Prof. Giorgio Banchieri
Docente Università "Sapienza", Roma,
Docente Business School LUISS.

SCENARIO DEL SOCIO SANITARIO LAZIO 2009

La domanda di servizi di assistenza sociosanitaria

La domanda di servizi di assistenza sociosanitaria è in continua crescita in Italia, come nel resto dei paesi economicamente sviluppati, e, prevedibilmente, continuerà a crescere nel corso dei prossimi anni.

Ciò è confermato come trend da una serie di fattori di carattere demografico, sociale, economico ed epidemiologico strettamente connessi l'uno all'altro.

In particolare i determinanti della domanda sono:

- *le trasformazioni demografiche;*
- *le trasformazioni epidemiologiche;*
- *la trasformazione della domanda di servizi;*
- *la trasformazione della struttura familiare.*

Le trasformazioni demografiche

Probabilmente il fattore più incidente nelle dinamiche demografiche della popolazione, sia a livello italiano che a livello europeo, è l'invecchiamento della popolazione dovuto all'allungamento della vita media e alla ridotta natalità.

A tal riguardo l'Italia ha un'aspettativa di vita media per gli uomini di 77,6 anni e di 83,2 anni per le donne e si colloca ben al di sopra della media europea [1] che è pari al 75,4 per gli uomini e al 81,5 per le donne. A livello nazionale, le stime ISTAT per l'anno 2006 indicano un valore di 78,3 anni per gli uomini e di 84 per le donne.

L'indice di vecchiaia nel 2006 per l'Italia aveva un valore di 141 (ossia 141 anziani per 100 giovani) con il valore più alto (239,7) in Liguria. Tutte le Regioni del Centro Nord (con l'esclusione del Trentino Alto Adige e, parzialmente, del Lazio) sono ben al di sopra della media, mentre i valori più bassi si registrano in Campania (87,4), Puglia (109,7) e Sicilia (111,1).

L'indice di dipendenza anziani, con un valore medio nazionale del 30,1, conferma, seppur con qualche eccezione, il maggior carico di popolazione anziana sulle Regioni del Centro Nord.

L'indice di vecchiaia nel 2006 per l'Italia aveva un valore di 141 (ossia 141 anziani per 100 giovani) con il valore più alto (239,7) in Liguria.

Tutte le Regioni del Centro Nord (con l'esclusione del Trentino Alto Adige e, parzialmente, del Lazio) sono ben al di sopra della media, mentre i valori più bassi si registrano in Campania (87,4), Puglia (109,7) e Sicilia (111,1).

L'indice di dipendenza anziani, con un valore medio nazionale del 30,1%, conferma, seppur con qualche eccezione, il maggior carico di popolazione anziana sulle Regioni del Centro Nord.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 1 Indicatori demografici Unione Europea Anno 2005

PAESE	Tasso di Fecondità	Tasso di natalità	Speranza di vita alla nascita	
			Donne	Uomini
Germany	1,34	8,32	81,8	76,2
Ireland	1,88	14,68	81,8	77,1
Greece	1,28	9,69	81,5	76,6
Spain	1,34	10,73	83,9	77,4
France	1,94	12,88	83,8	76,8
Italy	**1,34**	**9,45**	**83,2**	**77,6**
Luxembourg (Grand-Duché)	1,70	11,75	82,3	76,2
Netherlands	1,73	11,51	81,6	77,2
Austria	1,41	9,49	82,2	76,7
United Kingdom	1,80	12,01	81,1	76,9
EU (27 countries)		**10,44**	**81,5***	**75,4***
EU (25 countries)	**1,52**	**10,47**	**81,9***	**75,8***

Fonte: Elaborazione propria dati Eurostat

Tabella 2 Indicatori demografici . Anno 2006

REGIONE	Speranza di vita alla nascita*	Tasso di fecondità	% di soggetti anziani (>64)	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
Lazio	**78,3**	**1,28**	**19,1**	**137,6**	**28,5**
ITALIA	**78,3**	**1,35**	**19,9**	**141,0**	**30,1**

Fonte: Elaborazione propria dati ISTAT

Nel 2015 la percentuale di popolazione sopra i 65 anni d'età sarà pari al 22% sul totale; nel 2030 gli anziani saranno oltre un quarto della popolazione totale (27%), comportando una sorta di "ribaltamento" della piramide della popolazione.

Gli indici di vecchia e di dipendenza rendono ancora più lampante il progressivo "ribaltamento" della piramide della popolazione: nel 2030 ci saranno 222 anziani per ogni 100 individui al di sotto dei 15 anni d'età; mentre il carico sulla popolazione dai 15 ai 64 anni sarà di 44 anziani per ogni 100 unità di popolazione produttiva.

* Stima

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

La dinamica demografica è considerata, quindi, una ragionevole *proxy* della domanda potenziale, sanitaria e socio-assistenziale, in quanto il progressivo invecchiamento della popolazione è spesso associato alla presenza di patologie ad esito cronico - degenerativo, che comportano una limitazione di autosufficienza individuale e il bisogno di assistenza.

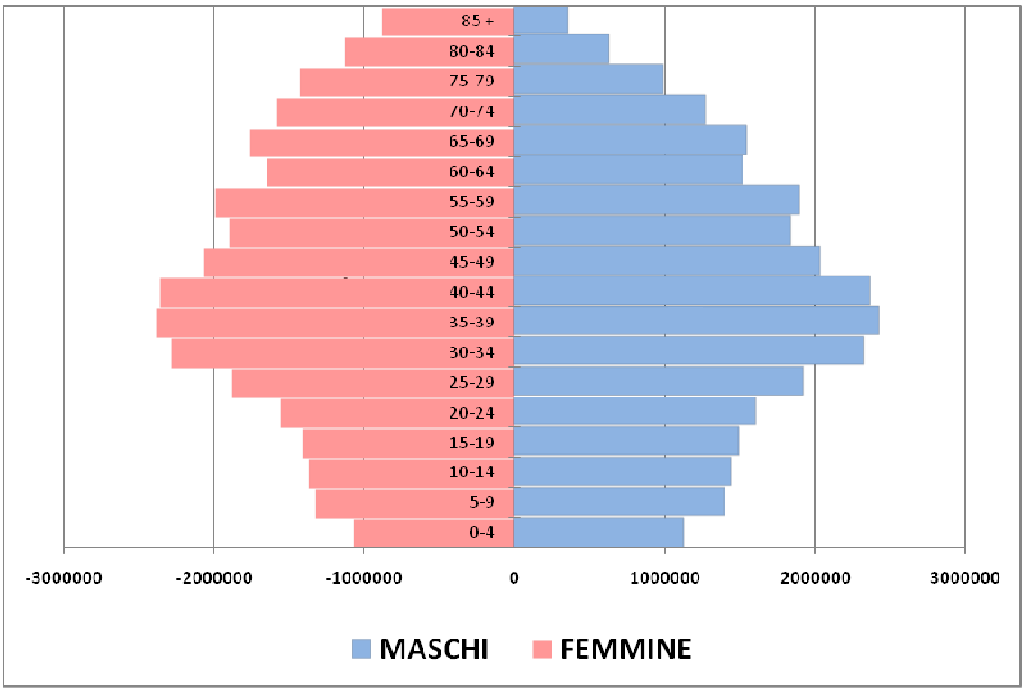
Pertanto nel nostro Paese l'andamento demografico dovrebbe indurre, quindi, una maggiore propensione ai consumi socio-sanitari al Nord, con una progressiva convergenza delle Regioni del Sud, permanendo le attuali tendenze nei fenomeni migratori e di natalità.

