EDIZIONI OPEN CALABRIA

ISSN 2704-6303

Regional Economy

Regional Economy

Regional Economy, Volume 5, Q1, 2021
Gennaio - Aprile 2021

Regional Economy
ISSN 2704-6303
Inclusa nell'elenco delle riviste ANVUR (Area 13)
Editors in Chief: Francesco Aiello, Francesco Foglia

Sommario

Dati e riflessioni sulla sanità in Calabria: come uscire dal guado 3
Vivere ai margini: l'utopia concreta delle aree interne 9
Opportunità e bisogni dei giovani in un mondo in profondo cambiamento 12
La struttura del personale dei comuni italiani: qualifiche, età e anzianità di servizio 14
Il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale in Italia e in Calabria: a che punto siamo? 17

Dati e riflessioni sulla sanità in Calabria: come uscire dal guado

Di: Francesco Aiello

Issue: Regional Economy Volume 5, Q1, 2021

Il Commissario *ad acta* della sanità calabrese, il Prefetto Guido Longo, dovrà misurarsi con la sfida di ripristinare l'equilibrio finanziario del settore e di aumentarne l'efficienza nell'erogazione di servizi di qualità. È un settore importante per l'economia regionale: le spese correnti della sanità pesano l'11% del PIL calabrese e assorbono il 76% delle spese in conto corrente del bilancio della Regione Calabria.

Quella di Longo sarà una sfida difficile, perché nell'offerta sanitaria regna inefficienza e disorganizzazione, tant'è che il comparto genera da anni disavanzi di rilevante entità. Nel 2019 il deficit corrente varia in una forbice compresa tra 160 e 175 milioni di euro.

Avere disequilibri del bilancio sanitario non è una specificità della Calabria: nel triennio 2017-2019 altre 12 regioni sono in deficit; nel 2006-08 erano tutte in deficit tranne la regione Marche che vantava un avanzo medio annuo di 900 mila euro (figura 1) (a). Nello stesso triennio, la Lombardia aveva un disavanzo, ma molto contenuto (in media 100 mila euro all'anno tra il 2006 e il 2008 (figura 1).

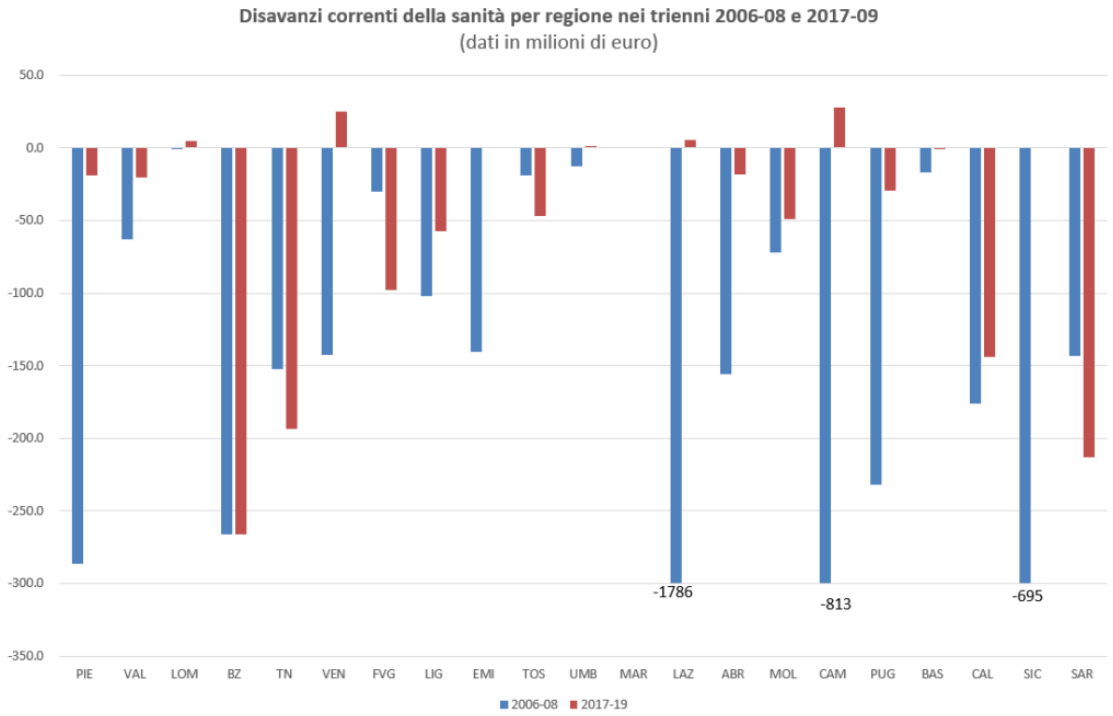


Figura 1 Disavanzi correnti della sanità per regione nei trienni 2006-08 e 2017-09

Come si può notare dalla figura 1, nel corso del tempo i "picchi" dei disavanzi regionali si sono ridotti in modo significativa, segnalando un ripristino dell'equilibrio finanziario (o una sua sostenibilità) in molti sistemi sanitari regionali. In tale ambito, la prima particolarità del caso calabrese è che avere i conti in rosso è diventato quasi "normale": dal Rapporto 2020 del MEF sulla spesa sanitaria si ricava

che dal 2006 al 2019 in Calabria la spesa corrente è sempre maggiore dei finanziamenti effettivi (un primato condiviso solo con la Sardegna che, tuttavia, gode di disciplina diversa nella gestione della spesa sanitaria). Oltre ad essere persistente, il disavanzo sanitario supera da molto tempo gli standard dimensionali al di là dei quali scatta l'obbligo della sigla di un Piano di Rientro (PdR), la cui prima sottoscrizione è del 2009 (già richiesto nel 2007 dalla Regione Calabria). La seconda particolarità della sanità calabrese è, quindi, la durata del regime di riordino degli squilibri finanziari: ben 11 anni.

È utile sintetizzare cos'è successo nell'ultimo decennio. La prima particolarità è che dopo la firma del PdR, si è subito preso atto dell'impossibilità di rispettare gli impegni assunti in tema di contenimento dei costi, con l'implicazione che gli scostamenti rispetto agli obiettivi iniziali furono tanto significativi da rendere necessario il commissariamento. Un piano di "austerità commissariale" che dura ininterrottamente dal 2010, ma che non ha consentito alla Calabria di raggiungere una sostenibile posizione finanziaria. Gli stringenti vincoli del regime commissariale hanno sì calmierato la crescita dei costi, cambiandone anche la composizione, ma hanno avuto devastanti effetti sull'offerta sanitaria.

In Calabria, nel triennio 2007-09 la variazione della spesa sanitaria era pari al 4,78% all'anno. I costi sono diminuiti annualmente dell'1,29% nel periodo 2010-12 e si sono stabilizzati dal 2013 al 2015 (figura 2). Dal 2016 in poi, la spesa è aumentata dell'1% all'anno. Nel 2019 essa è pari a 3,5 miliardi di euro, ossia +0,03% del valore nominale del 2009 (nello stesso periodo si è avuta una variazione del 7% in Italia, 8% nelle regioni senza PdR, 14% delle regioni che hanno siglato un PdR e, addirittura, +45% nelle autonomie speciali) (figura 3).

