

# RETI DI SERVIZI: OFFERTA E DISEGUAGLIANZE TERRITORIALI

## CAPITOLO 5



Città

Diritti

Anziani Servizi Partecipazione Scuole Disabilità  
Regioni Salute Università Cura Comuni Biblioteche  
Limitazioni Musei Metropolitana Welfare Studenti vulnerabilità  
Diseguaglianza



## QUADRO D'INSIEME

L'offerta di servizi, sia pubblici sia privati, si caratterizza in base alle modalità con cui sono erogati e alle norme che li regolano. La rete di un servizio può, quindi, essere individuata sia dalla sua forma, come ad esempio per i trasporti pubblici locali, sia dai diversi attori che offrono il servizio, come nel caso delle istituzioni (Stato, Regioni, Comuni) che governano l'offerta sanitaria e socio-assistenziale. Inoltre, dati i diversi segmenti di popolazione cui si rivolgono, le differenti tipologie di reti analizzate si articolano in varie forme di offerta e presenza sul territorio.

I servizi, considerando la distinzione fra governo (il soggetto pubblico deputato a prendere decisioni sulla base di norme, procedure amministrative e autorità) e *governance* (processo di coordinamento dei diversi attori, istituzionali e sociali, e delle loro relative transazioni per il raggiungimento di obiettivi), sono materialmente reti di strutture, ma anche connessioni in un sistema policentrico<sup>1</sup> in cui le azioni collettive<sup>2</sup> favoriscono od ostacolano l'offerta. Questi processi di *governance* aiutano e facilitano il dialogo fra strutture, territori e attori, disegnando reti che dialogano e si correlano fra di loro. Le interdipendenze che si costruiscono fra i diversi servizi, le relazioni fra i diversi attori e i legami reticolari hanno un impatto sulla vita, la salute, l'istruzione e la cultura dei cittadini.

La modalità più generale con cui osservare i servizi pubblici è descrivere il sistema di welfare che caratterizza un paese; l'articolazione della spesa pubblica per protezione sociale permette di analizzare l'offerta di servizi al cittadino attraverso le reti di carattere istituzionale. Infatti, i modelli di welfare nascono, funzionano e si caratterizzano sulla base delle norme che li regolano. I diversi sistemi si differenziano prevalentemente per tre caratteristiche: le regole di accesso, le modalità di finanziamento e gli assetti organizzativo-gestionali.

Seguendo questi criteri, è possibile classificare i sistemi di welfare europei in quattro grandi gruppi: *liberale* (Regno Unito), *conservatore-corporativo* (Germania, Francia, Belgio, Paesi Bassi, Austria), *socialdemocratico* (Finlandia, Svezia, Danimarca, Norvegia) e *sudeuropeo* (Italia, Spagna, Portogallo, Grecia).<sup>3</sup>

Per confrontare tra loro i differenti sistemi è necessario ricorrere a definizioni e classificazioni comuni. La protezione sociale è definita dal Sistema europeo delle statistiche integrate sulla protezione sociale (Sespros), e comprende l'insieme degli interventi effettuati da organismi pubblici e privati finalizzati a proteggere gli individui e i nuclei familiari da un insieme definito di rischi o a sollevarli da alcuni bisogni. I rischi e i bisogni che rientrano nella protezione sociale sono: malattia/salute, invalidità, vecchiaia, superstiti, famiglia/figli, disoccupazione, abitazione, altra esclusione sociale, mentre i campi di intervento in cui è possibile far fronte a tali rischi e bisogni sono la sanità, la previdenza e l'assistenza sociale.

Le prestazioni sociali possono essere erogate in denaro o in natura; del primo tipo fanno parte, ad esempio, le pensioni, le indennità di malattia e di maternità, i trattamenti di fine rapporto, mentre sono esempi di prestazioni in natura l'erogazione di farmaci, l'assistenza medica (generica e specialistica), l'assistenza ospedaliera.

**Per tutti i paesi Ue, la spesa per protezione sociale è stata in media del 28,5 per cento del Pil**, in gran parte dedicata all'erogazione di prestazioni sociali (27,5) (Figura 5.1). L'analisi dei principali paesi che costituiscono i quattro grandi gruppi di welfare mostra che tutti, Spagna esclusa, si collocano sopra la media Ue; Francia e Danimarca superano il 30 per cento del Pil. Se si considera la distinzione tra prestazioni sociali



in denaro e in natura, la prima tipologia predomina: in particolare, il valore più elevato rispetto al Pil si osserva in Italia (22,0 per cento), seguita dalla Francia (20,2); il valore più basso è quello della Spagna (16,6). Le prestazioni sociali in natura, per quanto sempre inferiori a quelle in denaro, sono più presenti in Svezia, dove rappresentano il 13,5 per cento del Pil e il 47,1 per cento del totale delle prestazioni erogate: questo paese fornisce dunque gran parte della protezione sociale anche sotto forma di servizi, acquistati sul mercato o erogati direttamente alla popolazione.

**In Italia, tra le principali prestazioni sociali in natura si colloca il Servizio sanitario nazionale (Ssn), che ha l'obiettivo di tutelare il diritto fondamentale alla salute ed è tenuto ad assicurare, attraverso risorse pubbliche, i livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè a fornire, uniformemente su tutto il territorio nazionale, le prestazioni riconosciute essenziali per le finalità di cura della salute.**

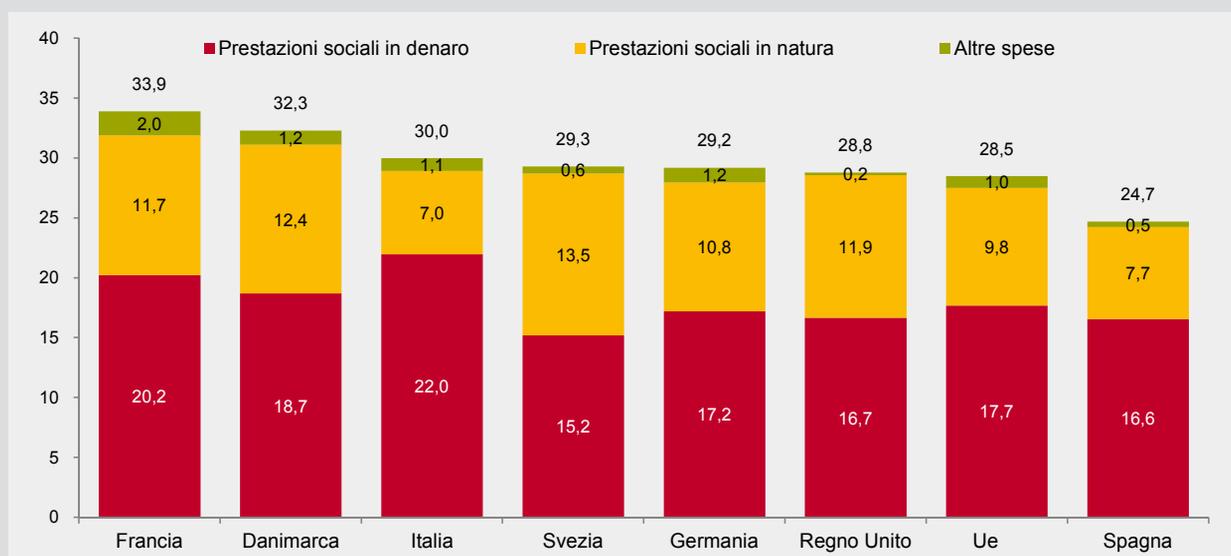
Le prestazioni sanitarie garantite dal Ssn sono classificate in tre tipologie di assistenza: sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, distrettuale e ospedaliera. La prima attiene, in estrema sintesi, alla prevenzione, e alla sicurezza degli alimenti e dei luoghi di lavoro. L'assistenza distrettuale eroga prestazioni di medicina di base, medico-specialistiche, ambulatoriali (cliniche e diagnostiche strumentali), di prevenzione vaccinale. Inoltre assicura le cure farmacologiche, l'assistenza domiciliare, residenziale e le cure riabilitative.

**L'assistenza distrettuale è molto variegata dal punto di vista dei destinatari e della tipologia dei servizi offerti:** si rivolge a gruppi specifici di popolazione e offre prestazioni cliniche e diagnostiche, nonché assistenza con una forte connotazione sociale. Infine, l'assistenza ospedaliera eroga prestazioni con elevata intensità assistenziale, cioè rivolte a malati acuti e lungodegenti, compresa l'attività di emergenza.

**Nel 2016, il 47,1 per cento della spesa sanitaria di pertinenza pubblica e della contribuzione obbligatoria è allocato per prestazioni ospedaliere, il 20,3 per cento per l'assistenza ambulatoriale, il 15,8 per cento per l'assistenza farmaceutica e altri presidi medici, il 10,2 per cento per l'assistenza di lungo periodo, il 4,8 per cento per l'attività di prevenzione delle malattie; la restante quota si distribuisce nelle altre funzioni di assistenza e per la gestione del sistema.<sup>4</sup>**

246

Figura 5.1 Spesa per protezione sociale in rapporto al Pil per tipo di spesa nei paesi Ue (a) - Anno 2015 (valori percentuali)



Fonte: Eurostat, Conti della protezione sociale

(a) Il valore Ue è stato stimato utilizzando, per la Polonia, i dati del 2014.

Nel séguito si fa riferimento a una parte dell'assistenza distrettuale (d'ora in poi "assistenza territoriale") che, data la sua natura, si configura come una rete di servizi destinata a soddisfare bisogni rivolti a segmenti specifici di popolazione: anziani, madri e minori, persone con disabilità, con disagio psichico, tossicodipendenti, persone con problemi psichiatrici, malati di Aids, malati terminali. Altri servizi sono rivolti a una platea più ampia di popolazione e offrono assistenza di diagnostica clinica e strumentale e cure idrotermali. Altri elementi distintivi di questi servizi sono la *funzione*, di cura o riabilitativa; la *durata*, ordinaria o di lunga durata; il *carattere della struttura* che eroga i servizi, residenziale o diurna. I dati disponibili consentono di qualificare l'offerta rispetto alla composizione dei servizi erogati, ma non rispetto ai volumi.

**In termini di spesa, l'offerta territoriale assorbe il 30,7 per cento della spesa sanitaria pubblica**, composta per il 18,3 per cento da spesa per funzioni di cura e riabilitazione, per l'8,2 per servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza, e per il 4,2 per cento da prestazioni di assistenza di lungodegenza.

Sulla base delle informazioni disponibili,<sup>5</sup> si sono individuati quattro profili territoriali di organizzazione dell'offerta di servizi:<sup>6</sup> il **primo** è caratterizzato da una marcata presenza di servizi di diagnostica clinica e strumentale (il 72,3 per cento dei servizi totali erogati), un numero molto modesto di servizi destinati agli anziani e alle persone con disabilità (2,3 e 2,5 per cento, rispettivamente) e una quota bassa, rispetto alla media nazionale, di servizi per la psichiatria (11,2 per cento). Il **secondo** profilo si distingue per una percentuale di servizi dedicati alla diagnostica superiore al 50 per cento, un peso più elevato di servizi per l'assistenza psichiatrica (15,9 per cento), e una quota ancora bassa di quelli destinati agli anziani e alle persone con disabilità (8,5 e 9,3 per cento). Il **terzo** profilo palesa una percentuale più contenuta di servizi di diagnosi clinica e strumentale (39,5 per cento) e una quota sensibilmente superiore alla media di servizi destinati agli anziani (16,5 per cento) e di assistenza destinata alle persone con disabilità (15,4 per cento). Infine, il **quarto** profilo è caratterizzato dal minor peso dedicato alla diagnostica clinica e strumentale (35,7 per cento), dalla percentuale maggiore di servizi destinati agli anziani (25,5 per cento), nonché da una modesta quota di consultori e assistenza materno-infantile (6,4 per cento; Tavola 5.1).

