-capite, ma resta l'unico canale con cui la regione sostiene la rete dei servizi sociali (le ultime manovre hanno privilegiato il finanziamento dei Lea sociosanitari, fondi il cui utilizzo resta comunque legato agli interventi e agli oneri di rilievo sanitario). Il fondo sociale 2012 sarà comunque ridotto del 20% rispetto alla consistenza del 2009. Sebbene non sia l'unica regione ad aver tagliato i propri finanziamenti per le politiche sociali, va sottolineato che negli altri contesti dove il contributo regionale è diminuito, l'investimento iniziale era decisamente più elevato di quello lombardo, e continua ad esserlo anche dopo il ridimensionamento. Con un fondo a 40 milioni lo svantaggio

---

21. [21] Le informazioni per il 2012 sono tratte dal bilancio di previsione 2012, e per il 2010 e 2011 dalle DGR 2901/2010 e 1637/2011. Pur esistendo un fondo regionale per la non autosufficienza, lo stesso risulta attualmente finanziato solo dal Fondo Sanitario Regionale (Fonte: Bilancio di Previsione 2012)

22. [22] Per il 2009 la Rilevazione Ministero del Welfare "Monitoraggio Fondo Nazionale Politiche Sociali" indica un contributo regionale alla spesa sociale di 55 milioni.

23. [23] La consistenza del contributo regionale al fondo sociale è stata fornita direttamente dagli uffici della Regione Piemonte su dati di cassa. Il bilancio preventivo 2012 ha stanziato sullo stesso fondo 74 milioni, ma si tratta di un valore non direttamente comparabile con quello fornito per il 2011, mentre il valore di cassa 2012 non è ancora noto.

24. [24] Purtroppo, non è stata possibile una ricognizione esaustiva dell'investimento regionale. Tuttavia, altre fonti indicano che lo sforzo storico di questa regione nei confronti del sociale è particolarmente elevato: ad esempio nel 2009 venivano dedicati complessivamente 165 milioni di risorse proprie alle politiche sociali (fonte: Rilevazione Ministero del Welfare "Monitoraggio Fondo Nazionale Politiche Sociali").

Desidero ringraziare tutti i referenti regionali che hanno supportato questa ricognizione

della Lombardia si sarebbe notevolmente ampliato. Va precisato che si tratta di scelte legata esclusivamente alle politiche regionali di bilancio e non ai tagli ai fondi sociali statali (il fondo sociale lombardo è alimentato esclusivamente da risorse regionali).

Tab. 1 – I finanziamenti per il welfare di alcune regioni, 2012

	Fondo sociale indistinto	Altri fondi	Totale	Fondo sociale indistinto procapite	Altri fondi pro-capite	Totale procapite
Lombardia	70		70	7,1	0,0	7,1
Piemonte	64	21,5	85,5	14,4	4,8	19,2
Veneto	18	43	61	3,6	8,7	12,4
Emilia Romagna	22	135	157	5,0	30,5	35,4
Toscana	21,3	8	29,3	5,7	2,1	7,8

(Questa ricostruzione non ha pretese di esaustività. I valori di colonna potrebbero non essere sempre omogenei per competenza. Valore Fondo sociale indistinto Piemonte del 2011)

Qualche considerazione sulla vicenda

Le regioni sono in difficoltà a mantenere il proprio sostegno alla rete territoriale, ma nonostante ciò le recenti manovre hanno mostrato differenti gradi di attenzione al welfare locale.

Questa vicenda richiama il dibattito sulla fragilità del sistema di finanziamento del welfare, che non può contare su risorse consolidate e che continua a dipendere dalle preferenze allocative dei decisori nazionali e locali. Una situazione complicata dall'incertezza su chi sia il soggetto responsabile del finanziamento dell'assistenza (regioni o comuni?), questione che resta indefinita anche dopo l'approvazione del progetto di federalismo.

In questo clima è quanto mai utile poter confrontare le scelte regionali, ma questo compito si scontra con l'eterogeneità dei sistemi contabili, che oggi non evidenziano quale sia lo sforzo di investimento delle regioni per il sociale. Si auspica che il processo di armonizzazione dei modelli di bilancio regionale, ampiamente sostenuto dalla Lombardia, possa contribuire ad accrescere il livello informativo esistente.

Punti di vista

Spesa sociale dei comuni lombardi: inizia la frenata

A cura di Laura Pelliccia

Novembre 2012

Temi > Finanziamento e spesa, spesa sociale

Cosa sta cambiando nella spesa sociale dei comuni lombardi in tempo di crisi? Se ne parla tanto e, oggi, le prime statistiche sulla finanza locale del 2010, ci permettono di documentare le tensioni che stanno interessando questo comparto.

In quale direzione stiamo andando?

Storicamente la spesa sociale dei comuni lombardi[25] ha conosciuto una lenta espansione (nel triennio 2006-2009 mediamente +3% all'anno). La novità del 2010 è che **questo sviluppo sembra arrestarsi**. Nella provvisorietà dei dati sui rendiconti 2010 (ci vorrà ancora molto tempo per censire integralmente gli oltre 1500 comuni), i primi confronti diffusi dall'Istat tra la spesa 2010 e quella 2009 (tab.1), ci dicono che nell'ultimo anno, in termini nominali, la spesa è aumentata solo dello 0,5% (molto meno dell'inflazione); secondo altre fonti, nello stesso anno **la spesa sociale in Lombardia si sarebbe addirittura ridotta** (0,8% secondo le stime Ifel)[26].

25. [25] Si considera la spesa corrente per la funzione sociale dei comuni al netto del servizio necroscopico e cimiteriale.

26. [26] Sia l'Istat che l'Ifel hanno diffuso dati provvisori sui rendiconti dei comuni al 2010 (Istat, I bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali e Ifel, Il quadro finanziario dei comuni); entrambe le fonti traggono origine dalla banca dati dei rendiconti del Ministero dell'Interno dei certificati dei comuni, le differenze di risultati dipendono dal fatto che non sono ancora integralmente disponibili i dati dell'intero universo dei municipi. In questa analisi si è preferito fare riferimento ai dati Istat perché forniscono un maggior livello di dettaglio.

Di certo si sa che nel 2010 questa spesa non si è adeguata alla crescita della popolazione lombarda, vale a dire **si è ridotta in termini pro-capite** (secondo i dati Istat dello 0,3%, tab. 2, secondo quelli Ifel del 2,9%).

Cosa sta avvenendo nelle altre regioni?

In generale, nel resto delle regioni del Centro Nord (escluso quelle a statuto speciale), le risorse che i comuni hanno dedicato al sociale sono aumentate dell'1,6% nel 2010. La Toscana è l'unico caso in cui l'espansione è stata particolarmente sostenuta (+7%), Emilia Romagna, Umbria e Lazio crescono di circa il 2,5-3% annuo, mentre gli investimenti per il sociale subiscono una battuta d'arresto in Liguria e Veneto. **In Lombardia, quindi, i freni alla crescita sono maggiori rispetto al resto del Centro-Nord**, come dire che la crisi dei servizi sembra arrivare qui prima che altrove (Tab. 1).

Tab. 1- Spesa sociale corrente, Rso Centro-Nord

	Spesa pro-capite 2010 (eur)	Variaz. spesa 2009-2010	Copertura spesa con compartecipazioni utenti 2010
Piemonte	132,6	1,1%	9,7%
Lombardia	154,3	0,5%	12,5%
Liguria	142,1	-4,4%	8,3%
Veneto	116,4	-1,2%	8,6%
Emilia	197,3	2,5%	11,8%
Toscana	150,0	7,0%	11,5%
Umbria	111,6	2,7%	5,4%
Marche	147,6	-0,9%	17,9%
Lazio	170,8	3,3%	2,7%
RSO centro Nord	152,0	1,6%	9,8%

Ns elaborazioni su dati Istat, al netto del servizio necroscopico e cimiteriale

La Lombardia resta una regione con una spesa pro-capite oltre la media delle regioni del Centro Nord (154,31 eur contro di 152 eur, Tab. 1.), ma **si allarga il divario con le realtà che investono di più in questo settore** (ad esempio i 197,3 eur dell'Emilia Romagna).

Quale priorità è stata riconosciuta agli interventi sociali?

