

Ma, non sarebbe possibile cogliere appieno la rilevanza di questi dati se si trascurassero le dinamiche relative alle presenze degli studenti di origine immigrata di I e II generazione. Nel tempo, autorevoli analisi¹² hanno sottolineato come la componente straniera sia determinante nel definire il livello e la qualità futuri del capitale umano nel nostro Paese.

I risultati dell'indagine OCSE Pisa per i 15-enni e la rilevazione Invalsi apportano elementi di conoscenza sul percorso scolastico seguito e sui risultati conseguiti dagli studenti di origine immigrata e forniscono elementi per l'attuazione di politiche mirate per l'integrazione interculturale, l'apprendimento linguistico e l'accoglienza nelle scuole.

Gli studenti con cittadinanza non italiana, cresciuti negli ultimi anni in linea con i *trend* registrati nell'area OCSE, hanno superato nel 2011 i 700.000 allievi, pari al 7,9 per cento della popolazione studentesca¹³ (Figura II.9).

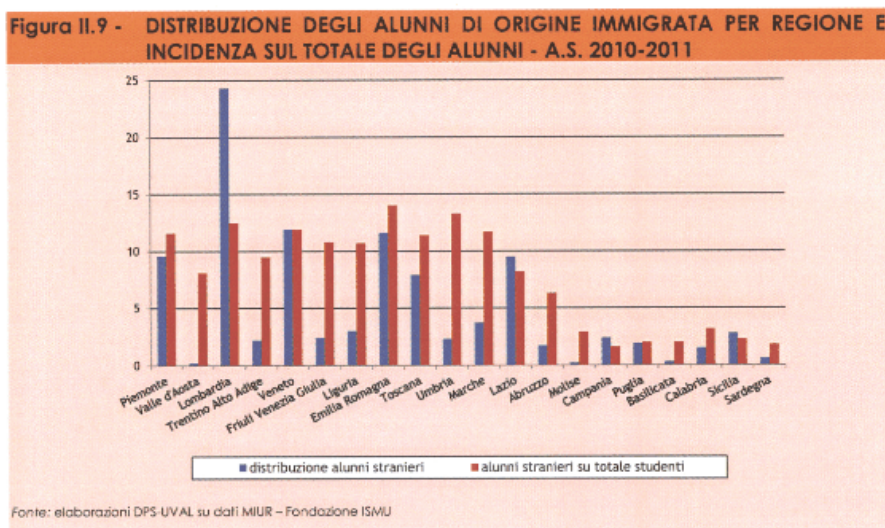
A livello nazionale, nella scuola primaria si concentra la quota più elevata degli studenti di origine immigrata (9 per cento), ma l'incremento maggiore rispetto al 2010 si registra nella scuola secondaria di II grado (oltre 10.000 ragazzi in più). Rispetto a dieci anni fa, è diminuita la quota relativa di alunni stranieri nella scuola primaria (passata dal 42,8 al 35,8) ed è al contempo aumentata sensibilmente la

Competenze
degli studenti
immigrati

¹² Cfr. Banca d'Italia – “Relazione annuale 2008”; “Indagine conoscitiva sulle problematiche connesse all'accoglienza degli alunni con cittadinanza non italiana nel sistema scolastico italiano” – VII Commissione Camera dei Deputati, presentata il 28 giugno 2011; “Investire in Conoscenza: giovani e cittadini, formazione e lavoro”, intervento del Governatore della Banca d'Italia V. Visco al 30° congresso dell'Associazione italiana dei magistrati per i minorenni e per la famiglia – Catania, novembre 2011.

¹³ Fonte: MIUR – Fondazione ISMU “Alunni con cittadinanza non italiana. Verso l'adolescenza”, Rapporto nazionale a.s. 2010-2011 [Quaderni ISMU Milano 4/2011].

presenza degli studenti di origine immigrata nella scuola secondaria di II grado, passata dal 14 al 21,6 per cento.



La distribuzione territoriale degli alunni di origine immigrata non è omogenea: il 24,3 per cento degli studenti non italiani vive e frequenta le scuole della Lombardia, mentre in Emilia-Romagna si rileva l'incidenza maggiore rispetto al totale degli alunni della regione.

Divari statisticamente significativi emergono nelle *performances* in italiano e matematica degli studenti immigrati di I e II generazione e tendono progressivamente a diminuire nel percorso scolastico (Tavola II.2)¹⁴.

Nel passaggio dalla scuola primaria a quella secondaria è particolarmente rilevante l'analisi delle differenze dei risultati tra gli studenti di diversa origine (con cittadinanza italiana e senza), soprattutto se gli allievi stranieri di I generazione non hanno con continuità svolto un percorso scolastico in una scuola italiana.

L'analisi della Prova nazionale Invalsi per l'Esame di Stato restituisce un quadro informativo molto interessante circa i risultati dell'integrazione della popolazione di origine immigrata sotto il profilo dei livelli di apprendimento raggiunti in quanto, alla fine del I ciclo, consente di misurare i livelli di apprendimento, secondo una modalità che non differenzia gli studenti italofofoni da quelli di origine immigrata.

¹⁴ In media, l'8,9 per cento degli studenti che hanno affrontato la Prova nazionale al termine del I ciclo sono di origine immigrata (7,4 per cento sono di I generazione, l'1,5 per cento di II generazione): solo al Nord gli allievi stranieri sono il 13,4 per cento nel Nord-Ovest e il 14,1 per cento nel Nord-Est, mentre la presenza di studenti stranieri è sempre molto più contenuta nel Sud (circa il 2,5 per cento).

Tavola II.2 - PUNTEGGI MEDI IN LETTURA E MATEMATICA DEGLI STUDENTI ITALIANI E IMMIGRATI DI I E II GENERAZIONE, 2011

Tipologia di scuola	Macro Area	Punteggi medi - Italiano			Punteggi medi - Matematica		
		Italiani	Immigrati di I generazione	Immigrati di II generazione	Italiani	Immigrati di I generazione	Immigrati di II generazione
II PRIMARIA	Nord-Ovest	72,70	54,90	60,20	62,00	47,90	52,70
	Nord-Est	72,40	55,10	58,60	61,50	49,30	51,20
	Centro	72,20	57,30	62,20	61,70	56,10	54,60
	Sud	68,00	61,60	61,30	60,90	56,70	53,80
	Isole	65,60	64,80	59,60	59,40	60,30	58,90
	Italia	70,20	57,00	60,30	61,10	52,20	53,10
V PRIMARIA	Nord-Ovest	74,90	63,60	68,20	70,80	60,20	64,10
	Nord-Est	74,50	61,90	68,30	71,20	60,50	63,50
	Centro	75,40	64,10	68,00	69,80	62,00	64,40
	Sud	73,00	65,80	73,40	67,90	60,70	61,10
	Isole	71,30	66,40	65,70	65,50	63,50	62,70
	Italia	73,80	63,70	68,40	69,00	60,90	63,70
I SECONDARIA DI I GRADO	Nord-Ovest	66,50	51,80	56,60	51,20	40,60	44,50
	Nord-Est	66,30	48,50	56,00	52,70	38,50	44,40
	Centro	65,80	49,20	57,30	49,00	38,40	44,30
	Sud	61,10	49,40	58,50	43,30	39,80	44,20
	Isole	57,90	52,10	53,30	40,50	37,40	39,30
	Italia	63,50	50,10	56,50	47,20	39,30	44,10
III SECONDARIA DI I GRADO*	Nord-Ovest	72,30	58,70	64,10	61,60	49,50	55,60
	Nord-Est	73,40	59,90	66,80	62,20	51,40	53,90
	Centro	69,30	61,50	65,70	58,80	54,50	53,50
	Sud	61,50	57,90	62,20	51,30	50,10	49,50
	Isole	59,60	53,00	59,00	50,10	47,70	47,10
	Italia	67,00	59,40	64,40	56,60	51,20	53,40
II SECONDARIA DI II GRADO	Nord-Ovest	74,50	61,20	68,10	52,30	42,60	46,30
	Nord-Est	74,50	60,10	66,20	53,30	43,30	78,90
	Centro	69,90	58,40	65,30	47,20	41,10	44,20
	Sud	68,80	59,40	61,70	46,60	40,20	39,40
	Isole	65,50	54,90	58,70	42,60	37,70	37,60
	Italia	70,50	59,70	65,10	48,30	42,00	44,40