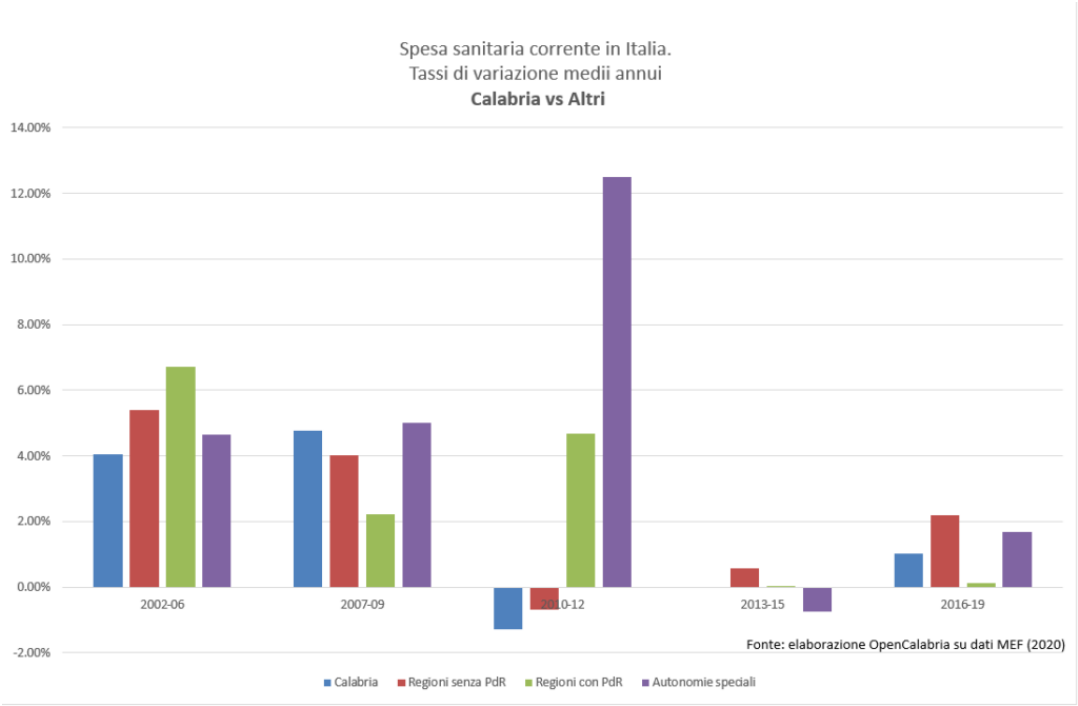


Figura 2 . Tassi di variazione della spesa sanitaria corrente in Calabria e in Italia dal 2002 al 2019

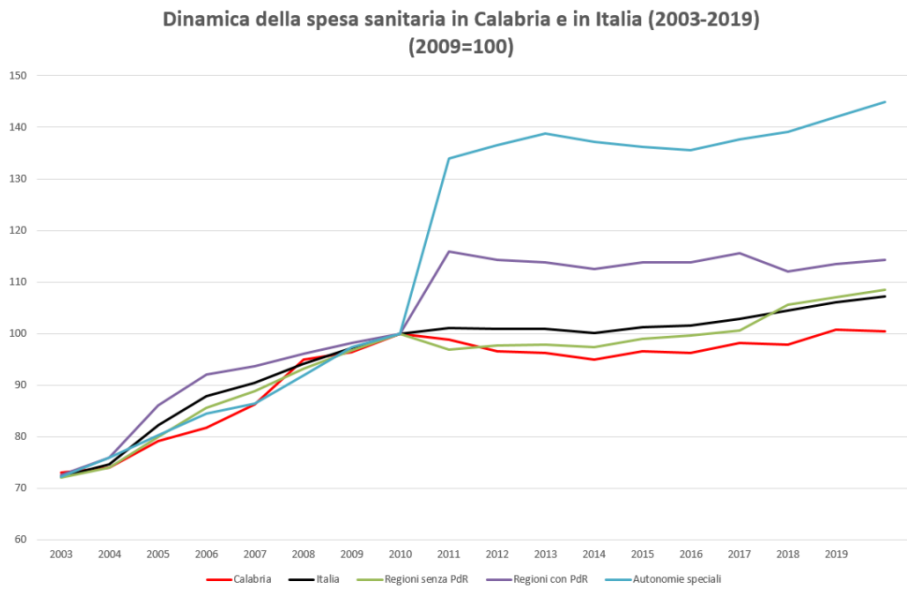


Figura 3 Dinamica della spesa sanitaria in Calabria e in Italia (2003-2019)

Il rigore della spesa imposto dal PdR ha cambiato anche la composizione della stessa (figura 4). Per esempio, la quota di costi per il personale sanitario è diminuita di 8 punti percentuali in 15 anni, passando da 40% nel biennio 2002-03 a poco meno del 32% nel 2018-19, allineandosi, in tal modo, alla media nazionale (che era 35% nel 2002-2003 ed è 30% nel 2018-19), ma rimanendo maggiore della quota del 27.4% delle altre regioni con PdR. Un altro costo di immediato controllo da parte delle Regioni è quello della farmaceutica convenzionata, il cui peso sul totale delle spese sanitarie è diminuito in Calabria dal 14% del triennio 2007-09 all'8% negli anni 2017-19 (in Italia questa quota è oggi 6.5% e si attesta a 7.2% nelle altre Regioni con PdR).

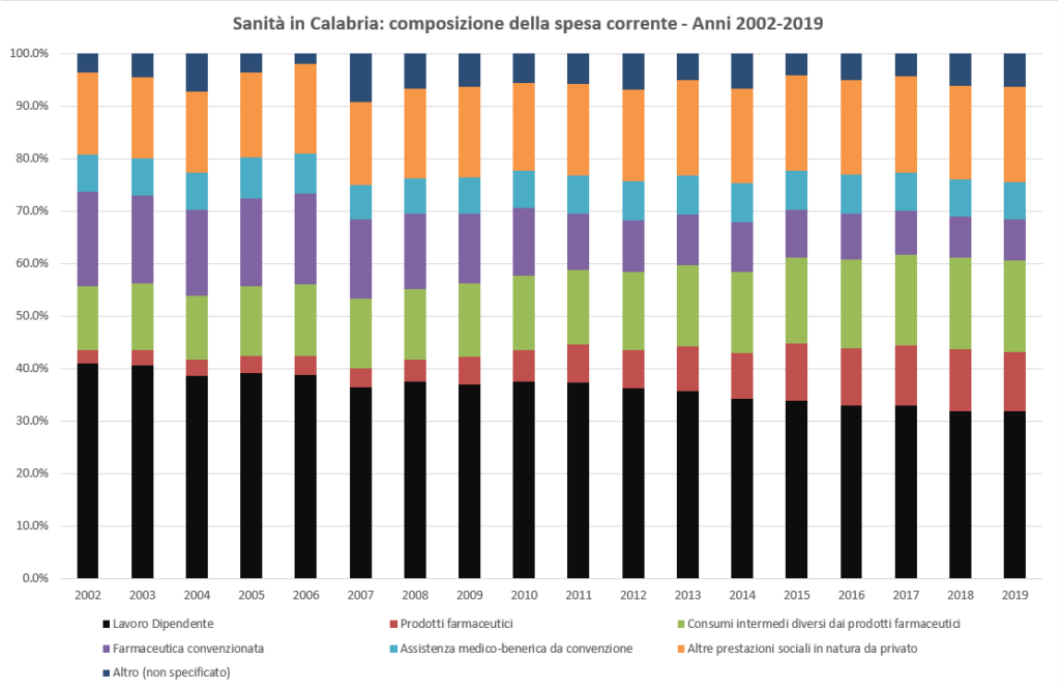


Figura 4. Sanità in Calabria: composizione della spesa corrente - Anni 2002-2019

Le ipotesi su cui si basa l'intero processo di far allineare tra regioni la composizione della spesa sanitaria sono due. Da un lato si assume che l'organizzazione dell'offerta sanitaria sia omogena nel paese e, dall'altro lato, si ipotizza che la produttività delle risorse (umane e non) dell'intero comparto sia uguale da regione a regione. Ora, dopo anni di compressione dei costi si è capito che queste due ipotesi non sono vere e, al momento, spiegano sia il basso impatto della spesa sia i disequilibri gestionali della sanità calabrese.

Occorre anche evidenziare come in Calabria le attività per ripristinare l'equilibrio finanziario facendo leva in via esclusiva sul contenimento della spesa non siano state neutre sulla dotazione strutturale del settore. Per esempio, in pochi anni la rete ospedaliera è stata smantellata chiudendo o depotenziando l'operatività di molti ospedali di piccola dimensione. L'effetto immediato è la riduzione dei posti letto disponibili da 4,47 per mille abitanti nel 2007 a 2,54 nel 2018 (dati Istat).