Il dato sulla sostanziale stabilità della spesa sociale del 2010 va confrontato con l'evoluzione delle risorse complessivamente gestite dai comuni: la spesa corrente dei

comuni lombardi è cresciuta complessivamente del 2,7%[27], quindi più velocemente della spesa sociale, ne consegue che **si è ridotto il peso del sociale all'interno dei bilanci comunali** (dal 20,2% del 2009 al 19,7% del 2010, Tab. 2).

Tab. 2 – Entrate e spese dei comuni lombardi - funz. sociale 2009 e 2010

		spese correnti (impegni)			entrate extratributarie (accertamenti)		
		2009	2010	variaz.	2009	2010	variaz.
v.a. in milioni	- Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori	430,8	441,2	2,4%	62,5	69,1	10,6%
	- Servizi di prevenzione e riabilitazione	85,2	70,8	-16,9%	3,1	2,0	-34,6%
	-Strutture residenziali e di ricovero per anziani	154,7	171,9	11,2%	70,8	83,2	17,5%
	- Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona	837,9	832,4	-0,7%	32,6	35,0	7,3%
	Totale sociale	**1.508,5**	**1.516,3**	**0,5%**	**169,1**	**189,4**	**12,0%**
	di cui spesa per personale	295,9	297,7	0,6%			
	di cui spesa per acquisto servizi	744,5	771,4	3,6%			
	di cui spesa per trasferimenti	416,9	404,1	-3,1%			
	Totale spesa corrente al netto delle funzioni di trasporto e viabilità	**7.481,8**	**7.686,2**	**2,7%**			
incidenza spesa sociale/spesa corrente		**20,2%**	**19,7%**	-0,4%			
spesa sociale pro-capite (eur)		154,838	154,313	**-0,3%**			

Nel resto del paese, invece, negli anni più recenti la spesa sociale ha conosciuto una dinamica più forte rispetto al resto della spesa comunale (a livello nazionale 4% contro 2,1% tra il 2009 e il 2010 secondo i dati Istat), assumendo una funzione di ammortizzatore in tempo di crisi; anche l'Ifel ha sottolineato come negli anni più recenti il sociale sia tra le componenti che contribuiscono maggiormente all'espansione della spesa dei comuni italiani in tempo di crisi[28].

Questo **ruolo anticiclico della spesa sociale è poco presente in Lombardia**, dato che i freni alla crescita sembrano interessare, oltre che i bilanci comunali nel loro complesso, anche gli interventi sociali: in altre parole il sociale non è stato risparmiato dai sacrifici per il risanamento della finanza locale.

---

27. [27] Al netto del servizio viabilità e trasporti. E'stato necessario considerare il bilancio al netto di questa partita per avere dati omogenei tra i due anni; altrimenti i confronti sarebbero stati alterati dal fatto che solo dal 2010 il Comune di Milano ha inserito in bilancio il costi dell'azienda di trasporto pubblico locale, una partita davvero ingente.

28. [28] Ifel, Il quadro finanziario dei comuni, anni 2012 e 2011

Come si modificano le componenti della spesa sociale ? Chi sale e chi scende

Considerando separatamente i singoli interventi (tab. 2), dai bilanci dei comuni lombardi notiamo che **crescono le risorse per gli asili e per i servizi residenziali per gli anziani**: i primi del 2,4% – tutto sommato non molto per essere un anno che ha beneficiato delle risorse del Piano Nidi – , i secondi addirittura dell'11%. All'opposto **diminuisce notevolmente la spesa per i servizi di prevenzione e riabilitazione** (-17%) **e quella per i servizi sociali più generali** (assistenza/beneficienza, – 0,65%). Questo dualismo potrebbe significare che resistono i servizi tradizionali-consolidati, mentre i tagli interessano le componenti più innovative (strutture di prevenzione, punti di accesso, ecc).

Sta cambiando anche il modo di produrre gli interventi sociali. E' in aumento l'acquisto di servizi-prestazioni da soggetti esterni convenzionati (+3,6%, tab. 2), mentre la produzione diretta di servizi da parte dei municipi con proprio personale non cresce quasi per niente (+ 0,6% la variazione del costo del personale dei servizi sociali). **Prevale sempre più la logica del "buy" su quella del "make"** (a ciò potrebbero aver contribuito alcuni interventi regionali, come la Dgr 11152/2010 che ha previsto che le risorse del Piano Nidi dovessero essere destinate all'acquisto di posti convenzionati). Oggi oltre la metà della spesa sociale è destinata all'acquisto di servizi da soggetti profit e non profit.

Un tipo di interventi che si sta riducendo sono i trasferimenti in denaro (contributi a famiglie, associazioni, ecc). In Lombardia le prestazioni monetarie erogate dai comuni sono diminuite del 3,6% nel 2010. Un fenomeno spiegabile innanzi tutto dalle politiche regionali sui titoli sociali, che in quel periodo hanno promosso il passaggio dai buoni ai voucher. Tuttavia, il **freno all'erogazione di contributi monetari** è anche leggibile come uno degli effetti della crisi economica sui comuni: in epoca di austerità, i municipi hanno cominciato a tagliare sulle componenti più facilmente aggredibili, come gli interventi in denaro.

Come stanno cambiando le compartecipazioni?

Un dato su cui vale la pena riflettere è che nel 2010 **sono aumentate significativamente le entrate proprie dei comuni lombardi per i servizi sociali** (+12%, Tab. 1); considerando che questa voce è costituita prevalentemente dalle compartecipazioni ai costi richiesti dagli utenti, sembra diventare questo il principale motore per la sostenibilità dei servizi sociali. Addirittura nell'ultimo anno in questione, di fronte a un aumento della spesa sociale di meno di 8 milioni, le entrate proprie sono aumentate di ben 20 milioni, quindi oltre il doppio. **Nel 2010 il 12,5% della spesa sociale lombarda è stata finanziata dalle compartecipazioni degli utenti, una quota**

decisamente elevata rispetto al resto delle regioni del Centro Nord, dove la quota a carico delle famiglie è circa il 9,8% Tab. 1).

Quali messaggi per le prospettive future?

Lo stop alla crescita della spesa sociale lombarda del 2010 solleva fondate preoccupazioni sulla sua evoluzione degli anni successivi. Se queste tensioni emergono per un esercizio, come quello del 2010, in cui ancora si poteva confidare su una serie di finanziamenti nazionali (Fnps, Piano Nidi, Piano Famiglia, Fondo Nazionale per la non Autosufficienza), è ragionevole aspettarsi che nel biennio 2011-2012, le sofferenze per questo settore si siano acutizzate, poiché i finanziamenti nazionali si sono esauriti e il Fondo Sociale Regionale è stato significativamente ridimensionato; per di più, dopo il 2010 tutte le manovre di finanza pubblica hanno inasprito gli obiettivi finanziari per i municipi, richiedendo a questo livello di governo contributi sempre maggiori al miglioramento dei conti pubblici e tagliando i trasferimenti generali. I segnali emersi per il 2010 potrebbero essere solo un assaggio di una più intensa crisi odierna dei servizi.

Punti di vista

Spending review, scelte nazionali e locali

di Laura Pelliccia

Dicembre 2012

Temi > Finanziamento e spesa

L'articolo propone una spiegazione dei contenuti del provvedimento governativo denominato spending review e ne analizza le scelte applicative della Regione Lombardia, unitamente ad una analisi delle disposizioni sul finanziamento al welfare regionale per il 2013 e la conseguente declinazione del possibile scenario futuro.

Le scelte nazionali

L'imperativo per la finanza pubblica della scorsa estate è stato quello della spending review. Un provvedimento (L. 135/2012) con cui il Governo Monti ha definito i risparmi da realizzare dal 2012 in una serie di ambiti, tra cui la sanità. Ciò ha significato una svolta per un settore che storicamente ha potuto contare su un sistema di risorse abbastanza certo e in crescita.

E' vero che già prima della L.135/2012 le politiche nazionali degli ultimi anni – in particolare la manovra estiva 2011- avevano definito un percorso di espansione per la sanità piuttosto debole (+1,8% per il 2012 e +0,4% per il 2013), ma, dopo la spending review, il 2012 si chiuderà con un + 0,9% rispetto al 2011, mentre, situazione del tutto nuova per il SSN, sarà quella del 2013, quando le risorse disponibili si ridurranno dello 0,4% rispetto all'anno precedente. **A livello nazionale, rispetto al budget per la sanità, i tagli della spending review incideranno dello 0,8% per il 2012, dell'1,6% nel 2013 e dell'1,8% nel 2013**.