Nota: i punteggi medi sono quelli attribuiti nella Prova nazionale per l'Esame di Stato
Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati Invalsi 2011

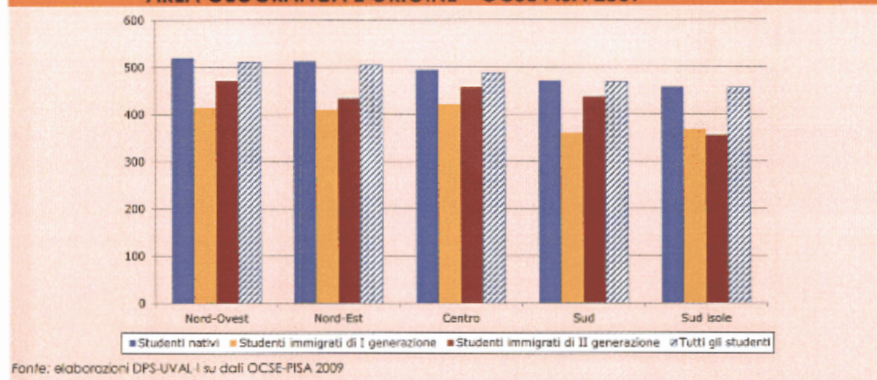
A livello nazionale, nella scuola secondaria di II grado, la differenza nei punteggi medi conseguiti tra gli studenti italiani e gli studenti immigrati di prima generazione è pari a 10,8 punti in italiano e a 8,1 punti in matematica, mentre per gli alunni di II generazione le distanze rispetto agli italiani si riducono, pur rimanendo significative, a 5,4 punti e a 5,3 punti rispettivamente in italiano e matematica. Inoltre, le *performances* significativamente più basse rispetto agli studenti italiani si riflettono poi in percentuali più basse di promozioni rispetto alla media nazionale (70,6 rispetto a circa il 95 per cento) e seguono in generale l'andamento dei divari tra le macro aree geografiche. Va, comunque, sottolineato che i tassi di promozione nei vari ordini di scuola si muovono in modo simile tra tutti gli alunni.

Tuttavia, occorre tener presente che nel Mezzogiorno la quota di studenti immigrati sul totale della popolazione studentesca è ancora piuttosto marginale, anche se nella scuola secondaria di II grado è in Sicilia che risiede la percentuale relativamente più alta degli studenti stranieri nati in Italia (15,9 per cento del totale).

Accanto ai punteggi medi, è interessante osservare l'analisi della distribuzione dei risultati relativi ai livelli di competenza¹⁵ in lettura degli studenti 15-enni di origine straniera (Figura II.10).

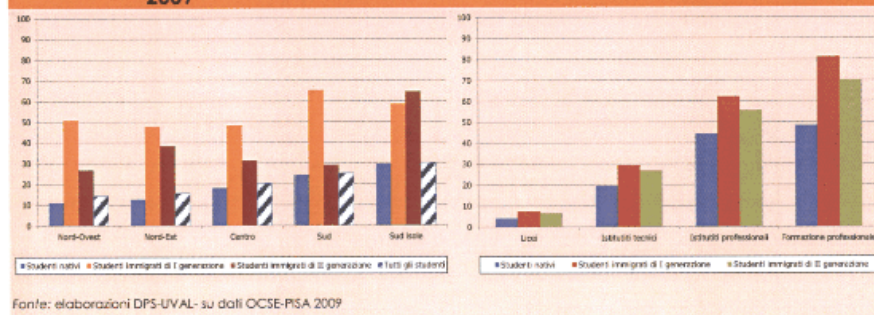
¹⁵ L'Indagine OCSE-Pisa distribuisce le *performances* degli studenti su sei livelli di competenza: il Livello 1 (a e b) è il livello più basso, cioè quello in cui si collocano gli studenti con competenze insufficienti; il livello 2 rappresenta gli studenti che possiedono competenze di base sufficienti; i livelli 3 e 4 gli studenti con buone competenze più che sufficienti; i livelli 5 e 6 identificano gli studenti eccellenti, cioè i "*top performers*".

Figura II.10 - PUNTEGGI MEDI CONSEGUITI IN LETTURA DAGLI STUDENTI 15-ENNI PER AREA GEOGRAFICA E ORIGINE – OCSE PISA 2009



La quota di alunni immigrati, anche di II generazione, con scarse competenze in lettura (Figura II.11) è particolarmente rilevante in tutte le macro aree, ma appaiono particolarmente critiche la situazione del Nord-Est, soprattutto in relazione alla consistenza di popolazione studentesca immigrata, e delle Isole. Qui giova ricordare che i livelli di *performances* non si modificano, anche scontando il fattore socio-economico, a indicare l'incidenza di altre variabili (quali le barriere linguistiche¹⁶) che ostacolano in modo decisivo il successo scolastico dei ragazzi. Deve far inoltre riflettere la distribuzione di questi studenti nei diversi tipi di scuola, soprattutto se visto in relazione al tasso di abbandoni scolastici.