L'obiettivo era recuperare risorse sfruttando le economie di scala nell'offerta sanitaria e favorire la transizione dal regime ordinario a quello diurno. Tuttavia, è fallita la riorganizzazione territoriale dei servizi sanitari che doveva supplire alla riduzione del tasso di ospedalizzazione. Per esempio, il territorio calabrese rimane povero di strutture sanitarie e socio-sanitarie: nel 2018 i posti letto su 10000 residenti nelle strutture residenziali sono 18.92 contro una media italiana di 41,16. Nello stesso anno, i posti letto nelle strutture semi-residenziali sono 0.93 per 10000 residenti in Calabria e 9.87 in Italia. La mancata razionalizzazione della sanità di prossimità è stata anche alimentata dalla riduzione del personale sanitario e, in particolare, di tecnici e infermieri che rappresentano le figure professionali su cui si basa l'assistenza territoriale. La distanza col resto del paese è marcata: nel 2018, la Calabria ha una dotazione di 4,76 infermieri per mille abitanti contro una media italiana di 5,74 (il picco di 6,49 è nel nord est). In estrema sintesi, oltre al mancato riequilibrio economico-finanziaro si è avuto anche il fallimento nella riorganizzazione dell'offerta sanitaria in grado di facilitare la transizione verso un modello di sanità con servizi territoriali complementari a quelli ospedalieri.

L'esito di questo processo è il livellamento verso il basso della qualità dei servizi e, quindi, il mancato rispetto dei livelli minimi fissati dal Comitato dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La Calabria non li rispetta e, quando lo fa, ottiene valutazioni di poco superiori ai valori minimi fissati dal ministero della salute. Se fino al 2017 la Calabria è stata sempre valutata "inadempiente" da parte del Comitato LEA, nel 2018 ottiene un punteggio pari a 162, ossia solo 2 punti in più la soglia (160) che discrimina tra essere o meno adempiente. Rimane, comunque, la regione con il valore più basso dei punteggi LEA in un anno, il 2018, in cui si è avuto un generalizzato miglioramento della qualità in tutto il paese. Oltre agli indicatori LEA, è utile tener conto anche della percezione dei residenti: le indagini multiscopo dell'ISTAT indicano che nel 2010 su 100 pazienti ricoverati, solo 25 dichiarano di essere molto soddisfatti dei servizi di assistenza medica e 23 di quelli infermieristici. Nel 2018 la qualità percepita è diminuita a 21.4 per l'assistenza medica e a 20.1 per quella infermieristica.

La bassa qualità dell'assistenza sanitaria di matrice pubblica genera molti effetti. Il primo in ordine di importanza è il non soddisfacimento della domanda di servizi sanitari da parte dei residenti che subiscono una violazione del diritto alla salute. Il secondo effetto riguarda il mercato della sanità privata, che ha spazi non tanto per una sana competizione e virtuosa integrazione con la componente pubblica, ma per l'inefficienza della stessa: non soddisfare i LEA spinge, in senso letterale, i pazienti verso altre soluzioni, che diventano, quindi, non l'esito di una scelta razionale tra più alternative, ma una costrizione dovuta all'assenza di opportunità. Alcuni paradossi sono evidenti: i residenti si accollano il peso delle elevate imposte addizionali regionali necessarie per contribuire alla copertura dei disavanzi annuali generati, in gran parte, da ruberie, disorganizzazione e inefficienze, e su una

quota crescente della popolazione grava anche il costo monetario addizionale di ricorrere a prestazioni offerte da strutture private e dal sistema delle professioni mediche di specialisti regionali ed extra-regionali. In questo secondo caso, è ricorrente anche l'effetto trascinamento sulla mobilità sanitaria verso altre regioni sollecitata, quando ritenuta necessaria, dai medici extraregionali, i quali indirizzano i pazienti preferibilmente verso i centri di provenienza.

La mancanza di dati disaggregati non consente di capire con esattezza quanta mobilità sanitaria sia indotta dalla qualità dell'offerta regionale e, pertanto, sia comprimibile facendo leva su un recupero di efficienza nell'erogazione dei servizi. Qualche considerazione può essere fatta guardando ai dati aggregati. Dal 2009 al 2019, la mobilità passiva vale in media 255 milioni di euro all'anno, ossia, in totale, 2.81 miliardi di euro (figura 5). Immaginando che il 50% (per essere prudenti) dipenda dalla bassa qualità dei servizi regionali, un'efficiente riorganizzazione del comparto genererebbe, a parità di costi, significative riduzioni dello stock di debito della sanità calabrese che ad oggi vale attorno a 1.2/1.5 miliardi di euro. Si, attorno. Sembrerà strano, ma nel 2020 i dati di bilancio delle amministrazioni sanitarie non consentono di conoscere con certezza il debito della sanità calabrese. È cosa nota, tant'è che il Commissario Longo dovrà regolarizzare "le poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria e quelle eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale".

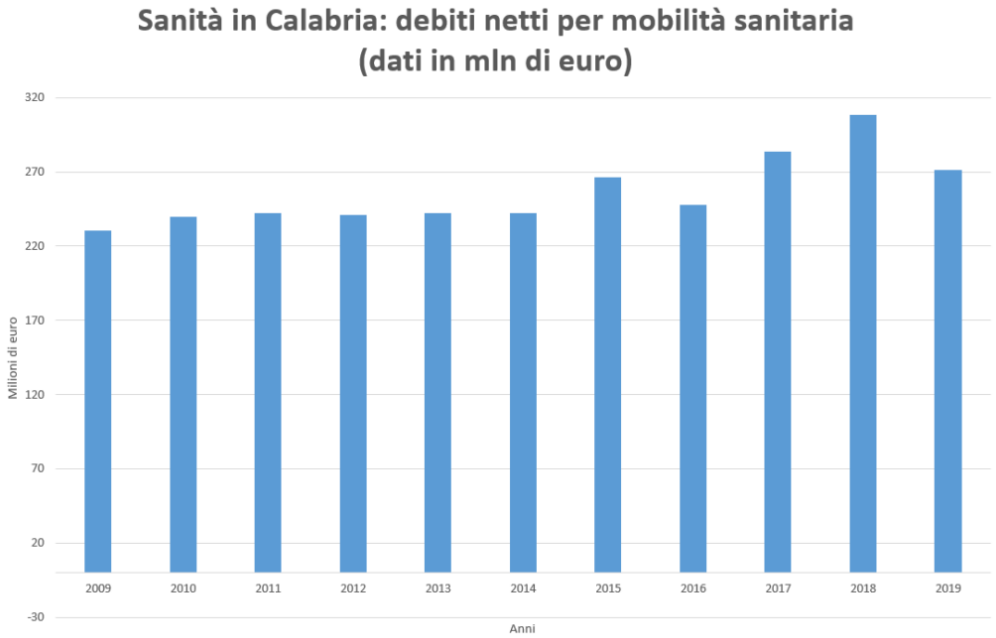


Figura 5 Debiti della mobilità sanitaria in Calabria

È evidente che siamo difronte a un circolo vizioso in cui gli originari squilibri finanziari impongono rigore nella gestione economico-finanziaria (più imposte addizionali regionali; controllo della spesa), senza preservare gli *standard* qualitativi minimi dei servizi. A valle, le inefficienze gestionali e sistemiche non consentono di minimizzare i disavanzi correnti, generano costi sociali non indifferenti e alimentano il debito del settore tramite il canale dell'obbligata mobilità sanitaria.

Il punto è capire cosa fare per consentire alla Calabria di avere una sanità pubblica efficiente. È certo che le linee di azione del nuovo commissario Longo devono essere diverse rispetto a quelle attuate nei ultimi dieci anni di esperienza commissariale. D'altra parte, non è più tollerabile **giocare a tavolino** con i costi sanitari, dato che la spesa pro-capite è già la più bassa in Italia (pari nel 2019 a 1083 euro

per abitante, ossia il 7,6% in meno della media nazionale). Questi giochi contabili hanno ridotto al minimo i servizi anche perché non si è adottata alcuna azione per capire come impiegare al meglio le risorse disponibili. I tagli hanno amplificato, piuttosto che sanare, le sacche di inefficienza.

Cosa fare è formalmente contenuto nel decreto di nomina di Longo, che è chiamato a perseguire ben 26 obiettivi avvalendosi di una struttura di 25 persone messe a disposizione dalla Regione Calabria.