Questo provvedimento, il cui scopo principale è senza dubbio quello di contrarre la spesa, ambisce a realizzare risparmi senza compromettere il livello dei servizi erogati dalle regioni. Per realizzare questa sfida decisamente ardua, la L. 135/2012 punta il dito su alcune aree operative sulle quali si presume si concentrino le inefficienze della sanità, che dovranno essere oggetto di misure di razionalizzazione. **Le ricette per i**

risparmi (in molti casi non così diverse da quelle già individuate dalle manovre economiche precedenti) consistono innanzi tutto nell'inasprimento dei tetti alla **spesa farmaceutica**, nell'introduzione di tetti di spesa per i **dispositivi medici**, nella riduzione di tutti gli altri acquisti di beni e servizi utilizzati dalle aziende sanitarie del 5%, nel proseguire la riduzione del costo del personale dipendente; ma le regioni dovranno anche **tagliare gli acquisti di prestazioni ambulatoriali e di ricovero dagli erogatori privati** accreditati (0,5% nel 2012, 1% nel 2013 e 2% nel 2014), mentre consistenti risparmi sono attesi dal 2013 per la **riduzione dello standard di posti letto ospedalieri** di cui possono dotarsi le regioni (dal 4 al 3,7 per mille, una chiusura di posti che dovrà realizzarsi almeno per la metà sulle strutture pubbliche). Altra nuova regola è l'introduzione di un limite (30% del budget) **ai finanziamenti che le regioni possono riconoscere agli erogatori privati** (quelli fissi, indipendenti dai servizi effettivamente prodotti) per le funzioni che essi garantiscono (es. pronto soccorso);

Si noti che è soprattutto la spesa ospedaliera e farmaceutica ad essere aggredita dalla spending review, mentre il **comparto sociosanitario dovrebbe risultare immune da tagli diretti** (come la possibilità di acquistare prestazioni dagli erogatori di servizi sociosanitari), anzi dovrebbe "favorire l'assistenza residenziale e domiciliare" (art 15, c. 13- c); alcuni dei freni all'acquisto di fattori produttivi potrebbero riguardare i servizi territoriali, se prodotti in proprio dalle Asl. Nell'ambito dell'assistenza erogata ad anziani e disabili, di notevole impatto potrebbe risultare la riduzione del 5% sugli acquisti di protesica (materiale per incontinenza, carrozzine, cateteri, materassi antidecubito, ecc).

La spending review nella sanità lombarda

Nel 2012 la spending review ha comportato per la Lombardia un **taglio al proprio fondo sanitario di 144 milioni** (è la quota parte dei 900 milioni secondo l'accordo sancito in conferenza unificata a fine novembre).

La regione si è affrettata a recepire la L. 135/2012 con la Dgr 3976 del 6/8/2012 che ha imposto alle aziende sanitarie lombarde i nuovi tetti per la spesa farmaceutica e ha introdotto budget con cui si predefinisce gli importi che le Asl possono spendere per assistenza protesica, per i prodotti dietetici e per la diabetica. Oltre a queste misure, sono state recepite le previsioni in materia di tagli agli appalti che dovranno portare ad una complessiva riduzione del costo per acquisto di beni e servizi dell'1%.

In attuazione alle previsioni del decreto sulla spending review, la Dgr 3976 ha disposto **tagli ai finanziamenti erogati dalla Dg Sanità ai produttori privati** (IRCSS privati e case

di cura private) **per le funzioni non tariffate**[29]: si tratta di meccanismi molto utilizzati nella sanità lombarda (peraltro, alcune di queste erogazioni sono attualmente oggetto di inchieste della magistratura), che nel 2012 saranno abbattuti del 7,5% rispetto al 2010; **si riducono anche altri contributi erogati a favore di produttori privati della sanità acuta** (quelli della Lr 18/2009 e quelli per i produttori privati senza fini di lucro) **ed alcune maggiorazioni alle tariffe sulle prestazioni erogate ad alcuni produttori dello stesso comparto**.

Per quel che riguarda la previsione di tagliare sugli acquisti di prestazioni sanitarie dai produttori privati, **la Lombardia sceglie di ridurre i budget di acquisto di servizi ambulatoriali e di ricovero dell'1,5%, mentre sceglie di preservare il finanziamento riconosciuto ad alcune prestazioni sanitarie che non sono soggette a budget** (ad esempio quelle dirette patologie oncologiche e cerebrovascolari in fase acuta), per le quali il valore è incrementato di 20 milioni rispetto al 2011.

La variabile su cui invece si è scelto di non intervenire è quella della dotazione di posti letto ospedalieri[30]. E' noto che la regione dispone di un apparato produttivo decisamente superiore al fabbisogno regionale che viene utilizzato da pazienti di altre regioni in mobilità. La Giunta lombarda è fermamente impegnata nella **difesa della possibilità di mantenere posti letto per la mobilità dalle altre regioni**. A ottobre sono stati diffusi dal Ministero della Salute stime che prevedevano che, per raggiungere il fabbisogno programmato dalla spending review, la Lombardia dovesse tagliare 1426 posti letto per acuti e 911 posti per post-acuti. Sulla definizione degli standard ospedalieri la partita è ancora aperta a livello istituzionale, ma è chiaro l'interesse della regioni a produrre ricoveri anche per le altre regioni. Non è altrettanto chiaro se la rinuncia ai posti letto in esubero costituisca per la regione una riduzione di entrate, oppure se il ridimensionamento degli ospedali possa comportare anche una riduzione di costi e, conseguentemente, liberare risorse per altri tipi di interventi sanitari e sociosanitari.

Per completare questa panoramica sulla "**spending review alla lombarda"**, sottolineiamo che tutti i **razionamenti previsti dalla Dgr 3976 hanno riguardato**

---

29. [29] I finanziamenti per le funzioni non tariffate sono utilizzati quasi esclusivamente nella sanità acuta. In ambito sociosanitario alcuni consultori privati ricevono finanziamenti fissi, indipendenti dai servizi che erogano. Tuttavia non è noto quanto siano effettivamente diffusi e, per il momento, questi meccanismi non sembrano essere stati toccati dalla spending review alla lombarda.

30. [30] Lo si fa solo in parte prevedendo un ulteriore sviluppo di quelle attività che dovrebbero comportare la trasformazione di posti letto per acuti in subacuzie, di attività da day hospital a ambulatoriali.

esclusivamente la sanità acuta: non avrebbe potuto essere altrimenti, per il recepimento di una legge nazionale che indicava altre aree da tagliare. Per di più, il fatto che l'assistenza sociosanitaria in Lombardia venga erogata acquistando prestazioni quasi completamente da produttori privati, impedisce di richiedere alle Asl di realizzare risparmi nell'ambito della gestione sociosanitaria, ad esempio quelli realizzabili tramite tagli degli appalti,.

Le scelte di fine mandato

Dopo la Dgr sulla spending review, altri interventi di fine mandato (le varie Dgr dell'ultima seduta della Giunta e la manovra di bilancio 2013) hanno definito il **quadro delle risorse per il futuro dei servizi lombardi**; questi provvedimenti sono stati interpretati dalla Giunta come scelte (miracolose) di difesa del welfare. E' bene tuttavia precisare che **tali manovre non hanno comportato uno spostamento di risorse regionali da altri settori verso il comparto sociale o sociosanitario**: per il fondo sociale si conferma l'importo fermo al 2011 (70 milioni) ed anche per il sociosanitario si delinea una sostanziale stabilizzazione degli stanziamenti (1632 milioni nel 2013 contro i 1623 del 2012). In pratica, la Dgr delle regole per il 2013 prende atto del taglio dell'1% al SSN (come somma dell'impatto della spending review e dei probabili ulteriori tagli della legge di stabilità nazionale)[31] e imputa queste riduzioni alla sanità acuta: come già premesso, si tratta di una scelta quasi obbligata, considerate le aree di risparmio individuate dalla spending review.