**La varietà e la tipologia di offerta di servizi caratterizza decisamente il nostro Paese, anche per via della diversa struttura demografica e delle differenti caratteristiche della popolazione target sul territorio.** Il terzo e il quarto profilo, quelli che privilegiano i servizi destinati agli anziani e alle persone con disabilità, sono tipici delle aree del Nord e di una parte del Centro. Le Asl con i profili di offerta più focalizzati sull'assistenza clinica e diagnostica e poco su quella agli anziani e alle persone con disabilità sono circoscritte perlopiù al Mezzogiorno, al Lazio, ad alcune Asl del Veneto e alle aree costiere della Toscana.

**Tavola 5.1 Profili di offerta di servizi territoriali - Anno 2015** (valori percentuali)

PROFILO	Anziani	Diagnostica clinica e strumentale	Psichiatrica	Disabili	Assistenza malati terminali	Aids	Idrotermale	Tossicodipendenti	Consultorio materno-infantile
Profilo 1	2,3	72,3	11,2	2,5	0,7	0,3	1,4	2,2	7,0
Profilo 2	8,5	51,4	15,9	9,3	0,9	0,4	1,6	3,9	8,2
Profilo 3	16,5	39,5	14,7	15,4	0,9	0,8	0,6	4,2	7,5
Profilo 4	25,5	35,7	15,3	10,7	1,1	0,4	0,4	4,6	6,4
<b>Profilo nazionale</b>	<b>13,0</b>	<b>49,9</b>	<b>14,2</b>	<b>9,6</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>	<b>3,7</b>	<b>7,3</b>

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

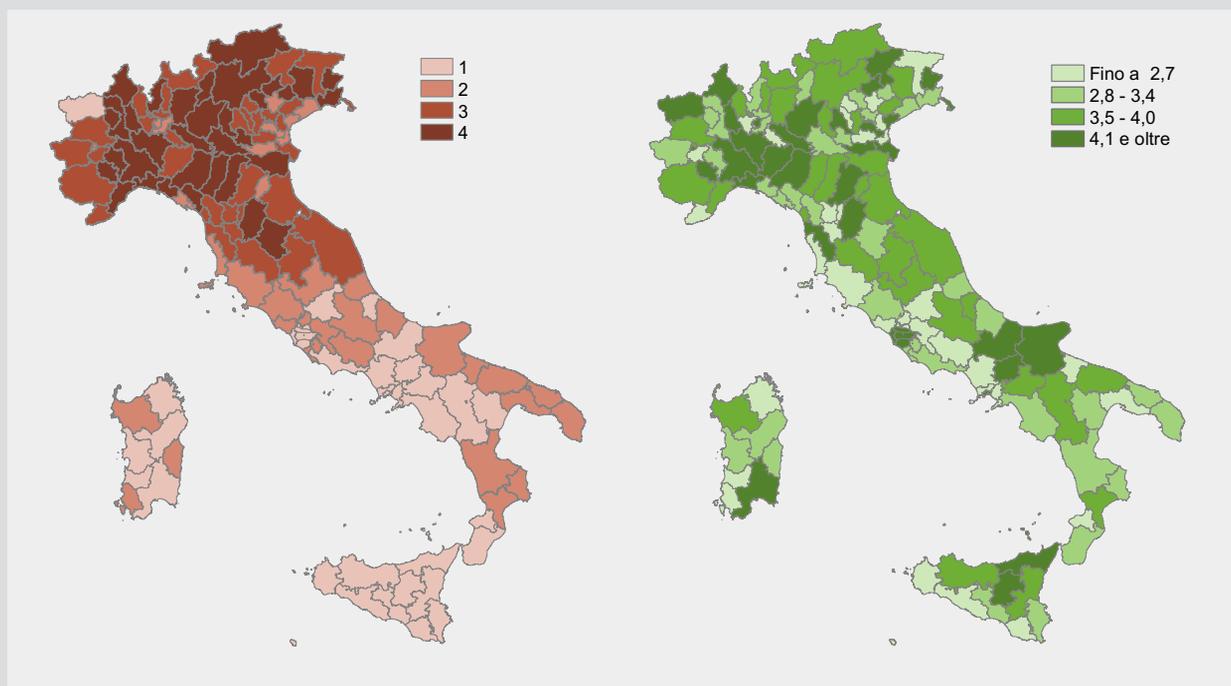


Le Asl delle aree metropolitane del Centro-nord si caratterizzano per la quota più elevata di servizi destinati agli anziani e alle persone con disabilità; fanno eccezione Milano, Venezia e Roma, che presentano meno attenzione a questo tipo di utenza, ma offrono una quota maggiore di servizi per l'assistenza psichiatrica. Nel Mezzogiorno, le Asl delle città metropolitane privilegiano i servizi di diagnostica clinica e strumentale e una quota modesta di servizi destinati agli anziani e alle persone con disabilità.

L'assistenza ospedaliera si caratterizza come offerta sanitaria con elevata intensità di cura che si rivolge ai malati acuti e a quelli bisognosi di cure di riabilitazione e di assistenza di lungo periodo, principalmente anziani.

**Secondo i dati del Ministero della salute, nel 2015, operavano sul territorio nazionale 1.344 strutture ospedaliere del Ssn, per un totale di 217 mila posti letto**, in larga maggioranza destinati alla cura di patologie acute ("posti letto per acuti": 83,9 per cento), circa il 12 per cento destinati alla riabilitazione, e il rimanente alla lungodegenza. Gli ospedali sono per circa il 63 per cento strutture a gestione pubblica e per il rimanente 37 strutture private accreditate con il Ssn. La normativa stabilisce per le regioni un livello massimo complessivo della dotazione di posti letto ospedalieri per mille abitanti pari a 3,7 (comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie). Nel 2010, a livello nazionale, si avevano 3,9 posti letto ogni mille abitanti, con valori dell'indicatore mediamente superiori nel Centro-nord rispetto al Mezzogiorno. Nel 2015, la media nazionale di posti letto per mille abitanti è scesa a 3,6. L'aggiustamento verso i limiti posti dalla normativa, tuttavia, sta avvenendo con intensità differenti e non tutte le regioni sono ancora riuscite ad adeguarsi. In particolare, la maggior parte di quelle del Nord ha una dotazione superiore alla soglia, con l'eccezione di Liguria e Veneto (3,6 per entrambe). Per contro, il Molise è l'unica regione meridionale con una dotazione elevata di posti letto per abitante (4,5 per mille).

**Figura 5.2** I profili dell'offerta sanitaria territoriale non ospedaliera (sinistra) e posti letto totali (destra) - Anno 2015 (valori per mille abitanti)



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della salute

Tutte le città metropolitane si collocano nella fascia con più elevata dotazione di posti letto ospedalieri; fa eccezione solo Messina, con una disponibilità medio-bassa.

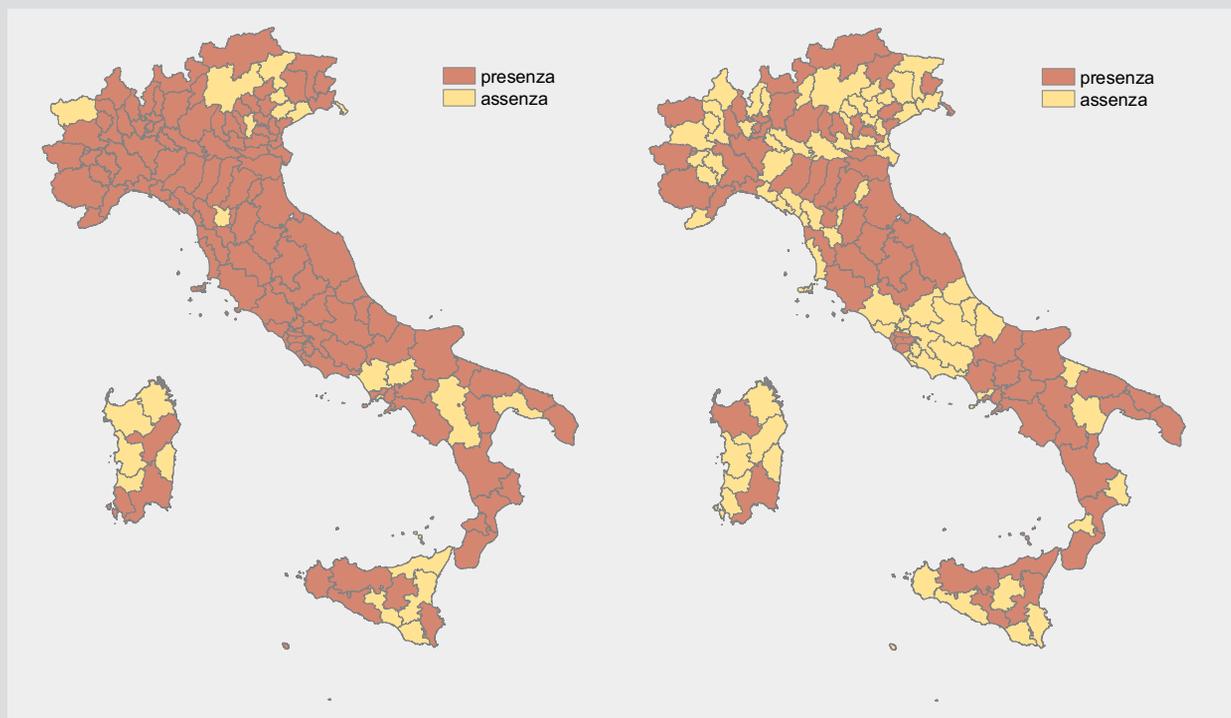
**La geografia dettagliata per Asl mette in luce anche divari interni alle regioni** (Figura 5.2). La dotazione di posti letto è più elevata nelle Asl dei grandi centri urbani, dove sono localizzate per lo più le strutture di ricovero con maggior capacità ricettiva, come ad esempio alcune grandi aziende ospedaliere e i policlinici universitari, o strutture di rilevanza nazionale, come gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

**Un'importante qualificazione dei servizi offerti ai cittadini in ambito ospedaliero si può ricavare inoltre dall'analisi della presenza di Dipartimenti di emergenza (Dea).<sup>7</sup>** Questi si suddividono in Dea di I e II livello a seconda della minore o maggiore capacità di assicurare prestazioni di emergenza ad alta qualificazione. Sul territorio, l'offerta di Dea di I livello è garantita da oltre l'80 per cento delle Asl (116) e quella di II da circa il 50 per cento. Ciò comporta che ampie zone del Paese non sono in grado di fronteggiare emergenze di particolare gravità, se non attraverso trasporti speciali (ad esempio elisoccorso), e questo avviene in particolare in alcune zone delle isole maggiori, nel Lazio, in Abruzzo e in alcune zone del Nord-est (Figura 5.3).

**La mobilità ospedaliera, seppur legata a diverse motivazioni (presenza dell'assistito in regioni diverse da quella di residenza per motivi di studio o lavoro, vicinanza geografica con strutture di altre regioni), è spesso dovuta all'assenza di un'offerta di strutture ospedaliere o reparti di alta specializzazione.**

È noto, infatti, che sul territorio nazionale c'è un numero limitato di poli di eccellenza specializzati su specifiche patologie. La mobilità ospedaliera può essere anche considerata un indice indiretto di qualità dell'assistenza erogata, in quanto riflette l'opinione dei pazienti rispetto all'efficacia delle cure, che si manifesta con la scelta di affidarsi alle strutture di altre regioni. D'altra parte, in un'ottica di razionalizzazione della

**Figura 5.3** Presenza di Dea di I (sinistra) e II livello (destra) per Asl - Anno 2015



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della salute



spesa sanitaria e in presenza di forti vincoli di bilancio, non sarebbe efficiente disporre in ogni regione di strutture di alta specializzazione. Riguardo queste ultime, ciò che caratterizza il nostro Paese è la concentrazione nelle regioni del Centro-nord; questa evidenza aiuta a spiegare in parte la forte mobilità in uscita dal Mezzogiorno. Per completare il quadro sulla mobilità, va ricordato di nuovo che essa, in parte, può essere considerata fisiologica, dovuta alla prossimità di strutture ospedaliere in una regione limitrofa o alla temporanea presenza del paziente in un luogo diverso da quello di residenza (per turismo, lavoro, eccetera).