Figura II.11 - STUDENTI CON SCARSE COMPETENZE IN LETTURA PER AREA GEOGRAFICA, ORIGINE E TIPO DI SCUOLA FREQUENTATA – OCSE PISA 2009



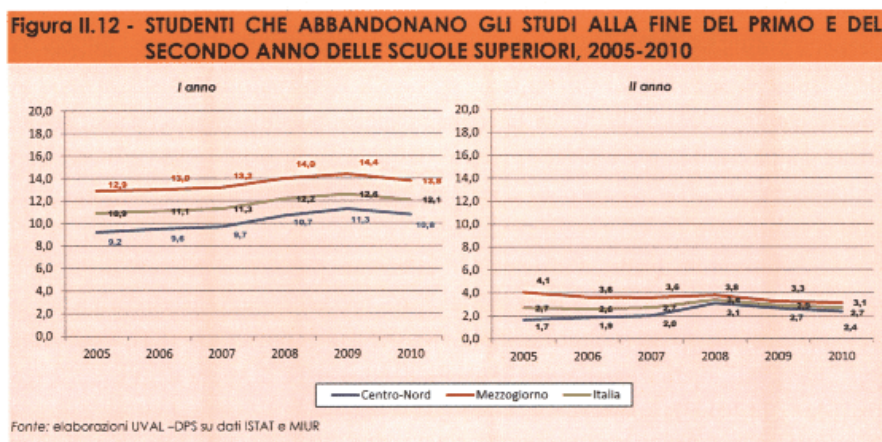
Abbandoni
scolastici

Nell'analisi delle *performances* degli studenti nel passaggio tra scuola secondaria di I e II grado e dei divari tra macro aree, accanto all'indicatore rilevato nell'ambito del meccanismo premiale del sistema Obiettivi di Servizio¹⁷, non vanno

¹⁶ In Italia, la percentuale di 15-enni che a casa parla una lingua diversa da quella utilizzata a scuola è in media l'85,7 per cento e nel Nord-Est il 76,7. Fonte: elaborazioni Invalsi su database OCSE-Pisa 2009.

¹⁷ Indicatore che rappresenta la percentuale della popolazione in età 18-24 anni con al più la licenza media, che non ha concluso un corso di formazione professionale riconosciuto dalla Regione di durata superiore ai 2 anni. È uno dei tre indicatori con cui si misura il conseguimento degli obiettivi previsti dal meccanismo premiale degli Obiettivi di Servizio, il cui dato al 2010 (commentato nel precedente Rapporto 2010) segnalava un tasso di abbandoni al Sud pari al 22,3 per cento contro una media nazionale al 18,8 e il 16,21 del Centro-Nord.

trascurati i dati relativi ai tassi di abbandono alla fine del primo e del secondo anno delle scuole superiori (Figura II.12).



Nel periodo 2005-2010, pur a fronte di una lievissima convergenza tra Centro-Nord e Mezzogiorno, si osserva un incremento degli abbandoni al primo anno pari a circa l'uno per cento; per contro al secondo anno, tale fenomeno risulta molto più contenuto. Nel 2010, Sicilia (15,7 per cento), Sardegna (15,6 per cento) e Campania (14,4 per cento) riportano al primo anno tassi di abbandono superiori alla media nazionale e a quella della stessa macro area Mezzogiorno. Nel Centro-Nord un fenomeno analogo si osserva in Valle d'Aosta, con una percentuale di abbandoni pari al 15,5 per cento. Le diverse proporzioni del fenomeno tra primo e secondo anno delle scuole superiori lasciano intuire che gli abbandoni possano essere conseguenza di una debole attività di orientamento in uscita del primo grado della scuola secondaria, oltre a essere sintomo di una transizione e impatto difficili con il nuovo corso di studi da parte dei ragazzi.

In generale emerge la necessità di potenziare le azioni di accompagnamento e orientamento dei ragazzi nel delicato passaggio tra scuola secondaria di I e II grado, prevedendo, allo stesso tempo, iniziative mirate di integrazione per rafforzare la coesione sociale e ridurre così il divario nella dotazione di capitale umano del nostro Paese nel confronto internazionale.

II.2 Servizi di cura per anziani e bambini

II.2.1 Servizi di cura per anziani

Il costante aumento delle persone anziane in condizioni di non autosufficienza richiede livelli di cura e assistenza sempre più elevati e prolungati nel tempo, che impongono un uso integrato ed efficiente delle risorse disponibili per politiche sociali e sanitarie. Sul fronte delle politiche sociali, mentre si assiste a una

contrazione dei trasferimenti di risorse dal livello centrale¹⁸, tardano la definizione di *standard* di offerta nazionali (i c.d. LEP, Livelli Essenziali di Prestazione) e l'attuazione della legislazione in materia (L. 328/2000) a livello regionale. Sul versante sanitario, dove vi è una maggiore omogeneità per quanto attiene la definizione di *standard* di offerta (i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza sono in vigore già dal 2002), le difficoltà interessano ancora quelle regioni, concentrate nel Mezzogiorno, sottoposte a piani di rientro dal debito sanitario¹⁹, che rappresentano un'opportunità di riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi, ma pongono nella fase di transizione vincoli e razionamento dell'offerta.

Spesa
pubblica in
Long Term
Care

Per avere un quadro d'insieme dell'intervento pubblico e del peso delle varie componenti nell'ambito dei servizi agli anziani, può essere utile fare riferimento al dato relativo alla spesa pubblica complessiva per *Long Term Care* (LTC) utilizzata per i confronti internazionali e per la stima degli scenari di spesa del medio-lungo periodo²⁰. In Italia la spesa pubblica per LTC comprende le prestazioni sanitarie, le indennità di accompagnamento per invalidi civili e gli interventi socio-assistenziali rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti erogati a livello locale. La spesa pubblica complessiva stimata per LTC ammonta nel 2010 all'1,9 per cento del PIL e due terzi (circa 18 miliardi di euro) sono stati erogati a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria rappresenta il 46,4 per cento del totale della spesa per LTC contro il 43,3 per cento della spesa per indennità di accompagnamento. Le altre prestazioni assistenziali offerte a livello comunale coprono circa il 10,3 per cento.

Un'analisi delle differenze regionali nell'offerta di servizi può soffermarsi sulla spesa sanitaria e sulla spesa sociale, senza tuttavia ignorare le indennità di accompagnamento, trasferimenti monetari senza vincolo di destinazione, che rappresentano una quota rilevante della spesa²¹.

Per quanto riguarda i servizi offerti dal sistema sanitario, il Rapporto monitora da qualche anno i dati relativi all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) erogata dai distretti sanitari²². Nel 2010 la percentuale di anziani in ADI ha raggiunto il 4,1 per cento a livello nazionale, confermando il *trend* di crescita degli ultimi anni.

¹⁸ Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, istituito con la L. 328/2000 ha visto progressivamente ridurre le risorse attribuite alle regioni dai più di 700 milioni di euro annui del biennio 2006-2007 ai 178 milioni di euro circa del 2011. Il Fondo per le non Autosufficienze, istituito nel 2007, ha raggiunto la cifra massima di 400 milioni di euro attribuita alle regioni nel 2009 per ridursi fino ai 100 milioni di euro del 2011.

¹⁹ Tutte le regioni del Mezzogiorno sono interessate dal Piano di rientro, a eccezione di Basilicata e Sardegna.

