

AREE RURALI IN TRANSIZIONE OLTRE LA CRISI ECONOMICA

NUOVE IMPRENDITORIALITÀ, AGENCY GIOVANILE
ED EMPOWERMENT COMUNITARIO
NELLE AREE INTERNE SARDE

a cura di
ESTER COIS



sviluppo e territori

collana diretta da
Benedetto Meloni, Alessandra Corrado, Filippo Barbera

AREE RURALI IN TRANSIZIONE OLTRE LA CRISI ECONOMICA

**Nuove imprenditorialità,
agency giovanile
ed empowerment comunitario
nelle aree interne sarde**

**A CURA DI
ESTER COIS**

Rosenberg & Sellier



**Fondazione
di Sardegna**



**REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA**



Dipartimento di Scienze politiche e sociali

La pubblicazione del volume è stata finanziata dalla Fondazione di Sardegna nell'ambito della Convenzione Triennale tra la stessa Fondazione di Sardegna e gli Atenei Sardi, e dalla Regione Sardegna, nell'ambito della L.R. 7/2007 annualità 2016 - DGR 28/21 del 17.05.2015, relativamente al Progetto di Ricerca Biennale FdS/RAS dell'Università di Cagliari, Annualità 2016, dal titolo "Rural territories in transition beyond the economic crisis. A study of new entrepreneurship, youth agency and community empowerment in Sardinian inner areas" (Codice CUP: F72F16003270002), facente capo al Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali (Principal Investigator Ester Cois).

Pubblicazione resa disponibile
nei termini della licenza Creative Commons
Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0



prima edizione italiana, gennaio 2020

© 2020 Rosenberg & Sellier

www.rosenbergesellier.it

Rosenberg & Sellier è un marchio registrato utilizzato per concessione della società Traumann s.s.

isbn 978-88-7885-825-1

LEXIS Compagnia Editoriale in Torino srl
via Carlo Alberto 55
I-10123 Torino
rosenberg&sellier@lexis.srl

INDICE

- 7 Introduzione. Nuove imprenditorialità, *agency* giovanile ed empowerment comunitario nelle aree interne sarde
Ester Cois

1. TRAME TERRITORIALI: LE AZIENDE CONTADINE FAMILIARI TRA PERSISTENZA LOCALE E INNOVAZIONE MULTIFUNZIONALE

- 15 Per una rassegna delle politiche rurali in Sardegna dall'Autonomia alla PAC
Roberto Ibba
- 35 Famiglia e agricoltura nelle aree rurali della Sardegna nei dati dei Censimenti
Margherita Sabrina Perra
- 65 Campo lungo. Imprenditorialità femminile nella Sardegna rurale, tra percorsi biografici e investimento professionale
Ester Cois, Barbara Barbieri

2. TRAME GENERAZIONALI: UNO SGUARDO DALLA PARTE DEI GIOVANI

- 87 Uno sguardo al futuro. Aspirazioni, mobilità sociale e mobilità geografica
Giuliana Mandich
- 107 Il possibile, il probabile. Scelte scolastiche e lavorative di giovani in aree rurali in declino
Gabriele Pinna, Marco Pitzalis, Emanuela Spanò

- 129 Scenari dello (s)radicamento locale. Un'analisi comparata sullo sfondo demografico ed economico della Marmilla e del Mandrolisai
Aurelio Carta, Antonio Firinu

3. TRAME COMUNITARIE: GOVERNMENT LOCALE ED EMPOWERMENT DI COMUNITÀ

- 151 I bisogni e la spesa sociale dei Comuni in un'area interna SNAI. Tra convergenze e disallineamenti
Marco Zurru
- 185 Marginalità e comunità in rete. Il senso dei luoghi dalla voce dei sindaci
Antonello Podda, Emanuela Porru

- 219 *Gli autori*

I BISOGNI E LA SPESA SOCIALE DEI COMUNI IN UN'AREA INTERNA SNAI

Tra convergenze e disallineamenti

Marco Zurru

Introduzione

Nonostante la Carta Costituzionale desse, sin dall'inizio, ampio spazio e riconoscimento alle autonomie locali, nella sostanza furono necessari oltre vent'anni perché la creazione delle Regioni a Statuto Ordinario si realizzasse pienamente. Per molto (troppo) tempo, lo Stato italiano si è distinto per un forte centralismo nella regolazione delle sue politiche. Una regolazione – magistralmente sintetizzata da Jessop (2002) nella formula “Stato nazionale di welfare keynesiano” – fondata su una divisione di genere del lavoro, in cui l'uomo (stabilmente occupato nella grande fabbrica fordista) ricopriva il ruolo di percettore di reddito, mentre la donna quello riproduttivo di cura della famiglia e gestione della casa. Si è trattato di un periodo di lunga dilatazione dell'interesse dello Stato per la protezione e cura dei propri cittadini – *Les trente glorieuses*, nelle parole di Fourastié (1979) – con un deciso e sostenuto tentativo di ridurre le diseguaglianze sociali grazie a un forte intervento nell'economia (Brenner, 2004), un poderoso sviluppo di programmi nazionali di welfare (Ferrera, 2007; 2008) e, infine, un aumento costante delle capacità di spesa e di offerta di una pluralità di servizi.

Questa configurazione istituzionale centralistica entra in crisi a causa di forti mutamenti demografici, familiari e lavorativi, della globalizzazione e dell'impostazione delle nuove politiche sociali in capo all'Unione Europea. Molto sinteticamente: l'invecchiamento della popolazione, quale esito del crollo della natalità e dell'innalzamento della speranza di vita, ha agito negativamente sui sistemi di protezione sociale, sempre meno finanziati da una minore quota di popolazione attiva (Ranci, 2005; Pavolini, Ranci, 2008); le trasformazioni del modello della famiglia nucleare – con maggiori tassi di separazione e divorzio e la rapida diffusione di altri modelli famigliari, come quelli monogenitoriali o unipersonali – hanno messo in crisi la funzione redistributiva della famiglia (Saraceno, 2003; Esping-Andersen, 2000); la maggiore presenza delle donne sul mercato del lavoro e la de-standardizzazione dei contratti,

unitamente alle difficoltà di accesso dei giovani e alla precarizzazione diffusa delle forme del lavoro, hanno compromesso la monopolistica presenza del modello del “male breadwinner” (Mingione, 1999), con conseguenti effetti sui sistemi di protezione sociale; la globalizzazione ha posto nuovi limiti di manovra economico-finanziaria a tutti i paesi che, in precedenza, potevano usufruire di una diversa libertà d’azione per progettare e finanziare i loro sistemi di protezione sociale (Ascoli, 2011); la presenza di un forte debito pubblico, come nel caso del nostro Paese, ha limitato le possibilità di espansione del welfare (Pavolini, 2013); infine, anche la finanziarizzazione dell’economia (Gallino, 2011; Stiglitz, 2002) ha reso più flebili le possibilità di controllo dei governi sulle basi imponibili nazionali e, nello stesso tempo, più oneroso il perno centrale del paradigma keynesiano, ovvero il costo della spesa in deficit.

In questo quadro, tutti i paesi europei, ma soprattutto quelli in cui il welfare si era strutturato in modo molto diseguale e fortemente delegante nei confronti delle famiglie, come in Italia (Kazepov, 2010; Natali, Pavolini, 2018), sono stati chiamati a ristrutturare i propri sistemi assistenziali nel tentativo di rispondere a due emergenze impellenti: a) ridurre i costi per le politiche sociali; b) rispondere in modo adeguato alle nuove problematiche e bisogni crescenti.

Com’è ampiamente noto, questo processo di riforma ha visto affermarsi diverse tendenze: da un lato la presenza di nuove forme di regolazione tipiche del mercato (il *new public management*), dall’altro la riorganizzazione territoriale delle politiche sociali (sia in senso orizzontale sia verticale), con la moltiplicazione degli attori coinvolti nei diversi momenti di pianificazione, programmazione e implementazione degli interventi.

In particolare, nell’ambito della riorganizzazione territoriale le trasformazioni del cambiamento istituzionale dei sistemi di protezione sociale centralizzati hanno comportato l’affermarsi di uno scenario di *governance* multilivello, con un forte processo di decentramento delle politiche (Barberis, 2010; 2015), fino allo *street level bureaucracy* (Lipsky, 1980; Saruis, 2013) e, insieme, un sempre più pervasivo ruolo delle istituzioni sovranazionali come l’Unione Europea (Ascoli, 2011; Hopkins, 2002). Burgalassi (2012) parla in tal senso di “doppio movimento del sistema di protezione sociale”, con la presenza di un contenimento della spesa (*retrenchement*) e di una riqualificazione e un riequilibrio istituzionale delle politiche sociali di fronte alle nuove sfide (*recalibration*). È proprio in tale prospettiva di sviluppo che si colloca l’emergere “prepotente” di un welfare locale nella sua dimensione di sussidiarietà, che concerne

sia i rapporti con le istituzioni (sussidiarietà verticale) sia i rapporti fra le istituzioni e la società civile (sussidiarietà orizzontale).

Mentre in passato costituivano un aspetto residuale rispetto ai grandi investimenti di welfare nazionale, di fronte alle trasformazioni appena descritte e in ragione di una crescente instabilità dei percorsi biografici socio-lavorativi delle persone, le politiche di welfare locale assumono ora un ruolo determinante: appaiono centrali le misure di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, quelle per lo sviluppo economico locale (nel senso di Amartya Sen), i servizi in favore delle famiglie, degli anziani, dei disabili e dei bambini in età prescolare, le azioni di contrasto e di prevenzione alle dipendenze, le politiche di inserimento socio-culturale di segmenti di popolazione straniera sempre più numericamente rilevanti. Oramai, "la configurazione effettiva delle misure di welfare è determinata dall'organizzazione locale" (Mingione, 1999; Kazepov, 2009) e le politiche di benessere si connotano "nel passaggio da un sistema di *government* (azione promossa dall'istituzione competente) a uno di *governance* (azione promossa dall'istituzione competente volta a coinvolgere, a coordinare e a gestire tutti i soggetti interessati al perseguimento del benessere diffuso a livello locale)" (Burgalassi, 2012; Polizzi, Bassoli, 2011; Polizzi, Tajani, 2013; Barbera, Parisi, 2019).

Come già anticipato, questa esigenza di una più capillare e diffusa gestione dei bisogni attraverso il coinvolgimento delle autorità locali nella programmazione e gestione delle politiche sociali, si manifesta con notevole ritardo nel nostro Paese¹. È infatti solo agli inizi del nuovo secolo che si giunge a una sistematizzazione certa delle competenze: con la l. 328/2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"), facendo leva sul principio di sussidiarietà quale criterio guida per responsabilizzare le Regioni e i Comuni nella programmazione e coordinamento delle misure integrate a livello locale, si riorganizzano istituzionalmente i servizi e le politiche sociali.

¹ Nel 1977 si decentralizza l'amministrazione delle politiche di assistenza (decreto n. 616), anche se in questa fase l'autonomia di Regioni e Comuni rimane alquanto limitata; nel 1978 si istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, con l'affidamento di ampie responsabilità organizzative ai governi regionali; negli anni '90 le leggi Bassanini avviano un processo di riordino del sistema di governo, con un ampio riconoscimento di rilevanti competenze amministrative agli enti territoriali; nel 1992 (decreto 502) e nel 1999 (decreto 229) si attribuisce potere legislativo in materia sanitaria alle Regioni e si stabilisce la gestione regionale dei fondi. Infine, tra i diversi passaggi normativi che hanno contribuito al deciso protagonismo del welfare locale, bisogna ricordare la riforma del Titolo V della Costituzione (2001), che ha conferito piena potestà legislativa alle Regioni in materia di assistenza sociale e socio-sanitaria: spetta alla Regione, in qualità di ente di regolazione e coordinamento programmatico, costruire il sistema dei servizi sociali nel proprio territorio.

Forte dell'esperienza sperimentata con la l. 285/1997 e grazie alle riforme legislative concernenti il decentramento amministrativo, il nodo di questo principio di responsabilizzazione è costituito sia dai singoli Comuni, sia dalla loro aggregazione su ambiti territoriali circoscritti. In tale direzione, le Regioni hanno “la responsabilità di far sì che i Comuni si associno, impegnandosi a promuovere questo processo”. Nella loro aggregazione, i Comuni dovrebbero trovare la scala sufficiente per la gestione dei processi di integrazione fra servizi, soprattutto fra Comuni contigui. È l'art. 19 della stessa legge che definisce lo strumento “fondamentale attraverso il quale i Comuni associati negli ambiti territoriali, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare”: il *Piano di zona*.