La mobilità ospedaliera in uscita è un fenomeno che, nel periodo 2001-2016, interessa tutte le regioni; per alcune (Lombardia, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia) è stabile nel tempo, per la Valle d'Aosta in diminuzione e per altre (Calabria e Liguria) in aumento (Tavola 5.2).

**Le regioni con la quota più elevata di mobilità in uscita sono Molise, Basilicata e Calabria** (rispettivamente il 26,7, il 23,7 e il 21,2 per cento dei ricoveri dei residenti nel 2016); le stesse regioni hanno la percentuale più bassa di cittadini soddisfatti per l'assistenza medica ospedaliera ricevuta nel luogo di residenza (il 25,6, il 12,6 e il 21,1 per cento rispettivamente). Il legame tra mobilità in uscita e soddisfazione per l'assistenza medica ospedaliera è diffuso in tutto il territorio nazionale, confermando che il fenomeno migratorio è molto legato alla percezione dei cittadini quanto alla qualità dell'assistenza erogata nella regione di residenza.

**Il rapporto tra pazienti in entrata e in uscita misura l'attrattività della regione.**

L'indicatore può esprimere, una volta tenuto conto delle diverse motivazioni di spostamento, il grado di fiducia di cui godono le strutture e la dotazione di ospedali di eccellenza o di alta specializzazione. Le regioni più attrattive per l'assistenza ospedaliera sono la Lombardia e l'Emilia-Romagna, le quali effettuano, rispettivamente, 3,0 e 2,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita. Al contrario, Sicilia e Campania hanno un

**Tavola 5.2 Ricoveri in una regione diversa da quella di residenza - Anni 2001, 2009 e 2016** (valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti)

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	2001	2009	2016
Piemonte	8,1	7,0	7,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	20,2	22,0	15,1
Liguria	9,8	12,3	15,7
Lombardia	3,8	3,7	4,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	8,8	10,2	9,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>4,1</i>	<i>4,6</i>	<i>4,6</i>
<i>Trento</i>	<i>14,5</i>	<i>16,5</i>	<i>15,2</i>
Veneto	4,5	5,7	6,4
Friuli-Venezia Giulia	6,5	6,4	6,6
Emilia-Romagna	6,1	5,9	6,2
Toscana	5,2	6,0	6,1
Umbria	10,3	11,2	11,6
Marche	9,1	11,2	13,5
Lazio	6,6	6,6	9,3
Abruzzo	9,9	15,7	16,0
Molise	19,9	20,3	26,7
Campania	8,1	7,6	8,9
Puglia	5,9	7,1	8,7
Basilicata	23,8	23,0	23,7
Calabria	13,0	17,3	21,2
Sicilia	6,4	6,4	7,1
Sardegna	4,8	5,2	5,7
<b>Italia</b>	<b>7,0</b>	<b>7,3</b>	<b>8,4</b>

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della salute



saldo negativo ed effettuano 0,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita.

Un'altra rete contribuisce fortemente a caratterizzare l'offerta di prestazioni sociali del nostro Paese: si tratta, della rete territoriale di interventi. È la rete di strutture e di servizi su cui i cittadini possono contare per soddisfare bisogni di varia natura: dagli asili nido e altri servizi per l'infanzia al sostegno del reddito, fino all'assistenza domiciliare per gli anziani e per i disabili. Nel quadro di una programmazione delle risorse e delle strategie assistenziali di livello regionale, compete ai comuni l'organizzazione e la gestione delle politiche socio-assistenziali sul territorio.

**Nel 2015, la spesa dei comuni per i servizi sociali, al netto del contributo degli utenti e del Servizio sanitario nazionale, ammonta a circa 7 miliardi di euro, lo 0,4 per cento del Pil.** Circa il 40 per cento delle risorse è destinato ai servizi e ai contributi per le famiglie con figli, un quarto della spesa è destinata ai disabili, circa il 20 per cento agli anziani; quote inferiori sono rivolte al contrasto della povertà<sup>8</sup> e dell'esclusione sociale (7,0 per cento), agli immigrati (4,2) e al contrasto alle dipendenze (0,4). Il rimanente 5,6 per cento della spesa sociale dei comuni è assorbito dalle spese generali, di organizzazione e per i servizi rivolti alla "multiutenza".<sup>9</sup>

La principale fonte di finanziamento sono le risorse proprie dei comuni e delle associazioni di comuni, che insieme finanziano circa il 70 per cento della spesa per i servizi sociali. Il contributo del fondo indistinto per le politiche sociali nel 2015 è inferiore di quattro punti percentuali rispetto al 13 per cento del 2006 ed è in proporzione più alto nel Mezzogiorno rispetto al Centro-nord, dove è invece maggiore l'apporto delle risorse proprie dei comuni.

**Nell'ambito della propria autonomia organizzativa, i comuni possono offrire una gamma di prestazioni e servizi molto ampia,** dando luogo a strategie assistenziali diverse per soddisfare una pluralità di bisogni.

I comuni italiani possono essere classificati sia sulla base delle risorse economiche impiegate, sia per la gamma delle prestazioni offerte.<sup>10</sup>

**Dal punto di vista della spesa, oltre alla persistente cesura fra Centro-nord e Mezzogiorno, emerge uno svantaggio per i comuni più piccoli:** il terzo dei comuni che spende meno per i servizi sociali (fino a 50 euro l'anno per abitante) ha una dimensione media di circa 4.000 abitanti; quello con un livello di spesa sociale intermedio (fra 50 e 88 euro pro capite) ha in media circa 7.000 abitanti; infine, il terzo gruppo di comuni, quello con i livelli di spesa più elevati, ha il maggior numero di abitanti (in media poco più di 12.000). Nel gruppo con la spesa pro capite più elevata si trovano quasi tutti i comuni delle province autonome di Bolzano e Trento e delle regioni a statuto speciale, con l'eccezione della Sicilia.<sup>11</sup> Fra le regioni a statuto ordinario, solo in Emilia-Romagna e Toscana i comuni con una spesa sociale elevata sono la maggioranza. Classificando poi i comuni per numero di interventi sociali attivi, si presenta uno scenario più articolato, dovuto anche all'assetto organizzativo del territorio: anche i comuni più piccoli riescono a offrire un'ampia gamma di servizi e interventi socio-assistenziali se fanno parte di enti sovracomunali attivi in questo settore (ambiti sociali, consorzi, comprensori, unioni di comuni, eccetera).

Combinando le classi dei livelli di spesa con quelle della varietà dei servizi, è possibile delineare sei principali modelli assistenziali in base alla disponibilità dei servizi offerti (Figura 5.4).

**I comuni ad "assistenza alta e diversificata" uniscono alti livelli di spesa pro capite a un'offerta ampia delle tipologie dei servizi:** rientrano in questo gruppo Roma, Milano, Torino, Genova, Firenze e tutti gli altri grandi comuni del Centro-nord. Sono, inoltre, presenti anche nella *città diffusa* (41,0 per cento), e, in misura minore, all'interno del *cuore verde* (30,2 per cento).<sup>12</sup>

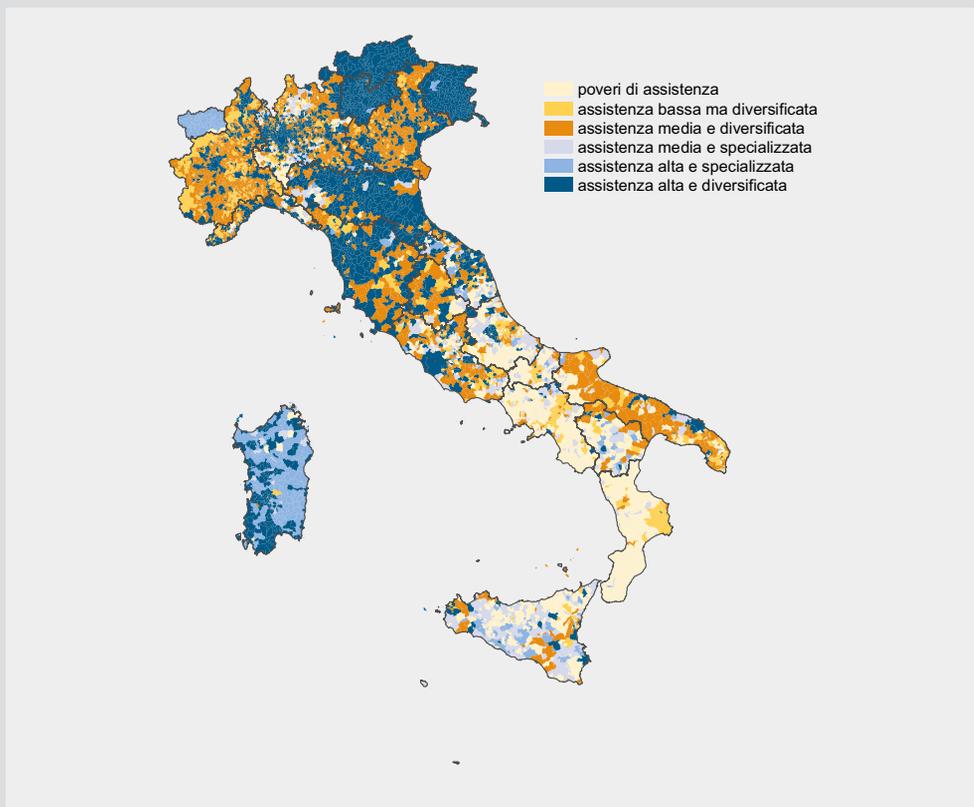


Nel modello di “assistenza alta e diversificata” vi sono comuni presenti nei *centri urbani meridionali* (ad esempio, Bari, Brindisi, Catania, Siracusa), e nell’*altro Sud*. Dal punto di vista del tipo di prestazioni offerte, questo segmento si caratterizza per una maggiore attenzione alle politiche per l’infanzia e per le famiglie. Inoltre, le persone disabili possono beneficiare di una spesa molto più elevata che altrove per i centri diurni, per il supporto alla formazione e all’inserimento lavorativo, e per le strutture residenziali.

**I comuni che hanno un livello alto della spesa sociale pro capite, ma una strategia assistenziale mirata su poche tipologie di intervento, appartengono al modello di “assistenza alta ma specializzata”.** Vi rientra il 10 per cento dei comuni della Valle d’Aosta e il 54,4 per cento di quelli della Sardegna. In questi comuni risulta particolarmente elevata la spesa dedicata ai disabili, in particolare per l’assistenza domiciliare. Inoltre, si dedicano maggiori risorse che altrove alle strutture residenziali rivolte agli anziani e agli immigrati. Questo modello assistenziale, non molto diffuso sul territorio, si ritrova in parte nel *Mezzogiorno interno*, in parte nell’*altro Sud*.

**Il gruppo ad “assistenza media e diversificata” caratterizza territori che, pur non avendo livelli di spesa particolarmente elevati, riescono a garantire la copertura per un gran numero di prestazioni in maniera diffusa e capillare.** Questo è reso possibile principalmente attraverso una maggiore diffusione dei servizi gestiti in forma associata fra comuni limitrofi, data l’impossibilità di replicare in tutti le possibili forme assistenziali. Questo modello trova ampia estensione nella *città diffusa*, nel *cuore verde* e in misura minore nelle *città del Centro-nord*.