Dalla nomina traspare in modo chiaro che la scelta del Consiglio dei Ministri non è unicamente figlia di un approccio punitivo contro i "cattivi calabresi", ma è il frutto di valutazioni che tanto hanno a che fare con il bisogno di modernizzare l'offerta sanitaria regionale (non a caso, nel decreto di nomina i termini "razionalizzazione" ed "efficientamento" ricorrono spesso). In breve, fare i "vigili" e "militarizzare il settore" è ritenuto necessario, ma non è sufficiente per soddisfare i fabbisogni sanitari dei residenti. Serve ripensare e rafforzare in chiave manageriale l'intera *governance* del settore con l'implicazione di operare un radicale *spoil system* nei segmenti più opachi e più deboli del comparto. Oggi, più che mai, le posizioni apicali della sanità calabrese devono essere assegnate con **criteri meritocratici,** allontanando la politica locale e nazionale da queste scelte, in modo da premiare le competenze e non le appartenenze. Servono sì nuovi dirigenti sanitari, ma diventa fondamentale introdurre serrati controlli amministrativi, moderni e snelli modelli organizzativi, trasparenti relazioni con la sanità privata, un uso capillare della tecnologia, rendere tracciabile tutta la spesa. Serve ricostruire la rete dell'assistenza territoriale, occorre prevedere periodiche verifiche nei posti di lavoro sanzionando i nullafacenti e premiando i tantissimi meritevoli. Per fare tutto questo un commissario non è sufficiente, perché per liberarsi da incrostazioni amministrative, *bad practices* gestionali e pervasiva corruzione è necessaria l'azione d'urto di una squadra di esperti (diversa dai 25 della struttura commissariale) in grado di stravolgere il *modus operandi* che, purtroppo, contraddistingue gran parte della filiera sanitaria (dagli uffici delle ASP alle corsie degli ospedali).

È proprio in questo perimetro dell'ambiente lavorativo che la sfida di Longo diventa ancora più difficile. Infatti, dovrà sì "pulire" il settore, ma è chiamato anche ad implementare programmi che incentivino, valorizzino ed attraggano competenze in modo tale che alla fine del suo mandato avremo una sanità con conti in ordine e più servizi, ma soprattutto **capace di autodeterminarsi** perché si sarà finalmente deciso di puntare sul merito e su una nuova cultura del lavoro.

Note: (a) Nella figura 1 i dati dei disavanzi medi del triennio 2006-08 del Lazio, della Campania e della Sicilia sono stati "bloccati" a 300 milioni di euro, poiché gli effettivi valori (-1786 mln di euro nel Lazio; -813 mln di euro in Campania e -695 mln di euro in Sicilia) sono molto più elevati di quelli delle altre regioni con il risultato che ne avrebbero impedito una corretta visualizzazione grafica.

Vivere ai margini: l'utopia concreta delle aree interne

Di: Angelo Palmieri e Vittorio Tarparelli
Issue: Regional Economy Volume 5, Q1, 2021

"*Chiamiamo interne quelle aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità), ricche di importanti risorse ambientali e culturali e fortemente diversificate per natura e a seguito di secolari processi di antropizzazione*". Questa la definizione di "Aree Interne" proposta dal Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica a dicembre 2013, a valere per i territori del Paese più distanti dai servizi essenziali, e cioè per quattromila comuni, un quarto della popolazione italiana, territori a forte rischio spopolamento (in particolare per i giovani), in cui la qualità dell'offerta educativa risulta spesso compromessa.

Per affrontare le irrisolte questioni delle Aree Interne – dall'abbandono del luogo all'invecchiamento della popolazione, dalla decrescita economica alla riduzione dell'occupazione, dalla precarietà dei servizi civili alla fragilità sociale, dalla decadenza del patrimonio paesaggistico e culturale alla friabilità degli equilibri agro-forestali e idrogeologici – si giungeva nel 2012, con l'allora ministro della coesione territoriale Fabrizio Barca, a proporre una "Strategia Nazionale delle Aree Interne" (SNAI) con l'obiettivo di intervenire su alcuni processi di marginalizzazione avviando percorsi di sviluppo centrati sulla "qualità della vita delle persone" attraverso crescita e inclusione sociale.

A dire il vero la storia d'Italia conosce non pochi studi e provvedimenti destinati alle aree marginali**,** a cominciare dal Rapporto Jacini (1877-1884), che affrontava le condizioni della proprietà fondiaria e delle classi agricole e proponeva i mezzi più idonei per promuovere gli interessi della proprietà e migliorare le condizioni delle popolazioni contadine, giungendo a sostenere una maggiore libertà di commercio, il potenziamento di strade e ferrovie, la diffusione dell'istruzione agraria, lo sviluppo dello spirito d'associazione, l'incremento della carità e della solidarietà.

Poi nella seconda metà degli anni '20 del Novecento c'è stata la ricerca istituita di concerto con INEA e CNR sullo "spopolamento montano in Italia" con l'intento non già di quantificare numericamente i dati di tale esodo quanto di analizzare le cause del fenomeno e proporre possibili soluzioni al problema. Ma si è dovuto aspettare sino al 1971 per la Legge 1102/71 che, per affrontare le criticità di tali aree, istituiva le "esecrande comunità montane" il cui obiettivo era di concorrere all'eliminazione degli squilibri di natura sociale ed economica tra le zone montane e il resto del territorio nazionale, alla difesa del suolo e alla protezione della natura. Alle roboanti intenzioni poste nelle premesse oggi si oppongono i risultati raggiunti, a condannare sotto cumuli di scartoffie e di pubblica ignominia – vedi il sarcasmo riservato alle comunità montane "marittime" – questo tentativo di redenzione.

La SNAI ha avuto il merito di affrontare il declinante destino di questi territori, almeno nelle fasi preliminari, proponendo un approccio multidisciplinare, fino ad includervi la suggestiva e poetica "*paesologia*" di Franco Arminio.

Quando, però, si è trattato di trasferire tutto ciò in provvedimenti e in progetti, passando per le dogane del "realismo burocratico" di ministeri e regioni, l'entusiasmo si è parzialmente raffreddato. La programmazione delle singole strategie d'area locali, non sempre ponderate nel rapporto mezzi-fini, è stata spesso distesa sul letto di Procuste dei fondi strutturali, con il risultato di rendere i progetti ancora più distanti dagli inneschi originari.

Si potrà obiettare, giustamente, che per porre mano a questo pezzo d'Italia afflitto da un secolare "dilavamento di persone, comunità ed economie" non bastano le sdolcinate poesie o le edulcorate immagini di mulini bianchi o di fiction rurali. Però, è bene dirlo, non bastano neppure i soldi, certo necessari ma, evidentemente, non soddisfacenti. **Dunque, che fare?**

"*Anche le 'aree interne', con buona pace del loro valente ri-propositore, Fabrizio Barca, sono destinate a dissolversi nel nulla se non vengono affrontate in rapporto alle patologie del 'centro' a cui sono legate in modo "inscindibile*" ha scritto sei anni fa il prof. Luciano Giacché, tornando a segnalare una possibile eterogenesi dei fini qualora ci si ostinasse a ragionare separando la periferia dal centro.

Una prospettiva di analisi già peraltro argomentata da Ugo Giusti nella relazione generale al rapporto INEA del 1938, in cui sottolineava l'impossibilità di studiare un grande fenomeno economico e sociale, come quello dello spopolamento, soltanto per la sola montagna senza preoccuparsi affatto di quanto avviene nel resto del territorio che pure forma con questa un tutto inscindibile.

Nel giugno 2020 il tema è stato rilanciato dall'architetto Stefano Boeri. Il suo intervento ci consentirà di stringere il ragionamento, altrimenti destinato a ripetere i "brevi cenni sull'universo" di gramsciana memoria, sul tema del "riabitare". Boeri parte dalla situazione pandemica e da città "*attraversate da conflitti insanabili e da enormi barriere di ingiustizia sociale e con una vita privatizzata, egoista e individualista*" e propone di ripensare l'articolazione tra grandi centri urbanizzati e aree interne rimettendo le cose in equilibrio, menzionando il modello francese ossia un "contratto di reciprocità" tra città e sistema di borghi. "Contratto" che dovrebbe comprendere accordi di filiera (agroalimentari, energetici, servizi, etc.) e l'avvio di processi per delocalizzare la vita urbana per periodi più estesi dei weekend e diluire la presenza degli uffici in città. Boeri parla di borghi situati a un massimo di 60 km da una città o un aeroporto.