Tabella 3 Proiezioni delle dinamiche demografiche Italiane Anno 2006-2030

ANNO	% di soggetti anziani (>64)	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
2006	19,9	141,0	30,1
2010	20,5	146,4	31,3
2015	22,0	159,4	34,2
2020	23,2	176,0	36,4
2025	24,7	197,6	39,2
2030	27,0	222,1	44,4

Fonte: Elaborazione propria dati ISTAT

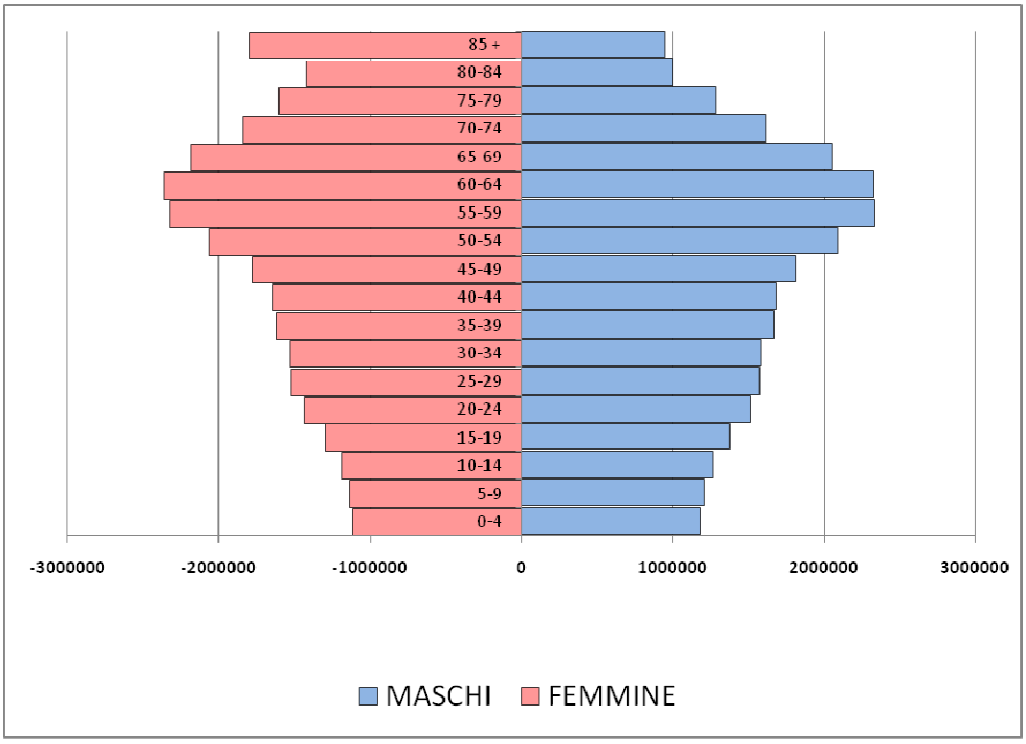
Grafico 1 Piramide della popolazione in Italia Anno 2006



Fonte: Elaborazione propria dati ISTAT

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Grafico 2 Piramide della popolazione in Italia Anno 2030



Fonte: Elaborazione propria dati ISTAT

Le trasformazioni epidemiologiche

Sembra particolarmente utile, per evidenziare la stretta interconnessione tra spinte demografiche, epidemiologiche e le trasformazioni della domanda di servizi, il concetto di *transizione epidemiologica* elaborato nei primi anni '70 dal demografo americano Abdel Omran.

Omran ha messo in evidenza come alla diminuzione della mortalità e all'incremento della natalità si sia associato una modificazione della morbilità della popolazione.

In particolare ciò è avvenuto in tre fasi:

- la prima era la fase in cui le principali cause di morbilità e di morte erano associabili alle *epidemie di malattie infettive;*
- la seconda si è contraddistinta per il contenimento di tali malattie attraverso *le vaccinazioni di massa* con il conseguente allungamento della vita media;
- infine la fase attuale in cui il quadro epidemiologico è costituito da *malattie di carattere degenerativo e/o cronico.*

Infatti una percentuale del 13,1% sulla popolazione totale, a livello nazionale, dichiara di avere almeno una malattia cronica, mentre una percentuale leggermente superiore (13,3%) dichiara tre o più patologie. Nella sottopopolazione degli over 65 è lampante l'impennata percentuale dovuta all'invecchiamento per cui il 41,7% dichiara almeno una patologia, mentre il 42,2% ne dichiara almeno tre.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Passando all'analisi della disabilità, i dati ISTAT sono costruiti su una definizione di disabilità strutturata sull'autonoma capacità di svolgere le attività tipiche di vita quotidiana. Secondo tale definizione risultano disabili coloro che dichiarano di avere gravi difficoltà nelle svolgere almeno una delle principali funzioni della vita quotidiana: confinamento individuale, disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento, disabilità di vista, udito e parola.

Su scala nazionale risulta, nella popolazione superiore ai 6 anni d'età, una quota di disabili pari al 4,8%, mentre nella popolazione ultra sessantacinquenne il valore è del 18,7%. Più nello specifico i dati nazionali mostrano come la maggior parte della disabilità sia dovuta dalla compromissione delle funzioni (3% nella popolazione superiore ai 6 anni, 12,4% in quella over 65) e delle capacità di movimento (2,3% nella popolazione superiore ai 6 anni, 9,4% in quella over 65).

Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di *esclusione sociale*, costituiscono il volano per un nuovo orientamento della domanda di servizi.

Tabella 4 Popolazione per presenza e numero di malattie croniche dichiarate per Regione e ripartizione geografica Anno 2005 *(per 100 persone dello stesso sesso e della stessa età)*

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Persone con almeno una malattia cronica grave*		Persone con tre o più malattie croniche	
	Popolazione	Persone di 65 anni e più	Popolazione	Persone di 65 anni e più
Lazio	12,9	41,3	14,9	47,4
Nord Ovest	13,0	38,4	13,6	39,5
Nord Est	13,2	39,8	14,1	42,8
Centro	13,8	42,2	15,6	46,0
Sud	12,8	45,8	12,3	43,3
Isole	13,2	44,6	14,2	46,5
ITALIA	13,1	41,7	13,8	43,0

Fonte: Elaborazione propria dati ISTAT

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 5 Popolazione per presenza e numero di malattie croniche dichiarate per classe di età Anno 2005 *(per 100 persone dello stesso sesso e della stessa età)*

CLASSI DI ETÀ	Persone con almeno una malattia cronica grave*	Persone con tre o più malattie croniche
	Popolazione Totale	
0-14	1,2	0,4
15-24	1,9	1,0
25-34	2,2	2,5
35-44	4,3	5,2
45-54	9,2	11,1
55-64	21,0	22,6
65-69	32,0	34,2
70-74	37,9	41,0
75-79	45,9	45,2
80 e più	53,3	53,7
TOTALE	**13,1**	**13,8**

Fonte: dati ISTAT

Tabella 6 Popolazione e persone di 65 anni e più che dichiarano almeno una malattia cronica grave* per ripartizione Confronto Anni 1999-2000 e Anno 2005 *(per 100 persone della stessa zona)*

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Popolazione		Popolazione di 65 anni e più	
	1999-2000	2005	1999-2000	2005
Italia Nord-occidentale	12,4	13,0	36,7	38,4
Italia Nord-orientale	13,0	13,2	39,5	39,8
Italia Centrale	13,2	13,8	41,0	42,2
Italia Meridionale	11,6	12,8	43,6	45,8
Italia Insulare	11,7	13,2	41,2	44,6
ITALIA	**12,4**	**13,1**	**40,1**	**41,7**

Fonte: dati ISTAT

*Malattie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia celebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/ leucemia), Parkinsonismo, Alzheimer, demenze senili.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Prof. Giorgio Banchieri
Docente Università "Sapienza", Roma,
Docente Business School LUISS.

Tabella 7 Popolazione e persone di 65 anni e più per tipo di malattia cronica dichiarata Confronto Anni 1999-2000 e Anno 2005 *(per 100 persone con le stesse caratteristiche)*

MALATTIE CRONICHE	Popolazione		Popolazione di 65 anni e pi	
	1999-2000	2005	1999-2000	2005
Diabete	3,7	4,5	12,5	14,5
Cataratta	3,2	2,8	15,4	12,4
Ipertensione arteriosa	11,9	13,6	36,5	40,5
Infarto del miocardio	1,1	1,7	4,0	6,3
Angina pectoris	0,9	0,7	3,4	2,5
Altre malattie del cuore	3,4	3,2	12,5	11,3
Asma bronchiale	3,1	3,5	6,9	6,5
Malattie della tiroide	2,8	3,2	4,6	5,0
Artrosi,artrite	18,4	18,3	52,5	56,4
Osteoporosi	4,7	5,2	17,5	18,8
Ulcera gastrica o duodenale	3,0	2,3	7,3	5,3
Cirrosi epatica	0,2	0,3	0,6	0,7
Tumore	0,9	1,0	2,7	2,7
Cefalea o emicrania ricorrente	9,0	7,7	10,5	8,7

Fonte: dati ISTAT

Tabella 8 Persone di 6 anni e più e persone di 65 anni e più, con disabilità per Regione e ripartizione geografica. - Anno 2005 *(per 100 persone con le stesse caratteristiche e tassi standardizzati)*

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Persone con disabilità		Tipi di disabilità							
			Persone confinate		Disabilità nelle funzioni		Difficoltà nel movimento		Difficoltà nella vista, nell' udito o nella parola	
	6 anni o più	65 anni e più	6 anni o più	65 anni e più	6 anni o più	65 anni e più	6 anni o più	65 anni e più	6 anni o più	65 anni e più
Lazio	**4,4**	**17,3**	**1,9**	**7,8**	**2,6**	**11,2**	**1,8**	**8**	**1,1**	**3,8**
Nord Ovest	4,3	16,2	1,8	7,3	2,6	10,5	2	8	0,9	3,2
Nord Est	4,2	16,3	1,8	7,5	2,7	10,6	2,1	8,6	0,9	3,3
Centro	4,9	18,2	2,3	8,9	3,2	12,6	2,2	8,6	1,2	4,2
Sud	5,2	21,7	2,3	10,2	3,4	14,8	2,4	11	1,1	4,7
Isole	5,7	24,6	2,6	11	3,6	15,9	2,8	13,2	1,2	5,1
ITALIA	**4,8**	**18,7**	**2,1**	**8,7**	**3**	**12,4**	**2,3**	**9,4**	**1,1**	**3,9**

Fonte: dati ISTAT

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 9 Persone di 6 anni e più per tipo di disabilità per classe d'età- Anno 2005 (per 100 persone della stessa classe di età)

CLASSI DI ETÀ	Persone con disabilità	Tipi di disabilità			
		Persone confinate	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà nella vista, nell' udito o nella parola
6-14	1,6	0,1	1,4	0,2	0,2
15-24	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2
25-34	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2
35-44	0,9	0,3	0,5	0,3	0,3
45-54	1,3	0,6	0,6	0,6	0,3
55-64	2,5	0,9	1,2	1,3	0,6
65-69	5,5	2,1	2,9	2,9	0,9
70-74	9,7	3,9	5,2	4,9	2
75-79	17,8	7,8	10,6	9,2	3,3
80 e più	44,5	22,3	32,9	22,1	10,1
TOTALE	**4,8**	**2,1**	**3**	**2,3**	**1,1**

Fonte: dati ISTAT

La trasformazione della domanda di servizi

I servizi di "nuova generazione" si dovrebbero caratterizzare, al fine di rispondere a situazioni di deprivazione complessa, per una forte connotazione integrata tra prestazioni di sostegno psicologico e sociale, prestazioni di assistenza alla persona e prestazione di cura e riabilitazione in senso stretto.