Figura 5.4 Comuni per livello di spesa e disponibilità dei servizi sociali offerti - Anno 2015



Fonte: Istat, La spesa dei comuni per i servizi sociali



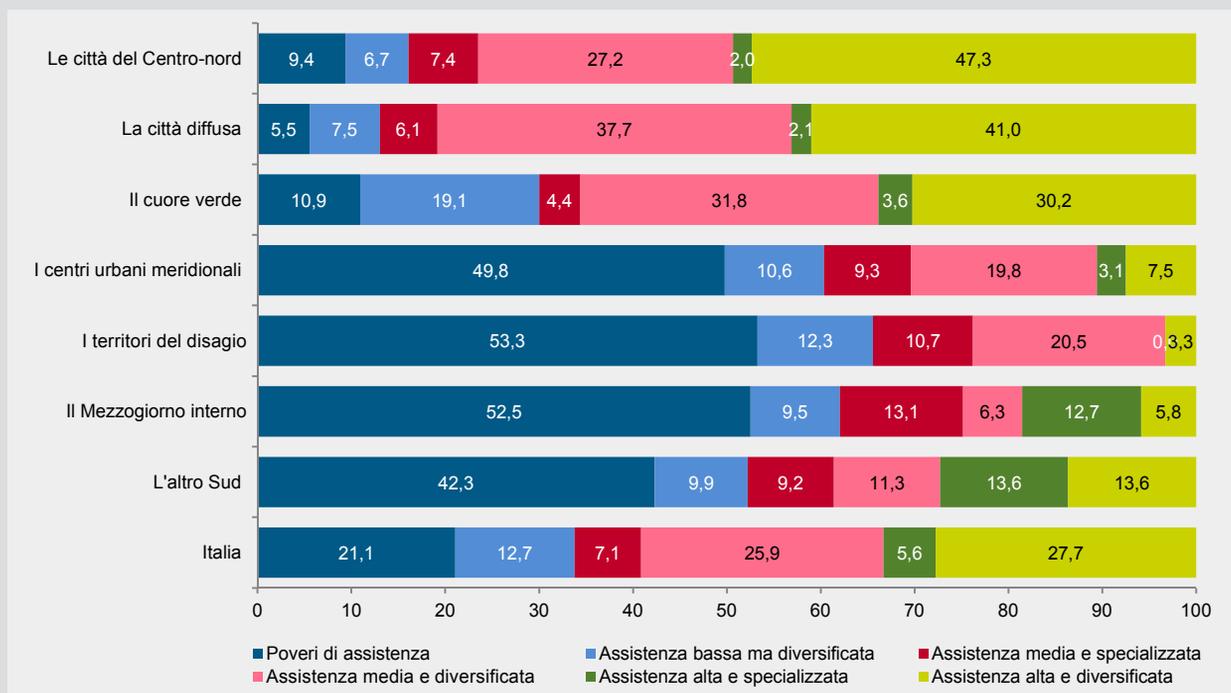
**I comuni con “assistenza media ma specializzata” su poche tipologie di intervento rappresentano il 7,0 per cento dei comuni italiani.** Sono maggiormente presenti in Abruzzo, Molise e Sicilia.

**I comuni che, a fronte di una spesa molto contenuta, garantiscono un’offerta assistenziale ampia, definiti come ad “assistenza bassa ma diversificata”, rappresentano il 13 per cento dei comuni italiani** e il 20 per cento dei comuni del *cuore verde*, ovvero della parte del territorio con la più alta soddisfazione per la qualità della vita. Insieme ai comuni ad assistenza media e diversificata (32 per cento) e alta e diversificata (30 per cento), superano l’80 per cento dei comuni del *cuore verde*: la varietà di opportunità socio-assistenziali è quindi la dimensione più rappresentata in quest’area. Anche nel raggruppamento della *città diffusa* e nelle *città del Centro-nord* la gran parte dei comuni garantisce un’ampia copertura di servizi, ma con uno spostamento verso livelli medio-alti della spesa pubblica, soprattutto nelle grandi città, dove è più elevato il livello di occupazione più scarsa la rete informale di aiuti per le persone in difficoltà.

**I comuni “poveri di assistenza” fanno registrare livelli bassi per entrambe le dimensioni considerate: spendono molto meno degli altri per i servizi sociali in relazione a tutte le tipologie di beneficiari e offrono meno forme di assistenza.**

Uno dei servizi più carenti in questo gruppo è quello degli asili nido: in rapporto al numero di bambini residenti dalla nascita al compimento dei tre anni, la spesa media pro capite dei comuni di questo gruppo è di 60 euro l’anno, 21 volte inferiore a quella dei comuni con la spesa più alta e diversificata (1.298 euro l’anno per bambino). Ma l’aspetto forse più preoccupante di queste disparità è rappresentato dalla scarsità di risorse destinate alle politiche di contrasto al disagio economico, in contesti di forte incidenza della povertà relativa e assoluta: la spesa media per l’area “povertà ed esclusione sociale” in rapporto ai residenti fra i 15 e i 64 anni è di 3 euro l’anno per

**Figura 5.5 Comuni per livello di spesa, disponibilità dei servizi sociali e raggruppamento socio-demografico di sistemi locali - Anno 2015 (valori percentuali)**



Fonte: Istat, La spesa dei comuni per i servizi sociali



i residenti nei comuni “poveri di assistenza”, contro i 21 dei comuni con la spesa più alta. Dal punto di vista del contesto socio-economico, questo modello assistenziale caratterizza circa la metà dei comuni dei *territori del disagio* (tra cui Giugliano in Campania, Pozzuoli, Castellammare di Stabia), di quelli del *Mezzogiorno interno* (ad esempio Vibo Valentia) e nei *centri urbani meridionali* (Reggio di Calabria, Caserta). I comuni definiti come *altro Sud* hanno profili meno orientati verso la povertà assistenziale rispetto al resto delle aree meridionali (42 per cento).

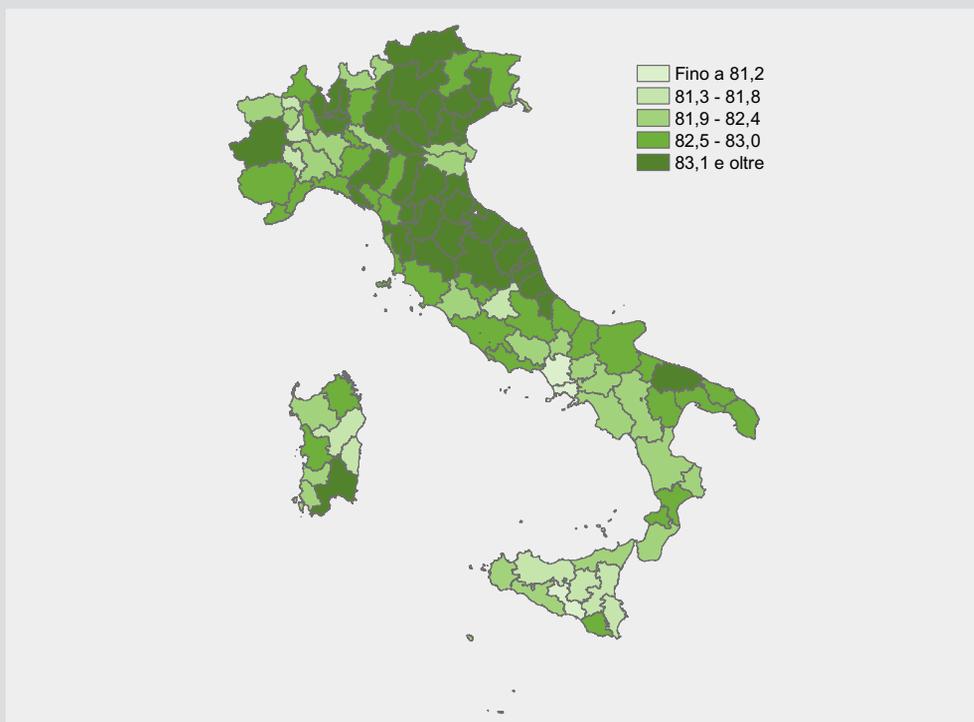
**Il quadro di sintesi sull’offerta socio-assistenziale dei comuni è frastagliato e diversificato sul territorio.** Una variabilità così importante – in una perdurante fase di ristrettezze finanziarie che affliggono le finanze comunali – riflette più le disponibilità di risorse dei territori e le capacità organizzative messe in campo ai diversi livelli dell’amministrazione locale che le risposte ai bisogni e alla potenziale domanda assistenziale dei cittadini.

Questi risultati possono essere in parte ricondotti all’assenza di linee guida nazionali. In particolare, la legge quadro sull’assistenza (la 328 del 2000) stabiliva che venissero definiti a livello centrale i livelli essenziali delle prestazioni (Lep), ovvero un insieme di servizi necessari a garantire un livello di tutela minimo su tutto il territorio. In assenza di tale attuazione, permangono, quindi, ampie aree del Paese sprovviste di quella rete di servizi e interventi essenziali per la qualità della vita di molte persone portatrici di difficoltà sociali o bisogni di varia natura.

Tanto l’offerta sanitaria quanto quella socio-assistenziale incidono direttamente sullo stato di salute degli individui, che può essere osservato indirettamente analizzando gli anni di vita media attesa.

**L’Italia si colloca da tempo tra i paesi più longevi al mondo**, e anche negli ultimi dieci anni si registrano ulteriori guadagni in anni di vita media attesa, due per gli uomini e uno

**Figura 5.6** Speranza di vita alla nascita per provincia e regione - Anno 2016 (numero medio di anni)



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana

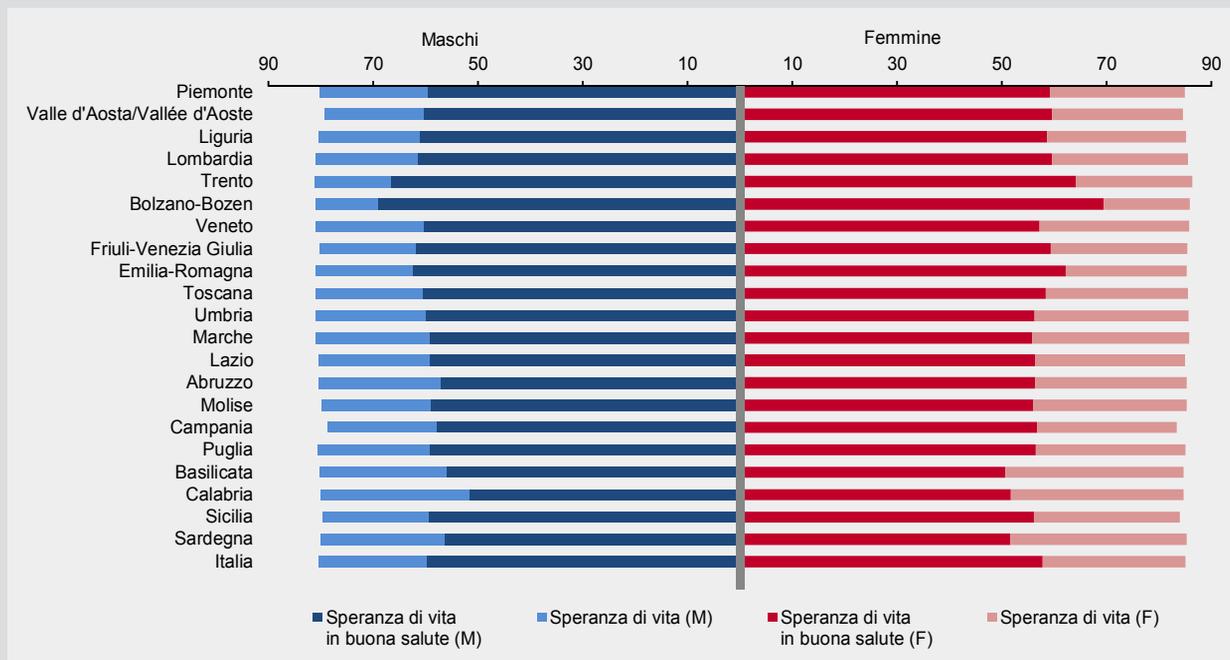


per le donne. Secondo le stime per il 2017, la speranza di vita alla nascita ha raggiunto 80,6 anni per gli uomini e 84,9 per le donne. Pur permanendo il ben noto differenziale di genere, il vantaggio femminile si assottiglia, per effetto soprattutto dei maggiori guadagni di longevità degli uomini. Questa tendenza ha fatto registrare, così, il più basso divario di genere dagli inizi degli anni Ottanta, allorché la differenza superava i sette anni.