Il Piano di zona è infatti uno strumento con precise finalità: favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi socio-sanitari e prestazioni complementari e flessibili; promuovere assetti di politica sociale praticabili, condivisi e appropriati; far dialogare e cooperare fra loro i diversi attori pubblici; coinvolgere e responsabilizzare attori pubblici e privati. Al fine di costruire un sistema integrato degli interventi in ambito sociale, i comuni devono quindi associarsi in ambiti territoriali – definiti dalle Regioni e di norma coincidenti con i Distretti sanitari – dando forma a una rete di servizi, al cui interno sono presenti anche altri attori pubblici (come le ASL) e attori privati, come le associazioni no-profit. La “localizzazione dei diritti” trova dunque ospitalità nel Piano di zona, che si configura oramai come la risposta principale alla frammentazione della domanda sociale. In questo modo sono evidenti i punti di forza della legge: a) creare condizioni istituzionali di coordinamento fra diversi attori (*governance*); b) istituire spazi di confronto e negoziazione per la deliberazione e costruzione del processo (partecipazione); c) creare ambiti organizzativi di regia che possano consentire azioni di sistema, coerenza e continuità agli interventi (*mission strategy*).

Così come ricorda Mingione (1999), è soprattutto attraverso questo strumento che emerge la connessione tra il welfare locale e la questione della *governance*:

L'efficacia e il costo del servizio non dipende solo dalle regole e organizzazione dell'ente pubblico, ma da come si realizza la cooperazione effettiva tra attori diversi: oltre l'apparato pubblico locale più o meno professionalizzato, dedito e competente, gli operatori del volontariato e del mercato coinvolti [...] Il buon funzionamento delle misure di welfare locale dipende da quanto e come si riesce

a promuovere la partecipazione attiva dell'utente/assistito e dei suoi famigliari. Non si tratta solo di garantire agli utenti e alle loro famiglie un effettivo diritto di scelta tra le diverse possibili modalità di fruire della protezione sociale, ma anche di condividere coscientemente le responsabilità, aumentando così l'efficacia e l'equità dell'inserimento in società più individualizzate, instabili ed eterogenee.

Negli anni successivi al processo di “territorializzazione delle politiche sociali”, diverse ricerche² hanno messo in evidenza come l'implementazione di quest'ampia trasformazione istituzionale si sia realizzata in modo molto eterogeneo, “multiforme e adattiva, con esiti molto differenti in termini di coinvolgimento e partecipazione”, a volte attraverso piani di zona che non sono andati oltre una gestione associata delle sole risorse provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali con risorse trasferite dallo Stato alle Regioni e da queste a loro volta ripartite tra i Comuni associati (e non programmando l'insieme di risorse destinate dai Comuni dell'ambito ai servizi e agli interventi sociali), a volte con ottime pratiche di coinvolgimento territoriale, partecipazione, definizione e condivisione degli obiettivi a livello comunitario, che hanno permesso ottime performance alle azioni pianificate.

La Sardegna ha dato seguito a questa *territorializzazione* delle politiche sociali, e alla nuova programmazione unitaria, integrata e armonizzata dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, attraverso la l.r. 23/2005. Come ricordano le Linee Guida, con questo passaggio legislativo la Regione Sardegna si dimostrava sensibile alle carenze di risorse umane e finanziarie del settore, ma soprattutto consapevole del fatto che “il problema principale delle disfunzionalità” risiedesse nella mancanza di coordinamento e razionalizzazione dei servizi, sentita come necessaria e urgente da operatori e cittadini, soprattutto in territori afflitti da pesanti condizioni di fragilità, come quelli delle aree interne (Carrosio, 2019; De Rossi, 2018).

Lo strumento individuato per rimediare a questo deficit di coordinamento – con una progettazione partecipata – è il Plus (Piano Locale Unitario dei Servizi). Il Plus, adottato con accordo di programma tra gli *stakeholders*, è dunque lo strumento per la programmazione sociale e socio-sanitaria dell'ambito distrettuale, attraverso cui “i Comuni dell'ambito, la Provincia e l'Azienda sanitaria determinano obiettivi e priorità, e programmano e dispongono in modo integrato gli interventi sociali, sanitari e socio-sanitari”.

² Un'ottima rassegna si trova in Buralassi (2012).

Il Plus diventa dunque “lo strumento di promozione dei livelli essenziali di assistenza e di tutela dei diritti della popolazione in materia sociale e sanitaria, di responsabilizzazione dei cittadini e delle istituzioni, di coordinamento e integrazione delle politiche sociali dei Comuni”. È grazie a tale strumento che “i diversi soggetti che concorrono a costruire la rete dei servizi alle persone di ciascun distretto (Azienda Asl, Comuni, Provincia, Attori professionali, Soggetti sociali e solidali, ecc.) insieme determinano obiettivi e priorità, programmano e dispongono in modo integrato gli interventi sociali, sanitari e socio-sanitari, anche con il contributo diretto dei cittadini”; tutto il processo è finalizzato a costruire una rete di interventi e di servizi che “risponda ai reali bisogni dei cittadini in modo coordinato e armonico”, promuovendo e valorizzando “le risorse di solidarietà e di auto-aiuto, la condivisione delle responsabilità”, e individuando in tal modo le risorse e le potenzialità di sviluppo della comunità.

Il processo di elaborazione del Plus si articola su tre livelli di responsabilità: 1) il livello politico, per la concertazione degli indirizzi e delle strategie e per la pianificazione dell'integrazione istituzionale (i Comuni dell'ambito, la Provincia, l'Azienda Asl, la Conferenza di programmazione); 2) il livello tecnico-operativo, per la definizione tecnica delle scelte, delle condizioni di realizzabilità, delle condizioni organizzative necessarie, delle modalità di valutazione dell'efficacia (Gruppo tecnico di Plus, Uffici dei servizi sociali dei Comuni, Uffici competenti dell'Azienda Asl e della Provincia); 3) il livello comunitario, per promuovere la conoscenza, la valorizzazione e condivisione dei diversi apporti presenti nella comunità locale, tenendo conto delle specificità degli attori e del territorio (Conferenza di programmazione, istruttorie per la co-progettazione). Di fatto, i Comuni continuano a erogare i propri servizi di welfare sia in piena autonomia sia all'interno della cornice Plus. In ragione di peculiari dinamiche, più o meno conflittuali o di tipo cooperativo, che i sindaci dei singoli Comuni si trovano normalmente ad affrontare all'interno del livello politico del Plus (quello per la concertazione degli indirizzi e delle strategie dell'insieme dei Comuni afferenti, che si sviluppa dentro la Conferenza di programmazione), si possono sviluppare differenti percorsi nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali dei singoli Comuni. Per esempio, un sindaco può “approfittare” della partecipazione al Plus rafforzando le linee strategiche seguite in modo autonomo dalla propria amministrazione; può “utilizzare” il Plus per supplire alle carenze di offerta di servizi non erogabili in forma singola a causa di vincoli di budget; può decidere di

mantenere un *core* di servizi autonomo e sviluppare strategie di offerta di altri servizi in cooperazione con i sindaci del Plus.

All'interno di queste e altre strategie possibili, appare evidente, da troppo tempo, la mancanza di qualsiasi serio processo di valutazione e monitoraggio delle politiche di welfare locale a opera degli stakeholder: il panorama dei servizi di welfare locale è spesso esito di processi inerziali attivati nel tempo o di micro-aggiustamenti in corso d'opera, a causa di "finestre di opportunità" legislative o delle posizioni di potere degli altri attori nelle arene politiche specifiche (Powell, DiMaggio, 2000). Sempre più spesso, dunque, gli attori non costruiscono le loro politiche come tentativi di mobilitare risorse pubbliche per affrontare e risolvere problemi collettivi (Regonini, 2001), pur avendo a disposizione degli strumenti di lettura sia dei propri contesti socio-economici e demografici di riferimento, sia delle direzioni delle scelte effettuate dalle politiche di welfare attivate sul territorio (per esempio, un maggiore investimento verso gli anziani piuttosto che verso i minori e la famiglia; verso le disabilità piuttosto che verso i processi di spopolamento ecc.). Spesso, una sorta di informale "memoria personale" dei policy makers – in luogo di una chiara mappa dei servizi offerti, del loro peso economico, del volume degli utenti raggiunti e di quello non ancora coperto, della gerarchia dei problemi da affrontare nel medio e lungo periodo – costituisce la guida per l'elaborazione e l'implementazione delle politiche di welfare locale, includendo quindi già in partenza notevoli margini di inefficacia dell'azione.

Questo contributo offre un esempio di come si possa definire, con gli strumenti a disposizione di ogni singola amministrazione comunale, una mappa dettagliata della complessità dei servizi socio-assistenziali attivati sul territorio e, in particolare, dai 32 comuni afferenti al Plus Ales-Terralba. Si è cercato così di individuare la presenza di specifici modelli di welfare locale, le distinte strategie di aggregazione in network da parte dei sindaci e degli altri stakeholder, le differenti capacità di rispondere alle emergenze e bisogni che il territorio esprime. Alla luce delle finalità indicate, si è focalizzata l'attenzione sui servizi per la famiglia e i minori, gli anziani, i disabili, l'universo delle dipendenze, la salute mentale, l'immigrazione, l'emigrazione. Su queste tematiche si è restituita una rappresentazione di ciò che il settore pubblico locale è riuscito a strutturare (servizi, spesa, personale, politiche, progetti) in alcune delle aree più problematiche dell'isola, quelle della Marmilla e del Parte Montis, con una forte distanza dai centri di offerta dei servizi essenziali, un fattore che, com'è noto, riduce il benessere della popolazione locale e limita le scelte e le opportunità dei cittadini su sanità,

istruzione, mobilità e *digital divide*. La gran parte dei Comuni afferenti al Plus sono, infatti, interni alla prima area pilota della Sardegna inserita all'interno della Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI)³.

1. La cornice metodologica

Per definire la mappa dell'universo dei servizi sociali offerti nei 32 paesi che costituiscono il Plus Ales-Terralba si è scelto di ricorrere a uno strumento utilizzato, ogni anno, in modo omogeneo dalle amministrazioni locali: l'*Indagine ISTAT sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*⁴. Questa indagine raccoglie informazioni sulle politiche di welfare gestite a livello locale su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire un monitoraggio delle risorse impiegate e delle attività realizzate nell'ambito della rete integrata di servizi sociali territoriali⁵. Infatti, come previsto dalla legge n. 328/2000 (legge di riforma dell'assistenza) le amministrazioni comunali sono titolari della gestione dei servizi socio-assistenziali e degli interventi a favore dei cittadini; tale gestione viene esercitata sia in forma singola sia in forma associata con altre amministrazioni comunali territorialmente limitrofe, nell'ambito delle strategie di programmazione e intervento definite a livello di Plus e/o a livello regionale.

In ogni caso, l'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai Comuni singoli, dalle loro associazioni e da tutte le organizzazioni pubbliche che contribuiscono a definire l'offerta di servizi socio-assistenziali per delega da parte dei Comuni stessi. L'indagine si avvale di un metodo innovativo di somministrazione del questionario, che viene compilato via web⁶.

³ <https://www.sardegnaprogrammazione.it/index.php?xsl=1384&s=345905&v=2&c=14760>.

⁴ <https://www.istat.it/it/archivio/216593>.

⁵ Il progetto, finalizzato alla rilevazione degli interventi e servizi sociali erogati sul territorio nazionale dai Comuni singoli o associati, nasce nel 2003 con lo scopo di sopperire alla forte carenza informativa in tale settore di intervento e concorrere alla costruzione di una base dati funzionale alla definizione e al monitoraggio dei LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale), come previsto dalla l. 328/2000. L'indagine fa parte del SISTAN (Sistema Statistico Nazionale) e nasce da un rapporto di collaborazione fra la Ragioneria Generale dello Stato (RGS) e Istat a cui, successivamente, hanno aderito il CISIS (Ufficio di coordinamento statistico delle regioni), il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e diverse regioni.