E' intuibile che una domanda di servizi che si distingue per essere originata da un insieme interrelato di bisogni presenti una fortissima variabilità, già a livello della distribuzione territoriale, e che conseguentemente la gamma di risposte elaborate dalle istituzioni, in primis ASL e Comuni, siano assai differenziate non solo tra Regione e Regione ma anche all'interno delle stesse.

La gamma di prestazioni che pertanto ricade tra le prestazioni cosiddette integrate è molto ampia ed è assai difficile farne una ricognizione esaustiva.

Sotto il profilo temporale i dati ISTAT consentono di mettere in evidenza come l'evoluzione dell'offerta di prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie in regime residenziale sia un fenomeno che, seppur con un andamento costante, ha avuto un impennata negli ultimi anni.

In particolare la serie storica indica che su un totale nel 2004 di 7.577 presidi, nel periodo fino al 1989 erano attive 3.843 strutture (50,7%), mentre solo nell'ultimo quindicennio sono state attivate ben 3.734 ovvero il 49,3 % del totale.

A livello nazionale ben oltre il 70% delle strutture e gestito da enti privati: il 22,3% da enti religiosi, il 34,7% da soggetti non-profit ed il 13,4 % da privati; solo una quota residuale è gestita direttamente dal pubblico attraverso le IPAB (11,6%) i Comuni (9,8%) e le ASL (4%).

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Il maggior peso del privato è confermato in tutte le ripartizioni geografiche anche se con incidenze diverse: è assolutamente preponderante nel Sud e nelle Isole con percentuali oltre lo 80%, nel Nord-ovest ma soprattutto nel Nord-est un ruolo importante è esercitato dai Comuni e dalle IPAB (rispettivamente con il 9,6 e 8,6 nel Nord-ovest, e con il 16,8 ed il 19,2 nel Nord-est) mentre nel Centro spazi rilevanti sono occupati dalle ASL (10,2%).

Tabella 10 Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, posti letto e ospiti presenti . Anno 2004

REGIONI	Presidi residenziali	Totale posti letto	Ospiti				
			Minori (0-17 anni)	Adulti (18-64 anni)	Anziani (65 anni e oltre)	Totale	% di ospiti adulti e anziani (18>) non autosufficienti
Lazio	552	20.021	1.300	4.388	10.430	16.118	40,9
Nord-ovest	2.704	126.235	4.369	16.809	94.049	115.227	73,1
Nord-est	2.459	92.346	3.768	13.775	67.928	85.471	71,2
Centro	1.554	52.441	2.605	9.775	32.673	45.053	54,9
Sud	1.041	36.215	4.416	6.240	17.329	27.985	43,8
Isole	772	23.912	2.800	4.195	11.531	18.526	42,5
TOTALE	8.530	331.149	17.959	50.794	223.510	292.262	65,0

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 11 Presidi residenziali socio-assistenziali per anno di avvio dell'attività e tipologia di presidio Anno 2004

TIPOLOGIA DI PRESIDIO	< 1950	1950-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2004	Totale presidi*
Centro di pronta accoglienza	20	8	31	77	17	158
Centro di accoglienza notturna	6	1	8	24	24	74
Comunità familiare	30	56	91	273	150	644
Comunità socio-educativa per minori	128	116	109	205	93	747
Comunità socio-riabilitativa	41	95	154	266	115	736
Comunità alloggio	54	122	165	393	226	1.090
Istituto per minori	79	54	20	7	2	172
Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	338	356	341	374	114	1.820
Residenza socio-sanitaria per anziani	235	192	268	343	148	1.380
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	302	199	129	388	186	1.273
Centro di accoglienza immigrati	0	6	16	175	87	304
Altro	23	29	21	33	14	132
TOTALE	**1.256**	**1.234**	**1.353**	**2.558**	**1.176**	**8.530**

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 12 Presidi residenziali socio-assistenziali per tipo di ente gestore. Anno 2004

REGIONI	Comune, Consorzio, Associazione, C. montana	Provincia, Regione	Azienda sanitaria locale	Ipab	Altro ente pubblico	Ente religioso	Impresa non profit	Altra impresa privata	Totale
Lazio	4,8	0,4	4,4	4,6	1,1	35,7	24,6	24,4	100,0
Nord-ovest	9,6	0,3	2,0	8,6	1,7	17,5	43,7	16,5	100,0
Nord-est	16,8	0,1	2,2	19,2	0,7	16,2	29,4	15,2	100,0
Centro	6,7	0,4	10,2	7,9	0,6	27,2	27,9	19,3	100,0
Sud	2,6	0,4	5,8	6,8	0,7	30,4	33,5	19,7	100,0
Isole	3,1	0,0	1,9	11,4	0,0	38,0	35,7	9,7	100,0
TOTALE	9,8	0,3	4,0	11,6	0,9	22,3	34,7	16,4	100,0

Fonte: dati ISTAT

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 13 Personale operante nei presidi residenziali per genere e professione esercitata Anno 2004 - Fonte: dati ISTAT

PROFESSIONE	Totale	%	Di cui:	
			A carico del SSN	Volontari
Direttori e amministratori	12.304	4,9	488	2.025
Impiegati	9.824	3,9	438	426
Medici	9.865	3,9	2.852	552
Psicologi	2.769	1,1	330	203
Sociologi	311	0,1	41	61
Assistenti sociali	2.688	1,1	360	206
Insegnanti e altri addetti alla formazione	2.473	1,0	100	878
Educatori e pedagogisti	11.754	4,6	681	732
Animatori	6.815	2,7	296	2.157
Infermieri	24.338	9,6	3.982	677
Fisioterapisti	6.289	2,5	820	66
Logopedisti e altri addetti alla riabilitazione	1.674	0,7	263	56
Addetti ai servizi di assistenza alla persona	99.139	39,2	4.353	2.239
Addetti ai servizi generali	38.249	15,1	1.451	2.025
Obiettori	2.040	0,8	-	-
Altro	22.438	8,9	234	9.399
TOTALE OPERATORI	**252.970**	**100**	**16.689**	**21.702**

La trasformazione della struttura familiare

Infine nel corso degli ultimi cinquanta anni anche in Italia la tradizionale famiglia allargata sta cedendo il passo, sotto la spinta della diminuzione del numero di figli e delle separazioni coniugali, a strutture familiare mononucleari.