Anche Massimiliano Fuksas è intervenuto sul tema alimentando in tal modo un interessante confronto (poi coperto dall'urgenza della seconda ondata di contagi da covid-19). A reggere le riflessioni dei due architetti-urbanisti, l'esigenza di spazi collettivi aperti, la qualità ambientale, la diffusione dello *smart working*, la possibilità di collegamenti a banda larga unitamente alla predisposizione di una chiara strategia di sviluppo economico che includa ad esempio la sperimentazione di modelli imprenditoriali innovativi.

Tuttavia, sul tema del *digital divide*, è bene ricordare che sono otto milioni gli abitanti di piccoli comuni che non hanno accesso alla rete telematica. Quando, infatti, si scende dal piano delle suggestive cartoline a quello delle "verità effettuali" constatiamo che non tutte le aree interne del Paese sono uguali. Ci sono i territori "dell'osso", deserti e spigolosi, e i giardini liguri a due passi da Milano. E neppure tutti i borghi con meno di cinquemila abitanti sono identici. Per restare sul solo tema dell'abitare, le strategie di reinsediamento sembrano ora procedere sulla via del pluralismo: perché una cosa è cercare di attrarre nuovi residenti, altra cosa è lavorare su situazioni intermittenti di "residenza".

Il primo obiettivo– i "nuovi residenti" – ne implica necessariamente altri: lavoro, infrastrutture per la mobilità e le comunicazioni, servizi essenziali. Pensiamo, anche per ragioni di composizione demografica, ai presidi sanitari territoriali. Già si osservano interessanti *best practices*, quali l'istituzione degli infermieri, le ostetriche di comunità oltre all'utilizzo in via sperimentale della telemedicina. Può essere questa l'occasione per ripensare una medicina di base innovativa, su una visione comunitaria sostanziata da processi di integrazione sociosanitaria, mediante interventi di

risposta ai bisogni di salute ispirandosi ad una logica inclusiva della componente sociale (care) e sanitaria (cure).

Accanto alle nuove residenze – quelle che implicano scelte in principio "irreversibili" – se ne danno di altre, evocate anche da Boeri, che potremmo definire provvisorie. È una forma di residenzialità flessibile, revocabile, che implica un lavoro che si può realizzare da remoto. Ma di residenzialità flessibili si potrebbe parlare anche a proposito di *borghi-laboratori* in cui, consapevolmente, si realizzano esperienze di studio, formazione o di partecipazione sui temi dell'artigianato (anche digitale, tecnologico), dell'agricoltura (biodiversità, sostenibilità, etc.), di alcune discipline sanitarie, del benessere integrale o altro. Una rete di campus, senza limiti di età dove sperimentare, in concreto, "comunità provvisorie".

Queste idee in parte collidono con la questione della proprietà degli immobili. Proprietà che resta tale anche quando sono diruti o disabitati da anni e il cui acquisto presuppone risorse finanziarie la cui disponibilità già implica la selezione di un target di nuovi residenti che restringe il campo del possibile. E poiché non sempre è possibile vendere le case ad un euro oppure procedere ad espropri (più o meno proletari), sarà necessario consentire ai nuovi residenti o "intermittenti" di superare, tramite forme fiscali o incentivi, la questione dell'abitazione, magari attraverso forme di co-housing o di recupero concordato con i proprietari di vecchi immobili o tramite la riconversione di spazi pubblici da destinare anche a spazi per il *co-working*. Condizione necessaria e sufficiente per mettere in moto questo processo è la possibilità di accedere alle infrastrutture telematiche a banda ultralarga. Poi, forse, "l'intendenza seguirà". Ma se un innesco ci deve essere, dovrà partire da questo.

Una considerazione finale: per restituire vita dignitosa e comunità alle aree interne è vano ricorrere a sedicenti virtù neoliberali fatte, nei sogni, di imprenditori schumpeteriani e start-upper. In quei luoghi, il mercato, quello con i denti a sciabola, ha già decretato il suo infausto verdetto. Ripeterlo ora sarebbe solo un gratuito accanimento.

Opportunità e bisogni dei giovani in un mondo in profondo cambiamento

Di: Angelo Palmieri
Issue: Regional Economy Volume 5, Q1, 2021

Sul teatrino della politica assistiamo a giochetti che danno la dimensione di una dichiarata rinuncia all'assunzione di inderogabili responsabilità, soprattutto del farsi carico della situazione di disagio in cui versano i nostri giovani, la cui stasi inerziale rischia di produrre rischiose conseguenze nel futuro prossimo del nostro Paese.

Abbiamo bisogno di sostenere la *carne viva* dei nostri ragazzi. Di accompagnarli, senza deliri paternalistici, a tradurre le tante situazioni di confinamento fisico e, quindi, di distanziamento sociale, in opportunità per aprirsi a nuove strade che siano percorsi consapevoli di legami di senso. Ma sarebbe una pia illusione ritenere di poterlo fare in nome del *padre del patriarcato*. Questa rappresentazione è oltremodo desueta. Ormai si è prodotta una irreversibile evaporazione della figura del padre tradizionale, come giustamente osserva Recalcati, recensendo il libro *La strada* di Cormac McCarthy, un libro in cui figlio e padre sono configurati come simbolo di due generazioni messe a confronto con un evento apocalittico senza precedenti che ha gettato il mondo nella cenere: dinanzi ad una visione apocalittica di diffusa desertificazione il padre può e deve prendersi cura del proprio figlio, non dall'alto della grandezza del suo Nome, ma dal basso dei suoi piedi. Con questo a voler indicare il bisogno di un incedere, seppure non di rado incerto, comunque capace di gesti e testimonianza che concorrano a ridare significato ad un tempo evanescente, ma che non rinuncia a definire quel carico di speranza "non ancora" convintamente gravato sulle nostre spalle.

Un agire comunicativo e contenuti di senso determinati anche dal fervoroso slancio di un figlio, che, come ci suggerisce sempre McCarthy, si rivelerà capace di dare profondità al tempo, svincolato dalla immediatezza del presente, e rendere ancora possibile un nuovo orizzonte, alieno da una visione monologica della vita. Ciò sarà possibile se ci si impegna nella foschia della pandemia a far convergere ogni sforzo - nella definizione prima e con la costruzione dopo - di un patto intergenerazionale, atto a trasformarsi in contratto educativo. Francamente non si intravedono altre strategie d'uscita.

A ogni piè sospinto si è sottolineato sia un vuoto sia una assenza di elementi valoriali in grado di orientare proficuamente le vite povere di elementi identitari dei nostri ragazzi, determinando spesso comportamenti di dipendenza dalla sostanza venefica, investita di un grande valore simbolico, ma sempre più espressione di disagi e moneta di scambio affettivo.

Sul ritorno tra i banchi ("mobili") la confusione è totale e ancor più spadroneggia l'improvvisazione, figlia della mancanza di coraggio di scelte chiare: in questa "crisi di infuturazione" che caratterizza i figli del nostro tempo, privarli della scuola, come comunità di cura per eccellenza, costituisce la negazione della relazione (proficua) "fianco a fianco", dell'esercizio teso ad individuare scopi attivi determinati mediante un lavoro di mediazione simbolica. Diversamente, la partita educativa sarà davvero confusa.

La didattica a distanza, come forma di *autolockdown*, (contraddizione in termini!), è innegabile che ci privi di una circolarità e dell'ardore di farci ascolto attivo ed empatico delle paure e delle fragilità che

diversamente sfociano in forme di autolesionismo e violenza estrema. Con inaudita frequenza negli ultimi giorni abbiamo assistito a forme di protagonismo negativo - come le risse tra giovanissimi - che meriterebbero maggior risolutezza da parte delle famiglie. Ha ragione Aldo Bonomi nell'affermare che le famiglie purtroppo non bastano più perché incapaci di controllare e indirizzare, mentre urgono risposte concrete ed interventi celeri.

Ma sia chiaro, al di là di ogni finzione, la riflessione sulla didattica a distanza è la punta dell'iceberg di un sistema-scuola che necessita di un ripensamento radicale delle politiche educative e di riduzione dei gap in termini di carenze strutturali, in particolare nel Mezzogiorno del nostro Paese che condanna molti giovani all'immobilità sociale. Don Milani asseriva che se si perdono i ragazzi più svantaggiati la scuola non è scuola, è un ospedale che cura i sani e respinge gli ammalati.