⁶ La trasmissione dei dati avviene tramite questionario elettronico accessibile, sul sito *web* della RGS, a tutti i Comuni e le associazioni referenti per l'indagine e alle Regioni che hanno assunto il ruolo di controllo e coordinamento della rilevazione nel territorio di competenza. L'utilizzo del questionario elettronico presenta notevoli vantaggi rispetto alle forme tradizionali

Il questionario rileva aspetti qualitativi (tipologie di servizi erogati) e quantitativi (dati finanziari e statistici) delle attività socio-assistenziali dei Comuni singoli o associati adottando una nomenclatura e criteri di classificazione condivisi a livello nazionale. I quesiti sono strutturati per funzione (anziani, disabili, minori e famiglie, dipendenze, immigrati, disagio adulti e multiutenza) e tipologia di prestazione. Le tipologie di prestazione sono selezionate in base alla loro significatività nell'incrocio con la singola funzione e sono raggruppate in tre macro-aree: interventi e servizi, trasferimenti monetari, strutture. Per ciascuna delle combinazioni fra prestazione e funzione, viene rilevato il dato di spesa a cui è generalmente associato, se significativo, un indicatore della domanda (numero di utenti, di interventi, ecc.). Ulteriori informazioni richieste sono: la presenza del servizio sul territorio, la forma gestionale (diretta o indiretta) del servizio e se il diritto alla prestazione sia o meno subordinato alla prova dei mezzi (*means-tested*).

L'inizio della rilevazione è condizionato dalla chiusura dei bilanci dei Comuni e degli altri enti e le informazioni sono raccolte a partire dal 30 giugno, con riferimento ai servizi erogati e alle spese impegnate per l'anno precedente⁷. Purtroppo, spesso l'ampio e dettagliato volume di informazioni che quest'Indagine è capace di offrire ogni anno agli stakeholders non viene utilizzato dagli stessi per l'elaborazione o la ri-calibrazione delle proprie politiche, e i dati non vengono elaborati e analizzati ma "vissuti" come un semplice obbligo amministrativo nei confronti del Ministero.

Questo lavoro ha utilizzato i questionari disponibili e si riferisce all'indagine che fotografa "lo stato dell'arte" dei 32 comuni del Plus Ales-Terralba al 31 dicembre 2015. Oltre al complesso delle informazioni presenti nei singoli questionari, si è provveduto sia a raccogliere – quando prodotti – i Piani Socio-Assistenziali o le schede di attività redatte dai singoli comuni, sia a effettuare interviste in profondità ai

di raccolta dei dati in quanto: i) consente di usufruire, *on line*, dell'informazione utile alla compilazione del questionario, ii) rende i dati inseriti più facilmente controllabili grazie a tabelle di riepilogo e a forme di controllo automatico sulla coerenza delle risposte e iii) permette l'acquisizione immediata dei dati registrati in un *database* centralizzato senza alcun intervento manuale.

⁷ La compilazione del questionario da parte dei referenti di ciascun Ente (solitamente l'operatore sociale o l'amministrativo interno al settore dei servizi sociali) viene effettuata da luglio a dicembre. Durante il presente lavoro di ricerca si è rilevata la necessità (in futuro) di armonizzare e standardizzare il metodo di immissione dei dati da parte degli operatori sociali i quali, spesso, hanno espresso diversi dubbi in merito ad aree di attività professionali erogate che il questionario non era in grado di cogliere. Anche grazie a questi rilievi, l'Ufficio di Piano del Plus di Ales-Terralba ha impostato un lavoro di discussione con gli stessi operatori sociali e di impostazione di uno strumento capace di colmare i deficit rilevati.

sindaci e alle operatrici che gestiscono le attività del servizio sociale comunale (assistenti sociali, pedagogiste ecc.), in merito alla gerarchia delle problematiche sofferte dal contesto locale, ai nodi irrisolti delle comunità nella relazione tra la società civile e le istituzioni, ai metodi di lavoro delle operatrici e ad alcune rappresentazioni che le stesse operatrici hanno dato dell'attività del Plus e, infine, alle strategie di organizzazione progettuale in network agite dagli *stakeholders* locali (i cui risultati sono discussi anche nel capitolo "Marginalità e comunità in rete. Il senso dei luoghi dalla voce dei sindaci", curato da Podda e Porru, in questo volume, pp. 185-217). In tal modo si è cercato di associare all'analisi dei dati quantitativi dell'Indagine Istat un metodo di ricerca qualitativo, che potesse arricchire e completare in modo consapevolmente critico la mappa dei servizi offerti e definire un primo profilo di esigenze e bisogni che la popolazione locale esprime diffusamente o cela per diversi motivi, creando così alcune difficoltà a essere colte dalle istituzioni pubbliche che sono chiamate a programmare e organizzare il welfare locale in modo singolo o associato.

A differenza dei Piani Socio-Assistenziali o delle schede di impegno e spesa, i dati del questionario ISTAT, scarsamente utilizzato nei lavori di ricerca sociologica, possono essere assunti come uno schema di riferimento per: a) armonizzare le definizioni e le classificazioni già esistenti sul territorio; b) condividere un unico sistema di classificazione delle prestazioni; c) avere un adeguato livello di disaggregazione. Infatti, il lavoro proposto in questa sede ha utilizzato una classificazione standardizzata dei servizi sociali e dunque un linguaggio comune: il nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali.

I dati appartengono a due tipologie: dati di spesa e dati di contesto. I primi si richiamano al totale delle risorse economiche che i 32 comuni hanno destinato al finanziamento dei propri interventi sociali negli anni 2014 e 2015. Come già ricordato, tali dati derivano dall'*Indagine sulle spese sociali dei Comuni singoli e associati*, una rilevazione statistica ufficiale condotta a cadenza annuale dall'Istat (2015). La spesa sociale comunale è disaggregata in componenti, aree e interventi; questa è una classificazione che tiene conto delle nomenclature definite a livello legislativo⁸. Per semplificare l'analisi e la lettura dei dati, le numerose voci di spesa utilizzate dall'Istat (interventi) sono state aggregate in tipologie che si riferiscono alla natura delle prestazioni e ai loro obiettivi (spese per interventi professionali, per strutture, contributi in danaro ecc.).

⁸ Conferenza delle Regioni e delle Province, *Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali*, Roma, 29 ottobre 2009.

L'Istat aggrega i dati e li diffonde solo a livello regionale (talvolta provinciale): dunque i confronti possono essere effettuati solo tra Regioni e tra Province, ma non possono essere fatti tra Comuni, come invece si dimostra possibile grazie a questo lavoro. Qui, infatti, i dati si riferiscono ai singoli Comuni, al totale espresso dai Comuni del Plus e, a livello aggregato, all'Unione dei Comuni dell'Alta Marmilla, del Parte Montis e del Terralbese: dunque è possibile effettuare confronti tra queste diverse dimensioni territoriali-amministrative, cosa invece impossibile attraverso i dati diffusi dall'Istat. Al fine di garantire la comparabilità dei volumi di spesa fra Comuni di dimensioni demografiche alquanto differenti, una buona parte dei dati di spesa sono stati normalizzati rispetto alla popolazione, e dunque espressi come rapporto spesa/abitante. Ovviamente le spese per abitante sono un'altra cosa rispetto alla spesa per utente: quando è stato proposto il dato per utente si è provveduto a qualificarlo secondo le specifiche categorie di area.

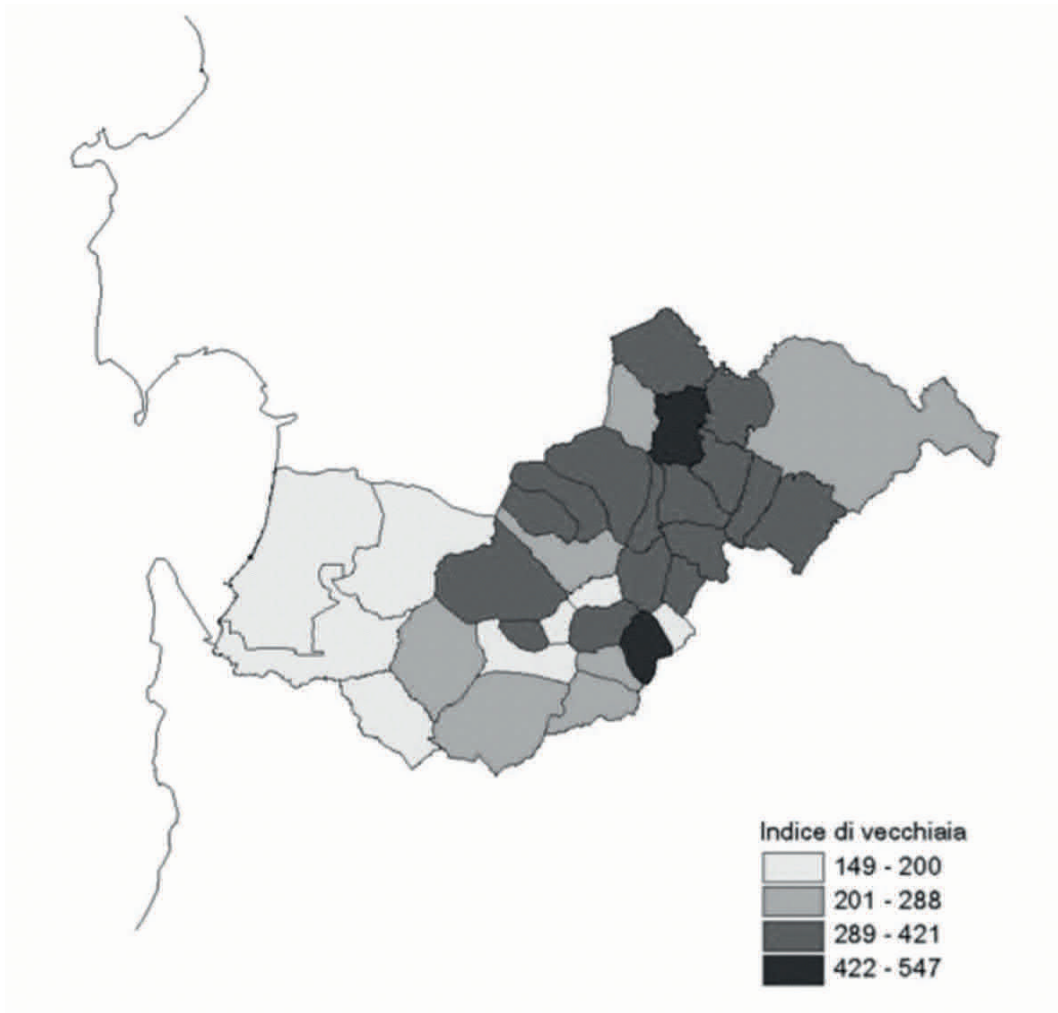
I dati di contesto sono anch'essi rilevati a livello comunale e descrivono peculiari caratteristiche demo-socio-economiche del territorio indagato; sono dati che possono essere messi in rapporto con quelli degli interventi di welfare locale attuati dai Comuni, come ad esempio il tasso di invecchiamento, il reddito pro capite ecc. Il volume di reddito pro capite a disposizione è, per esempio, un buon segnalatore di un maggiore o minore bisogno di politiche socio-assistenziali in specifici territori e può costituire un evidente banco di prova dell'efficacia di alcune politiche promosse dalle istituzioni pubbliche, come quelle relative al contrasto all'esclusione sociale e alle povertà estreme.

2. Il contesto territoriale

Il Plus d'ambito di Ales-Terralba comprende 32 Comuni, facenti parte del medesimo distretto sanitario: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde. Quello del Plus appare come un territorio fortemente eterogeneo sia dal punto di vista socio-demografico che da quello socio-economico. Queste differenze sono state riportate in modo sintetico attraverso i cartogrammi seguenti, utilizzando, per il 2015, gli indici di vecchiaia, natalità e i tassi di attività (fonte Istat). La popolazione residente nei 32 Comuni è fortemente squilibrata a vantaggio di Terralba che, da

sola, raccoglie quasi un quarto della popolazione complessiva e degli altri Comuni del Terralbese che, insieme rappresentano quasi la metà dei residenti nei 32 paesi.