Le conseguenze sono chiare: la rottura o l'indebolimento della rete delle relazioni primarie attivate dalla famiglia la depotenzia come luogo di assistenza rispetto a situazioni di non autosufficienza dei singoli, principalmente anziani soli, con la conseguenza che gran parte di questi problemi diventano, o dovrebbero diventare, immediatamente problemi collettivi, di rilevanza pubblica.

E' evidente che la nuova funzione di produttrice di reddito accanto all'uomo, rende per la donna difficile potersi sobbarcare anche i tradizionali ruoli di assistenza ai figli, al marito e agli anziani.

In conclusione questi due fattori, tra loro fortemente connessi, allentano fortemente le maglie delle reti tradizionali di assistenza e solidarietà, stimolando la domanda di un crescente numero di servizi pubblici: dagli asili nido per la cura dei figli della madri lavoratrici, allo sviluppo di servizi sanitari e sociali in grado di sgravare, almeno parzialmente, la famiglia dalla cura delle generazioni anziane.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

I LEA come tentativo di ottimizzazione nell'erogazione dei servizi.

Il servizio sanitario, comunque, dovrebbe assicurare i livelli di assistenza nel rispetto dei seguenti principi:

- il *principio di dignità umana*, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti indipendentemente dalle caratteristiche personali,
- il *principio del bisogno di salute*,
- il *principio dell'equità all'accesso dell'assistenza*,
- il *principio della qualità delle* cure *e della loro appropriatezza* riguardo le specifiche esigenze,
- il *principio* dell'economicità nell'impegno delle risorse.

Il concetto dei LEA era già previsto all'interno della L.N. n. 833, ma poi è stato il decreto legislativo n. 229 che lo ha esplicitato.

Molti dei principi suddetti hanno rilevanza per i cittadini non solo come pazienti, ma come attori del sistema.

In tutto il mondo il dibattito sui LEA è sempre stato un dibattito molto acceso e diciamo che in Europa, negli Stati Uniti e in Canada, il minimo comune denominatore che riguardava la questione dei livelli di assistenza, e quindi le prestazioni da garantire a tutti i cittadini, poteva essere così sintetizzato: i LEA sono considerati priorità o scelte difficili, ma in nessun caso dovrebbero comportare un razionamento delle prestazioni.

I parametri a base della determinazione dei LEA per tipologia di assistenza sono frutto di una rilevazione dei dati al 2000 su un campione di Regioni italiane svolta dall'ASSR per conto della Conferenza Stato Regioni.

I risultati della rilevazione, e quindi, il rapporto tra costi e le aree di assistenza per l'anno 2000 erano i seguenti:

- la *prevenzione,* cioè l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, aveva un valore medio del 3,6%;
- la *assistenza distrettuale* invece era al 46,6% di tutta la spesa;
- la *assistenza ospedaliera*, vedeva un 49,8% di media;
- la *assistenza distrettuale*: per l'assistenza farmaceutica la media era del 12,6%

Sulla base di questi dati sono stati stabiliti quelli che dovrebbero essere i valori di riferimento per il triennio 2002-2004 per le attività di programmazione sanitaria:

- doveva esserci più prevenzione, quindi la prevenzione dal 3,6% doveva passare al 5%;
- doveva esserci più assistenza territoriale, che doveva passare dalla media dell'anno 2000 del 46,6% al 49,5% con interessanti dati all'interno. Il decreto prevedeva che la farmaceutica si consolidasse intorno al 13%, la specialistica doveva leggermente diminuire dall'11,8% al 10,7%, mentre l'assistenza territoriale, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, dovevano aumentare di ben 3 punti, dal 10,1% al 13%;
- l'attività di emergenza doveva aumentare dallo 0,8% all'1,4%;
- l'assistenza ospedaliera era destinata a diminuire dal 49,8% al 45,5%.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Collegato ai LEA era ed è il tema della *essenzialità e appropriatezza* delle prestazioni erogate. Infatti dopo quello di misura, l'altro passaggio logico è stato definire che cosa significa essenziale, e le esperienze anche internazionali non hanno molto aiutato su questo argomento. Si è definito il concetto che non si poteva considerare essenziale la prestazione se non era appropriata.

Quindi nella realtà è stata spostata la logica da essenzialità ad appropriatezza, e questo è stato un altro passaggio logico molto importante.

Nell'articolo 32 della Costituzione, nella quale, al di là delle "devolution" in corso in questo periodo molto complesse ed articolate, rimane fissa la responsabilità dello Stato, nella garanzia del livello di salute al cittadino.

C'è sempre uno Stato che dovrebbe garantire questo, ma per garantirlo dovrà individuare con correttezza che cos'è essenziale, e quindi è stato tradotto il concetto di essenzialità nel concetto di appropriatezza nel Decreto sui LEA.

I LEA e il territorio

Mentre i LEA sono molto puntuali su tutta la dinamica ospedaliera, sono più sfumati sulla dimensione territoriale. L'*inappropriatezza* non è solo un problema del sistema ospedaliero, e occorre essere attenti a non spostare l'*inappropriatezza* dall'ospedale al territorio, perché sul territorio, molte delle prestazioni che vengono erogate sono quasi totalmente determinate dalla domanda.

Sul territorio, laddove non ci sono unità distrettuali, unità di valutazione multi disciplinare distrettuale, o altri filtri di accesso tutto quello che viene chiesto, viene puntualmente erogato a costi unitari che poi difficilmente si riesce a governare e a controllare, quindi attenzione a non spostare l'*inappropriatezza* sul territorio.

Le prestazioni sociosanitarie, stando alla ripartizione per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rientrano nel secondo LEA relativo all'assistenza distrettuale.

Esso comprende: *la medicina generale, la pediatria di base e la guardia medica, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ai tossicodipendenti e agli alcolisti, l'assistenza riabilitativa ai disabili, l'assistenza agli anziani.*

I *medici di medicina generale*, con un valore nazionale di 1,2 medici ogni 1000 residenti adulti, risultano essere distribuiti in modo assai omogeneo in tutta la penisola con scarti rispetto al valore di riferimento assai contenuti.