La variabilità del dato provinciale riferito al 2016 (Figura 5.6) mette in luce realtà in cui – anche quando la regione si colloca al di sopra della media nazionale – in alcune province la speranza di vita alla nascita è più bassa di quella italiana (82,8 anni). Ad esempio, in Lombardia si va dal valore massimo della provincia di Monza e Brianza (83,9 anni) al minimo di quella di Pavia (82,0 anni). Complessivamente, osservando la speranza di vita alla nascita a livello provinciale, emergono forti eterogeneità, con un apparente vantaggio delle province che si collocano lungo la dorsale che va dal Nord-est all'Italia centrale: il valore più elevato si registra nella provincia di Firenze (84,1 anni), seguito dalla provincia autonoma di Trento, con un valore della vita media attesa alla nascita di 83,8 anni. Man mano che si passa ai territori del Mezzogiorno, si riduce la durata della vita attesa, con un dato minimo registrato in Campania nelle province di Napoli e Caserta (per entrambe 80,7 anni).

**Se i differenziali provinciali della speranza di vita alla nascita complessivi variano in una forbice di 3,4 anni, questa si amplia (8,1 anni) quando si considerano anche le differenze di genere.** Di conseguenza, un nuovo nato di sesso maschile residente nella provincia di Caserta potrà contare di vivere fino a 78,3 anni, mentre per una femmina che nasce nella provincia di Pordenone, la speranza di vita è di 86,4 anni. L'analisi condotta grazie all'integrazione tra i risultati del Censimento 2011 e i decessi osservati nel triennio 2012-2014 consente di presentare la speranza di vita alla nascita per titolo di studio anche su base regionale (il livello di istruzione è stato classificato in alto, medio e basso sulla base del titolo conseguito e della coorte di nascita).<sup>13</sup>

**Figura 5.7** Speranza di vita alla nascita, e speranza di vita in buona salute per regione e genere - Anno 2016 (anni)



Fonti: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana



**Per gli uomini, a livello nazionale, la differenza di longevità tra persone con alto e basso livello di istruzione è pari a 3,1 anni e per le donne si riduce della metà (1,5 anni).** Sia per gli uomini sia per le donne, la maggiore sopravvivenza si osserva nella provincia autonoma di Bolzano tra quanti hanno un elevato livello di istruzione; la Campania è la regione più svantaggiata per uomini e donne meno istruiti.

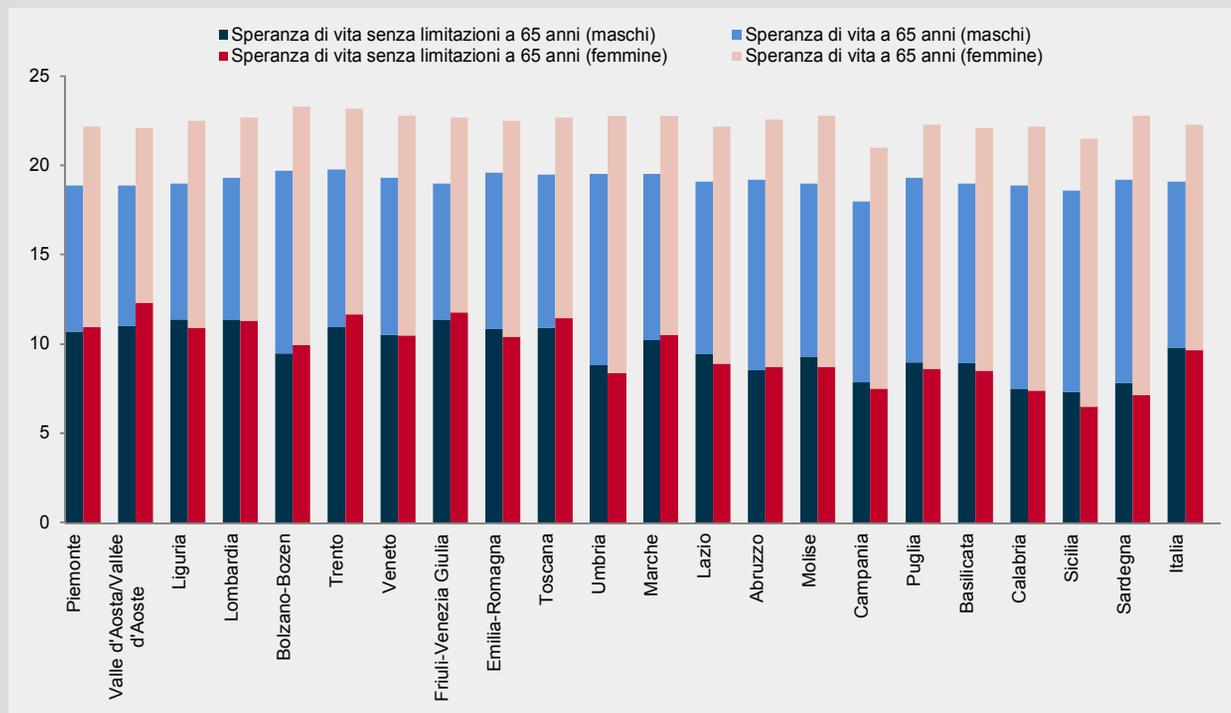
È utile osservare anche la speranza di vita per condizioni di salute, ovvero la speranza di vita in buona salute e quella senza limitazioni nelle attività, indicatori particolarmente rilevanti per monitorare la qualità degli anni da vivere in un Paese che è tra i più longevi al mondo. Per la costruzione di tali indicatori, si combinano i livelli di sopravvivenza e la percezione dello stato di salute o la presenza di limitazioni nelle attività, quest'ultima particolarmente rilevante per l'età anziana, al fine di condurre una vita autonoma.

**A fronte di differenze massime di 2 anni e 8 mesi, che si riscontrano nella speranza di vita tra la Campania e la provincia autonoma di Trento, le differenze regionali degli anni di sopravvivenza in buona salute sono nettamente più marcate.**

La provincia autonoma di Bolzano supera di circa dieci anni il dato medio italiano, sia per gli uomini sia per le donne: chi nasce a Bolzano può aspettarsi di vivere quasi fino a 70 anni in buona salute (69,3 per gli uomini e 69,4 anni per le donne) a fronte di una media nazionale di 60 anni per gli uomini e 57 anni e 8 mesi per le donne. Gli uomini della Calabria e le donne della Basilicata sono ai livelli più bassi per le rispettive graduatorie di genere, con un numero medio di anni da vivere in buona salute rispettivamente di 51,7 e 50,6 anni (Figura 5.7).

La salute rappresenta un elemento essenziale nella vita delle persone, e lo è tanto più nell'età anziana. Una delle sfide della maggior parte dei paesi europei e occidentali per i prossimi decenni è quella di far guadagnare alle generazioni di anziani il maggior

**Figura 5.8** Speranza di vita a 65 anni e speranza di vita senza limitazioni a 65 anni, per regione e genere - Anno 2016 (numero medio di anni)



Fonti: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana



numero di anni vissuti in buone condizioni di salute e senza limitazioni nelle attività, anche promuovendo l'invecchiamento attivo. In tal modo, a livello individuale si persegue un miglioramento della qualità degli anni di vita da vivere e allo stesso tempo, a livello collettivo, si pongono le premesse per poter garantire la futura sostenibilità dei sistemi socio-sanitari. In Italia nel 2015 la vita media attesa a 65 anni è risultata di 22,2 anni per le donne e 18,9 per gli uomini, superiore di un anno rispetto alla media dei paesi Ue, ma gli anziani italiani si collocano al di sotto della media europea quando si considera la sopravvivenza senza alcuna limitazione nelle attività. La sopravvivenza senza alcuna limitazione a 65 anni presenta sempre un gradiente geografico Nord-Sud, ma le regioni che sono nelle prime posizioni in graduatoria sono diverse rispetto a quelle osservate per la speranza di vita in buona salute alla nascita.

**Sussistono differenze di genere in tutte le regioni per la speranza di vita a 65 anni, ed emerge una sostanziale similitudine tra maschi e femmine nel numero di anni da vivere senza limitazioni**, con la conseguenza che le donne, pur vivendo di più, trascorrono anche più anni con limitazioni nelle attività (Figura 5.8). La Liguria presenta la più elevata speranza di vita senza limitazioni per i maschi a 65 anni, con 11,4 anni; per le donne, invece, è al primo posto la Valle d'Aosta, con 12,3 anni. I livelli più bassi si rilevano in Sicilia.

A fronte di bisogni che emergono soprattutto in specifiche fasce di età (come illustrato nel Capitolo 4 **Il valore aggiunto delle reti**), in Italia le reti di aiuto informale hanno sempre svolto un ruolo fondamentale nel sostenere e aiutare gli individui nei momenti della vita caratterizzati da maggiore fragilità, come nei casi di malattia e perdita di autonomia.

**La disponibilità di una buona rete di trasporti pubblici è un aspetto fondamentale dei servizi offerti ai cittadini** per il benessere individuale e collettivo. In Italia, nonostante il rapido sviluppo che stanno conoscendo, specialmente nelle grandi città, diverse formule di mobilità condivisa (*car sharing, bike sharing*), la mobilità urbana è ancora fortemente sbilanciata verso l'uso di veicoli privati. Nel 2016, quasi quattro italiani su cinque che si spostano giornalmente per motivi di lavoro lo fanno utilizzando mezzi di trasporto privati e, tra quanti utilizzano l'auto, solo l'8,3 per cento viaggia come passeggero e non come conducente.<sup>14</sup> Il tasso di motorizzazione è di 625 autovetture ogni 1.000 abitanti, largamente superiore a quello registrato nei maggiori paesi europei (555 in Germania, 492 in Spagna, 479 in Francia, 469 nel Regno Unito). In Italia gli utenti abituali di autobus, filobus e tram sono l'11,2 per cento dei residenti di 14 anni e più: il 35,1 per cento nei centri delle aree metropolitane, meno del 10 per cento nei comuni periferia di area metropolitana. In generale, il trasporto pubblico locale (Tpl) appare sottoutilizzato. La dispersione dell'insediamento residenziale e commerciale che ha caratterizzato i processi di urbanizzazione negli ultimi decenni, inoltre, ha reso i sistemi di trasporto pubblico meno efficaci rispetto all'evoluzione della domanda di mobilità. Negli ultimi anni il Tpl, come altri servizi pubblici locali, ha risentito negativamente della crisi economica, che ha determinato, in particolare fra il 2009 e il 2014, una contrazione dell'offerta di servizi. Negli stessi anni, tuttavia, si è registrato un notevole sviluppo delle infrastrutture su ferro (tranvie e metropolitane): un effetto differito di investimenti precedenti alla crisi, che è andato a rafforzare uno storico punto debole del sistema dei trasporti pubblici in Italia, squilibrato anch'esso dalla preponderanza del meno efficiente trasporto su gomma.