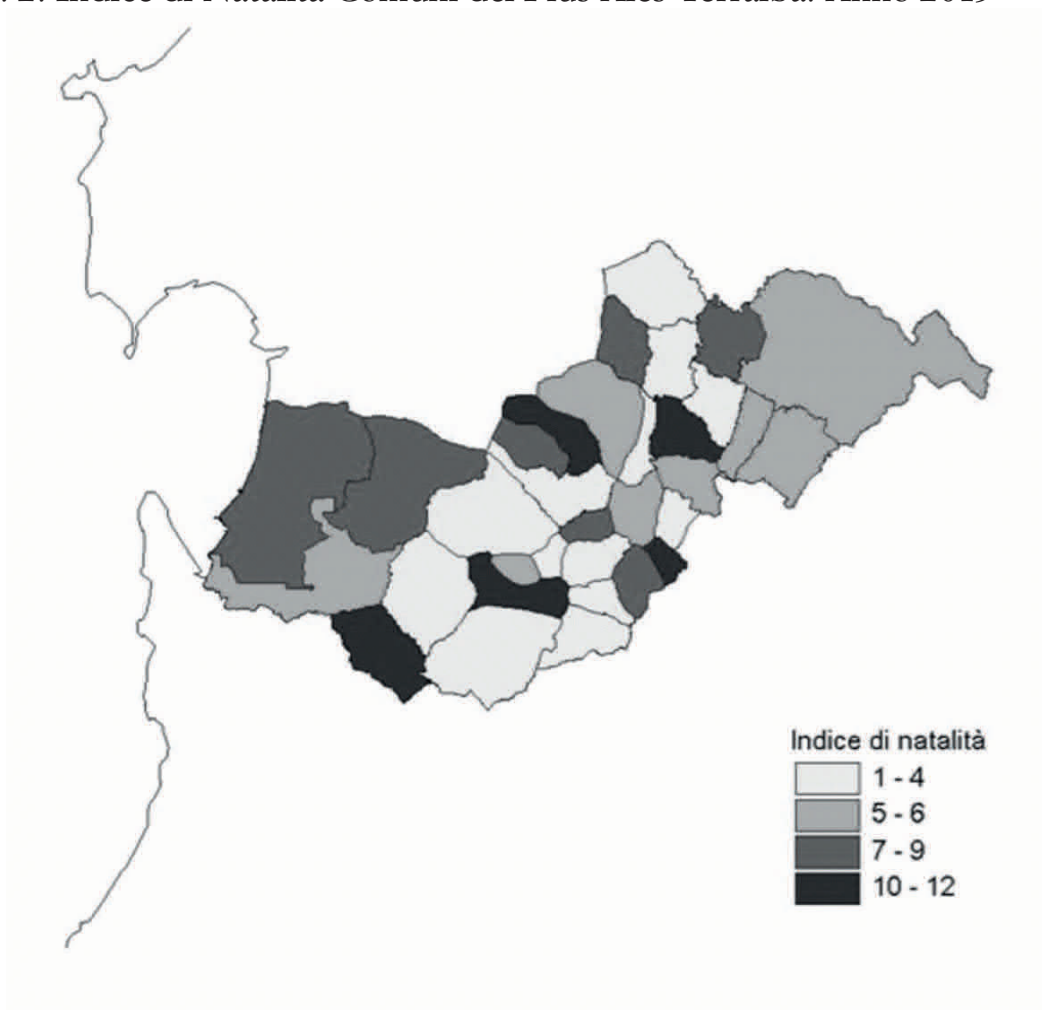
Fig. 1. Indice di Vecchiaia Comuni del Plus Ales-Terralba. Anno 2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

Com'è possibile notare dalla fig. 1, i diversi Comuni esprimono una composizione e delle dinamiche socio-demografiche fortemente differenziate: gli indici di vecchiaia delle tre aree che compongono il Plus vanno da un valore di 180 per il Terralbese, a 226 per il Parte Montis, fino a 347 per l'Alta Marmilla. Ma anche all'interno delle diverse aree, gli indici variano in modo notevole: si prenda, per esempio, il caso dell'Alta Marmilla, dove è possibile riscontrare tassi di vecchiaia pari a 184 per Baradili, ma 547 per Baressa, o a 538 per il comune di Villa Sant'Antonio; o nello stesso Parte Montis, con Pompu che esprime un indice di vecchiaia di 166 e il vicino comune di Siris addirittura di 317.

Fig. 2. Indice di Natalità Comuni del Plus Ales-Terralba. Anno 2015



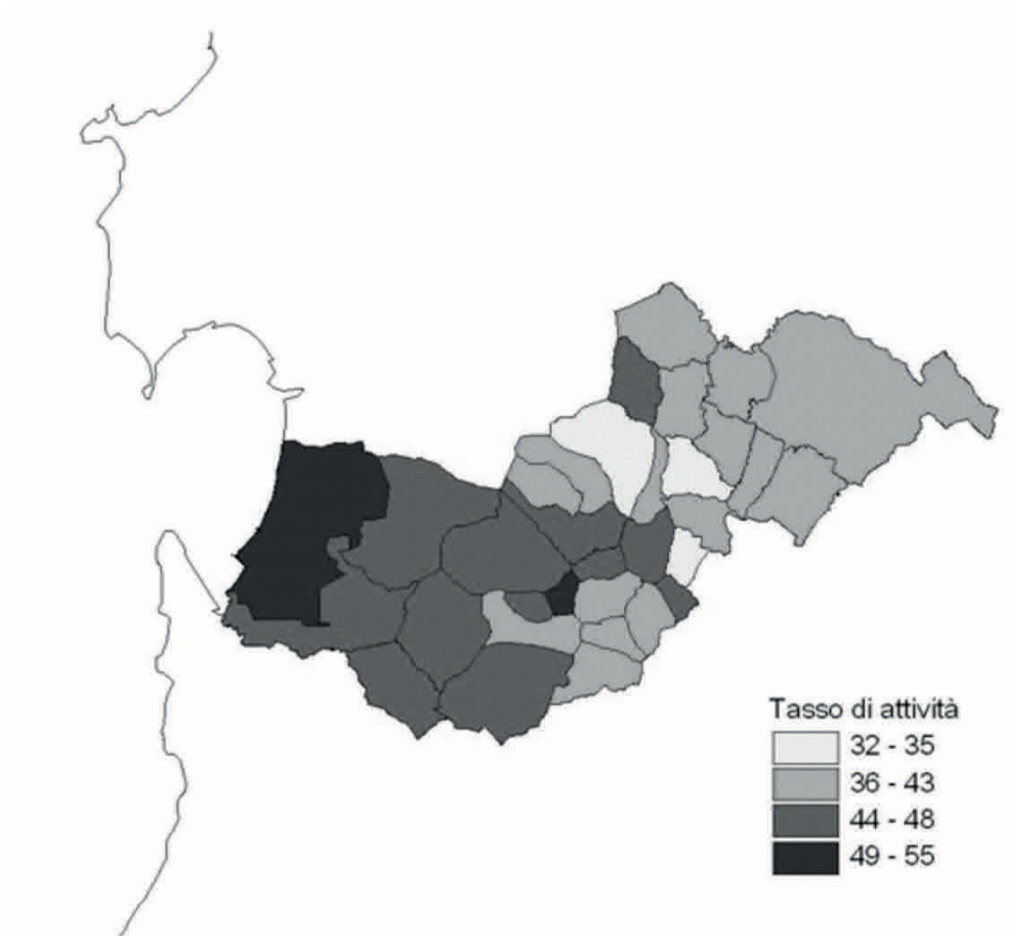
Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

Una maggiore uniformità sembra invece caratterizzare i comuni del Terralbese, sia negli indici di vecchiaia sia in quelli di natalità e mortalità, come in quello di dipendenza. I primi due indici mettono in evidenza uno stato di salute demografico notevolmente migliore per i Comuni del Terralbese rispetto a quelli del Parte Montis e dell'Alta Marmilla, e anche l'ultimo indice (dipendenza), che misura il rapporto tra la popolazione in età non attiva (1-14 anni e 65 anni e più) e quella in età lavorativa (15-64 anni), mette in luce un miglior equilibrio demografico dei Comuni del Terralbese in rapporto ai rimanenti paesi del Plus.

Com'è possibile notare nella fig. 3, la condizione professionale (e il settore economico) dei residenti nei 32 comuni del Plus Ales-Terralba è fortemente differente. Gli indicatori di "vitalità economica" di uno spazio sociale indicano una notevole distanza dell'insieme delle realtà dei Comuni che afferiscono al Plus Ales-Terralba sia rispetto al dato medio

della provincia di Oristano, sia rispetto a quello regionale: il tasso di attività è 5-7 punti distante dai valori espressi nelle macro-aree. Anche il tasso di occupazione e quello di disoccupazione giovanile evidenziano una maggiore difficoltà del territorio del Plus. Ma all'interno di tale contesto si possono notare notevoli differenze interne: i Comuni del Terralbese dimostrano uno "stato di salute" economico notevolmente migliore dei restanti Comuni. Viceversa, alcuni Comuni dell'Alta Marmilla e del Parte Montis evidenziano problematiche occupazionali di disarmante gravità: tassi di disoccupazione giovanili superiori di 20 o 30 punti percentuali rispetto alla media isolana o a quella della provincia di Oristano, come ad Albagiara (66,6 per cento), Gonnoscodina (73,3 per cento), Gonnostramatza (64,3 per cento), Morgongiori (66,6 per cento), Simala (66,6 per cento), numeri che sono capaci di spiegare da soli i forti flussi migratori in uscita da queste realtà e l'innescò di preoccupanti dinamiche di desertificazione sociale.

Fig. 3. Tasso di Attività Comuni del Plus Ales-Terralba. Anno 2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

3. La spesa sociale comunale e le sue componenti fondamentali

I dati utilizzati sono l'esito di una ricognizione effettuata ogni anno dalle amministrazioni comunali sulle entrate e sulle uscite dei propri bilanci. La spesa sociale totale è la somma di tre componenti.

- a) La spesa finanziata da trasferimenti del Sistema Sanitario Nazionale per interventi di gestione e responsabilità dei Comuni con un profilo di integrazione tra le prestazioni socio-assistenziali e quelle sanitarie, come, per esempio, il servizio di assistenza domiciliare a favore di anziani o persone con disabilità.
- b) La spesa finanziata dagli utenti come compartecipazione ai costi di produzione di servizi a domanda individuale, come nel caso delle rette per le residenze destinata agli anziani o quelle per l'utilizzo degli asili nido.
- c) La spesa finanziata dai Comuni, al di fuori dei casi precedentemente descritti, ovvero con risorse del proprio bilancio; tali risorse provengono da trasferimenti vincolati nazionali o regionali (i fondi per le politiche sociali) o da altre entrate a destinazione discrezionale (per esempio quelle che derivano dalla tassazione locale e sono destinate a coprire le spese correnti per alcune funzioni sociali).

In questo saggio si parlerà di “Quota pagata dal SSN”, “Quota pagata dagli utenti” e “Spesa netta”. La spesa netta è dunque calcolata come differenza tra la Spesa Sociale totale e le quote di compartecipazione a carico del SSN e degli utenti. La Spesa sociale netta si riferisce, quindi, al volume di risorse che le amministrazioni comunali spendono “di tasca propria” per finanziare interventi sociali. Nella realtà dei fatti, una parte di tali risorse deriva dalla ripartizione di fondi nazionali e regionali secondo criteri che la normativa fissa di volta in volta, ma un'altra parte della spesa netta ha natura effettivamente discrezionale, nel senso che gli amministratori avrebbero potuto destinarla ad altri obiettivi. È una distinzione rilevante, giacché è uno dei fattori alla base della differenza di orientamento alla spesa tra i Comuni che spendono “poco” e quelli che spendono “molto” per il welfare locale; altri elementi che possono incidere sulla variabilità della spesa sociale lorda dei Comuni sono il livello di integrazione con il welfare sanitario e il livello di compartecipazione degli utenti ai costi di finanziamento del sistema socio-assistenziale.