²⁰ Cfr. Ragioneria Generale dello Stato "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - aggiornamento 2011"

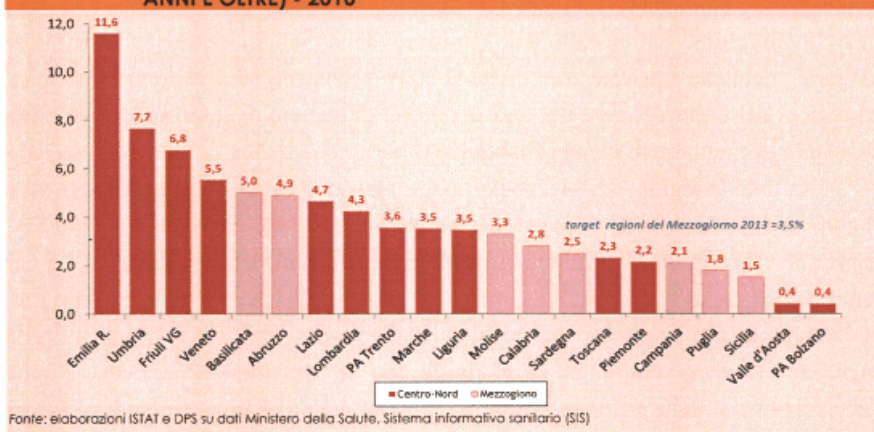
²¹ La scarsa integrazione tra la filiera dei servizi sanitari e quella dei servizi sociali rende difficile fornire un quadro unitario del livello e delle caratteristiche dei servizi offerti agli anziani; l'analisi territoriale deve necessariamente essere ricostruita a partire da fonti informative distinte, spesso difficilmente confrontabili.

²² L'ADI, che risponde all'obiettivo di mantenere nell'ambiente domestico gli anziani non autosufficienti bisognosi di cure mediche, riducendo i ricoveri in strutture ospedaliere, secondo gli *standard* fissati nei LEA dovrebbe raggiungere un livello di presa in carico del 3,5 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne. Lo stesso livello è stato adottato dal sistema degli Obiettivi di Servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 come *target* da raggiungere al 2013. Per dettagli sul sistema degli Obiettivi di Servizio di rinvia al sito web http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/

Il tasso di crescita ha tuttavia continuato a essere meno sostenuto nel Mezzogiorno, dove il livello di presa in carico (2,3 per cento) è rimasto ancora al di sotto dell'obiettivo del 3,5 per cento. Differenze significative continuano a registrarsi a livello regionale (Figura II.13), con Basilicata e Abruzzo a livelli superiori alla media nazionale e Campania, Puglia e Sicilia ancora lontane dal *target*.

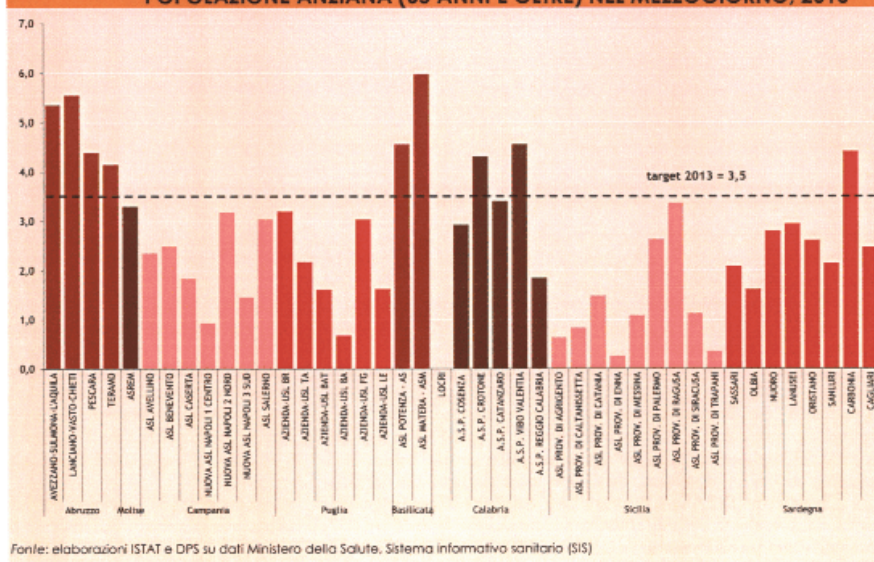
Assistenza
Domiciliare
Integrata

Figura II.13 - PERCENTUALE DI ANZIANI TRATTATI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) RISPETTO AL TOTALE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) - 2010



Anche a livello sub regionale si registra una certa variabilità di copertura della popolazione di riferimento, con la presenza di alcune ASL che superano o sono prossime al *target* in tutte le regioni del Mezzogiorno (Figura II. 14).

Figura II.14 - DISTRIBUZIONE PER ASL DELLA PERCENTUALE DI ANZIANI TRATTATI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) RISPETTO AL TOTALE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) NEL MEZZOGIORNO, 2010



La buona *performance* di molte ASL del Mezzogiorno, inclusi i casi isolati di ASL che superano il 3 per cento di presa in carico anche in regioni come Sicilia e Campania, segnala come buone capacità di gestione a livello locale consentano almeno in parte di superare i vincoli e le difficoltà determinate a livello regionale dai processi di contenimento e ristrutturazione della spesa sanitaria.

Per avere un quadro più articolato dell'offerta dei servizi sanitari a favore degli anziani, è però opportuno considerare anche i dati relativi alle strutture semi-residenziali e residenziali²³, i cui servizi sono anch'essi presi a riferimento nei LEA²⁴. Gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute, relativi alle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate al 2009, segnalano un divario macroscopico tra regioni del Centro-Nord e del Sud in termini di numero di strutture, disponibilità di posti letto e numero di utenti (Tavola II.3).

In tutte le regioni del Mezzogiorno, gli indicatori relativi agli utenti assistiti e al numero di posti nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), che rientrano tra i LEA, registrano valori molto al di sotto dei livelli minimi, fissati rispettivamente al 1,5 per cento per gli utenti e a 6 posti letto per 1000 anziani. Unica eccezione è l'Abruzzo, molto prossima al *target* per entrambi gli indicatori. Questi valori vanno tuttavia analizzati tenendo conto che si riferiscono a strutture accreditate e che l'accreditamento delle strutture sanitarie in questo ambito è un percorso non ancora concluso²⁵. Dati di fonte ISTAT riferiti a tutte le strutture residenziali pubbliche e private presenti nel territorio²⁶ confermano il divario tra Mezzogiorno e resto del Paese nell'offerta di servizi residenziali per gli anziani, ma lo ridimensionano²⁷, confermando la presenza di strutture di natura socio-assistenziale o socio-sanitaria non accreditate che sfuggono alle rilevazioni del Ministero della Salute.

²³ Secondo le stime della Ragioneria Generale dello Stato rappresentano quasi la metà della spesa sanitaria per gli anziani.

²⁴ Le strutture residenziali che fanno capo al Sistema Sanitario Nazionale, note come Residenze Sanitarie Assistite (RSA), si distinguono dalle Residenze Assistite (RA) che sono fuori dal Sistema Sanitario Nazionale e offrono cure socio-assistenziali.

²⁵ La scadenza per il completamento del processo di accreditamento delle RSA è stata più volte rimandata ed è attualmente fissata al 1 gennaio 2013. Secondo dati Agenas, al 2010 a livello nazionale erano accreditate solo il 63 per cento delle strutture sanitarie (con punte massime del 89,5 per cento nel Nord-Ovest e minime del 7,2 per cento al Centro; al Sud il 71,7 per cento e nelle Isole il 55,8 per cento). Si precisa che la verifica dei livelli LEA da parte del Ministero della Salute restituisce valori generalmente più elevati, essendo basata su autodichiarazioni delle Regioni che evidentemente includono anche strutture non accreditate.