Nel 2016 le città dotate di linee tranviarie in esercizio sono 13, ma soltanto due – Torino e Milano, in cui si concentrano i due terzi dell'intera infrastruttura – dispongono di una rete relativamente densa (99,3 km per 100 km<sup>2</sup> a Milano e 55,8 a Torino, contro i 6,1

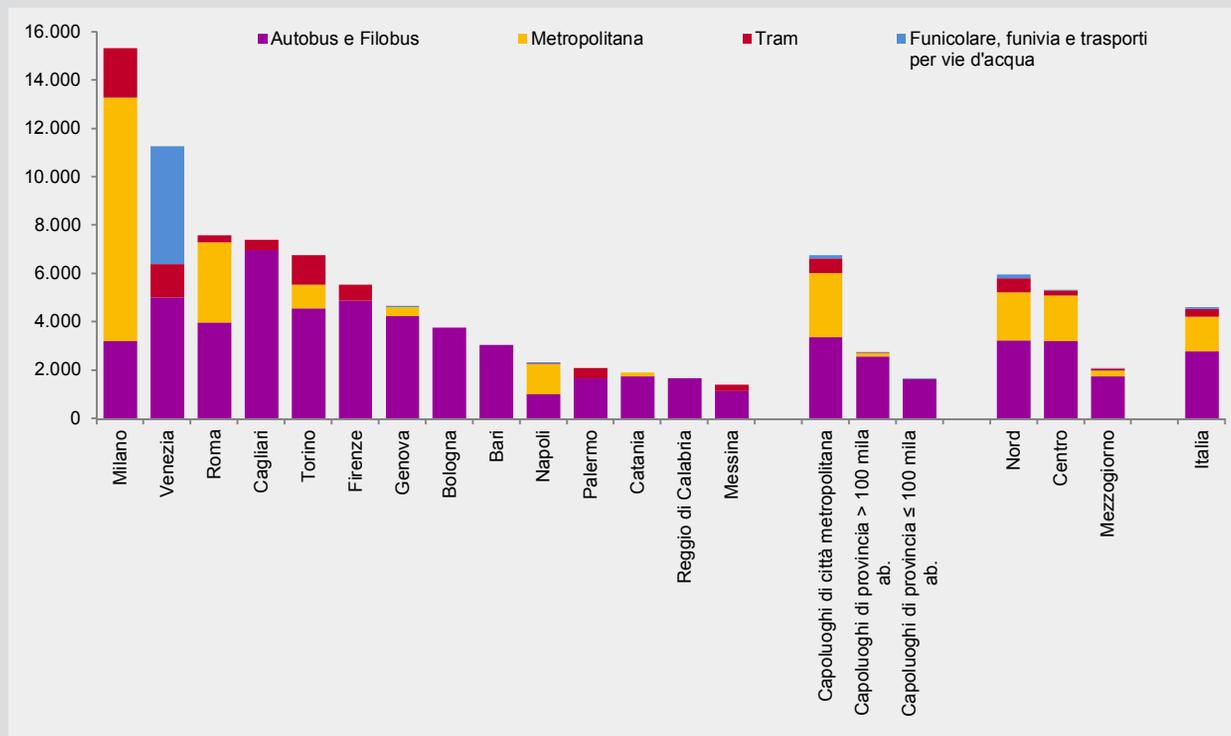


di media delle altre città servite).<sup>15</sup> L'estensione complessiva delle reti tranviarie (376,4 km) è cresciuta costantemente negli ultimi anni (+14,4 per cento nel quinquennio 2011-2016), anche grazie alla reintroduzione del tram in diverse città, dopo le dismissioni avvenute nel dopoguerra.<sup>16</sup> Ancora maggiore è stata, negli ultimi anni, la crescita delle reti di metropolitana, grazie agli ampliamenti realizzati in sei delle sette città che ne sono dotate (Torino, Genova, Milano, Roma, Napoli e Brescia). Milano, con 39,9 km per 100 km<sup>2</sup>, è di gran lunga la città con la maggiore densità di rete, seguita da Napoli (15,8), Brescia (15,2) e Torino (10,2).

La misura che sintetizza più informazioni sull'offerta di trasporto pubblico locale è il rapporto fra la produzione erogata dalle aziende (in posti-km)<sup>17</sup> e la popolazione servita.

**Nelle città italiane, le aziende di Tpl hanno offerto complessivamente, nel 2016, circa 4.600 posti-km per abitante**, così ripartiti fra le diverse modalità di trasporto: autobus e filobus 60,3 per cento, metropolitana 30,9 per cento, tram 7,1 per cento, funicolare/funivia e trasporti per vie d'acqua 1,7 per cento. La distribuzione dell'offerta e la sua diversificazione si concentrano naturalmente nelle maggiori aree urbane, anche a causa di un'elevata quota di utenti non residenti pendolari: tra i capoluoghi delle città metropolitane la media sale a quasi 6.800 posti-km per abitante, equamente divisi fra le principali modalità di trasporto su gomma e su ferro (autobus e filobus 49,8 per cento, tram e metropolitana 48,1 per cento, con la quota residuale dovuta a funicolare, funivia e trasporti per vie d'acqua). Negli altri capoluoghi, l'offerta è molto più bassa e quasi esclusivamente su gomma: scende a meno di 2.800 posti-km per abitante (di cui oltre il 90 per cento su autobus e filobus) nei comuni con oltre 100 mila abitanti e si riduce ulteriormente nei comuni al di sotto di questa soglia (poco più di 1.600 posti-km per abitante, di cui oltre il 99 per cento su gomma; Figura 5.9).

**Figura 5.9** Offerta di trasporto pubblico locale per modalità nei comuni capoluogo di provincia/città metropolitana per classe di popolazione e ripartizione geografica - Anno 2016 (posti-km per abitante; dati provvisori)



Fonte: Istat, Dati ambientali nelle città



**L'entità e la composizione dell'offerta variano sensibilmente anche fra le**

**ripartizioni geografiche:** le città più servite, e con un'offerta più bilanciata fra le varie modalità di trasporto, sono quelle del Nord e del Centro. Tra queste primeggiano Milano e Venezia: la prima, con oltre 15 mila posti-km per abitante, forniti per quasi l'80 per cento da tram e metropolitana, e la seconda con oltre 11 mila posti-km per abitante, cui contribuiscono in misura rilevante i trasporti per vie d'acqua. A Roma sono circa 7.600, con una lieve prevalenza dei trasporti su gomma (52,5 per cento). Nel Mezzogiorno, invece, l'offerta è molto più bassa: poco meno di 2.100 posti-km per abitante – meno di metà della media italiana e poco più di un terzo di quella del Nord – e la prevalenza dei trasporti su gomma molto più accentuata (84,5 per cento). In tutte le grandi città del Mezzogiorno, tranne Cagliari, l'offerta di Tpl è inferiore alla media nazionale, e a Catania, Reggio di Calabria e Messina risulta addirittura inferiore alla media della ripartizione.

**Nel biennio 2015-2016, l'offerta di trasporto pubblico locale ha recuperato buona parte della flessione registrata nel quadriennio precedente:** la media italiana del 2016 supera del 2,5 per cento quella del 2014 (circa 4.500 posti-km per abitante), ma è ancora inferiore del 2,2 per cento a quella del 2011 (quasi 4.800 posti-km per abitante). Da questa ripresa, tuttavia, sono rimaste escluse le città del Mezzogiorno, dove l'offerta ha continuato a ridursi anche dopo il 2014, accumulando sul periodo 2011-2016 una perdita di 11,6 punti percentuali, contro i 6,2 delle città del Centro e lo 0,4 delle città del Nord.

**Si modifica, nello stesso tempo, la ripartizione modale dell'offerta, che vede ridursi sensibilmente – tra il 2011 e il 2016 – la quota del trasporto su gomma:**

dal 66,5 al 60,3 per cento nell'insieme dei comuni capoluogo e dal 56,6 al 49,8 per cento nei capoluoghi delle città metropolitane. Questo si deve alla concorrenza di due fattori: da una parte, l'incremento delle infrastrutture su ferro di cui si è detto; dall'altra, la consistente riduzione dei servizi di autobus, che però si è tradotta – in larga misura e soprattutto nel Mezzogiorno e nelle piccole città – in una riduzione dell'offerta di trasporto pubblico *tout-court*. L'offerta di autobus e filobus è diminuita del 12,6 per cento rispetto al 2011 (da 3.200 a 2.800 posti-km per abitante), a fronte di una crescita dell'offerta del tram (+3,7 per cento) e, soprattutto, della metropolitana (+18,1 per cento). Tuttavia, un'effettiva sostituzione dell'offerta su gomma con un'offerta su ferro quantitativamente equivalente o superiore si è verificata soltanto in pochi casi. Sempre con riferimento al periodo 2011-2016, fra le città che hanno incrementato l'offerta di servizi tramviari e di metropolitana, soltanto Brescia e Milano associano una riduzione dell'offerta di Tpl su gomma a un aumento dell'offerta complessiva. In altre due città (Bergamo e Venezia), benché gli incrementi dell'offerta di tram e metropolitana non compensino del tutto la riduzione dell'offerta su gomma, l'offerta complessiva resta sostanzialmente stabile, mentre negli altri casi si registra comunque una consistente diminuzione dell'offerta complessiva (Genova, Roma, Palermo e Catania).

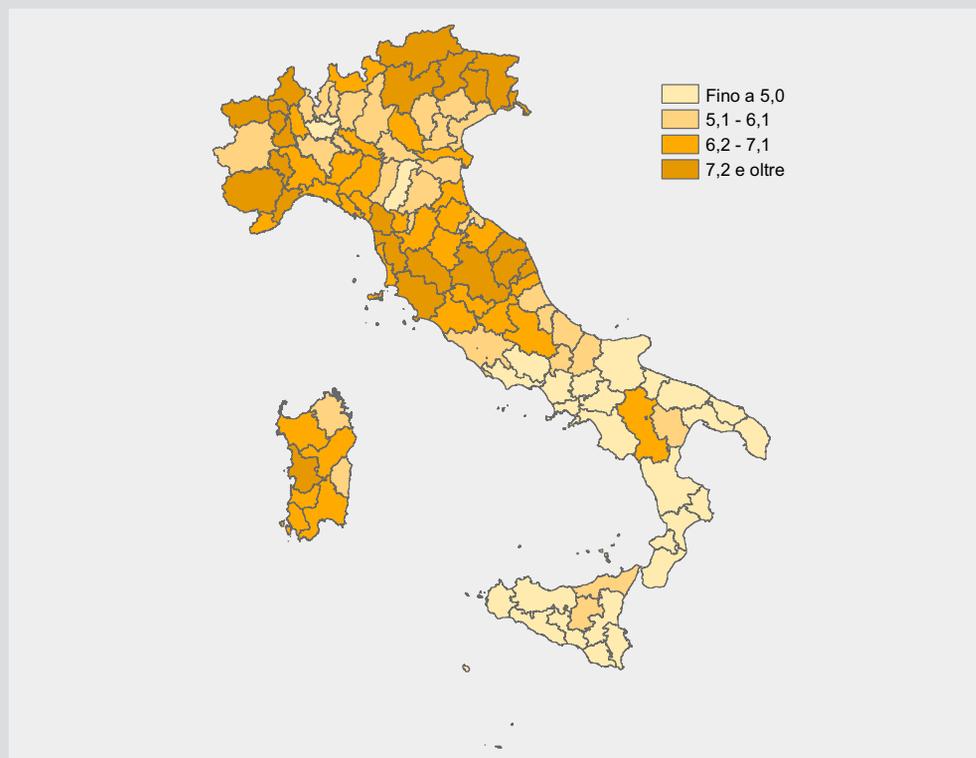
**La rete delle organizzazioni non-profit<sup>18</sup> fornisce sostegno e servizi alla popolazione in maniera complementare, e in parte parallela, a quella dei servizi pubblici.** Al 31 dicembre 2015, le istituzioni non-profit attive in Italia sono oltre 330 mila, l'11,6 per cento in più rispetto al 2011, e impiegano complessivamente 788 mila dipendenti e 5,5 milioni di volontari.<sup>19</sup> Rispetto al 2011 sono in aumento sia il numero di volontari (del 16,2 per cento), sia il numero dei lavoratori dipendenti (del 15,8 per cento). Si tratta quindi di un settore in espansione, pur in un contesto economico generale caratterizzato da una fase recessiva profonda (2011-2013), con successive evidenze di ripresa.