Nel 2015 il volume complessivo della spesa sociale lorda effettuata dai 32 Comuni del Plus Ales-Terralba è di oltre 10 milioni di euro: un dato inferiore rispetto all'anno precedente, che certifica un minor

volume di risorse a disposizione dei Comuni per finanziare i necessari servizi, azioni e strutture di welfare locale nell'area. In linea con un diffuso trend, la diminuzione delle risorse appare pressoché generale: l'11 per cento in meno del 2014 per ciò che riguarda la spesa netta dei 32 Comuni del Plus; il 7,49 per cento in meno per ciò che attiene alla quota pagata dagli utenti; e il 10,8 per cento in meno per il totale della spesa (pubblica e privata) del Plus. La ripartizione delle fonti (tra privati, pubblico e Servizio Sanitario Nazionale) al finanziamento dei servizi sociali comunali, tranne poche piccole variazioni, è rimasta pressoché immutata rispetto al 2014: il SSN è assente e la quota/parte richiesta ai privati è risibile, poco oltre il 6 per cento (cfr. tab. 1).

Tab. 1. Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni, compartecipazione degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale. Anno 2015 (valori percentuali)

COMUNI	Spesa dei comuni	Compartecipazioni alla spesa		Totale spesa impegnata (Spesa pubblica e degli utenti)
		Quota pagata dagli utenti	Quota pagata dal Ssn	
TOTALE PLUS	93,6	6,4	-	100,0
Unione dei Comuni Alta Marmilla	95,0	5,0	-	100,0
Unione dei Comuni Parte Montis	96,3	3,7	-	100,0
Unione dei comuni Terralbese	95,9	4,1	-	100,0
SARDEGNA	93,8	6,0	0,2	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

Come appare evidente dalla tab. 2, la diminuzione delle risorse appare più accentuata nell'Unione dei Comuni del Terralbese (-15 per cento di spesa totale) e dell'Alta Marmilla (-10,6 per cento); più contenuta, se non stabile, risulta invece la riduzione della quota nell'Unione dei Comuni del Parte Montis (-0,91 per cento). All'interno delle Unioni vi è una grande eterogeneità: ci sono paesi che hanno dovuto sopportare importantissime erosioni di risorse rispetto al precedente anno: Curcuris (-80 per cento), Genoni (-37 per cento), Terralba (-32 per cento), Gonnosnò (-29 per cento), San Nicolò D'Arcidano (-28 per cento), Pompu (-24 per cento), Usellus (-21 per cento), Gonnoscodina (-21

per cento). Pochi altri paesi hanno viceversa visto incrementare il dato a disposizione per finanziare il loro welfare locale: Arborea (+53 per cento), Villa Sant'Antonio (+55 per cento), Siris (+20 per cento), Sini (+31 per cento), Gonnostramatza (+10 per cento).

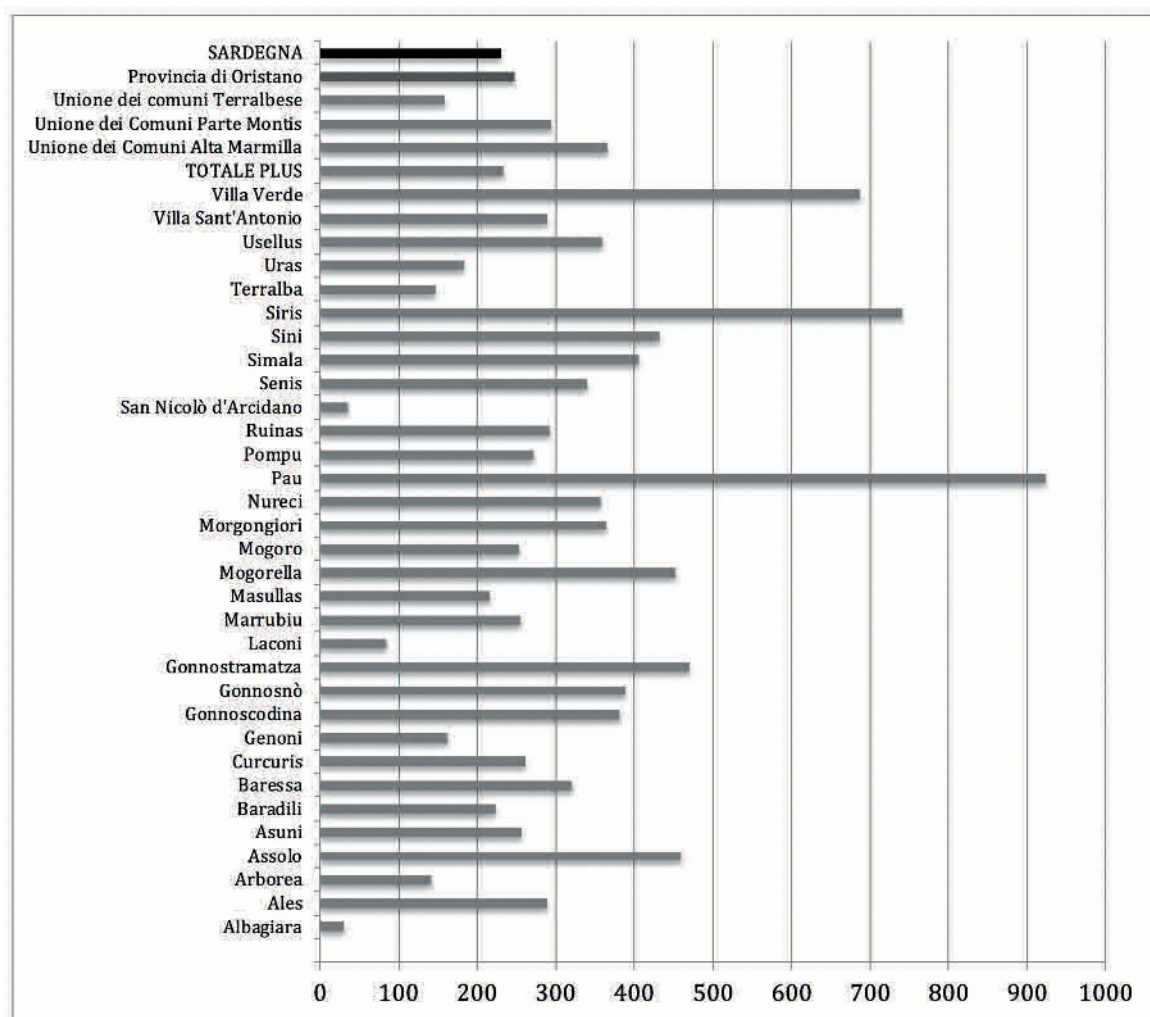
Tab. 2. Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni, compartecipazione degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale. Incrementi percentuali [(2015-2014) /2014*100]

COMUNI	Spesa netta dei comuni	Compartecipazioni alla spesa		Totale spesa impegnata (Spesa pubblica e degli utenti)
		Quota pagata dagli utenti	Quota pagata dal Ssn	
TOTALE PLUS	-11,00	-7,49	-	-10,79
Unione dei Comuni Alta Marmilla	-10,51	-11,69	-	-10,57
Unione dei Comuni Parte Montis	-1,44	15,47	-	-0,91
Unione dei comuni Terralbese	-14,83	-18,52	-	-15,02

Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

Le possibilità di confronto tra unità territoriali con diversa densità demografica hanno maggior senso e si possono correttamente fare solo ricorrendo a rapporti, in particolare in ragione del numero dei residenti. Il numero di abitanti presenti in ogni territorio comunale è infatti una variabile fondamentale per spiegare il volume di spesa sociale netta che ogni amministrazione mette annualmente in campo. Ma se questo è vero in tanti casi, non bisogna legare automaticamente le due variabili. Come è evidente dalla fig. 4, esiste un'enorme eterogeneità di trattamento welfaristico nelle diverse realtà: i comuni del Plus hanno mediamente speso nel 2015 circa 233 euro per residente, 20 euro in meno rispetto al 2014, in linea con la spesa media regionale (230 euro). Questa media è sopravanzata in modo rilevante nell'Unione dei Comuni dell'Alta Marmilla (circa 366 euro/pro capite) e nell'Unione Comuni Parte Montis (294 euro/pro capite), mentre l'Unione dei Comuni del Terralbese "arranca" in modo notevole (158 euro/pro capite).

Fig. 4. Spesa sociale netta per abitante (Comuni e media Plus). Anno 2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

Un buon indicatore, capace di aiutarci a rispondere alla domanda “esistono modelli diversi di welfare locale che insistono nel territorio del Plus?”, è dunque la spesa pro-capite: se la spesa media pro capite dell’insieme dei Comuni del Plus è di 233 euro, tale cifra nasconde enormi differenze sia tra Unioni dei Comuni, sia all’interno delle singole Unioni dei Comuni, sia tra le singole amministrazioni cittadine. Agli estremi inferiori troviamo Albagiara (con 31 euro pro-capite) e San Nicolò d’Arcidano (35 euro), mentre agli estremi superiori si assestano Pau (923 euro pro capite), Siris (741 euro) e Villa Verde (687 euro); nel mezzo, si distribuiscono Comuni che attraversano il *range* in modo distinto.

Tab. 3. Percentuale di popolazione, percentuale di spesa netta e spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni. Anno 2015

Comune di	GRUPPO COMUNI	Popolazione (%)	Spesa sociale netta (%)	Spesa pro/capite
Albagiara	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,61	0,08	30,6
San Nicolò d'Arcidano	Unione dei comuni Terralbese	6,14	0,95	34,7
Laconi	Comune di Laconi	4,35	1,65	84,7
Arborea	Unione dei comuni Terralbese	8,95	5,67	141,4
Terralba	Unione dei comuni Terralbese	23,16	15,11	145,8
Genoni	Comune di Genoni	1,90	1,37	161,5
Uras	Unione dei comuni Terralbese	6,56	5,36	182,6
Masullas	Unione dei Comuni Parte Montis	2,49	2,41	216,1
Baradili	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,19	0,19	223,1
Mogoro	Unione dei Comuni Parte Montis	9,57	10,86	253,5
Marrubiu	Unione dei comuni Terralbese	10,80	12,28	254,2
Asuni	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,76	0,87	255,8
Curcuris	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,70	0,81	260,5
Pompu	Unione dei Comuni Parte Montis	0,60	0,73	272,5
Villa Sant'Antonio	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,82	1,06	288,5
Ales	Unione dei Comuni Alta Marmilla	3,30	4,27	289,2
Ruinias	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,57	2,06	292,6
Baressa	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,54	2,21	320,3
Senis	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,03	1,57	339,5
Nureci	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,78	1,24	357,2
Usellus	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,83	2,95	359,0
Morgongiori	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,68	2,74	363,7
Gonnoscodina	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,10	1,88	381,3
Gonnosnò	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,76	3,07	389,1
Simala	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,76	1,37	405,4
Sini	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,12	2,16	431,3
Mogorella	Unione dei Comuni Alta Marmilla	1,00	2,03	451,9
Assolo	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,90	1,86	460,0
Gonnostramatza	Unione dei Comuni Parte Montis	2,09	4,41	470,7
Villa Verde	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,74	2,27	687,2
Siris	Unione dei Comuni Parte Montis	0,50	1,67	741,2
Pau	Unione dei Comuni Alta Marmilla	0,68	2,82	923,3

Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

In ragione di queste enormi differenze, che in parte derivano da margini discrezionali di azione da parte delle singole amministrazioni e in parte da precedenti attività pregresse, che hanno contribuito a costruire su distinti territori strutture e interventi sociali di diverso peso finanziario, possiamo azzardare una prima definizione di differenti stili di welfare locale.

Nel caso specifico, possiamo definirli:

- welfare standard (laddove la spesa sociale pro/capite si colloca tra l'85 per cento e il 130 per cento della spesa pro/capite media del Plus);
- welfare sofferente (laddove la spesa sociale pro/capite è al di sotto dell'85 per cento della spesa pro/capite media del Plus);
- welfare generoso (laddove la spesa sociale pro/capite è superiore al 130 per cento rispetto alla spesa pro/capite media del Plus).