I *pediatri di libera scelta*, invece, si caratterizzano per una diffusione meno omogenea anche se con scarti sempre contenuti rispetto ad un dato di riferimento di 1 pediatra ogni 1000 bambini.
La *guardia medica* (con un dato nazionale di 23 medici di guardia per 100.000 abitanti) mostra una distribuzione che si caratterizza per valori al di sotto della media nell'Italia settentrionale, valori sostanzialmente in media nel Centro (con l'eccezione del Lazio) valori sensibilmente al di sopra della media nell'Italia meridionale ed insulare, con picchi in Basilicata (73) Sardegna (71) e Calabria (65).

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

I dati *sull'assistenza farmaceutica* erogata attraverso le farmacie convenzionate, che costituisce uno dei fattori di costo più incidente sul sistema, mostrano per l'anno 2005, in valori assoluti, una spesa complessiva di oltre 12 miliardi di euro, con un numero di ricette di poco inferiore a 450 milioni di unità.

Per quanto riguarda *l'assistenza riabilitativa* (ex articolo n°26 legge n°833 del 1978) nel 2005 le giornate di assistenza erogate sono state oltre 7 milioni, di cui il 62,5% in regime residenziale, il restante 37,5% in regime semiresidenziale.

I dati ministeriali sull'ADI, *Assistenza Domiciliare Integrata*, per l'anno 2005 vedono quasi 400.000 casi trattati dei quali lo 84,2% sono individui anziani. Rispetto ad un dato di riferimento nazionale di 679 casi per 100.000 abitanti, abbiamo, come si evince a seguire nell'indagine, una situazione estremamente diversificata da Regione e Regione. Scendendo a livello delle singole Regioni, valori particolarmente alti sono rilevabili in Friuli Venezia Giulia con 2.200 casi su 100.000 abitanti, in Molise (1.490), Emilia Romagna (1.376) Veneto (1.256) ed Umbria (1.184).

Valori fortemente al di sotto della media sono rilevabili in Valle d'Aosta (33), nella Provincia Autonoma di Bolzano (58) e, seppur con minore scarto, in Sicilia (187).

Per l'*assistenza distrettuale* il grafico a seguire indica le 9 Regioni in linea o che superano il dato medio nazionale (47,7%); tra queste le Marche (49,5%), l'Emilia Romagna (49,3%), la Campania e la Sicilia (entrambe con una percentuale del 49,1%), si trovano tendenzialmente in linea con il parametro nazionale triennale che prevede un valore del 49,5% sul totale della spesa.

La Sardegna registra *la spesa distrettuale* più alta con il 50,2% (con un incremento di 6 punti percentuali rispetto all'anno precedente), seguita dalla Toscana (50,0%); mentre i livelli più bassi si riscontrano in Basilicata (42,3%, con una flessione di quasi 5 punti percentuali rispetto al 2002) ed in Abruzzo (43,9%).

A base della declinazione dei LEA per territori omogenei, quindi, ci sono:

- lo sviluppo della prevenzione e i percorsi terapeutici;
- la ridefinizione del ruolo dei medici prescrittori, quali determinanti della spesa sanitaria;
- la riorganizzazione e lo sviluppo dei servizi socio sanitari tramite una riconversione *in progress* del sistema;
- lo sviluppo dei Distretti, delle Società della Salute, delle Case della Salute, degli UTAP e quant'altro, quali tentativi di ottimizzazione dei servizi socio sanitari;
- il coinvolgimento delle comunità nella copertura dei costi sociali del socio sanitario tramite la definizione di forme possibili di co-partecipazione al finanziamento del sistema.

Parimenti a livello della *governance* territoriale, ovvero, del rapporto tra governo clinico e governo economico delle aziende sanitarie, a livello del II° LEA, le criticità da governare sono:

- il ruolo dei medici e l'evoluzione del sistema dell'offerta territoriale;
- il passaggio dal medico singolo al lavoro di gruppo con altre figure professionali nelle reti delle cure primarie;
- la presa in carico dei pazienti e l'applicazione di percorsi terapeutici;
- l'ottimizzazione delle performance del sistema e lo sviluppo della Evidence Based Medicine;
- lo sviluppo della presenza delle nuove professionalità e i loro ruoli crescenti nei percorsi assistenziali;
- la gestione dei dati clinici e la loro condivisione nei percorsi terapeutici;

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

- il rispetto della privacy e la tutela della salute.

Quanto sopra, peraltro, richiede lo sviluppo di competenze necessarie per gestire questi livelli nuovi di g*overnance* territoriale, quali quelle*:*

- *Organizzative*: per gestire l'impatto sull'organizzazione interna delle Istituzioni preposte e delle aziende sanitarie pubbliche o private accreditate;
- *Gestionali*: per ottimizzare le modalità gestionali delle Istituzioni preposte e delle aziende sanitarie pubbliche o private accreditate o private – private;
- *Cliniche*: ogni linea di intervento ha un impatto sul "*core*" del settore, sulle modalità organizzative della erogazione e fruizione delle prestazioni;
- *Qualitative*: per la misurazione e assicurazione della qualità reale e della qualità percepita da parte degli operatori sanitari e da parte dei cittadini utenti;
- *Formative*: in una logica di circolarità dell'apprendimento legata ai continui processi innovativi sul piano delle tecnologie utilizzate e per i continui processi di ottimizzazione delle gestioni interne con conseguenti processi di mobilità e di ridefinizione dei profili professionali, dei ruoli e delle competenze necessari;
- *Tecnologiche*: perché con lo sviluppo dell'ICT, della digitalizzazione e delle reti internet e web si sono aperti campi crescenti per l'applicazione di servizi ICT.

Per altro la definizione degli obiettivi generali e locali per il governo del SSN, dei SSR e delle Aziende Sanitarie sono connessi e determinati, conseguentemente, da:

- definizione dei LEA e dei LIVEAS;
- approvazione del patto di stabilità tra Stato e Regioni,
- definizione dei Piani Sanitari Nazionale e Regionali,
- definizione dei Piani di Sviluppo Aziendali ;
- definizione dei Piani Territoriali di Salute.