Altri interventi di fine mandato, come la 4139 del 10/10/2012 (che assegna alle Asl 15 milioni di nuovi **fondi per la Sla**) **non costituiscono nuovi investimenti di risorse regionali**, ma sono atti con cui la Lombardia ha speso fondi ricevuti dallo Stato (il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza 2011, che prevedeva come unica destinazione il sostegno ai malati di Sla).

Una partita di cui non si conoscono ancora le scelte, che ci riserviamo di monitorare nei i prossimi mesi, è come sono state allocate – tra sociosanitario e sanità acuta – le risorse effettivamente disponibili per il 2012 (al momento è nota solo la scelta realizzata a preventivo): il recente accordo raggiunto dalle regioni a fine novembre sul riparto del Fsn 2012, pur considerando il taglio della spending review, assegna alla Lombardia un livello di fondi superiore al budget che la regione aveva considerato in

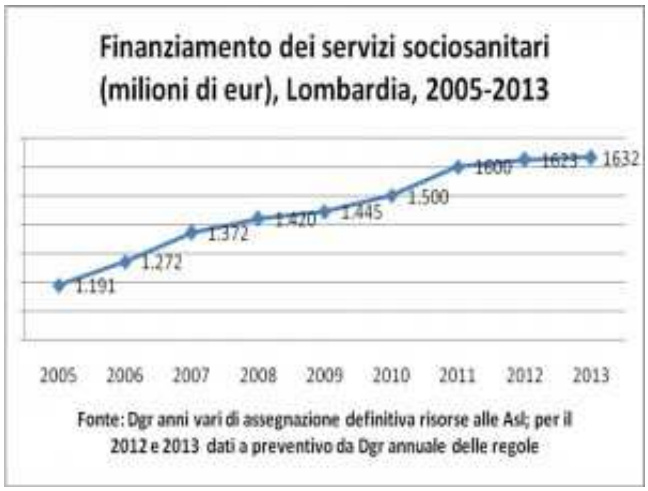
---

31. [31] Nella Dgr delle regole 2013, nell'allegato 3 si parla di una "consistente riduzione del Fondo per le Attività Sociosanitarie Integrate", senza che venga chiarita l'entità e le cause della riduzione; non viene inoltre chiarito come è stata stimata la riduzione attesa di 225 milioni al fondo sanitario regionale (la prospettiva di riduzione dell'1% rispetto al 2012 dovrebbe comportare un taglio di 170 milioni)

sede di programmazione delle risorse per il 2012 (dgr 3239/2011)[32]; si tratterà di capire come è stata utilizzata questa eccedenza.

Le prospettive per il futuro

Secondo le informazioni disponibili oggi, **il processo di espansione del budget** per i servizi sociosanitari lombardi ha già subito un **raffreddamento** nel 2012 (con un +1,4% rispetto al +3,8% del 2010 e +6,7% del 2011), mentre per il 2013 si prevede un sostanziale assestamento delle risorse.



E' chiaro che il generale resizing imposto alla sanità futura avrà un impatto anche sul sociosanitario, poiché comporterà sempre **minori possibilità di trasferire risorse sui servizi territoriali**. Questo fenomeno peserà particolarmente in Lombardia, poiché, a differenza di altre regioni che da tempo investono altre risorse proprie in questo settore (si pensi agli investimenti nei fondi regionali per la non autosufficienza), lo sviluppo del sociosanitario lombardo sinora ha confidato sul **fondo sanitario nazionale come unica fonte di finanziament**o. Ha fatto eccezione a questa regola solo la breve parentesi della legge finanziaria regionale 2011, che ha integrato il fondo sociosanitario con altre risorse del bilancio regionale (27 milioni), investimento azzerato dalle due successive manovre regionali.

Se consideriamo le aspettative di **crescita dei bisogni sociosanitari**, in particolar modo quelli legati all'invecchiamento, la prospettiva di un budget fermo potrebbe significare una riduzione dei livelli di servizio che finora la regione ha erogato.

---

32. [32] La Dgr 3239/2011 aveva fatto conto, al netto della mobilità, su 17 miliardi, mentre l'accordo delle regioni riconosce alla Lombardia 17.197 milioni di risorse indistinte e finalizzate e 184 milioni per gli obiettivi vincolati di Piano

Un altro motivo di preoccupazione riguarda le possibilità di portare avanti le sperimentazioni avviate nell'ultimo biennio, si pensi alla sola **riforma dell'Adi** che nel 2013 non sembra ricevere ulteriori impulsi finanziari.

Ma le prospettive sono ancora più inquietanti se si pensa a tutte le sperimentazioni gestionali avviate nel 2012, il cui finanziamento (38 milioni, dgr 3239/2012) è stato possibile grazie a residue disponibilità del fondo sanitario degli anni precedenti (si veda un precedente articolo sul tema): nel 2013 le sperimentazioni proseguiranno confidando ancora su questa **fonte di finanziamento di natura straordinaria**. I nuovi servizi, però si rivolgono a bisogni ordinari (non autosufficienza, dipendenze, riabilitazione, consultori), e pertanto sarebbe utile che fosse chiarito come si pensa di sostenere queste attività quando esse andranno a regime, e i fondi straordinari verranno a mancare.

Punti di vista

La gestione delle risorse per l'ADI: impatto sull'equità territoriale

di Laura Pelliccia

Aprile 2012

Temi > Anziani, Disabilità, Programmazione e governance

In questi mesi è in corso un importante processo di riorganizzazione dell'Adi. E' utile allora riflettere sull'attuale livello di diffusione di questo servizio nelle singole Asl e sui legami tra l'offerta e il sistema di finanziamento di questo livello assistenziale.

Secondo le rilevazioni del Ministero della Salute[33], in media nel 2010 in Lombardia l'Adi ha raggiunto 4,3 anziani ogni cento. La diffusione del servizio risulta però molto eterogenea tra le Asl: **la percentuale di copertura degli anziani oscilla da un minimo di 1,5 al massimo del 12,2** (Fig. 1).

Le zone maggiormente servite risultano quelle a prevalenza montana e quelle del Sud-Est mentre, all'opposto, la copertura nell'area metropolitana e nell'hinterland risulta relativamente scarsa (fatta eccezione per l'Asl Milano 1).

Quanto spendono le singole Asl per l'assistenza domiciliare? Considerato che si tratta di un servizio rivolto prevalentemente agli anziani (che in questa regione sono l'84,9% degli utenti Adi), vale la pena un confronto sui costi per ogni anziano residente[34]:

---

33. 33 I dati sono pubblicati su http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati_subregionali.asp

34. [34] La spesa delle Asl per l'assistenza domiciliare è tratta dalla presentazione di Regione Lombardia "Il percorso di riforma dell'Adi" del 20 Dicembre 2011 che fornisce i costi complessivi dell'Adi 2010 per Asl. A partire da questi dati abbiamo stimato il costo attribuibile ai soli anziani, moltiplicando la spesa per l'assistenza domiciliare dell'Asl per

anche in questo caso la variabilità è molto ampia, poiché nell'ambito della regione **si va da meno di 20 a massimo 60 eur per anziano** (si vedano i valori in ordinata della fig. 2).

In generale, le Asl dove l'Adi risulta maggiormente diffusa sono anche quelle che dedicano maggiore risorse pro-capite all'assistenza domiciliare dei propri anziani residenti (i costi sono crescenti al crescere della diffusione, tranne pochissime eccezioni). I territori con la spesa per anziano più bassa coincidono con quelli che offrono una copertura più limitata alla propria popolazione anziana (Fig. 2).

Alla luce di questi dati, possiamo chiederci se il sistema di finanziamento dei servizi domiciliari riesce a promuovere l'uniformità territoriale dell'offerta. Fino ad oggi la spesa annuale di ogni Asl è stata determinata dal budget per i servizi domiciliari e diurni, un valore fissato annualmente dalla Regione a partire dalla spesa storica di quell'azienda. Di fatto, quindi i territori con un'offerta domiciliare più sviluppata hanno ricevuto maggiori risorse.

Nel 2011, a sostegno della riforma dell'Adi, è stato annunciato un potenziamento per complessivi 40 milioni delle risorse per gli interventi domiciliari (Dgr 1746/2011).

Fondi importanti, innanzi tutto per invertire la tendenza registrata fino a quel momento di riduzione delle risorse assorbite dall'Adi, (i costi complessivamente sostenuti dalle Asl lombarde per l'Adi nel 2010 ammontano a 78 milioni, mentre le informazioni disponibili sugli anni precedenti evidenziavano un assorbimento di risorse decisamente superiore, ossia 85,9 milioni nel 2009 e 88,8 milioni nel 2008[35]).