È evidentemente una scelta arbitraria e discutibile, e ciò non dice molto in merito a elementi di efficienza ed efficacia degli interventi effettuati, ma serve come prima bussola di orientamento rispetto al comportamento di spesa sociale dei diversi Comuni e delle diverse Unioni di Comuni, che è molto eterogeneo, come si è potuto notare. Nella tab. 3 abbiamo provveduto a contrassegnare su sfondo bianco i Comuni con stile welfaristico standard, in grigio chiaro quelli con un welfare sofferente e in grigio scuro i Comuni con uno stile di welfare generoso. Rispetto al 2014 si può evidenziare un “ingrossamento” delle fila nella sezione del welfare in sofferenza, un assottigliamento del numero dei Comuni che possono dimostrare un welfare generoso e un largo appiattimento nella fascia del welfare standard. Di fatto, la notevole riduzione dei finanziamenti certificata per l’anno 2015 ha comportato un impoverimento complessivo del territorio, impedendo la riproduzione dell’insieme dei servizi e delle offerte prima presenti in molte realtà locali.

In generale possiamo abbozzare un primo profilo di tre comportamenti welfaristici distinti territorialmente.

- 1) Mentre nel 2014 una buona parte dei paesi dell’Alta Marmilla era riuscito a esprimere un welfare notevolmente generoso o di poco superiore alla media Plus della spesa sociale pro/capite (per lo più paesi con modeste percentuali di residenti rispetto al totale complessivo, ma che avevano dimostrato un volume finanziario di attenzione verso la popolazione residente assolutamente apprezzabile), nel 2015 il risultato è “deludente”: sono solo tre Comuni (Villaverde, Pau e Siris) a guadagnarsi l’etichetta di welfare generoso.
- 2) Ai due paesi del Terralbese, due dell’Alta Marmilla e Laconi, che nel 2014 avevano dimostrato una spesa sociale pro/capite molto al di sotto della media Plus, nel 2015 si aggiungono i rimanenti paesi del Terralbese. Dunque, al di là di Marrubiu, tutta l’Unione dei Comuni del Terralbese appare in notevole sofferenza.
- 3) Infine, la gran parte dei paesi dell’Alta Marmilla e del Parte Montis si concentra in quella che abbiamo definito la categoria del welfare standard, ovvero con una spesa sociale pro/capite di poco superiore o uguale alla spesa media pro/capite del Plus.

4. Le fonti di finanziamento

Le fonti di finanziamento della spesa sociale comunale sono articolate in sette voci.

1. Fondo indistinto per le politiche sociali (quota nazionale e quota regionale o provinciale nel caso di province autonome). In tale categoria trovano collocazione sia il trasferimento regionale delle risorse indistinte attribuite alle Regioni nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui alla legge 328/2000 (quota nazionale), sia le risorse messe a disposizione dalla Regione nel fondo socio-assistenziale regionale (quota regionale).
2. Fondi regionali vincolati per le politiche sociali (esclusa la quota regionale o provinciale del fondo indistinto). Qui è possibile collocare i trasferimenti correnti dalla Regione con la specifica denominazione di "trasferimenti a destinazione vincolata". Si tratta di contributi non utilizzabili per la gestione caratteristica dell'ente.
3. Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o dall'Unione europea (esclusa la quota nazionale del fondo indistinto). In tale voce trovano collocazione i trasferimenti correnti dallo Stato o dall'Ue con la specifica denominazione di "trasferimenti a destinazione vincolata". Si tratta di contributi non utilizzabili per la gestione caratteristica dell'ente.
4. Trasferimenti da Comuni. Rientrano in tale voce i trasferimenti che un Comune ha ricevuto da parte di Comuni limitrofi, in seguito a convenzioni per specifici servizi. In tale categoria trovano collocazione anche i trasferimenti che l'ente associativo (Consorzio, Comunità Montana, associazione di Comuni, eccetera) riceve dai Comuni che hanno ad esso trasferito in tutto o in parte la funzione socio-assistenziale, solitamente sulla base di una quota pro capite concordata dei cittadini residenti.
5. Altri trasferimenti da enti pubblici. In tale voce trovano collocazione i trasferimenti effettuati da enti pubblici diversi da Comuni e Regione.
6. Trasferimento fondi da privati. In tale categoria trovano collocazione i trasferimenti effettuati da soggetti privati diversi dagli utenti.
7. Risorse proprie dell'ente. Tale voce è utilizzata dagli enti che gestiscono la funzione socioassistenziale direttamente con risorse desunte all'interno del proprio bilancio, quali i Comuni, singoli o capofila, le Comunità Montane ecc. Costituisce una posta contabile di entrate del bilancio complessivo dell'ente destinata alla copertura dei costi attribuiti alla funzione socio-assistenziale.

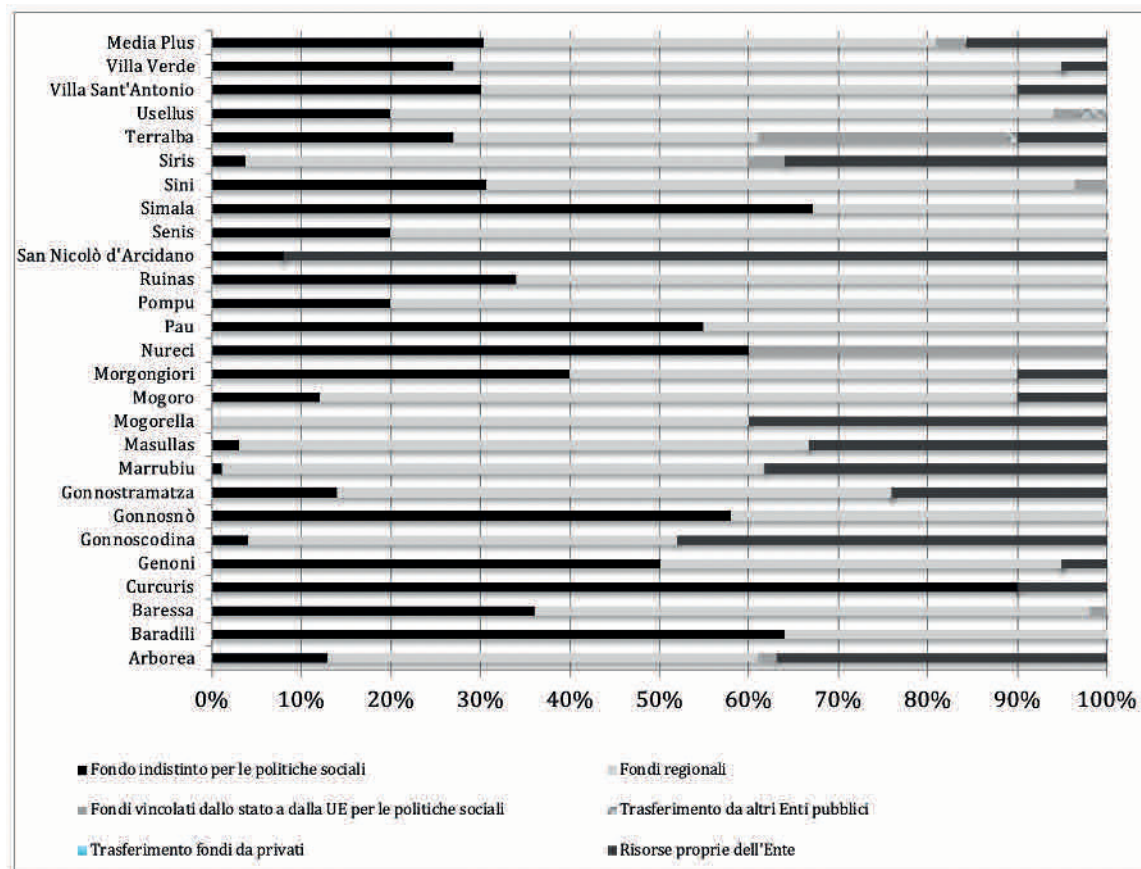
Come è possibile notare dal grafico seguente (fig. 5): a) esistono voci di finanziamento “corpose” e altre poco utilizzate; b) il comportamento dei Comuni è altamente eterogeneo; c) non risulta alcun trasferimento finanziario da Comuni limitrofi; d) sono assenti alcuni Comuni per mancanza di informazione⁹. In particolare, la media Plus evidenzia come la fonte di finanziamento maggiormente utilizzata dai Comuni analizzati sia la voce “fondi regionali”, che raggiunge quasi il 50,6 per cento, ma con circa il 6 per cento in meno rispetto al 2014; segue la voce “fondo indistinto per le politiche sociali”, pari a 30,3 per cento, anch’essa in lieve calo rispetto all’anno precedente; e infine l’utilizzo di risorse proprie dell’Ente, pari al 15,7 per cento). Si deve inoltre registrare un notevole aumento dell’utilizzo dei fondi regionali rispetto al 2014 (+5,2 per cento), mentre continuano a risultare residuali le altre voci di finanziamenti: dai fondi vincolati dallo Stato o dalla UE per le politiche sociali, al trasferimento da altri Enti pubblici fino a quello effettuato da privati.

Gli scarti più evidenti rispetto al 2014 sono da addebitarsi proprio alla voce “Fondi regionali”: il Comune di Curcuris perde l’80 per cento delle risorse (e ciò spiega l’enorme differenza di cifre rispetto a ciò che questo ente ha potuto certificare per il 2014); Mogorella ne perde il 20 per cento. Mentre possono essere lette positivamente le performance di alcuni Comuni che hanno avuto modo di utilizzare in modo massiccio, rispetto al precedente anno, questo tipo di risorse: Masullas (+63 per cento), Senis (+50 per cento), Sini (+21 per cento) Gonnosnò (+15 per cento) e Arborea (+12 per cento).

La nota rimarchevole è il calo dell’utilizzo della già residua voce “Fondi vincolati dallo Stato e dalla Ue per le politiche sociali”. Una fonte che, viceversa, se sfruttata diversamente e con maggior impiego di capacità progettuali e creative, sarebbe in grado di incrementare notevolmente sia le risorse finanziarie sia il volume di capitale sociale, di relazioni e di idee sicuramente capaci di “legare” un territorio a rischio di desertificazione demografica a contesti più aperti, dinamici e collaborativi.

⁹ Da questo punto di vista l’Istat avvisa in modo continuativo sulla possibilità, da parte dell’Istituto, di “metter mano” ai dati che le singole amministrazioni gli comunicano. Essendo un questionario compilabile solo on-line, errori di digitazione o sviste varie possono inficiare la restituzione di un dato corretto. Per questo motivo anche noi, che abbiamo utilizzato la copia cartacea dei singoli questionari, ci premuriamo di avvertire sulle possibili erroneità rispetto al dato reale.

Fig. 5. Le fonti di finanziamento della spesa sociale comunale* (valori percentuali). Anno 2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

5. Le aree di spesa sociale dei comuni

Il welfare locale è classificato per aree omogenee d'intervento definite dal nomenclatore in base alle caratteristiche dei fruitori delle prestazioni. Le aree sono sette, e in particolare:

- 1) Area famiglia e minori: in quest'area rientrano gli interventi e i servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori. I beneficiari degli interventi e dei servizi possono essere donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, famiglie con figli, famiglie monoparentali.
- 2) Area disabili: in quest'area rientrano gli interventi e i servizi a cui possono accedere utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale (comprese le persone affette da Hiv o colpite da Tbc). Le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti rientrano invece nell'area "anziani".

- 3) Area dipendenze: in quest'area rientrano gli interventi e i servizi rivolti a persone dipendenti da alcool e droghe.
- 4) Area anziani: in quest'area rientrano gli interventi e i servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane, nonché a favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie. Rientrano in questa area anche i servizi e gli interventi a favore di anziani affetti dal morbo di Alzheimer.
- 5) Area immigrati e nomadi: in quest'area rientrano gli interventi e i servizi finalizzati all'integrazione sociale, culturale ed economica degli stranieri immigrati in Italia. Per stranieri si intendono le persone che non hanno la cittadinanza italiana, comprese quelle in situazione di particolare fragilità, quali profughi, rifugiati, richiedenti asilo, vittime di tratta.
- 6) Area povertà, disagio degli adulti e senza dimora: in quest'area rientrano gli interventi e i servizi per ex detenuti, donne che subiscano maltrattamenti, persone senza dimora, indigenti, persone con problemi mentali (psichiatrici) e altre persone in difficoltà non comprese nelle altre aree.
- 7) Area multiutenza: in quest'area rientrano i servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenti, le attività generali svolte dai comuni e i costi sostenuti per esenzioni e agevolazioni offerte agli utenti delle diverse aree.