In questo contesto un numero sempre maggiore di documenti prodotti dagli *stakeholder* istituzionali (Ministero della Salute, Regioni, Enti Locali) del Servizio Sanitario Nazionale, ormai da molti anni insistono sulla necessità di potenziare l'assistenza erogata nel territorio quale strumento strategico finalizzato, non solo a ridurre i costi legati a forme di assistenza incentrate sull'ospedale, ma in grado di garantire una sanità di maggior qualità in termini di accessibilità, vicinanza ai cittadini e continuità assistenziale, capace di intercettare attivamente il bisogno di salute della popolazione.

Tra l'altro, in questi documenti, non è sfuggita la stretta correlazione che lega le politiche di assistenza sanitaria con quelle di sostegno sociale alla persona.
Emerge, come abbiamo cercato di analizzare sinteticamente in queste prime note, nei fatti, un modello di *policy* integrata, sia in prospettiva orizzontale che verticale.

Ne discende, quindi, che le politiche devono caratterizzarsi per un profilo intersettoriale, sia nel senso che devono essere capaci di promuovere l'integrazione tra le attività ed i servizi offerti nell'ambito di differenti settori di *policy* (sanità, sociale, ambiente, occupazione, istruzione, ecc.); sia nel senso che devono essere sviluppate in un contesto di *governance* in cui decidano ed agiscano in sinergia i livelli di governo centrale, regionale e degli enti locali.

Questa prospettiva è esplicita nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 quando si parla di "p*romuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari*". In esso si afferma: "*la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedale centrica che oggi non è più sostenibile.*" [PSR 2003-2005].

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Da queste affermazioni ne discende l'individuazione di obiettivi in grado di rapportarsi a tali dinamiche, ovvero, l'erogazione appropriata dei servizi previsti dai LEA, il rafforzamento delle attività ambulatoriali e specialistiche, la continuità assistenziale, la riduzione delle liste d'attesa e dei ricoveri impropri e l'attivazione dei percorsi assistenziali.

Lo scopo dei legislatori e gestori istituzionali è in particolare quello di conseguire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, quale requisito per promuovere la continuità tra cura e riabilitazione, ospedale e territorio, in una parola per promuovere la realizzazioni di percorsi integrati di cura e riabilitazione.

La sanità pubblica italiana: il Servizio Sanitario nazionale

In Italia l'assistenza sanitaria ai cittadini è garantita essenzialmente attraverso la spesa pubblica anche se esiste una componente rilevante di spesa privata a carico diretto delle famiglie.
Un'analisi della spesa sanitaria pubblica italiana significa, nei fatti, analizzare i costi che caratterizzano il Servizio Sanitario Nazionale quale strumento di *policy* chiamato a garantire*:"la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività"*[1].

Nell'anno 2005 (tabella 1) IL SSN ha assorbito risorse per 95,242 miliardi di € (con un incremento del 5,23% rispetto al'anno precedente) con un incidenza percentuale sul PIL pari al 6,72% , garantendo per ciascun cittadino una spesa pro capite del valore di 1.629 €.

Il grafico 1, specificando quanto detto nel paragrafo precedente, mostra come la spesa sanitaria pubblica italiana sia in crescita costante con un incremento, negli ultimi tra il 2002 ed il 2005, di oltre mezzo punto percentuale, a cui corrisponde una parallela crescita della spesa pro-capite.
Se si considerano le dinamiche di finanziamento oltre lo 80% delle risorse provengono dalla compartecipazione alle accise e all'IVA (43,1%), e dalle imposte regionali (IRAP e addizionale IRPEF). L'analisi del finanziamento permette di evidenziare come su una spesa complessiva di 95,242 miliardi nel 2005, la quota effettiva di finanziamento è pari a 90.855 €. Emerge pertanto come lo Stato, nel 2005, finanzi la spesa sanitaria soltanto per il 95,4% del fabbisogno complessivo, con una percentuale che sul PIL scende al 6,1%.

Tabella 14 Spesa del Servizio Sanitario Nazionale Trend dal 2002 al 2005

Anni	PIL (Miliardi di Euro)	Ammontare Spesa SSN (Miliardi di Euro)	Rapporto % Spesa SSN/PIL	Variazione % della Spesa SSN rispetto all'anno precedente	Spesa pro-capite (Euro)*
2002	1.295,226	79,549	6,14	4,67	1.381
2003	1.335,354	82,220	6,16	3,36	1.427
2004	1.388,870	90,510	6,52	10,08	1.556
2005	1.417,241	95,242	6,72	5,23	1.629

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

[1] Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, " art.1, comma 1.

*La spesa pro-capite è calcolata con riferimento alla popolazione residente al I° gennaio (dati ISTAT) dell'anno di riferimento.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 15 Fonti di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2005

Fonti di finanziamento	Finanziamento del SSN (Miliardi di Euro)
Irap e Addizionale Irpef	36,366
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	39,116
Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	7,575
Ricavi e Entrate Proprie varie	2,477
FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato	4,861
TOTALE REGIONI e PROVINCE AUTONOME	90,396
Altri Enti Finanziati con Fondo Sanitario Nazionale	0,459
TOTALE	90,855

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 16 Distribuzione della spesa (assoluta e pro-capite) del Servizio Sanitario Nazionale per Regione Anno 2005

Regione	Spesa del SSN (Milioni di Euro)	% Sul totale della spesa nazionale	Pro-capite (Euro)
Piemonte	7.166,116	7,6	1.655
Valle d'Aosta	228,131	0,2	1.857
Lombardia	14.795,632	15,6	1.575
Bolzano	990,263	1,0	2.076
Trento	856,463	0,9	1.721
Veneto	7.596,163	8,0	1.616
Friuli-Venezia Giulia	1.997,232	2,1	1.658
Liguria	2.918,385	3,1	1.833
Emilia-Romagna	7.000,379	7,4	1.686
Toscana	5.891,250	6,2	1.637
Umbria	1.389,707	1,5	1.618
Marche	2.341,424	2,5	1.542
Lazio	**9.570,581**	**10,1**	**1.816**
Abruzzo	2.208,463	2,3	1.700
Molise	596,801	0,6	1.854
Campania	9.279,091	9,8	1.603
Puglia	5.826,964	6,1	1.432
Basilicata	880,804	0,9	1.477
Calabria	2.821,076	3,0	1.404
Sicilia	7.799,852	8,2	1.556
Sardegna	2.628,372	2,8	1.593
Italia	**94.783,151**	**100,000**	**1.621**

Fonte: Ministero della salute

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Le prestazioni territoriali del Servizio sanitario nazionale: volumi del II LEA

Tale gamma di attività, stando alla ripartizione per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rientrano nel secondo LEA relativo all'assistenza distrettuale.