Il finanziamento aggiuntivo previsto dalla Dgr di riforma dell'Adi è inoltre interessante perché, novità rispetto al passato, prevede che l'assegnazione alle Asl avvenga sulla base della popolazione anziana e disabile dei vari territori, quindi ricercando un legame tra l'allocazione delle risorse integrative e i bisogni. La prima tranche dei fondi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare (20 milioni) è stata assegnata lo scorso agosto (Decr. 7211/2011), mentre ad oggi non siamo a conoscenza di provvedimenti che abbiano distribuito la seconda tranche del 2011.

Il provvedimento di assegnazione dei primi 20 milioni prevede la possibilità di utilizzare i fondi non soltanto per l'assistenza domiciliare, ma anche per i servizi semiresidenziali

---

l'incidenza dell'utenza anziana sul totale degli utenti Adi specifica di ogni Asl (fonte per l'incidenza: http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati_subregionali.asp).

35. [35] La spesa del 2010 è ricostruita come somma dei costi totali Asl per l'Adi tratti dalla presentazione "Il percorso di riforma dell'Adi" del 20 Dicembre 2011 di Regione Lombardia. I valori degli esercizi precedenti sono tratti dalla pubblicazione "Bilancio Sociale" come somma delle risorse per l'Adi a gestione diretta e per i voucher-credit.

per anziani e disabilii e per la residenzialità leggera (CSS). In un certo senso quindi, non vi è una finalizzazione specifica per la domiciliarietà, e ciò potrebbe ridimensionare la capacità di questo intervento di riequilibrare l'offerta domiciliare. Tuttavia questa possibilità di spesa per servizi diversi dall'Adi, va letta nella logica della riforma, che intende promuovere la libertà del cittadino di scegliere tra i vari regimi assistenziali.

In secondo luogo, le risorse in questione sono state distribuite soltanto per l'80% in base a parametri rappresentativi del bisogno dei vari territori e, in ogni caso, questi parametri risultano abbastanza generici: è stata considerata la popolazione anziana dell'Asl, mentre per stimare il numero di disabili si è ipotizzato che ci fosse un'identica incidenza della disabilità nella popolazione under 65 (il 3,8%).

Il restante 20% della prima tranche delle risorse aggiuntive per il 2011 è stato invece ripartito in base in base all'offerta storica delle varie Asl di posti in CDD, CSS e CDI: un meccanismo che dimostra la resistenza ad abbandonare un sistema di allocazione che premia le realtà dove l'offerta è più sviluppata, per approdare ad un sistema basato unicamente sul bisogno.

La riforma dell'Adi in atto ha tra i suoi obiettivi l'omogeneizzazione dei sistemi di accesso ai servizi domiciliari e di valutazione del bisogno: i nuovi strumenti in fase di sperimentazione potrebbero permettere un accrescimento del livello informativo sulla diffusione della non autosufficienza a livello sub-regionale e dei costi assistenziali associati a ogni casistica. Si tratta di dati che, se porteranno a conoscere il quadro epidemiologico dell'intera popolazione (e non solo di quella già raggiunta dai servizi), potrebbero risultare estremamente utili per affinare le tecniche di riparto dei fondi.

Al momento non è stato chiarito come la riforma modificherà i sistemi di distribuzione dei fondi tra le aziende. Si utilizzeranno formule trasparenti costruite sulla base dei bisogni specifici di ogni territorio? Come impatterà la scelta di mettere al centro del sistema la domanda? Si finanzieranno di più le Asl che a parità di bisogno esprimono maggiori richieste di voucher-credit? Oppure l'obiettivo regionale sarà quello di fornire ad ogni cittadino non autosufficiente le stesse risorse sociosanitarie, indipendentemente dall'Asl di appartenenza e di promuovere l'equità del consumo? Sono questioni estremamente delicate da cui possono scaturire diversi esiti economico-sociali.

Continueremo a seguire gli sviluppi di tale vicenda: sulla base delle soluzioni operative che saranno adottate nei prossimi mesi si potrà capire quanto l'uniformità territoriale sarà effettivamente una priorità della riforma.

Fig. 1 – Anziani assistiti in Adi ogni cento, valori per Asl

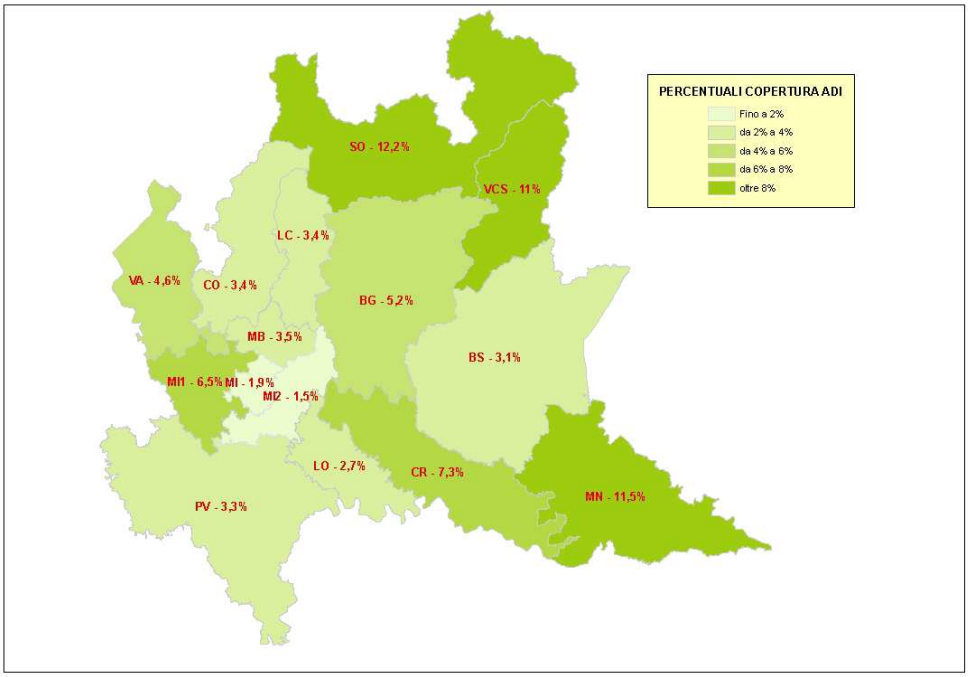
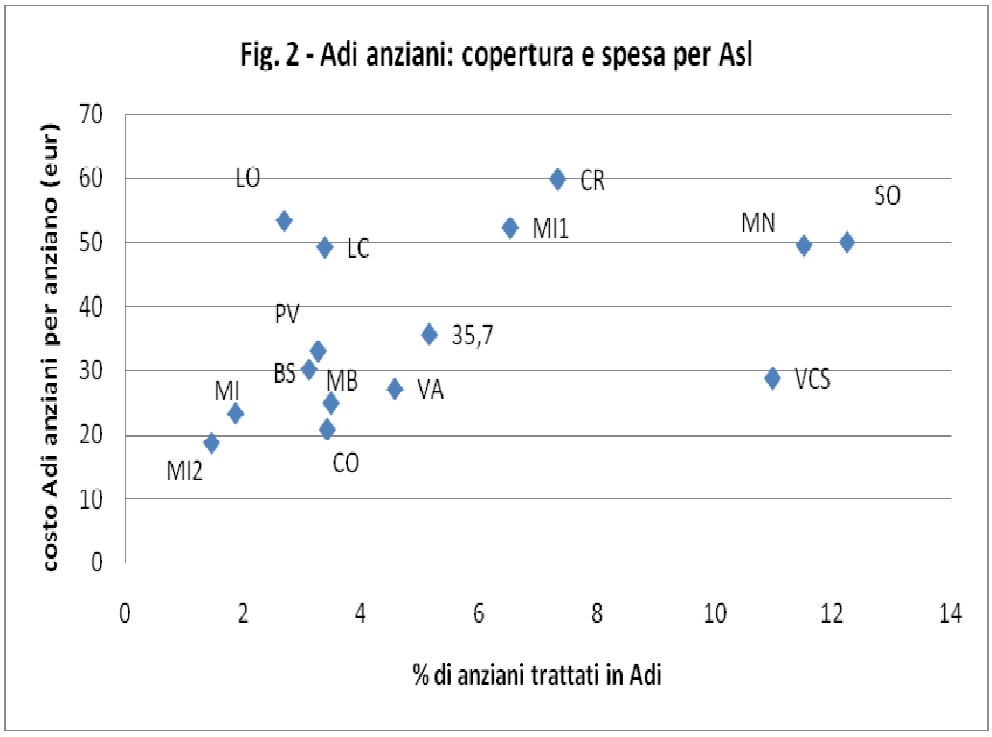


Fig. 2 – Adi anziani: copertura e spesa per Asl



Punti di vista

L’uniformità nel finanziamento del welfare regionale: tendenze recenti

di Laura Pelliccia

Aprile 2013

Temi > Finanziamento e spesa

Come variano i budget per i vari interventi tra i singoli territori infraregionali? Come è stata regolata l’uniformità territoriale nel corso dell’ultima legislatura? La recente riformulazione del modello di programmazione regionale apre nuove sfide per ripensare il sistema di finanziamento.