Non possiamo dimenticare che ancora oggi centinaia di migliaia di ragazzi sono in condizione di svantaggio, colpevolmente estromessi da ogni possibilità "residuale" di relazione e conoscenza perché sprovvisti di tablet e pc, aggravando così situazioni di disuguaglianza difficilmente recuperabili. Si aggiunga a tutto questo la sollecitazione di attenzione che ci proviene dalla medicina territoriale e ospedaliera circa la forte crescita dell'emergenza psichiatrica in pre-adolescenza e adolescenza.

Le misure di confinamento e il distanziamento innegabilmente hanno accresciuto le probabilità da parte della fascia adolescenziale di sperimentare depressione e disturbi legati all'ansia. Un quadro decisamente preoccupante che richiede l'adozione di interventi che privilegino l'ascolto e il sostegno psicologico al pari di tutte quelle altre forme di sostegno economico previste dai relativi decreti. A tal proposito c'è chi ha suggerito l'attivazione di "voucher psicologici", un'idea tutt'altro che peregrina.

La preoccupazione del ristoro economico non può derubricare l'impegno di chi ha la responsabilità politica, sociale ed educativa di porre in essere nuovi e innovativi modelli di servizio che possano garantire ai nostri figli concrete opportunità di socialità non consegnate alle distorsioni di un mondo virtuale con i suoi meccanismi di semplificazione. E penso all'azione propulsiva e generativa, in chiave territoriale, del Terzo Settore nel pieno riconoscimento di co-protagonista delle politiche al servizio del bene comune delle comunità, rimarcando il decisivo ruolo in chiave sussidiaria, per nient'affatto subalterna alle politiche pubbliche.

Abbiamo bisogno di un cambio di prospettiva che sottolinei il prendersi cura come anima della moralità. La cura è farsi carico del bisogno dell'altro, è assunzione di responsabilità, è obbligo di attenzione, è costruzione di un legame intergenerazionale. Come dice papa Francesco nel suo messaggio per la Giornata degli Ammalati, "bisogna mettere in grado le persone di vivere un'esistenza piena e creativa, sviluppando il loro potenziale e organizzandosi una vita significativa e all'altezza della loro uguale dignità umana". Fare questo significherebbe saper "vedere il gelsomino tra le ombre di un mondo chiuso", saper scrutare più in là, più in profondità, più in alto.

Questo impegno non può essere tradito, non si può stare ad aspettare ulteriormente. La pianificazione di strategie sembra irretita nelle maglie di un confinamento della volontà. Non è più tempo dell'indugio. Non possiamo storcere il nostro sguardo dai più fragili. Ce lo chiede il futuro dei nostri figli e del Paese che sarà.

La struttura del personale dei comuni italiani: qualifiche, età e anzianità di servizio

Di: Giorgia Marinuzzi e Walter Tortorella
Issue: Regional Economy Volume 5, Q1, 2021

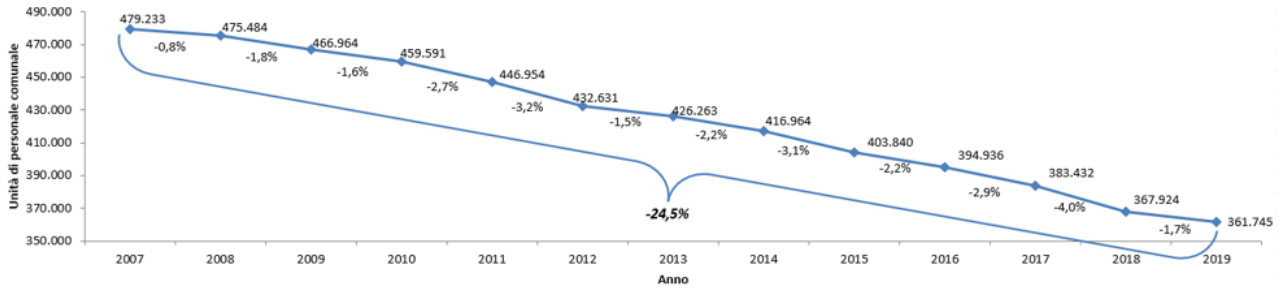
Il presente articolo ha lo scopo di analizzare in modo sintetico la dinamica del personale comunale e le sue principali caratteristiche in termini di qualifica, età, titolo di studio e anzianità di servizio. Un focus è dedicato ai comuni della Calabria.

La contrazione del personale comunale

Dall'analisi dei dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato-IGOP, pubblicati a febbraio 2021, emerge che nel 2019 il personale in servizio nelle amministrazioni comunali ammonta a 361.745 unità su 7.629 comuni censiti[2]. Negli ultimi 13 anni, il personale comunale in servizio ha subito una progressiva e sensibile riduzione. Se, infatti, nel 2007 ammontava a 479.233 unità, nel 2019 il valore si riduce del 24,5% (Figura 1). Le riduzioni percentuali più significative, pari al -3,2%, al -3,1% e al -4,0%, sono quelle rilevate nel passaggio tra il 2011 e il 2012, tra il 2014 e il 2015 e tra il 2017 e il 2018: nel primo periodo, infatti, il personale comunale in servizio è diminuito, in valore assoluto, di oltre 14mila unità, nel secondo periodo di 13mila e nel terzo di oltre 15mila unità.

Anche ponderando il numero di unità di personale comunale in servizio per 1.000 abitanti, si registra una riduzione del dato, passato da 8,04 nel 2007 a 6,00 nel 2019. Le evidenze suddette sono la conseguenza di specifiche scelte del decisore pubblico, che ha agito nel corso degli ultimi anni su molteplici fronti, dai blocchi retributivi, alle misure di contenimento del numero di occupati (es. limitazione del turnover o blocco delle assunzioni da parte dei comuni per il ricollocamento dei dipendenti soprannumerari delle province).

Figura 1 Il personale in servizio delle amministrazioni comunali italiane, 2007-2019



Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, anni vari

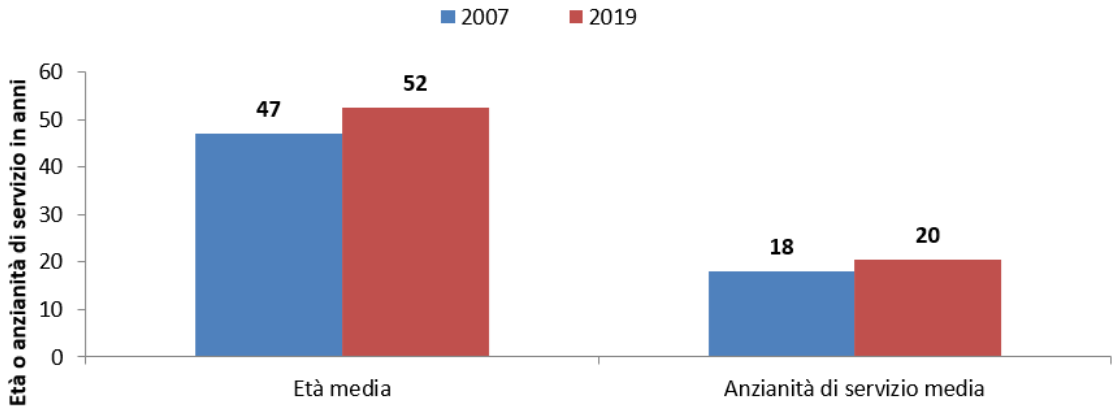
Nel 2019 il personale comunale si compone di 355.609 dipendenti, 3.478 dirigenti, 2.636 segretari comunali e 22 direttori generali[3] presenti solo in 12 regioni. I 355.609 dipendenti comunali in servizio si suddividono in 323.865 unità a tempo indeterminato, 29.411 con un rapporto di lavoro flessibile e 2.333 contrattisti e collaboratori a tempo determinato. I dirigenti comunali si suddividono in 2.312

unità a tempo indeterminato e 751 a tempo determinato ai sensi dell'articolo 110 comma 1 del TUEL; sono 415 i dirigenti e le alte specializzazioni fuori dotazione organica ai sensi dell'articolo 110 comma 2 del TUEL.