²⁶ L'indagine ISTAT su "I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" al 31 dicembre 2009 si riferisce al complesso delle strutture senza distinzione formale tra RSA e RA, né con riferimento al processo di accreditamento (che nel caso delle strutture non sanitarie è ancora meno diffuso).

²⁷ Si registra un significativo aumento, seppur non determinante per ridurre il divario, di posti letto per anziani e di utenti assistiti in particolare in Sicilia, Molise, Sardegna e Abruzzo.

Tavola II.3 - ASSISTENZA AGLI ANZIANI: STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE – POSTI E UTENTI - 2009

Regione	Strutture semiresidenziali				Strutture residenziali			
	Numero strutture	Posti x 1000 anziani	Utenti	Utenti per 100 anziani	Numero strutture	Posti x 1000 anziani	Utenti	Utenti per 100 anziani
PIEMONTE	14	0,21	359	0,04	425	17,88	21.036	2,09
VALLE D'AOSTA					1	0,19	32	0,12
LOMBARDIA	251	2,93	8.865	0,46	648	29,10	77.938	4,01
PA BOLZANO					40	38,51	3.704	4,23
PA TRENTO					56	44,10	4.603	4,62
VENETO	74	1,23	2.034	0,21	335	27,88	38.107	3,97
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	0,14	50	0,02	92	22,44	14.441	5,06
LIGURIA	11	0,35	204	0,05	103	7,36	7.667	1,77
EMILIA ROMAGNA	204	3,71	5.456	0,56	370	18,80	28.947	2,97
TOSCANA	104	1,48	1.724	0,20	285	13,25	15.752	1,83
UMBRIA	15	1,16	351	0,17	55	7,83	2.856	1,38
MARCHE	3	0,14	76	0,02	38	4,05	3.694	1,05
LAZIO	1	0,05	97	0,01	74	4,35	6.363	0,58
ABRUZZO					31	5,51	3.441	1,21
MOLISE								
CAMPANIA	2	0,04	54	0,01	21	0,72	604	0,07
PUGLIA	2	0,05	22	0,00	29	2,02	2.655	0,36
BASILICATA					5	1,61	319	0,27
CALABRIA					31	2,80	1.602	0,43
SICILIA					24	0,71	3.216	0,35
SARDEGNA	2	0,19	93	0,03	23	2,12	686	0,22
ITALIA	685	1,05	19.385	0,16	2.686	13,45	237.663	1,97

Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2009

I dati sulle strutture semiresidenziali accreditate²⁸ offrono una misura del diverso livello di organizzazione dei servizi. Queste strutture sono infatti concentrate nelle regioni che vantano sistemi di offerta più avanzati (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana) e sono ancora molto limitate in altre regioni e in particolare nel Mezzogiorno.

I sistemi di offerta più avanzati sono quelli in cui, oltre a esservi livelli elevati di servizi sanitari domiciliari e residenziali e un'articolazione di servizi anche semiresidenziali legati a specifiche patologie, vi è una forte integrazione con la componente sociale. Tale integrazione dovrebbe avvenire a livello regionale attraverso una programmazione socio-sanitaria unitaria con allocazione di risorse specificamente dedicate alla non autosufficienza e, a livello locale, attraverso una pianificazione e attivazione dei servizi congiunta da parte delle strutture sanitarie distrettuali e degli uffici sociali dei Comuni (aggregati in ambiti o altre forme associative). Senza entrare nello specifico dell'attuazione della legislazione in materia sociale, dei sistemi di programmazione regionale e delle modalità di erogazione a livello locale, è possibile fornire un quadro generale del livello e dell'articolazione dei servizi sociali a favore degli anziani nelle diverse regioni

Integrazione
socio-sanitaria

²⁸ Le strutture semi-residenziali offrono prestazioni mediche specialistiche diurne, anche per specifiche patologie (ad esempio Alzheimer), a pazienti non stabilmente ricoverati.

analizzando gli ultimi dati disponibili, che tuttavia risalgono al 2008²⁹, relativi alla spesa sociale dei Comuni³⁰.

La distribuzione territoriale della spesa³¹ destinata dai Comuni agli anziani rapportata alla popolazione di riferimento relega nelle posizioni di coda quasi tutte le regioni del Mezzogiorno, con la sola eccezione della Sardegna che si colloca a un livello superiore a quelli di regioni del Centro-Nord che vantano politiche strutturate per anziani e che destinano quote rilevanti di risorse proprie per la non autosufficienza. L'articolazione della spesa conferma il generale minore peso della spesa per assistenza residenziale rispetto alla assistenza domiciliare, con livelli minimi in Calabria, Molise e Basilicata (Figura II.15).

Anche gli indicatori di copertura territoriale, che misurano la quota di popolazione anziana che vive in aree in cui è disponibile il servizio, evidenziano il ritardo di diverse regioni del Mezzogiorno (Figura II.16).

Per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale³², pur non registrandosi un netto divario tra aree del Paese, la quota di popolazione anziana che vive in Comuni che offrono tali servizi è comunque meno elevata nelle regioni del Mezzogiorno, con livelli minimi in Calabria (solo metà della popolazione di riferimento) e Molise.

Gli indicatori di copertura territoriale riferiti agli altri tipi di servizi domiciliari e ai servizi residenziali forniscono ulteriori spunti di analisi della struttura e dell'articolazione dell'offerta dei Comuni. I dati relativi alla quota di popolazione anziana che vive in Comuni che forniscono prestazioni integrate con l'ADI erogata dai distretti sanitari confermano in diverse regioni, anche del Centro-Nord, una scarsa integrazione delle componenti sociali e sanitarie; livelli minimi si osservano tuttavia sempre nelle regioni meridionali (ancora Calabria e Molise, ma anche Basilicata e Sicilia). Vi è inoltre la conferma della minore diffusione di interventi di assistenza residenziale, oltre alla evidenza sulla scarsissima diffusione di *voucher* per l'assistenza domiciliare, indice di un limitato sviluppo di un mercato di servizi professionali e di meccanismi di autorizzazione e accreditamento.

²⁹ Tali dati non consentono di tenere conto degli effetti né delle recenti contrazioni nel trasferimento di risorse nazionali per la spesa sociale, né di alcuni interventi, da poco conclusi o ancora in fase di realizzazione, cofinanziati dai Fondi Strutturali in alcune regioni del Mezzogiorno (in particolare Basilicata, Puglia e Sardegna che hanno investito di più in questo ambito nella realizzazione o ristrutturazione di strutture residenziali o semi-residenziali).

³⁰ Cfr. ISTAT, *L'indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati: contenuti, innovazioni, risultati*, 2011.

³¹ La spesa sociale dei Comuni per gli anziani (pari a 1,4 miliardi di euro nel 2008), è classificata in numerose voci, tra cui si possono isolare quelle riconducibili all'assistenza specificamente rivolta agli anziani non autosufficienti: l'assistenza domiciliare (che include sia le prestazioni dei Comuni a integrazione dell'ADI erogata dai distretti sanitari, sia quelle di tipo socio-assistenziale, note come SAD – Servizio Assistenza Domiciliare) e le strutture residenziali (interventi in strutture gestite dal Comune e sostegno alle rette nel caso di ricovero in altre strutture pubbliche o private). All'interno di queste categorie unitarie vi sono servizi eterogenei con livelli di intensità molto variabili, che si prestano quindi meno facilmente a confronti territoriali sugli utenti presi in carico rispetto ai servizi di tipo sanitario. Pertanto per la componente sociale si ritiene più prudente basare l'analisi su indicatori di spesa e di copertura territoriale dei principali servizi.