La situazione di partenza

Una questione particolarmente delicata che emergeva alla fine della scorsa legislatura era quella di importanti squilibri nell’allocazione delle risorse per il welfare tra i vari territori. Ad esserne interessato era soprattutto il comparto sociosanitario, la parte predominante del bilancio del welfare. La gestione Assi è finanziata ripartendo, tra le Asl, la quota di FSN che la Regione ha scelto di destinare ai servizi sociosanitari. Da diverso tempo, la quantificazione del fabbisogno di ciascuna Asl si basa su **un processo di aggiustamento rispetto al finanziamento ottenuto nell’esercizio precedente, di fatto sulla spesa storica:** il decisore regionale alloca più o meno fondi ai vari territori in funzione di quanti servizi quel territorio ha prodotto nell’esercizio precedente, adeguando il budget ai nuovi posti messi a contratto nel caso in cui si ritenga necessario implementare la produzione (ad esempio per smaltire le liste d’attesa). Tale meccanismo ha fatto sì che **il riparto delle risorse divenisse uno specchio della distribuzione delle varie unità d’offerta** e, proprio la disomogeneità delle dotazioni dei vari territori, ha generato importanti squilibri nel riparto dei fondi tra le Asl. Nonostante nel lessico delle normative regionali i trasferimenti ricevuti dalle Asl venissero denominati “quota capitaria Assi”, i processi di riparto risultavano scollegati

dalla numerosità degli assistiti o da altri parametri oggettivi di determinazione del fabbisogno.

Questo ha fatto sì che alla fine della scorsa legislatura, nonostante di anno in anno la Regione avesse autorizzato maggiori incrementi alle aree con dotazioni più basse, risultava un quadro di divari piuttosto pronunciati[36].

Il riparto dei fondi sociali tra gli ambiti distrettuali, invece, rifletteva fondamentalmente la distribuzione della popolazione regionale. L'allocazione su base capitaria (un meccanismo senza dubbio oggettivo anche se non pienamente capace di riflettere la diffusione infraregionale dei bisogni sociali) riguardava il Fnps[37] e solo il 50% del Fondo Sociale Regionale, mentre l'altra metà avveniva in proporzione alle assegnazioni fatte in passato. Un limite, questo, riconosciuto dalla Regione già dal 2006, quando era stato individuato un percorso di convergenza che nell'ottava legislatura avrebbe condotto al pieno uso della formula capitaria per il riparto del Fondo Sociale Regionale. Tuttavia, nel 2009 il meccanismo non risultava ancora modificato.

L'evoluzione dei sistemi di riparto

Nell'ultimo triennio, le Asl hanno continuato a ricevere finanziamenti secondo l'impostazione preesistente: di fatto, per ciascuna unità di offerta[38], la Regione ha determinato annualmente la spesa massima autorizzata; un'allocazione solo parzialmente frutto di una programmazione preventiva, poiché nel concreto la formalizzazione dei budget reali di solito avviene solo a esercizio quasi ultimato[39] quando, a conclusione di un processo di negoziazione con ciascuna Azienda – si presume sulla base della variazione della domanda effettiva per i vari servizi nei singoli territori – si ratificano i tetti di spesa delle singole Asl. Solo dopo questi aggiustamenti viene stabilito il **riparto dei finanziamenti che, di fatto, continua ad essere incentrato sulla spesa storica e sulla capacità di giustificare nuove esigenze di spesa**. Tra le altre

---

36. [36] vedi capitolo Il finanziamento e la spesa del volume Come cambia welfare lombardo

37. [37] A meno di una lieve correzione (0,3% per i comuni montanti)

38. [38] A partire dal 2011 la budgettizzazione ha interessato anche le Rsa e Rsd.

39. [39] Ad esempio per il 2011 e 2012 i decreti di definizione dei budget sono arrivati a fine novembre (decr 11185/2011 e 10640/2012); le assegnazioni Assi definitive sono formalizzate solo a maggio dell'anno successivo.

perplessità sollevate da questo sistema c'è **il rischio di incoraggiare comportamenti inefficienti**[40].

Nel corso della legislatura, in particolare **nell'ambito della riforma Adi, la Regione ha riconosciuto questo modello di finanziamento come una delle criticità** meritevoli di cambiamenti – del resto tutto il processo di federalismo sembra andare in direzione opposta alla spesa storica -. Per correggere il tiro, nell'erogare i finanziamenti aggiuntivi a sostegno della riforma (i primi 20 milioni), sono state utilizzate formule trasparenti che tentavano di rappresentare una proxy del fabbisogno oggettivo delle Asl (vedi precedente articolo sul tema). La restante spesa per l'Adi (quella tradizionale) ha continuato ad essere finanziata sulla base della spesa storica. Nell'assegnare la seconda tranche dei finanziamenti aggiuntivi le nuove formule di riparto hanno operato solo formalmente, mentre le reali assegnazioni complessive 2011 sono avvenute con il consueto sistema di finanziamento[41].

Anche le intenzioni di abbandonare il riferimento alla spesa storica nell'allocare il Fondo Sociale Regionale non si sono concretizzate nemmeno in questa legislatura (un'operazione del resto abbastanza difficile da sostenere in una fase di finanziamenti decrescenti, come è stato il caso del fondo sociale regionale[42]). Non siamo a conoscenza di altre attività con cui nel triennio si sia cercato di esplorare il complesso universo degli interventi dei comuni e il fabbisogno socio-assistenziale dei vari territori per eventualmente affinare il sistema di finanziamento[43].

La situazione attuale dei finanziamenti

Per farsi un'idea dell'attuale variabilità dei finanziamenti per Asl (Tab. 1), segnaliamo che, rispetto alla media regionale di 156,3 eur, le risorse pro-capite per l'Assi oscillano tra i 111,1 e i 265 eur, quindi, rispetto al dato regione, ci sono Asl che ricevono il 29% in meno ed altre il 69,6% in più. Nel 2009 gli squilibri erano ancora più pronunciati (da -

---

40. [40] Infatti, con queste regole, un'azienda che sperimentasse una riduzione del fabbisogno per alcuni interventi, avrebbe comunque interesse a continuare a produrre certe prestazioni per non perdere i relativi finanziamenti.

41. [41] Non c'è mai stata una specifica attribuzione della seconda tranche, inglobata nelle assegnazioni definitive 2011 (si veda articolo pelliccia marzo 2013)

42. [42] In una fase di finanziamenti che si riducono, nel modificare le formule di riparto c'è il rischio che alcuni territori siano doppiamente penalizzati: si riduce la torta complessiva e la quota della torta a loro favore (per la modifica delle formule)

43. [43] Fino a qualche anno fa la regione effettuava una rilevazione sulla spesa sociale dei comuni, dopo il 2007 non ne sono stati più diffusi i risultati.