Età e anzianità di servizio

La presenza di blocchi occupazionali, soprattutto se protratti nel tempo, oltre a ridurre il numero di addetti nel comparto dei comuni, ha modificato profondamente la struttura della forza lavoro innalzando l'età media e l'anzianità di servizio del personale, con conseguenze dirette sull'adeguatezza in termini di qualificazione degli addetti e sulla capacità di sostenere nuovi impegni lavorativi. La Figura 2 mette infatti a confronto proprio queste due variabili a distanza di 13 anni per la quota più ampia di personale stabile, ossia i dipendenti comunali a tempo indeterminato: la loro età media è passata dai 47 anni del 2007 ai 52 anni del 2019, così come l'anzianità di servizio è passata dai 18 anni del 2007 agli attuali 20 anni. Tali condizioni hanno prodotto inevitabilmente conseguenze dirette sull'adeguatezza in termini di qualificazione degli addetti e sulla capacità di sostenere nuovi impegni lavorativi. Le reiterate norme sul blocco del turnover hanno mortificato infatti le politiche di ricambio generazionale, l'autonomia organizzativa e la ricerca di nuove professionalità in grado di far fronte alle crescenti richieste di competenze indispensabili per l'operatività dei comuni, veri "enti di prossimità" nell'erogazione dei servizi ai cittadini.

Figura 2 L'età media e l'anzianità media di servizio dei dipendenti comunali a tempo indeterminato in Italia, 2007/2019



Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, anni vari

Il personale dei comuni della Calabria

Nei comuni calabresi il personale in servizio nel 2019 è pari a circa 12mila unità, un dato che se ponderato per il numero di abitanti è allineato con la media nazionale (6,2 per 1.000 residenti vs la media Italia pari a 6,00). I dipendenti comunali sono 11.719 (Tabella 1), di cui circa il 70% a tempo indeterminato e circa il 30% con rapporto di lavoro flessibile (tempo determinato, interinali, lavoratori socialmente utili, contratti di formazione lavoro). I dirigenti comunali sono invece 57: quasi la metà a tempo indeterminato (49,1%), il 28,1% a tempo determinato e il 22,8% fuori dotazione organica.

Tabella 1 I dipendenti ed i dirigenti in servizio delle amministrazioni comunali calabresi, 2019

	Dipendenti comunali	
	v.a.	%
A tempo indeterminato	8.160	69,6%
Con rapporto di lavoro flessibile*	3.491	29,8%
Altro**	68	0,6%
Totale	**11.719**	**100,0%**
	Dirigenti comunali	
	v.a.	**%**
A tempo indeterminato	28	49,1%
A tempo determinato	16	28,1%
Fuori dot. organica	13	22,8%
Totale	**57**	**100,0%**

* Tempo determinato, formazione lavoro, contratti interinali, LSU.
** Contrattisti e collaboratori a tempo determinato.
Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2021

Tabella 1 I dipendenti ed i dirigenti in servizio delle amministrazioni comunali calabresi, 2019

Rispetto all'annualità precedente, anche i comuni calabresi fanno segnare una riduzione del proprio personale in servizio (Tabella 2), più accentuata della media nazionale. Considerando i soli 375 comuni della regione il cui organico è stato censito nei due ultimi Conti Annuali del MEF, il personale ha subito una variazione del -10,6%, una contrazione diffusa abbastanza omogeneamente sul territorio, ad eccezione del caso della provincia di Crotone, nella quale la variazione percentuale è solo del -3%, e nella provincia di Vibo Valentia dove invece la contrazione appare più marcata (circa -15%).

Tabella 2 Il personale comunale in servizio nelle 375 amministrazioni comunali calabresi censite nel Conto Annuale 2018 e 2019

Provincia	N. comuni censiti	Personale 2018	Personale 2019	Var. % personale 2018/2019
Catanzaro	75	1.836	1.632	-11,1%
Cosenza	137	5.512	4.911	-10,9%
Crotone	27	969	941	-3,0%
Reggio Calabria	90	3.791	3.387	-10,7%
Vibo Valentia	46	1.013	863	-14,9%
Totale	**375**	**13.121**	**11.733**	**-10,6%**

Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, anni vari

I comuni calabresi, oltre ad aver registrato una contrazione del personale più accentuata rispetto alla media nazionale, hanno anche un organico mediamente più anziano: i dipendenti a tempo indeterminato, lo zoccolo duro della macchina amministrativa, hanno un'età media di 55 anni, contro i 52 del contesto nazionale. Al contrario, i dirigenti a tempo indeterminato in servizio nei comuni calabresi sono più giovani di due anni rispetto ai colleghi del resto d'Italia (54 anni vs 56).

[2] Dei 7.914 comuni italiani esistenti al 31.12.2019 è stato censito il personale in servizio in 7.629 comuni, nei quali vive complessivamente il 99% della popolazione residente in Italia.
[3] La figura del direttore generale si riscontra nei comuni che nel 2010 avevano già effettuato la nomina; dal 2010, per effetto dell'art. 1, c. 1-quater, lett. d), D.L. n. 2/2010, convertito dalla L. n. 4/2010 la nomina di tale figura è consentita solo nei comuni con popolazione superiore ai 100.000 abitanti.

Il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale in Italia e in Calabria: a che punto siamo?

Di: Giorgia Marinuzzi e Walter Tortorella
Issue: Regional Economy Volume 5, Q1, 2021

I recenti dati OpenCoesione sullo stato di avanzamento dei Fondi UE al 31 dicembre 2020 fotografano un FESR composto da circa 106mila progetti del valore, in termini di costi rendicontabili, di circa 30 miliardi di euro. Il presente articolo offre una panoramica sulla distribuzione di tali risorse per tema d'intervento e beneficiario, con un approfondimento sul POR Calabria 2014-2020.

I temi di intervento Con l'avvicinarsi della chiusura del ciclo di programmazione 2014-2020, il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale è riuscito ad alimentare circa 106mila progetti, di cui 105.405 con un singolo beneficiario. Si tratta di un grande balzo in avanti rispetto al semestre precedente dal momento che i finanziamenti hanno interessato il 48% in più delle operazioni registrate a giugno 2020.

Sul fronte degli importi la variazione è stata più contenuta, con un +14% rispetto al primo semestre dell'anno: i costi rendicontabili di dicembre 2020 ammontano infatti a oltre 29,8 miliardi di euro, di cui la fetta più ampia, ossia il 33,8%, è destinata alla ricerca e all'innovazione. Segue il settore dei trasporti, con il 17,8% delle risorse e quello relativo alla tutela ambientale, con il 10,6% delle somme (Tabella 1).

Un'ampia differenza tra temi d'intervento si rileva in base alla taglia finanziaria media delle operazioni: si va infatti dai circa 70mila euro di costi ammessi per progetti volti a migliorare la competitività delle imprese, agli oltre 12 milioni di euro nel campo della mobilità (Figura 1).

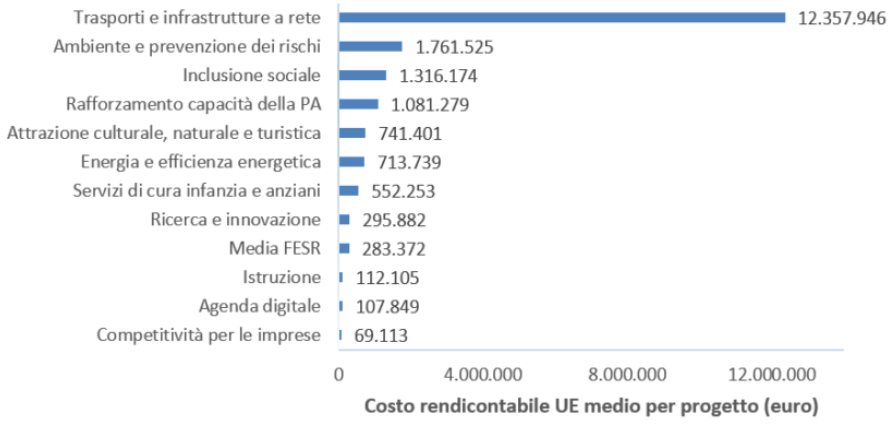
Meno variabile l'avanzamento rendicontabile, dato dal rapporto tra pagamenti e costi ammessi, che per l'intero Fondo si attesta al 47%, con il picco del 55% registrato proprio per il settore d'intervento in cui i finanziamenti sono più cospicui, ossia la ricerca (Tabella 1).