Sia nel 2014 che nel 2015 la spesa netta dell'insieme dei Comuni del Plus Ales-Terralba appare fortemente squilibrata verso l'area della disabilità, che raccoglie il 55,2 per cento delle risorse finanziarie (16 punti in più rispetto alla media regionale); segue, a netta distanza, l'area della povertà, disagio degli adulti e senza fissa dimora (12,8 per cento); poi quella degli anziani (14,3 per cento) e la famiglia e i minori (12,8 per cento). Ancora una volta, l'area delle dipendenze e quella dedicata a immigrati e nomadi non sembrano essere al centro dell'attenzione delle politiche di welfare locale, raggiungendo entrambe appena lo 0,1 per cento delle risorse dedicate. Infine, raddoppia la sua quota di finanziamento l'area delle multiutenze (4,7 per cento).

Gli elementi più importanti da rimarcare appaiono i seguenti:

- 1) la diffusa riduzione delle risorse a disposizione ha inciso in quasi tutte le aree di utenza;
- 2) un territorio in notevole sofferenza socioeconomica e con robusti problemi di ordine socio-demografico si è visto sottrarre quote

Tab. 4. Spesa per interventi e servizi sociali per area di utenza e per regione e ripartizione geografica (valori percentuali). Anno 2015

COMUNI	Area di utenza							Totale
	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati	Povert�, disagio	Multiutenza	
TOTALE PLUS	12,8	55,2	0,1	14,3	0,1	12,8	4,7	100,0
Unione dei Comuni Alta Marmilla	9,7	51,0	0,0	12,5	0,0	16,8	10,0	100,0
Unione dei Comuni Parte Montis	11,4	56,8	0,0	19,5	0,0	11,8	0,5	100,0
Unione dei comuni Terralbese	17,4	58,7	0,2	11,6	0,2	9,7	2,1	100,0
SARDEGNA**	24,5	39,7	0,4	17,2	0,4	14,2	3,6	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

- consistenti proprio nelle aree maggiormente popolate dai soggetti più deboli (poveri e adulti senza dimora, anziani e disabili);
- 3) l'area famiglie e minori, che in ragione dei dati di contesto può essere individuata come un terreno cruciale per il rilancio di azioni, servizi e strutture capaci di rallentare e contrastare il fenomeno della de-natalità, dell'acuto invecchiamento e della "emorragica" mobilità in uscita, vede una preoccupante diminuzione di risorse, con uno scarto medio del Plus di oltre 12 punti dalla media regionale e, tra le diverse aree territoriali, una fortissima diminuzione proprio nell'Unione dei Comuni dell'Alta Marmilla, che di fatto di per sé dimostra anche le maggiori sofferenze socio-demografiche della zona;
 - 4) l'area della disabilità nella media del Plus sopravanza di oltre 15 punti la media regionale;
 - 5) continua la "disattenzione" dei Comuni verso l'area delle dipendenze, mentre, soprattutto sul versante alcool, ripetutamente richiamato come urgenza nelle interviste qualitative, si sarebbe dovuto operare in senso opposto.

6. Le tipologie degli interventi

All'interno di ogni area (famiglie e minori, anziani, disabilità, multiutenza ecc.), l'Istat chiede ai comuni di indicare in voci specifiche gli strumenti, i servizi e gli interventi implementati. La lista è particolarmente ricca in ogni area, per cui, per rendere più facilmente leggibile il materiale, opereremo delle semplificazioni, facendo riferimento agli strumenti effettivamente utilizzati dalle amministrazioni comunali. Le macro-tipologie individuate sono: a) Interventi e servizi professionali; b) Trasferimenti in danaro; c) Strutture.

I "servizi professionali" raccolgono tutte quelle attività a elevato contenuto tecnico prestate da personale qualificato (assistenti sociali, pedagogisti ecc.), che hanno come obiettivo il supporto alla soluzione di problemi e il miglioramento dell'autonomia degli utenti. Gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale (o di altri operatori sociali professionali) per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio: come è noto, le attività che maggiormente ricadono in questa categoria sono quelle di presa in carico e supporto e di intermediazione abitativa e/o assegnazione di alloggi, oltre che il servizio per l'affido minori, il servizio di accoglienza adulti e anziani presso famiglie, il servizio per l'adozio-

ne minori, quello di mediazione familiare, le attività di sostegno alla genitorialità, gli interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio, le attività ricreative, sociali, culturali e di mediazione socio-culturale, tutte le attività di sostegno socio-educativo-assistenziale e per l'inserimento lavorativo destinate a persone con disagi di diverso tipo, tutte le tipologie di assistenza domiciliare socio-assistenziale (integrata o meno col settore sanitario), e infine i servizi di supporto e quelli di pronto intervento sociale.

I "trasferimenti in danaro" individuano sia i contributi economici erogati direttamente agli utenti, sia i contributi erogati ad altri soggetti affinché forniscano servizi con agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette a particolari categorie di utenti. Rientrano in questa categoria anche l'integrazione (o il pagamento per intero) delle rette per prestazioni residenziali o semi-residenziali di cui il Comune non sia titolare. I trasferimenti in danaro raccolgono tre grandi tipologie di contributi: a) Contributi per l'attivazione di servizi di varia natura, come servizi alla persona, per cure o prestazioni sanitarie, servizi di trasporto, per l'inserimento lavorativo, per l'affido familiare di minori, per l'accoglienza in famiglia di disabili o anziani, e i contributi generici a enti o associazioni sociali); b) Contributi, sussidi e integrazioni a rette per strutture, come asili nido e centri diurni, per tutti i servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, per prestazioni semi-residenziali e residenziali; c) Integrazioni al reddito, ossia contributi per i servizi scolastici, per l'alloggio, a integrazione del reddito familiare, per il disagio mentale, per persone senza dimora, a titolo di prestito.

Le "strutture" individuano le spese per prestazioni erogate attraverso strutture residenziali o semiresidenziali gestite direttamente dall'ente o affidate in gestione a soggetti esterni (e dunque gestite indirettamente), che prevedono la presa in carico complessiva degli utenti per determinati momenti della giornata o anche in modo continuativo. Nel primo caso includono: asili nido, servizi integrativi per la prima infanzia, centri diurni, centri diurni estivi, ludoteche e laboratori, centri di aggregazione sociale, centri diurni per persone con disagio mentale, per persone senza fissa dimora o con disagi vari. Nel secondo includono poi tutte le strutture a carattere comunitario e residenziale, quali le strutture residenziali, i centri estivi o invernali (con pernottamento), le aree attrezzate per la popolazione nomade, i dormitori e le strutture di accoglienza per persone senza dimora, le strutture residenziali per adulti con disagi vari.

Tab. 5. Spesa dei Comuni per area di utenza e per macro-area di interventi e servizi sociali (valori percentuali, differenza 2015-2014). Anno 2015

AREA DI UTENZA	MACRO-AREA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI					
	Interventi e servizi	Differenza 2014	Trasferimenti in denaro	Differenza 2014	Strutture	Differenza 2014
Famiglie e minori	56,3	-4,4	14,6	-1,3	29,1	5,6
Disabili	55,1	-3,6	39,1	3,6	5,8	0
Dipendenze	100	10,9	0	0	0	-10,9
Anziani	75	-2,1	18,3	5	6,7	-2,8
Immigrati e nomadi	100	77,4	0	0	0	-77,4
Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	39,2	-8,5	60,8	8,5	0	0
Multiutenza	100	0,0	0	0	0	0
Totale	58,3	-2,9	33,8	2,8	7,9	0,1

Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

In quello che abbiamo descritto come un infelice trend negativo di erosione delle risorse finanziarie a disposizione dei Comuni per finanziare il proprio welfare locale, dobbiamo rimarcare un ancor pi  doloroso processo di allocazione di tali scarse risorse: sono gli interventi e i servizi a farne maggiormente la spesa, con un -3 per cento di risorse finanziarie qui investite, mentre cresce la tendenza a “monetizzare” il welfare, laddove sono proprio i trasferimenti in denaro a veder crescere la loro quota parte (quasi il 3 per cento in pi ). Sono le aree pi  problematiche, poi, a sentire il maggior peso di questa decisione allocativa: le famiglie hanno il 56,3 per cento dei finanziamenti (-5 per cento rispetto alla quota certificata nel 2014); i disabili il 55 per cento (quasi -4 per cento); gli anziani il 77 per cento (-2 per cento) e i poveri, senza fissa dimora o in condizione di grave disagio 39 per cento (-8 per cento rispetto alla quota parte decisa nel 2014).

Per ci  che attiene alle strutture, si deve evidenziare una dimensione di staticit  generale ma, al contempo, la scomparsa di quelle finalizzate all’aiuto ai dipendenti da sostanze nocive alla salute e agli immigrati e la forte riduzione della quota parte dedicata agli anziani. In sintesi, al

già grave problema della riduzione complessiva delle risorse a disposizione, si aggiunge la decisione di “spostarle” verso strumenti di dazione monetaria, sacrificando servizi, interventi e strutture.

Infine, l’analisi può essere svolta anche a livello comunale, con un’evidente eterogeneità di comportamenti. In un’ottica comparativa rispetto al dato del 2014, possiamo mettere in luce questi elementi.

- 1) Nonostante l’Unione dei Comuni dell’Alta Marmilla mostri un peso superiore dei finanziamenti destinati agli interventi e servizi e alle strutture, è proprio in quest’area che sembra essersi verificato un cambiamento decisivo nell’allocazione delle più scarse risorse, con una sottrazione del 17 per cento dagli interventi e servizi e del 10,7 per cento dalle strutture, a vantaggio di un’implementazione del welfare monetizzato (+9,5 per cento in trasferimenti in denaro);
- 2) I Comuni dell’Unione del Terralbese hanno visto la più grave dismissione di finanziamenti destinati agli interventi e ai servizi (-21 per cento);
- 3) Il Parte Montis ha “tenuto” rispetto alla ripartizione del 2014 per ciò che riguarda interventi e servizi e trasferimenti in denaro, mentre ha ceduto più dell’11 per cento per ciò che riguarda le strutture;
- 4) Ci sono Comuni che hanno incrementato di oltre il 100 per cento la destinazione delle risorse verso la monetizzazione (Nureci +177 per cento; Pau, +147 per cento); Comuni che hanno ridotto questa destinazione di oltre il 50 per cento (come Pompu, Gonnoscodina, Gonnosnò, Baradili);
- 5) Ci sono Comuni che hanno ridotto le risorse atte a finanziare interventi e servizi dal 30 per cento a oltre l’80 per cento (come nei casi di Albagiara, Curcuris, Gonnosnò, Terralba, Usellus);
- 6) Ci sono Comuni che hanno visto “impennare” in positivo il dato sulle strutture, semplicemente perché il riferimento nel 2014 era quasi nullo in assenza delle stesse (per esempio, ad Albagiara e Gonnoscodina).

In linea di massima non pare esistere una direzione di correlazione diretta tra la diminuzione complessiva delle risorse e la diversa allocazione delle stesse. Ciò a significare che, a parità di interpretazione dei dati da inserire nel sistema Istat da parte degli operatori sociali rispetto al 2014, esistono ampi margini di discrezionalità nell’utilizzo delle risorse per il welfare a livello locale.

7. Alcune conclusioni: le relazioni fra i dati di spesa e i dati di contesto

Attraverso i dati appena esposti si può apprezzare la presenza di una notevole variabilità territoriale della spesa sociale netta e della compartecipazione dei privati, che consente di ipotizzare l'esistenza di diversi modelli locali di welfare locale. Di norma, infatti, una grande variabilità è la spia dell'esistenza di consistenti gradi di libertà utilizzati dai policy makers rispetto ai quadri normativi e organizzativi definiti a livello regionale, ma potrebbe anche suggerire la presenza di altre fonti di eterogeneità che possono influenzare le caratteristiche dei diversi modelli di welfare attivati nei territori.

Un fattore di contesto che può aiutarci a sviluppare questo ragionamento è la ricchezza espressa sotto forma di reddito/pro-capite¹⁰. Attraverso dei modelli di correlazione (Indice di correlazione di Spearman e Indice di correlazione di Pearson)¹¹ abbiamo cercato di comprendere se (e quanto) la spesa sociale dei singoli Comuni sia correlata positivamente alla ricchezza dei territori specifici.