33,3 a +71%). Ciò significa che **tendenzialmente c'è stata una qualche attenzione a rafforzare gli interventi soprattutto nelle aree con maggiore svantaggio iniziale, ma che la variabilità resta ancora molto forte.**

Tab. 1 – La variabilità dei finanziamenti Assi tra Asl, 2012

	valori pro-capite (€)		distanza dalla media regionale		Variazioni 2009-2012
	ricavi assi 2012 *	spesa 2009**	ricavi assi 2012	spesa 2009	
Milano2	111,1	98,92	-29,0%	-33,3%	12,3%
MonzaBrianza	121,7	116,45	-22,1%	-21,5%	4,5%
Varese	127,8	118,85	-18,3%	-19,9%	7,5%
Bergamo	127,4	119,11	-18,5%	-19,7%	7,0%
Milano1	138,1	127,76	-11,7%	-13,9%	8,1%
Brescia	143,3	136,71	-8,4%	-7,8%	4,8%
Lecco	143,8	137,62	-8,1%	-7,2%	4,5%
Como	153,5	145,08	-1,8%	-2,2%	5,8%
Lombardia	156,3	148,32	0,0%	0,0%	5,4%
Vallecamonica	155,1	152,03	-0,8%	2,5%	2,0%
Lodi	175,4	156,33	12,2%	5,4%	12,2%
Sondrio	167,1	160,48	6,9%	8,2%	4,2%
Mantova	194,0	182,44	24,1%	23,0%	6,4%
Pavia	200,4	190,44	28,1%	28,4%	5,2%
Milano	198,3	194,58	26,8%	31,2%	1,9%
Cremona	265,1	253,68	69,6%	71,0%	4,5%

Fonte= *Ns elaborazioni su Dgr 10640/2012, **Bilancio Sociale 2009, popolazione 2011 tratta da dati.lombardia.it/(valori 2012 indisponibili)

Ci si può domandare se il budget di ogni Asl si componga nello stesso modo, ovvero se venga ottenuto, per ciascuna Azienda facendo sì che nel paniere siano presenti le stesse quote di servizi. Anche su questo versante osserviamo una certa eterogeneità (Fig. 1): ad esempio i servizi domestici e diurni in alcune zone pesano per il 10%, in altre addirittura il doppio. Anche le Rsa assorbono quote diverse a seconda delle Asl (dal 51 al 69%). In generale, non sembra esistere un modello di finanziamento-spesa uniforme, ma **il finanziamento di ogni unità d'offerta segue logiche separate.**

Per un monitoraggio più analitico, riflettiamo su come ogni singola Asl ottiene fondi per alcuni specifici bisogni:

- **per i consultori privati**, rispetto alla distribuzione infraregionale della popolazione target (Fig. 2), i relativi budget sono estremamente squilibrati tra le Asl; rispetto a una media di 10 eur , ci sono territori dove questo tipo di

offerta è pressoché assente e altri che ricevono finanziamenti per quasi il doppio, specchio di una proliferazione di questi servizi senza un disegno comune.

- **per l'assistenza agli anziani non autosufficienti** (Fig. 3), c'è un'ampia variabilità sia nella dotazione individuale di risorse per l'Adi (da 67 a 150 eur), sia in quella per le Rsa (da 713 a 1236 eur). Ci si aspetterebbe che le zone dove gli interventi domiciliari sono più deboli compensino le risposte con maggiori interventi residenziali e viceversa; invece, spesso dove c'è un budget più corposo per il primo tipo di servizi, si registra altrettanta forza negli altri (si vedano i casi di Cremona, Lodi, Sondrio), mentre ci sono Asl dove entrambi i tipi di finanziamento sono scarsi (es. Milano 2 e Monza-Brianza). Il risultato è un budget per anziano che oscilla tra gli 800 e i quasi 1400 euro.

Le ultimissime novità

Nel corso del 2012 è stata realizzata una **ricognizione sui costi standard dell'universo delle Rsa** (Dgr 4574/2012). Un'attività che ha portato alla luce la composizione di questi costi e la loro variabilità tra i gestori. Ciò consente di stabilire un costo unitario della prestazione, dato estremamente importante innanzi tutto ai fini della determinazione delle tariffe a giornata. Il passaggio che sinora è mancato è quello di cercare di ricostruire il fabbisogno standard di un territorio come prodotto tra i costi del fabbisogno assistenziale individuale che sono emersi e la presenza di alcuni bisogni (come quello della non autosufficienza, eventualmente differenziato per gravità) nelle Asl.

A fine legislatura, la Dg Famiglia ha cominciato a manifestare interesse alla questione dell'uniformità tra territori all'interno della **ridefinizione dei metodi per la programmazione sociosanitaria** (Dgr 4334/2012 e 4574/2012). Ammettendo i forti squilibri territoriali nella distribuzione delle varie tipologie di offerta, ha individuato come soluzioni:

- **una redistribuzione degli accreditamenti interni a ogni Asl a favore delle strutture virtuose** (rette basse e elevate liste d'attesa);
- **una redistribuzione dei posti contrattualizzati tra i territori con esuberi** (offerta superiore alla media regionale e basso tasso di saturazione) **e aree con scarsa presenza di Rsa** (meno della media).

Quello del riequilibrio dell'offerta è senza dubbio un obiettivo condivisibile ed è importante che questa Regione aumenti la centralità riconosciuta alle questioni distributive nelle proprie politiche. **La nuova logica introdotta dalla Dgr 4574 potrebbe portare qualche beneficio sull'uniformità territoriale del sistema Rsa, ma si**

tratterebbe comunque di miglioramenti limitati. Il limite risiede nel fatto che il metodo sarà utile per correggere gli eccessi, ma non altrettanto efficace per prevenire la creazione di nuovi squilibri futuri (se la domanda di Rsa in alcuni territori sarà particolarmente alta, continuerà ad essere assecondata?[44]). Un altro aspetto ancora solo vagamente affrontato è quello dei parametri con cui avverranno le correzioni, ossia le formule che saranno utilizzate (se una Asl oggi ha uno scostamento dalla media dell'x% di quanto sarà variato il suo budget?). Infine, non è chiaro in che modo sarà favorito lo sviluppo della residenzialità nelle Asl che oggi presentano un'offerta bassa. Finora la crescita nei vari territori delle Rsa è stata condizionata dalla vivacità imprenditoriale, dai livelli delle rette, dalle condizioni economiche delle famiglie. La Regione continua a confidare sulla concorrenza tra gestori nell'abbassare le rette, ma alle condizioni attuali (crisi economica, livelli tariffari riconosciuti dalla regione) non è scontato che ci siano margini per incoraggiare l'ingresso di nuovi operatori in grado di offrire servizi richiedendo agli utenti costi limitati; quindi, le carenza di offerta di alcune Asl potrebbero rimanere incolmate.

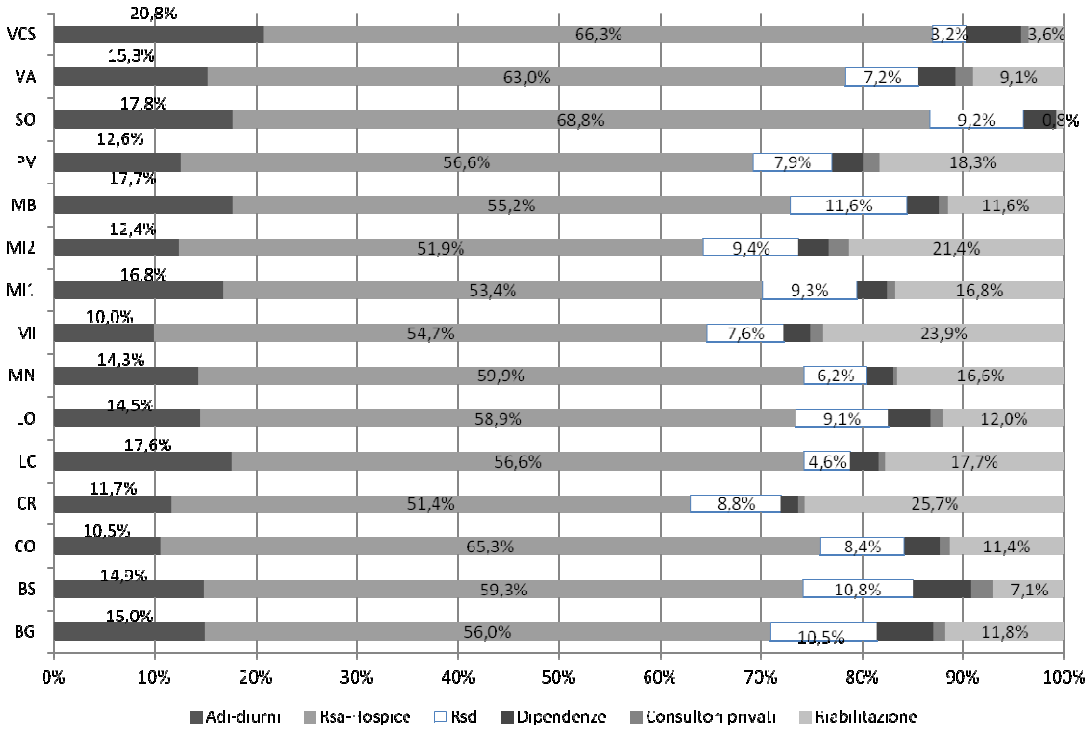
La nuova programmazione continuerà ad affrontare separatamente la gestione delle risorse per i vari servizi (diurni, residenziali). Questo potrebbe essere un limite, perché, ad esempio, non incoraggia la ricerca, nell'ambito di ciascuna Asl, delle soluzioni più economiche (ci sono scarsi incentivi al potenziamento della domiciliarità). Diverso sarebbe un sistema che, a parità di fabbisogno standard per assistito, premiasse i territori capaci di massimizzare il complesso delle risposte. C'è un problema di utenza storica dei servizi residenziali da tutelare, ma sarebbe comunque possibile ripensare il sistema di finanziamento senza mettere a rischio i vecchi posti (ad esempio immaginando un fondo per i vecchi assistiti che man mano va a scomparire e una nuova gestione che progressivamente va a regime).