**Tavola 5.3 Istituzioni non-profit, dipendenti e volontari per regione - Anno 2015** (valori percentuali e variazioni percentuali)

REGIONE	Istituzioni non-profit (%)	Variazione 2015-2011		
		Istituzioni non-profit	Dipendenti	Volontari
Piemonte	8,5	9,9	16,0	5,5
Valle d'Aosta/Vallée D'Aoste	0,4	1,5	-8,0	38,7
Liguria	3,1	10,5	13,7	18,9
Lombardia	15,7	14,1	8,5	24,1
Trentino-Alto Adige/Südtirol	3,4	10,1	17,5	7,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	1,6	8,4	10,8	3,1
<i>Trento</i>	1,8	11,7	22,2	14,7
Veneto	8,9	3,4	12,0	8,4
Friuli-Venezia Giulia	3,0	2,3	15,5	4,4
Emilia-Romagna	8,0	7,4	11,3	10,4
Toscana	7,9	11,3	15,1	8,6
Umbria	2,0	8,5	18,1	24,4
Marche	3,4	7,6	15,3	11,3
Lazio	9,2	29,5	24,0	24,2
Abruzzo	2,3	7,9	25,3	46,0
Molise	0,5	-2,0	23,2	13,7
Campania	5,7	33,0	53,6	50,1
Puglia	5,0	11,4	28,7	22,7
Basilicata	1,0	3,0	50,7	22,8
Calabria	2,6	7,9	26,2	9,6
Sicilia	6,2	4,3	3,8	-3,6
Sardegna	3,2	12,2	25,8	37,2
<b>Italia</b>	<b>100,0</b>	<b>11,6</b>	<b>15,8</b>	<b>16,2</b>

Fonte: Istat, Censimento permanente delle istituzioni non-profit

**Figura 5.10 Istituzioni non-profit per provincia - Anno 2015** (valori per mille abitanti)

Fonte: Istat, Censimento permanente delle istituzioni non-profit



**Nel periodo in considerazione, il numero di istituzioni non-profit cresce in tutte le regioni italiane**, a eccezione del Molise (-2,0 per cento). Aumenti particolarmente sostenuti si registrano in Campania (+33,0 per cento), nel Lazio (+29,5 per cento) e, in misura più contenuta, in Lombardia (+14,1 per cento) e in Sardegna (+12,2 per cento) (Tavola 5.3).

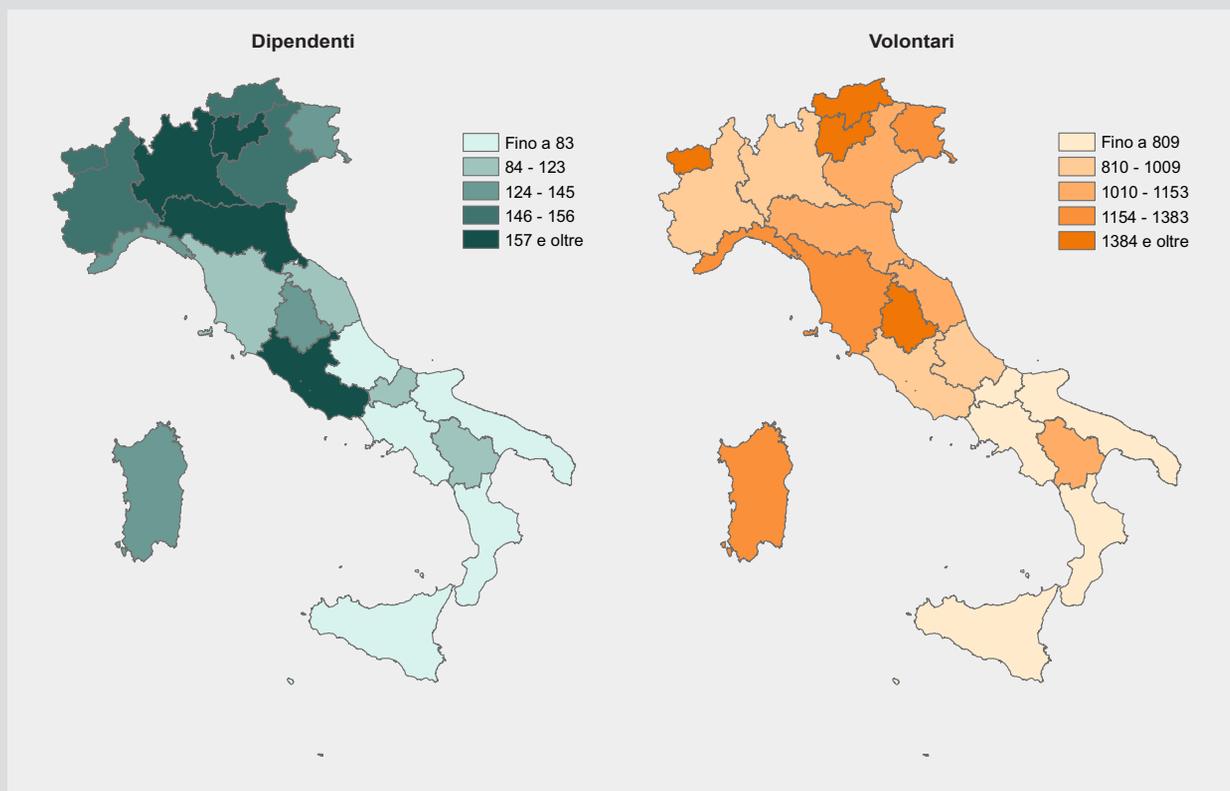
Considerando la popolazione presente sul territorio, il Nord-est presenta la più alta incidenza di istituzioni non-profit, in particolare nelle province di Gorizia (9,7 istituzioni per mille abitanti), Belluno, Trieste, Udine e Pordenone (Figura 5.10). All'interno del Nord-ovest, l'area a maggiore incidenza parte da Aosta e si estende tra il Piemonte e la Liguria (in ordine di diffusione, comprende Aosta, Verbano-Cusio-Ossola, Biella, Cuneo, Savona, Vercelli e Asti). Nel Centro, l'area di maggiore diffusione rispetto alla popolazione residente si trova tra le province di Siena (8,2, nona provincia italiana per presenza di istituzioni), Grosseto, Pisa, Lucca, Perugia e buona parte delle Marche. Nel Mezzogiorno si distingue la Sardegna, dove tutte le province presentano valori superiori alla media nazionale (con il valore più elevato nella provincia di Oristano).

Nella stessa ripartizione, L'Aquila, Potenza, Pescara, Teramo, Isernia e Campobasso sono le province che, con sei istituzioni per mille abitanti, si collocano al di sopra della media italiana.

**Considerando la diffusione del settore in base al numero di dipendenti impiegati in rapporto alla popolazione residente, la provincia autonoma di Trento presenta il valore più elevato (230 dipendenti per 10 mila abitanti, rispetto a una media nazionale di 130)**, seguita da Lombardia (180), Lazio (173) ed Emilia-Romagna (161).

La presenza dei volontari è superiore al dato nazionale (911 volontari per 10 mila

Figura 5.11 Dipendenti e volontari delle istituzioni non-profit per regione - Anno 2015 (valori per 10 mila abitanti)



Fonte: Istat, Censimento permanente delle istituzioni non-profit



abitanti) nelle province autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente 3.004 e 2.200) e in Valle d'Aosta (2.037; Figura 5.11).

**Le istituzioni non-profit operano in un ampio e diversificato ventaglio di settori di attività,**<sup>20</sup> che si caratterizzano per l'offerta di beni e servizi di pubblica utilità o indirizzati ai propri soci. L'area della cultura, sport e ricreazione rappresenta il settore di attività prevalente (quasi 220 mila istituzioni, 65 per cento del totale nazionale); l'offerta di questo tipo di istituzioni riguarda attività artistiche e culturali, sportive e di socializzazione. Il secondo settore è quello dell'assistenza sociale e protezione civile (quasi 31 mila istituzioni, il 9,2 per cento del totale), nell'ambito del quale le istituzioni offrono servizi di assistenza sociale, erogano contributi in denaro e in natura (alimenti, medicinali, eccetera) e assistono le comunità e gli individui nelle emergenze (come calamità naturali, emergenze umanitarie). Il terzo insieme è quello attivo nelle relazioni sindacali e nella rappresentanza di interessi (oltre 20 mila istituzioni, il 6,1 per cento), impegnato nella difesa degli interessi dei lavoratori e delle diverse categorie professionali. Seguono le istituzioni che hanno come attività prevalente quella di religione e culto (oltre 14 mila istituzioni, 4,3 per cento), caratterizzate dall'educazione religiosa e da attività missionarie. Le istituzioni non-profit impegnate nell'istruzione e ricerca rappresentano il 4,0 per cento (oltre 13 mila istituzioni): i servizi di istruzione coprono i diversi livelli, così come l'attività di ricerca si colloca in ambiti diversi (artistico, sociale, medico, eccetera). Le istituzioni che operano in ambito sanitario (più di 11,5 mila) rappresentano il 3,4 per cento del settore non-profit italiano e offrono servizi, ospedalieri e non, di riabilitazione, di soccorso sanitario, di donazione di sangue e organi. Altri settori (ambiente, sviluppo economico e coesione sociale, tutela dei diritti e attività politica, filantropia e promozione del volontariato, cooperazione e solidarietà internazionale, altre attività), pur svolgendo un importante ruolo per il benessere delle comunità, raccolgono complessivamente l'8,0 per cento delle istituzioni non-profit. Tra questi ultimi settori, quello della cooperazione e solidarietà internazionale ha registrato una crescita del numero di unità attive del 21,5 per cento rispetto al 2011.<sup>22</sup> Una forte dinamica positiva si è registrata anche tra le istituzioni attive nell'assistenza sociale e protezione civile (+23,4 per cento) e nella sanità (+5,6 per cento). Di contro, ambiti che fanno registrare un ridimensionamento, in termini sia di unità presenti sia di risorse umane impiegate, sono quelli della filantropia e promozione del volontariato (-21,9 per cento di istituzioni, -10,7 di dipendenti, e -2,8 per cento di volontari), dell'ambiente (con un calo delle istituzioni del 18,9 per cento e dei dipendenti del 54,6) e della tutela dei diritti e attività politica (-22,9 per cento di istituzioni, -21,4 di dipendenti, e -18,8 per cento di volontari).

Rispetto alla struttura organizzativa, le istituzioni non-profit si differenziano notevolmente a seconda del settore di attività prevalente in cui operano.

**Le istituzioni che operano grazie all'apporto di volontari sono infatti quasi 270 mila,** il 79,6 per cento delle unità attive (+ 9,9 per cento rispetto al 2011); le istituzioni che dispongono di lavoratori dipendenti sono oltre 55 mila, il 16,4 per cento delle istituzioni attive (+32,2 per cento rispetto al 2011).

Il personale dipendente si concentra maggiormente nei settori caratterizzati dall'offerta di servizi, come assistenza sociale e protezione civile (36,0 per cento), sanità (22,6), istruzione e ricerca (15,8) e sviluppo economico e coesione sociale (11,8 per cento).

**Diversamente da quanto osservato sui dipendenti, il contributo dei volontari risulta cospicuo nel settore della cultura, sport e ricreazione,** in cui si concentra il 57,0 per cento del volontariato. Le istituzioni attive nel settore ricreativo attraggono in media 14 volontari, mentre settori come sanità, ambiente e filantropia, e promozione



del volontariato sono caratterizzati da un bacino di volontari più consistente (oltre 30 volontari per istituzione).