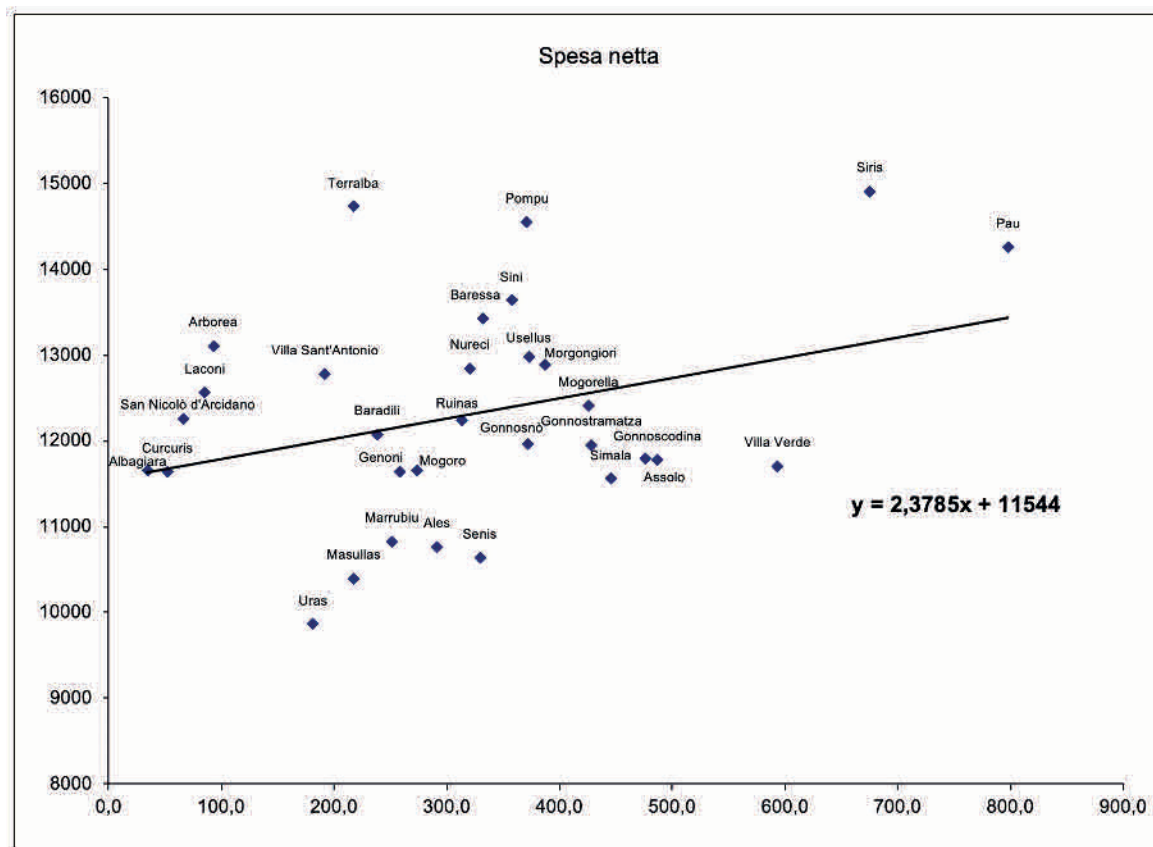
Nel diagramma di dispersione proposto (fig. 6), con il reddito pro-capite in ordinata e la spesa netta per abitante in ascisse, è evidente come sia la spesa sociale netta che quella lorda (non evidenziata in questo grafico) siano debolmente correlate in modo positivo alla ricchezza dei territori (con valori di $r = 0,35$ e $0,34$ per spesa lorda e spesa netta), mentre non pare esservi alcuna relazione tra la ricchezza e la richiesta ai privati di compartecipare alle spese del welfare locale.

Dunque, mentre la letteratura sul tema riporta una notevole dipendenza del welfare municipale dal volume di ricchezza presente nei territori, nel caso locale qui approfondito la possibile presenza di modelli distinti di welfare non trova una sede di forte spiegazione in questa variabile: non è il diverso volume di ricchezza a disposizione dei territori, cioè, a spiegare l'eterogeneità dei sistemi di welfare, ma piuttosto quest'eterogeneità deve essere riferita ad altri elementi. Bisogna infatti indagare su variabili organizzative interne alle amministrazioni,

¹⁰ I dati relativi ai redditi derivano dall'Agenzia delle Entrate e si riferiscono ai redditi dichiarati dai contribuenti dei 32 comuni per l'anno 2014.

¹¹ L'indice di correlazione r per ranghi di Spearman è una misura statistica non parametrica di correlazione, che quantifica il grado di relazione tra due variabili per le quali non si faccia altra ipotesi della misura ordinale, ma possibilmente continua; l'indice di correlazione di Pearson tra due variabili statistiche (anche detto coefficiente di correlazione lineare o coefficiente di correlazione di Pearson o coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson) esprime un'eventuale relazione di linearità tra tali variabili.

Fig. 6. Relazione fra reddito pro capite e spesa sociale netta per abitante



Spesa netta vs reddito: $r = 0,34$; $\rho = 0,25$

Spesa netta vs reddito: $r = 0,34$; $\rho = 0,25$

Fonte: nostre elaborazioni su dati di spesa comunale

sulle loro diverse capacità di individuare fonti per finanziare le spese sociali e di implementare progetti e idee che possano trainare queste risorse sul proprio territorio, oltre che sulla loro vocazione a lavorare in rete con altre amministrazioni.

Per esempio, la scarsissima presenza di risorse provenienti dai fondi vincolati dallo Stato e dalla UE per le politiche sociali e l'assenza di trasferimenti da altri enti pubblici e da altre amministrazioni limitrofe mettono in evidenza un forte limite di pro-azione e di cooperazione che potrebbe essere agevolmente superato con una diversa mentalità e azione a livello politico. Mentre, a livello operativo, le assistenti sociali, educatrici e pedagogiste delle diverse amministrazioni sono immerse in una fitta rete di relazioni di collaborazione e fiducia¹²,

¹² Un esempio empirico è suggerito dalla presenza di diverse chat nei social network e su WhatsApp, attivate e quotidianamente utilizzate dalle operatrici comunali per scopi di consulenza reciproca e come un mezzo di aiuto professionale nell'affrontare casi peculiari.

ciò pare essere – almeno nella dimensione del welfare locale – una prassi quotidiana più complicata all'interno della classe politica, i cui esiti sono riportati in questo volume nel capitolo curato da Podda e Porru (pp. 185-217).

Tirando le fila, in questo saggio si è cercato di dare conto della capacità euristica di uno strumento specifico, quale il questionario dell'Indagine Istat sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati (2015). L'Indagine, se utilizzata dai policy makers locali e dagli altri stakeholders non in modo banalmente "amministrativo", rivela una grande capacità di restituzione della complessità delle direzioni di spesa sociale del welfare locale e dunque di potenziale orientamento o ri-orientamento delle decisioni di implementazione di specifiche politiche sociali. L'ambito indagato ha riguardato i Comuni afferenti al Plus Ales-Terralba (un territorio eterogeneo, parzialmente investito dalle complesse dinamiche tipiche delle aree interne), e, più indirettamente, le strategie di allineamento (o meno) dei policy makers locali rispetto all'iscrizione nella propria agenda politica della gerarchia dei bisogni espressi dai tre differenti territori dell'area (Marmilla, Parte Montis e Terralbese). In questo caso specifico, le emergenze socio-demografiche delle aree interne (forte spopolamento, eccessivo invecchiamento e risibili tassi di natalità) non sembrano trovare grande riscontro di attenzione da parte dei responsabili delle amministrazioni locali, che, spesso in modo inerziale e con isomorfismo imitativo, preferiscono continuare a investire su aree sociali sostanzialmente incapaci di trasformare in positivo le possibilità dei territori.

Riferimenti bibliografici

- Ascoli U. (a cura di) (2011), *Il welfare in Italia*, Bologna, il Mulino.
- Barbera F., Parisi T. (2019), *Innovatori sociali*, Bologna, il Mulino.
- Barberis E. (2010), *Rapporti territoriali e coordinamento: una contestualizzazione della governance sociale in Italia*, "Rivista delle politiche sociali", n. 1, pp. 79-100.
- (2015), *Quanto è locale il welfare locale? Spunti per lo studio comparato della territorializzazione del welfare italiano*, "Rivista delle politiche sociali", n. 4, pp. 155-171.
- Brenner N. (2004), *New State Spaces. Urban Governance and the Rescaling of Statehood*, Oxford, Oxford University Press.
- Burgalassi M. (2012), *Politica sociale e welfare locale*, Roma, Carocci.
- Carrosio G. (2019), *I margini al centro*, Roma, Donzelli.
- De Rossi A. (a cura di) (2018), *Riabitare l'Italia. Le aree interne tra abbandoni e riconquiste*, Roma, Donzelli.

- Esping-Andersen G. (2000), *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Bologna, il Mulino.
- Ferrera M. (2007), *30 anni dopo. Il welfare state europeo tra crisi e trasformazione*, "Stato e Mercato", vol. 81, n. 3, pp. 341-376.
- (2008), *Dal welfare state alle welfare regions: la riconfigurazione spaziale della protezione sociale in Europa*, "Rivista delle politiche sociali", n. 3, pp. 17-34.
- Fourastié J. (1979), *Les trente glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975*, Paris, Fayard.
- Gallino L. (2011), *Finanzcapitalismo. La civiltà del danaro in crisi*, Torino, Einaudi.
- Hopkins W.J. (2002), *Devolution in Context: Regional, Federal and Devolved Government, in the Member States of the European Union*, London, Cavendish.
- Istat (2015), *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati. Anno 2012*, Roma, Istat.
- (2016), *Dati. Istat*, Roma, Istat.
- Jessop B. (2002), *The Future of the Capitalist Welfare State*, Cambridge, Polity Press.
- Kazepov Y. (a cura di) (2009), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci.
- (2010), *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*, Farnham, Ashgate.
- Lipsky, M. (1980), *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russel Sage Foundation.
- Mingione E. (1999), *Sociologia della vita economica*, Roma, Carocci.
- Natali D., Pavolini E. (a cura di) (2018), *Occupational Welfare in Europe: Risks, opportunities and social partner involvement*, Bruxelles, ETUI, OSE.
- Pavolini E. (2013), *L'Italia e le politiche per le famiglie. Fra immobilismo nazionale e dinamismo locale*, paper di ricerca della fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali, Modena.
- Pavolini E., Ranci C. (2008), *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, "Journal of European Social Policy", vol. 18, n. 3, pp. 246-259.
- Podda A., Porru E. (2020), "Marginalità e comunità in rete. Il senso dei luoghi dalla voce dei sindaci", in questo volume, pp. 185-217.
- Polizzi E., Bassoli M. (a cura di) (2011), *La governance del territorio. Partecipazione della società civile nelle politiche locali*, Milano, FrancoAngeli.
- Polizzi E., Tajani C. (2013), *Programmare i territori del welfare. Processi, meccanismi e attori*, Roma, Carocci.
- Powell W.W., DiMaggio P.J. (a cura di) (2000), *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Torino, Edizioni di Comunità.
- Ranci C. (2005), *Le sfide del welfare locale. Problemi di coesione sociale e nuovi stili di governance*, "Rivista delle politiche sociali", n. 2, pp. 9-26.
- Regonini G. (2001), *Capire le politiche pubbliche*, Bologna, il Mulino.

- Saraceno C. (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, il Mulino.
- Saruis T. (2013), *La teoria della street-level bureaucracy: lo stato del dibattito*, “Autonomie locali e servizi sociali”, n. 3, pp. 541-552.
- Stiglitz J.E. (2002), *La globalizzazione e i suoi oppositori*, Torino, Einaudi.
- Regione Autonoma della Sardegna (2005), *Linee Guida per l'avvio dei Piani Locali Unitari dei servizi alla persona (Plus)*, legge regionale 23/2005.
- (2011), *Linee Guida per la programmazione e gestione dei Plus triennio 2012-2014*, Cagliari.
 - (2019), *Linee Guida per la programmazione e gestione dei Plus triennio 2010-2012*, Cagliari.