³² Tale componente rappresenta circa un quarto della spesa complessiva dei Comuni nel 2008.

Figura II.15 - SPESA PER ANZIANO EROGATA DAI COMUNI PER SERVIZI DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI, 2008 (euro)

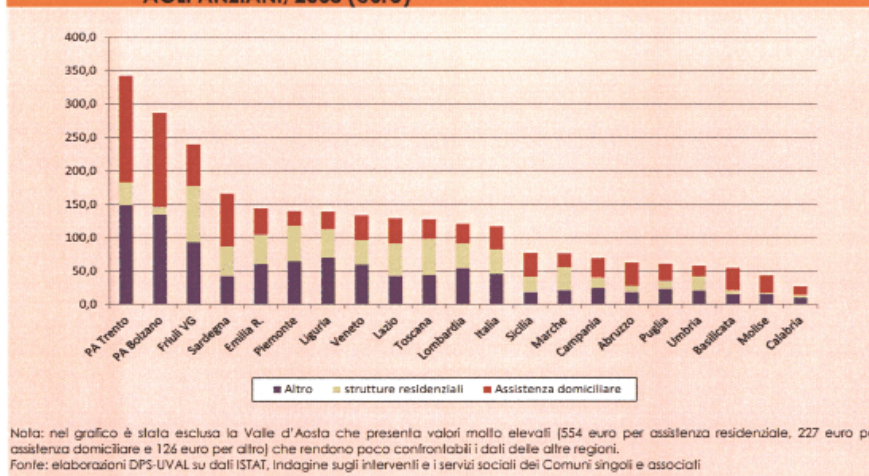
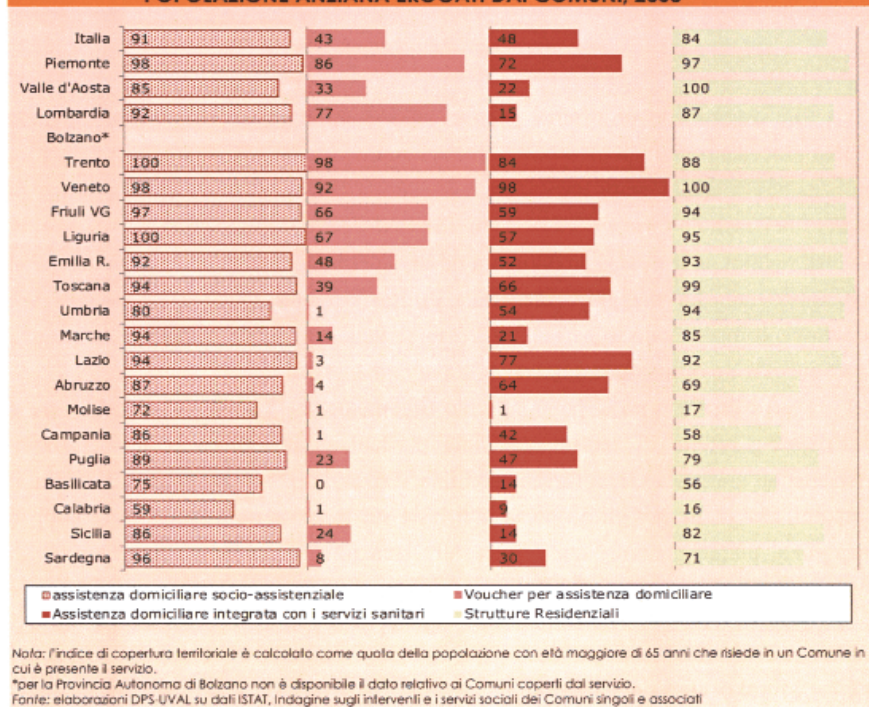


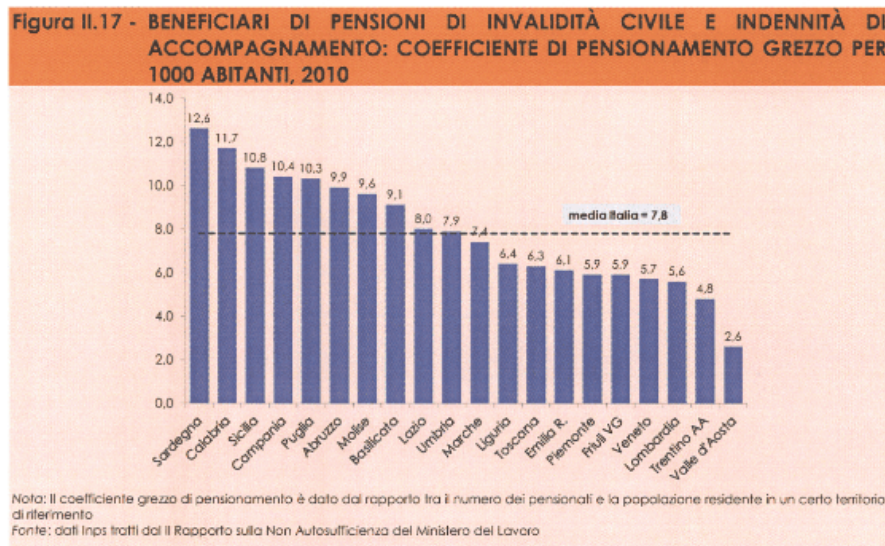
Figura II.16 - INDICE DI COPERTURA TERRITORIALE DI ALCUNI SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA EROGATI DAI COMUNI, 2008



Questi ultimi elementi assumono una particolare rilevanza alla luce dei dati relativi alle indennità di accompagnamento, la terza componente della spesa complessiva per LTC qui analizzata, che pesa quasi quanto la componente sanitaria all'interno dell'aggregato. I dati relativi al rapporto tra beneficiari di indennità di accompagnamento e popolazione residente mostrano in modo incontrovertibile una

Le indennità di accompagnamento

maggior incidenza di questa forma di trasferimento monetario non vincolato nelle regioni meridionali, che presentano tutti valori al di sopra della media nazionale (Figura II.17).



In sistemi con un'offerta poco evoluta e strutturata, come appaiono dalle analisi precedenti molte regioni del Mezzogiorno, vi è necessariamente una maggiore propensione a soluzioni di cura informale, con il coinvolgimento di familiari o di badanti nel caso di permanenza al domicilio o al ricovero in strutture private che, in diverse regioni, non necessitano ancora né di accreditamento né di autorizzazione al funzionamento. La maggiore incidenza di trasferimenti monetari asseconda tali soluzioni, compensando in parte il *deficit* di servizi, senza tuttavia rappresentare una fonte sufficiente di sostegno nei casi di grave non autosufficienza.