Il valore che le istituzioni non-profit apportano al benessere degli individui e della collettività nel suo insieme può essere analizzato secondo le diverse finalità perseguite.

**Più di un terzo (34,4 per cento) delle istituzioni ha avuto come finalità il sostegno a soggetti deboli o in difficoltà;** il 20,4 per cento si è dedicato alla promozione e tutela dei diritti, il 13,8 per cento alla cura dei beni comuni. Quasi la metà delle istituzioni attive (47,8 per cento) si è impegnata su più fronti.

A livello territoriale, il Mezzogiorno spicca sia per la quota delle istituzioni dedite al sostegno a soggetti deboli e in difficoltà (36,8 per cento), sia per quelle dedite alla promozione e tutela dei diritti (24,5 per cento). In particolare, la Calabria e la Puglia si distinguono per il sostegno a soggetti deboli o in difficoltà; le stesse regioni registrano valori più alti della media nazionale anche per la promozione e tutela dei diritti.

**Nel Nord-est, invece, sono relativamente più diffuse le istituzioni dedite alla cura dei beni comuni (14,5 per cento).** Di cura dei beni comuni si occupano, in una quota superiore alla media nazionale, anche le istituzioni situate in Basilicata, nella provincia autonoma di Bolzano, in Umbria, Molise e Toscana.

Rispetto ai risultati conseguiti, anche settori non deputati *in primis* a sostenere i soggetti deboli, ma a soddisfare finalità ricreative e di socializzazione, hanno realizzato finalità sociali, come il contrasto al disagio (ad esempio, le istituzioni attive nel settore cultura, sport e ricreazione hanno realizzato nel 24,9 per cento dei casi anche il sostegno a soggetti deboli o in difficoltà). Tuttavia, incidenze più consistenti si osservano nei settori che nascono proprio con questa finalità, come cooperazione e solidarietà internazionale (79,3 per cento), assistenza sociale e protezione civile (72,7 per cento), filantropia e promozione del volontariato (71,7 per cento). La promozione e tutela dei diritti è un risultato conseguito, in misura prevalente, dalle istituzioni orientate a questa finalità (tutela dei diritti e attività politica, con l'89,9 per cento; relazioni sindacali e rappresentanza di interessi, con il 68,9 per cento). Allo stesso modo, la cura dei beni comuni<sup>23</sup> (acqua, parchi, edifici e monumenti pubblici e privati) trova spazio in quota prevalente nell'attività delle non-profit dedite all'ambiente (51,1 per cento), e in quelle attive nella tutela dei diritti e attività politica (24,8 per cento).

**L'esercizio di attività culturali da parte dei cittadini presuppone l'accesso a una pluralità di luoghi e di servizi,** pubblici e privati, come biblioteche, archivi, teatri, musei, cinema, sale per concerti, gallerie d'arte, e, ovviamente, scuole e istituti di formazione artistica.

**La distribuzione territoriale delle dotazioni culturali è fortemente diversificata e costituisce essa stessa una rete.** Un numero elevato di musei, biblioteche, edifici storici e monumenti o teatri antichi ha trovato sede nei centri urbani del Centro-nord, fin dall'età dei Comuni. Il Mezzogiorno si caratterizza invece per la ricchezza dei siti archeologici e dei luoghi di culto – cattedrali, chiese e santuari, a volte rupestri o isolati – e per le architetture del potere. Servizi di origine più recente e più marcatamente commerciale (come cinema, librerie, edicole), si sono invece diffusi e poi, spesso, drasticamente ridotti o riorganizzati per effetto delle trasformazioni demografiche ed economiche e per le nuove modalità di fruizione dei contenuti che hanno caratterizzato il XX secolo e l'inizio del XXI.

**Biblioteche e musei sono composti sotto il profilo della proprietà e della gestione** (entrambi possono essere infatti pubblici o privati, comunque senza scopo di lucro), variabili nella dimensione (che la si definisca in base alle collezioni, agli addetti o al numero di utenti), aperti al pubblico; differiscono invece per stadio di maturità della rete nella quale



sono organizzati. Le biblioteche, infatti, condividono ormai da tempo anagrafe, procedure e standard, anche se non tutte fanno parte del sistema bibliotecario nazionale, mentre il processo di costruzione di un sistema museale nazionale è stato avviato da pochi mesi su iniziativa del MiBACT.<sup>24</sup> Una recente rilevazione<sup>25</sup> ha identificato quasi 5 mila *istituzioni museali* aperte al pubblico. In larga maggioranza (64,1 per cento), queste istituzioni sono pubbliche, prevalentemente comunali, mentre quelle che appartengono allo Stato sono meno del 9 per cento, ma comprendono luoghi di grande attrattività che hanno registrato poco meno della metà degli ingressi totali.

In questo capitolo, i primi tre approfondimenti osserveranno la rete dell'Istruzione: il primo (par. 5.1 **Le università e la rete internazionale**) si concentra sull'internazionalizzazione, prevalentemente nelle attività di ricerca, del sistema universitario; il secondo (par. 5.2 **Una scuola che costruisce reti e relazioni**) analizza come le scuole del primo e secondo ciclo sfruttino le opportunità di associarsi; il terzo (par. 5.3 **Disabilità e inclusione scolastica: accessibilità degli spazi e della didattica**) concentra l'attenzione sulla disegualianza nell'inclusione scolastica. Successivamente, saranno le famiglie e i loro componenti ad essere osservati in relazione a differenti tipologie di reti. Il paragrafo 5.4 (**La rete di sostegno per le famiglie**) analizza le tipologie di aiuti che le famiglie richiedono, mentre il paragrafo 5.5 (**Diseguaglianze nelle condizioni di salute**) conduce un'analisi territoriale e per gruppi sociali delle diseguaglianze nella salute. Infine, la situazione economica delle famiglie è messa in relazione con la partecipazione a relazioni sociali (par. 5.6 **Situazione economica e ruolo delle reti**). Gli ultimi due paragrafi riguardano uno **Le reti dei servizi culturali offerti da biblioteche e musei** (par. 5.7) e l'altro **La trama delle disuguaglianze urbane** (par. 5.8), dove, per le città di Milano Roma e Napoli, le reti dei trasporti pubblici sono utilizzate per leggere le condizioni economiche e sociali della popolazione.



- 1 Polanyi (2014).
- 2 Feiock (2013).
- 3 Esping-Andersen (1990), Ferrera (2006).
- 4 Il sistema dei conti della sanità si inserisce nel quadro delle statistiche europee ed è costruito secondo le regole dettate dal regolamento Ue 359/2015 (System Health Accounts – SHA) entrato in vigore nel 2016, e utilizza metodologie coerenti con il Sistema dei conti nazionali SEC 2010.
- 5 Ministero della salute - Flusso informativo Sanitario.
- 6 I profili sono stati identificati sulla base dei quartili della distribuzione della tipologia di servizio "Assistenza agli anziani" che discrimina meglio i profili di offerta osservati a livello nazionale.
- 7 Ospedale sede di Dea di I livello: garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con Utic (Unità di terapia intensiva cardiologica). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali. L'ospedale sede di Dea di II livello garantisce le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza.
- 8 Il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, in attuazione della legge-delega 15 marzo 2017, ha introdotto il Reddito di inclusione (Rei), con decorrenza dal 1° gennaio 2018, come misura di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale. Il Rei ha sostituito il Sia (Sostegno per l'inclusione attiva) e l'Asdi (assegno di disoccupazione). A differenza delle misure come il Rei, di carattere nazionale, gli interventi messi in campo dai Comuni per contrastare la povertà e l'esclusione sociale sono soggetti a una notevole variabilità, sia dei criteri di individuazione dei beneficiari sia delle risorse disponibili, essendo legati alla legislazione e programmazione locale.
- 9 Si veda Glossario e Comunicato stampa La spesa dei Comuni per i servizi sociali (<https://www.istat.it/it/archivio/207979>).
- 10 Le due dimensioni sono rappresentate dalla spesa per i servizi sociali in rapporto alla popolazione residente e dal numero di prestazioni diverse realizzate nell'anno.
- 11 Da notare, per altro, che nella provincia autonoma di Trento e nella Regione Valle d'Aosta quote non trascurabili di spesa per i servizi sociali sono gestite direttamente dalla Provincia o dalla Regione, riducendo così l'ammontare della spesa gestita dai Comuni.
- 12 Il riferimento è alla classificazione sperimentale dei raggruppamenti di sistemi locali per caratteri socio-demografici e dell'insediamento residenziale introdotta nel *Rapporto annuale 2015*.
- 13 Per i nati prima del 1952 il livello di istruzione basso include al massimo la licenza elementare, il medio si riferisce alla licenza media e il livello alto include quanti hanno conseguito almeno un diploma di scuola superiore. Per i nati dal 1952 i tre livelli di istruzione si riferiscono rispettivamente a licenza media, licenza superiore e laurea.
- 14 Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana. Dati riferiti alla popolazione di 15 anni e più.
- 15 L'analisi si basa sui risultati dell'indagine Dati ambientali nelle città, che considera sei modalità di Tpl (autobus, filobus, tram, metropolitana, funicolare, funivia e trasporti per vie d'acqua) nei 116 comuni capoluogo di provincia o città metropolitane. Sono esclusi i servizi ferroviari suburbani. Come proxy della popolazione servita si utilizza la popolazione residente in media annua.
- 16 Il servizio tranviario è stato reintrodotta nel 2009 a Bergamo, nel 2010 a Firenze e a Venezia e nel 2016 a Palermo. In tutte queste città il servizio era stato dismesso fra il 1947 e il 1958.
- 17 Prodotto della capacità dei veicoli utilizzati per i chilometri percorsi. Il numero dei posti-km tiene conto non soltanto dell'estensione delle reti, ma anche del numero e della capacità dei mezzi impiegati e della frequenza delle corse.
- 18 Il D. lgs. del 3 luglio 2017, n. 117 ha provveduto al riordino e alla revisione organica della disciplina in materia di enti del terzo settore.
- 19 La prima edizione del Censimento permanente delle istituzioni non-profit, condotta nel 2016/2017, ha consentito di analizzare la geografia, le principali caratteristiche strutturali, le attività svolte e le finalità perseguite dalle istituzioni non-profit attive al 31 dicembre 2015. Inoltre, attraverso il confronto con i dati della rilevazione censuaria del 2011, si possono anche analizzare le trasformazioni avvenute negli ultimi anni. Il Censimento permanente delle istituzioni non-profit è basato sull'integrazione del registro statistico delle istituzioni non-profit che rileva i dati strutturali (realizzato attraverso l'utilizzo di archivi amministrativi) e rilevazioni campionarie (a cadenza triennale). La rilevazione campionaria 2015 ha riguardato circa 43 mila unità, selezionate in quanto rappresentative del territorio e del settore in cui operano. I dati diffusi sono pertanto basati sulle stime campionarie prodotte.
- 20 L'articolazione dei settori si basa sulla Classificazione internazionale Icnpo - International Classification of Non-profit Organizations – (United Nations, Department of Economic and Social Affairs - Statistics Division, Handbook on Non-profit Institutions in the System of National Accounts, Studies in methods, Series F, No. 91, New York, 2003).
- 21 La prevalenza è individuata sulla base delle risorse economiche utilizzate o, in mancanza di tale informazione, del numero di risorse umane dedicate all'attività.
- 22 La legge 125 del 2014 "Disciplina Generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo" ha disciplinato la cooperazione internazionale.
- 23 Per "beni comuni" si intendono quei beni materiali e immateriali che, anche nel caso in cui siano di proprietà privata, devono essere accessibili e fruibili per tutti.
- 24 Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo.
- 25 Istat (2016).