Tabella 1 I progetti FESR 2014-2020 in Italia, per tema d'intervento

Tema	% progetti	% costo rendicontabile UE	Avanzam. rendicontabile UE
Agenda digitale	23,1%	8,8%	50,7%
Ambiente e prevenzione dei rischi	1,7%	10,6%	41,1%
Attrazione culturale, naturale e turistica	1,6%	4,2%	41,4%
Competitività per le imprese	32,0%	7,8%	49,3%
Energia ed efficienza energetica	2,2%	5,5%	33,4%
Inclusione sociale	1,2%	5,5%	32,9%
Istruzione	4,4%	1,7%	31,4%
Rafforzamento capacità della PA	1,1%	4,0%	45,9%
Ricerca e innovazione	32,3%	33,8%	54,6%
Servizi di cura infanzia e anziani	0,1%	0,3%	29,1%
Trasporti e infrastrutture a rete	0,4%	17,8%	45,9%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**47,1%**

Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati OpenCoesione aggiornati al 31.12.2020

Figura 1 Taglia finanziaria media dei progetti FESR 2014-2020 in Italia, per tema d'intervento

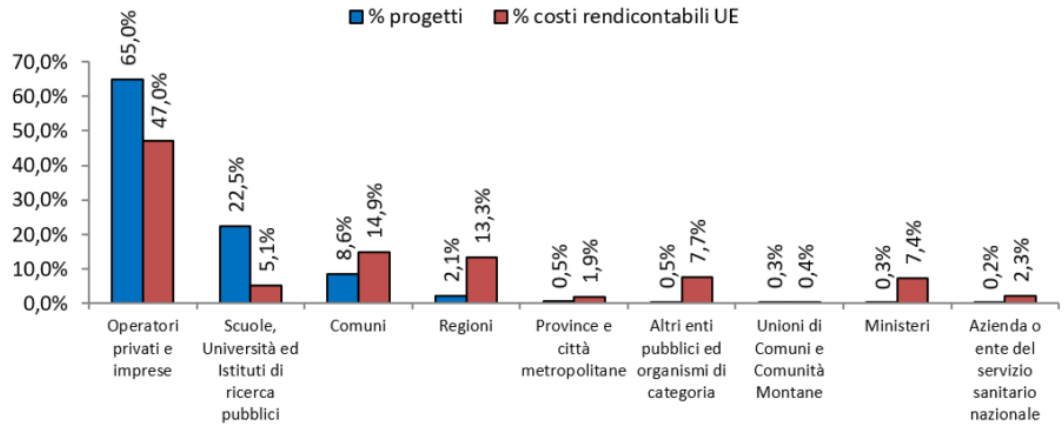


Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati OpenCoesione aggiornati al 31.12.2020

I beneficiari Gli operatori privati e le imprese sono il primo soggetto beneficiario del FESR in Italia, con il 65% degli interventi e il 47% delle risorse assegnate (Figura 2). I secondi beneficiari, lato importi, sono i comuni (14,9%), seguiti dalle regioni (13,3%).

I beneficiari privati intervengono per oltre la metà degli importi assegnati nel campo della ricerca e dell'innovazione (55%) e per circa un quarto (23%) nel settore dei trasporti. Cambiano le priorità per i comuni, che invece utilizzano il FESR soprattutto per azioni legate alla tutela ambientale (29% degli importi di cui sono beneficiari) e all'efficientamento energetico (17%). Infine, le regioni, il terzo soggetto beneficiario lato finanziamenti, conferma il tema ambientale come prioritario (23% dei costi), insieme ai trasporti e al rafforzamento della capacità della PA (17% e 16% rispettivamente).

Figura 2 Percentuale di progetti e di costi rendicontabili FESR 2014-2020 in Italia, per tipologia di soggetto beneficiario



Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati OpenCoesione aggiornati al 31.12.2020

Il FESR in Calabria Nella programmazione 2014-2020 della politica di coesione, in Calabria si è optato per un Programma Operativo Regionale plurifondo, ossia riferito al FESR e al Fondo Sociale Europeo. Riguardo al FESR i progetti finanziati al 31.12.2020 sono 2.270 del valore di oltre 1,68

miliardi di euro, il 12% dei costi POR nelle c.d. regioni meno sviluppate (RMS). Lo stato di avanzamento dei progetti calabresi è pari al 53%, un dato superiore di esattamente 10 punti percentuali rispetto alla media delle RMS.

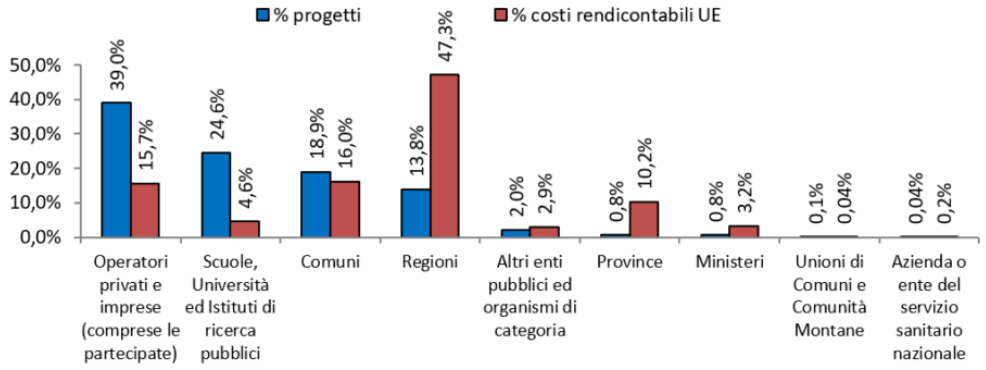
In Calabria, la maggior parte delle risorse FESR (Tabella 2) è impiegata sui temi mobilità e ambiente (rispettivamente il 34 e il 30% dei costi rendicontabili). In particolare, nell'ambito dei trasporti si parla di grandi progetti, di importo medio pari a 17 milioni di euro. Diversamente da quanto accade nel contesto nazionale, gli operatori privati e le imprese sono beneficiari nel POR Calabria, lato FESR, solo del 16% delle risorse (al pari dei comuni), nonostante attuino il maggior numero di interventi (39%, Figura 3). La maggior parte dei finanziamenti è infatti gestita direttamente dalla Regione, con circa 800 milioni di euro (il 47% degli importi) per 313 progetti (il 14% del totale).

Tabella 2 I progetti POR Calabria 2014-2020, FESR, per tema d'intervento

Tema	N. progetti	Costo rendicontabile UE (euro)	% progetti	% costo rendicontabile UE
Agenda digitale	31	124.437.586	1,4%	7,4%
Ambiente e prevenzione dei rischi	360	501.598.424	15,9%	29,8%
Attrazione culturale, naturale e turistica	53	28.100.081	2,3%	1,7%
Competitività per le imprese	109	17.700.304	4,8%	1,1%
Energia ed efficienza energetica	201	59.336.494	8,9%	3,5%
Inclusione sociale	56	52.550.665	2,5%	3,1%
Istruzione	587	75.923.036	25,9%	4,5%
Rafforzamento capacità della PA	115	69.979.985	5,1%	4,2%
Ricerca e innovazione	725	179.649.855	31,9%	10,7%
Trasporti e infrastrutture a rete	33	575.622.761	1,5%	34,2%
Totale	**2.270**	**1.684.899.191**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati OpenCoesione aggiornati al 31.12.2020

Figura 3 Percentuale di progetti e di costi rendicontabili POR Calabria 2014-2020, FESR, per tipologia di soggetto beneficiario



Fonte: elaborazione IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati OpenCoesione aggiornati al 31.12.2020

L'anima del Programma ormai sembra essere definita sia per tipologie di interventi, sia per categorie di beneficiari, ora bisogna solo apprestarsi a chiudere. Per il periodo 2014-2020 vale infatti la cosiddetta regola "n+3" (art. 136 del Regolamento CE 1303/2013), secondo la quale le certificazioni alla Commissione europea devono essere presentate entro e non oltre il 31 dicembre del terzo anno successivo a quello dell'impegno nell'ambito del Programma Operativo.