Nel Mezzogiorno si pone pertanto urgentemente la necessità di rafforzare e qualificare l'offerta di servizi, con una particolare attenzione ai servizi socio-assistenziali e alla loro integrazione con i servizi sanitari, per garantire pari diritti ai cittadini, ma anche per gli auspicabili riflessi sul mercato del lavoro, in termini di maggiore partecipazione femminile, di creazione di nuove opportunità di occupazione e di emersione del lavoro informale.

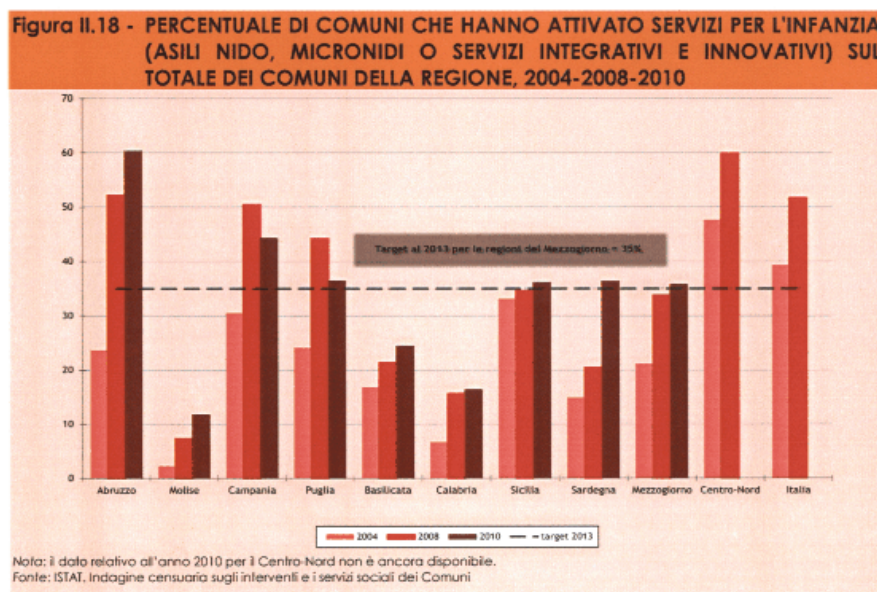
II.2.2 Servizi di cura per l'infanzia

I servizi per l'infanzia, al pari dei servizi di cura per gli anziani, sono caratterizzati da una forte disomogeneità territoriale sia nell'offerta che, per certi aspetti, nella domanda. Ciò è vero non solamente nel caso della prevedibile differenza tra le aree più sviluppate del Paese e il Mezzogiorno e tra le otto regioni che lo compongono ma, come vedremo, anche all'interno delle singole regioni la

mappa dei servizi per l'infanzia è estremamente diversificata, condizionando dinamiche socio-occupazionali di carattere anche molto locale e circoscritto.

Una capillare diffusione nel territorio è una prima condizione necessaria, ancorché assolutamente non sufficiente, per espandere e universalizzare tali servizi. L'indicatore sulla copertura territoriale (Figura II.18) previsto dal sistema degli Obiettivi di Servizio, che misura la percentuale di comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia, restituisce una prima fotografia su tali differenze e sugli esiti degli sforzi delle amministrazioni per colmarle.

La copertura
territoriale dei
servizi per
l'infanzia



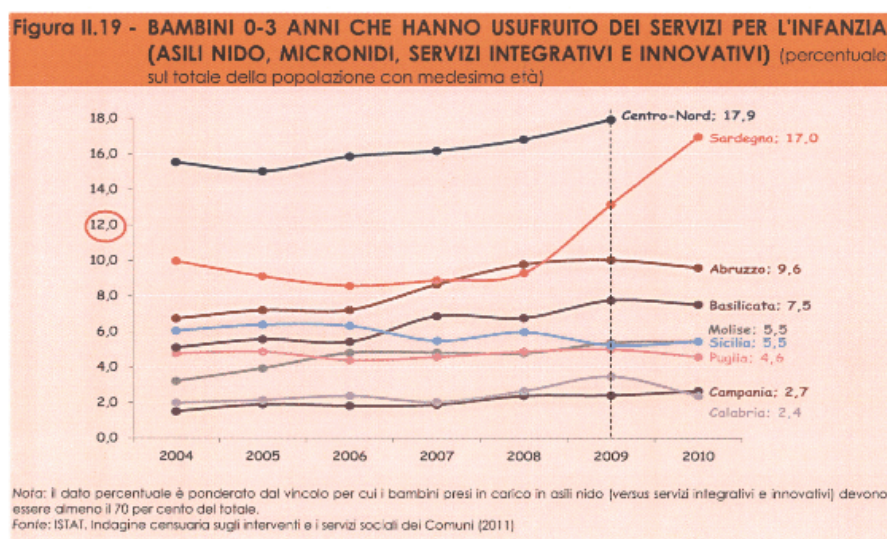
A fronte di importanti avanzamenti in tutte le Regioni dal 2004 al 2008, l'allargamento dei servizi in realtà territoriali "scoperte" si è praticamente arrestato tra il 2009 e il 2010 (anche se nel Mezzogiorno il *target* risulta raggiunto con una copertura del 35,8 dei Comuni). Influisce sulla complessiva situazione di stallo, e colpisce negativamente, la sensibile diminuzione dei Comuni con servizi all'infanzia in Campania e Puglia, dovuta alla sospensione di diverse attività sul territorio (in particolare, servizi integrativi e innovativi per la prima e di asili nido pubblici la seconda). Le cause sono riconducibili all'acutizzarsi delle difficoltà di finanza pubblica nazionale e locale: i tagli nei trasferimenti ai Comuni, gli effetti del patto di stabilità interno, il progressivo prosciugarsi dei fondi dedicati nazionali³³, tutte concause della riduzione delle risorse per gli investimenti e, soprattutto, per la copertura dei costi di gestione dei servizi. Su questi aspetti si tornerà più diffusamente in seguito. In positivo, è notevole il salto della Sardegna (passata dal

³³ In primo luogo, il Piano Straordinario per lo Sviluppo dei Servizi Socio-Educativi per la Prima Infanzia (cosiddetto Piano Nidi) istituito con la legge finanziaria 2007, il cui ultimo rifinanziamento risale al 2010. Anche il Fondo per le Politiche della Famiglia e, in misura minore, il Fondo per le Politiche relative ai Diritti e alle Pari Opportunità ha fornito, attraverso le Regioni, significative risorse ai Comuni per i servizi per l'infanzia.

Bambini presi
in carico dai
servizi nel
Mezzogiorno

20,4 al 36,3 per cento dell'indice di copertura territoriale), tanto più rilevante perché, come vedremo, a differenza delle altre regioni, all'elevata copertura territoriale si associa un notevole incremento dei bimbi presi in carico attraverso iniziative che segnalano l'esperienza sarda come un caso davvero interessante, e non solamente per gli eccellenti risultati ottenuti.

Le difficoltà nell'ampliare nel Sud i servizi all'infanzia per avvicinarli a *standard* nazionali sono ancora più evidenti nel secondo indicatore preso in considerazione per questo settore dagli Obiettivi di Servizio, che misura il numero dei bambini in età 0-3 anni presi in carico in asili nido o in servizi integrativi e innovativi (Figura II.19).