Continuare a correggere al margine, così come ha fatto il regolatore sino ad oggi, ha prodotto qualche risultato, ma ancora siamo molto lontani da una situazione di convergenza e non è escluso che si alimentino nuovi squilibri (peraltro è un problema che, come abbiamo visto, interessa tutti i servizi, non solo quelli per i non autosufficienti). L'adozione di sistemi che fanno riferimento ai fabbisogni standard potrebbe portare buoni risultati, oltre che in termini di miglioramento dell'equità, anche in termini di efficienza.

---

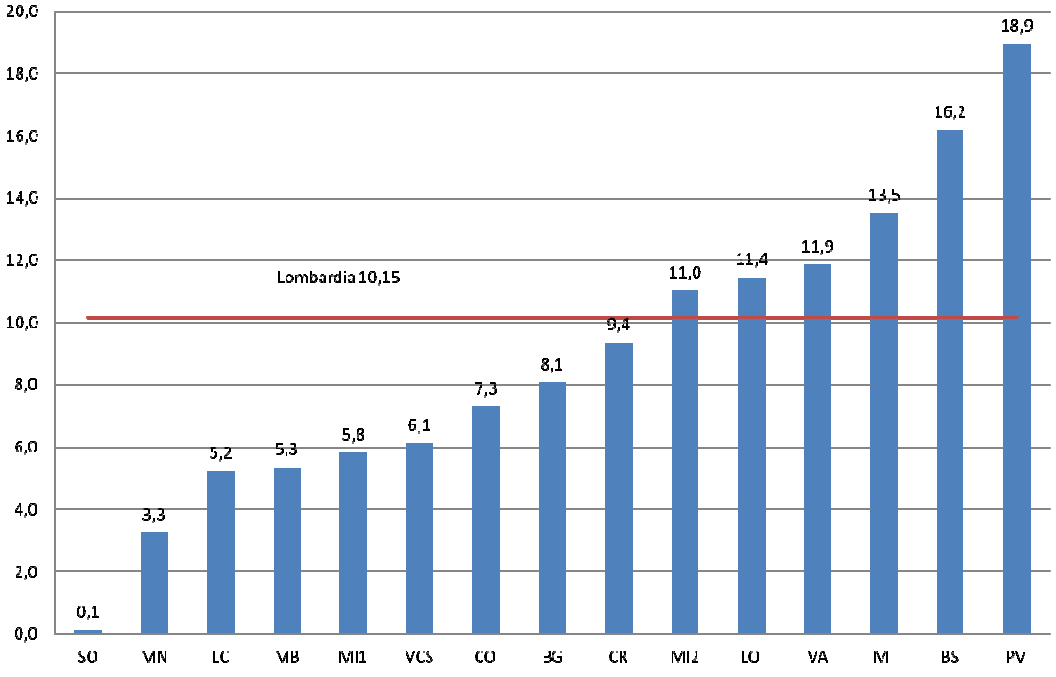
44. [44] In futuro si limiterà la contrattualizzazione solo nelle Asl con offerta alta e bassa saturazione, mentre dal testo della dgr 4574/2012 non sembrano essere introdotti limiti per le Asl con una elevata presenza di Rsa nel caso in cui la domanda continui ad aumentare.

Fig. 1 – Composizione (%) del finanziamento Assi 2012 per tipologia di servizi per Asl, 2012



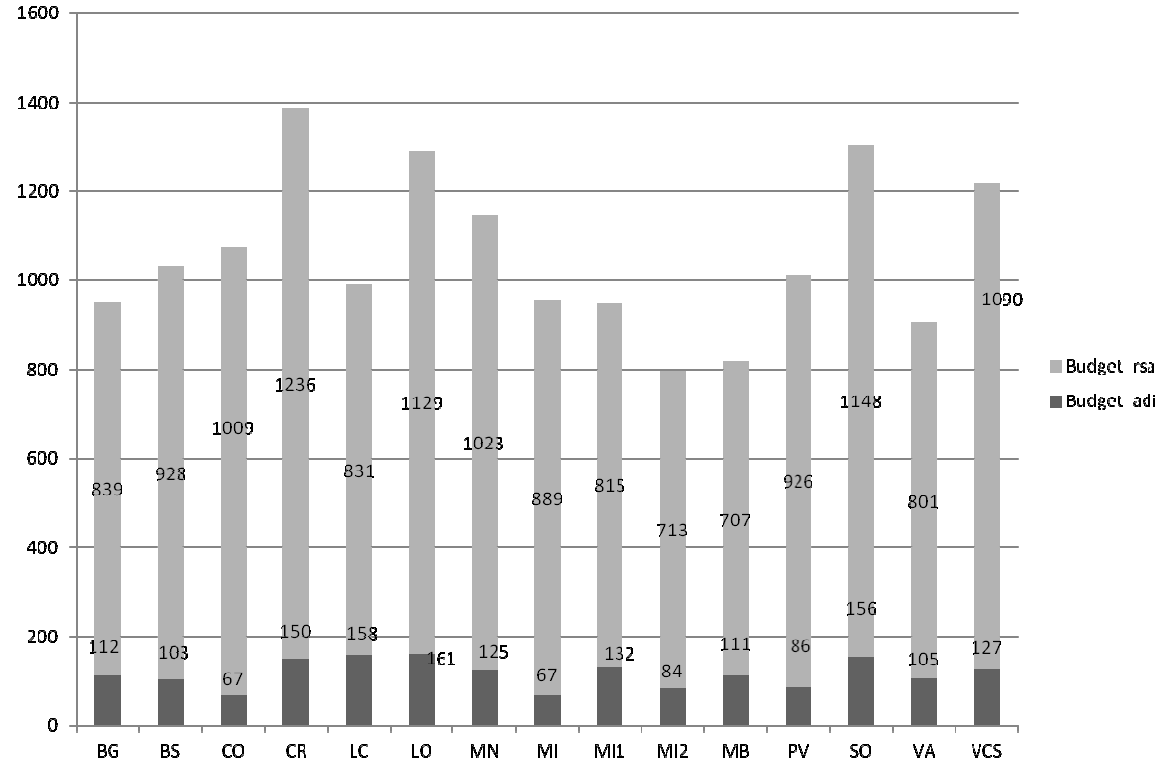
Fonte– Ns elaborazioni su Dgr 10640/2012,

Fig. 2 - Budget pro-capite per consultori privati per Asl, 2012 (eur), target donne 14-49 anni*



Fonte= Ns elaborazioni su Dgr 10640/2012, popolazione 2011 tratta da dati.lombardia.it/(valori 2012 ind sponibili)

Fig. 3 – Budget per anziano (over 75) per Asl 2012 (eur) per alcuni servizi



Fonte= Ns elaborazioni su Dgr 10640/2012, distribuzione popolazione 2012 tratta da Dgr 4574/2012

.