La media per le regioni del Mezzogiorno nel 2010 cresce debolmente attestandosi al 5,2 per cento (dal 5 dell'anno precedente), ma è ancora molto distante dal *target* del 12 per cento previsto dal sistema degli Obiettivi di Servizio, e dalla media, in ulteriore e più robusta crescita, del Centro-Nord. Quattro delle otto regioni registrano un calo dei bimbi accolti, mentre tre segnano un incremento piuttosto marginale. Spicca ancora il caso della Sardegna che, quasi raddoppiando il già alto livello del 2008, giunge al 17 per cento, raccogliendo i frutti di una articolata politica regionale per la diffusione dei servizi.

Per meglio comprendere le dinamiche legate all'offerta e alla domanda dei servizi per l'infanzia è utile approfondire l'analisi a livello sub-regionale.

Il ruolo dei Comuni è centrale nell'offerta di servizi all'infanzia. Basti considerare, ad esempio, che in Campania, nel 2010, la città di Avellino, con il suo 3,3 per cento di bimbi presi in carico, coesiste con la città di Salerno che spicca per il suo 22,5 per cento. Nella stessa regione poi ci si scontra con la realtà, per certi aspetti inverosimile, di undici città con più di 50 mila abitanti che non offrono servizi pubblici di nido d'infanzia (per l'intera area del Mezzogiorno, il numero delle città

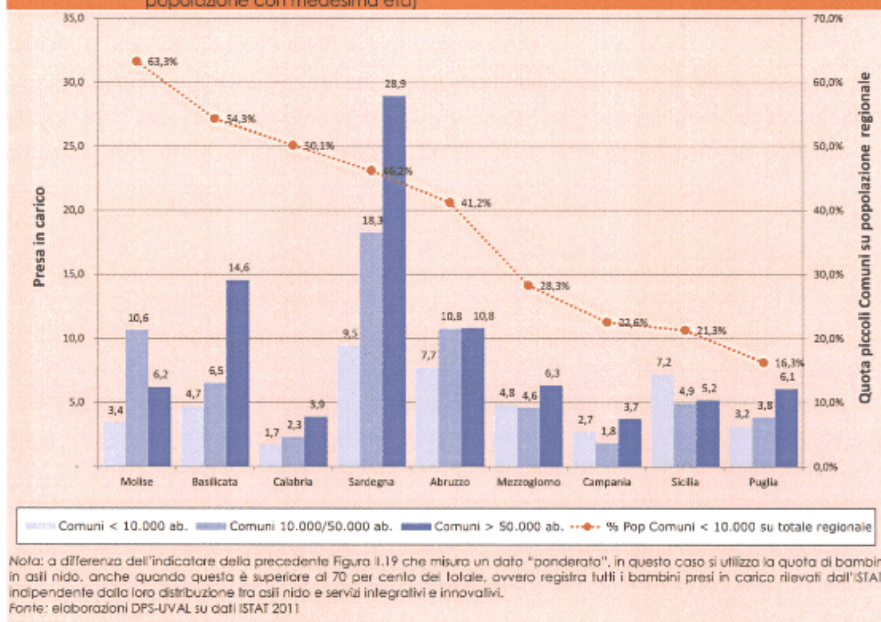
Centralità
dei Comuni

delle stesse dimensioni con un numero nullo di bimbi presi in carico in asili nido pubblici o convenzionati sale a 18). Gli esempi simili sono numerosi e portano ancora a una volta a evidenziare, almeno in realtà più urbane e popolate, la centralità dell'amministrazione locale nell'erogazione e miglioramento di tali servizi. Anche in regioni poco attente o efficaci nel migliorare i servizi all'infanzia, un Comune, a prescindere dalla dimensione, può raggiungere l'eccellenza o, viceversa, distinguersi in negativo in una situazione che vede un grande impegno dell'amministrazione regionale e risultati eccellenti degli altri Comuni (è il caso della *performance* di Olbia che, con solo il 10,5 per cento di bambini fruitori del servizio, si colloca ben al di sotto della media rilevata in Sardegna). Il discorso è probabilmente diverso nelle aree rurali e nei piccoli Comuni dove, in assenza di massa critica (demografica, amministrativa) le politiche regionali dovrebbero avere un ruolo guida nel fornire impulso e coordinamento.

I servizi per l'infanzia possono essere migliorati molto e rapidamente, al contrario di quanto avviene in altri settori di intervento pubblico per i quali occorrono anni di riforme e consistenti investimenti per qualificare i servizi. Questa elasticità è ben dimostrata, ad esempio, dalla città di Taranto, passata dallo zero al 7 per cento dei bimbi presi in carico tra il 2008 e il 2010, oppure dalla città di Sassari, che negli stessi anni ha portato i bimbi assistiti da un già apprezzabile 16 per cento a un elevatissimo 42 per cento che, se sostenibile nel tempo, basta probabilmente a soddisfare interamente la domanda dei cittadini. Un buon livello del servizio può però altrettanto velocemente deteriorarsi e una tendenza positiva si può invertire, come nel caso di Catanzaro e di Catania dove, nello stesso biennio, l'offerta pubblica nei servizi all'infanzia si è ridotta di oltre due terzi.

Gli esempi citati sono tutti relativi a città capoluogo che concentrano popolazione, mercati e occupazione e nelle quali si può presumere esista una domanda di servizi per l'infanzia insoddisfatta. Ma questo basta a individuare nei maggiori centri urbani la priorità per impegnare fondi e interventi per migliorare i servizi? La Figura II.20 mostra la penetrazione territoriale dei servizi per l'infanzia misurando la quota dei bimbi presi in carico nei Comuni del Mezzogiorno aggregati in tre classi di popolazione.

Figura II.20 - PERCENTUALE DI BAMBINI 0-3 ANNI CHE HANNO USUFRUITO DEI SERVIZI PER L'INFANZIA PER CLASSE DEMOGRAFICA DEI COMUNI E QUOTA DI POPOLAZIONE RESIDENTE, 2010 (percentuale non ponderata sul totale della popolazione con medesima età)



Si pone dunque una questione di equità nei confronti dei cittadini di piccoli centri e aree rurali che andrebbe affrontata attraverso la costituzione di reti di piccoli Comuni per realizzare gli investimenti aggiuntivi e costruire, riqualificare o attrezzare le strutture di servizio (asili, micronidi, ludoteche, spazi di associazioni, case private per servizi innovativi, etc.) data la minore capacità di sostenere con risorse proprie le spese di gestione. La già limitata capacità finanziaria dei piccoli Comuni è stata ulteriormente ridotta dai tagli ai trasferimenti di Stato e Regioni intervenuti negli ultimi anni. Sulla base dei dati di bilancio comunali è possibile mettere a confronto (Figura II.21): (i) la spesa media per bambino-utente preso in carico (misurata sull'asse orizzontale); (ii) la spesa media per bambino 0-3 anni (misurata sull'asse verticale, e di seguito definita "spesa pro-capite"); il livello complessivo dei bimbi presi in carico (misurato dalla dimensione delle sfere) nelle regioni e nelle tre classi dimensionali di comuni.