Esso comprende: la medicina generale la pediatria di libera scelta e la guardia medica, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ai tossicodipendenti e agli alcolisti, l'assistenza riabilitativa ai disabili, l'assistenza agli anziani.

Tabella 17 Assistenza sanitaria di base (MMG,PLS e GM) in valori assoluti e sulla popolazione Anno 2005

Regione	Medici di medicina generale	Medici di medicina generale per 1.000 residenti adulti	Pediatri di libera scelta	Pediatri di libera scelta per 1.000 bambini residenti	Guardia medica (medici titolari)	Guardie mediche 100.000 abitanti
Lazio	4.752	1,3	740	1,1	509	10
Italia	**47.022**	**1,2**	**7.459**	**1,0**	**13.532**	**23**

Fonte: Ministero della salute

L'assistenza farmaceutica

I dati sull'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate (tabella 2), che costituisce uno dei fattori di costo più incidente sul sistema, mostrano per l'anno 2005, in valori assoluti, una spesa complessiva di oltre 12 miliardi di euro, con un numero di ricette di poco inferiore a 450 milioni di unità.

Da un'analisi più particolareggiata a livello regionale, emerge che il numero delle ricette emesse per residente, con un valore di riferimento nazionale di 8,1 ricette per paziente, è al di sopra della media in tutta l'Italia centro-meridionale ed insulare, con picchi in Calabria (10,1) ed Umbria (9,8).

Al contrario l'Italia settentrionale, se si esclude la Liguria, mostra livelli al di sotto della media in particolare nelle Province Autonome di Trento (5,1) e Bolzano (6,3), in Lombardia (6,4) ed in Veneto (6,6).

Rispetto al costo per ricetta, invece, la situazione è meno omogenea: dato un valore nazionale di 26,70 € per ricetta, *risultano valori particolarmente alti nel Lazio (31,12)* in Lombardia (30,98) e nella Provincia Autonoma di Trento (30,48); valori al di sotto in Umbria in Toscana ed in Basilicata.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 18 Assistenza farmaceutica convenzionata: numero di ricette (valori assoluti e per residenti) ed importo (valori assoluti e per ricetta) per Regione Anno 2005

Regione	Ricette per specialità medicinali e galenici			Costo in Euro per ricetta
	Numero	Numero per residente	Importo in euro	
Piemonte	32.778.613	7,6	859.397.342	26,22
Valle d`Aosta	863.327	7,0	23.258.694	26,94
Lombardia	60.037.115	6,4	1.859.882.796	30,98
Prov. Auton. Bolzano	2.437.743	5,1	74.290.459	30,48
Prov .Auton. Trento	3.127.053	6,3	81.218.196	25,97
Veneto	30.965.499	6,6	835.137.891	26,97
Friuli Venezia Giulia	7.848.786	7,4	210.517.022	26,82
Liguria	14.220.954	8,9	370.301.746	26,04
Emilia Romagna	33.937.627	8,2	809.713.549	23,86
Toscana	28.017.798	8,6	616.754.718	22,01
Umbria	8.410.162	9,8	165.787.163	19,71
Marche	13.526.970	8,9	310.511.619	22,96
Lazio	**37.754.515**	**9,2**	**1.174.867.452**	**31,12**
Abruzzo	12.002.315	9,2	297.282.812	24,77
Molise	2.633.272	8,2	71.670.779	27,22
Campania	52.186.755	9,0	1.268.107.788	24,30
Puglia	35.195.706	8,7	913.080.357	25,94
Basilicata	5.458.198	9,1	120.831.214	22,14
Calabria	20.237.182	10,1	505.326.713	24,97
Sicilia	45.470.674	9,1	1.357.486.105	29,85
Sardegna	14.200.979	8,6	393.311.386	27,70
Italia	461.311.243	8,1	12.318.735.801	26,70

Fonte: Ministero della salute

L'assistenza riabilitativa

Per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa (ex articolo n°26 legge n°833 del 1978) nel 2005 le giornate di assistenza erogate sono state oltre 7 milioni, di cui il 62,5% in regime residenziale, il restante 37,5% in regime semiresidenziale.

Scendendo nel dettaglio regionale rispetto ad un dato nazionale di 123 giornate di assistenza riabilitativa (residenziale e semiresidenziale) per 1000 abitanti, valori di molto inferiori nell'Italia settentrionale (con l'eccezione della Lombardia), valori al di sopra nell'Italia centrale e meridionale (escluse l'Umbria e la Calabria).

In particolare si discostano pesantemente dal valore di riferimento il Molise e l'Abruzzo, rispettivamente con 320 e 272 giornate ogni 1.000 abitanti, erogate prevalentemente in regime residenziale. Al contrario dati ampiamente al di sotto del valore nazionale sono riscontrabili in Emilia Romagna (10) Piemonte (17) e Veneto (23).

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 19 Giornate di assistenza riabilitativa in strutture semiresidenziali e residenziali ex art. 26 L. 833/1978 (valori assoluti e per 1.000 residenti) per Regione Anno 2005

Regione	Giornate assistenza res.	%	Giornate assistenza semires.	%	Totale giornate assistenza riabilitativa	Giornate Ass. Riabilitativa (semires.+ res) per 1.000 residenti
Piemonte	62.652	0,9	9.773	0,1	72.426	17
Valle d`Aosta	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1.484.621	20,7	321.230	4,5	1.805.872	192
Prov. Auton. Bolzano	38.501	0,5	596	0,0	39.098	82
Prov .Auton. Trento	41.707	0,6	1.377	0,0	43.085	87
Veneto	28.457	0,4	80.394	1,1	108.851	23
Friuli Venezia Giulia	14.463	0,2	62.767	0,9	77.230	64
Liguria	100.418	1,4	46.172	0,6	146.591	92
Emilia Romagna	36.600	0,5	5.556	0,1	42.157	10
Toscana	255.232	3,6	198.456	2,8	453.692	126
Umbria	27.061	0,4	18.282	0,3	45.343	53
Marche	222.015	3,1	24.344	0,3	246.362	162
Lazio	**557.732**	**7,8**	**406.938**	**5,7**	**964.678**	**183**
Abruzzo	231.469	3,2	121.946	1,7	353.418	272
Molise	98.121	1,4	5.057	0,1	103.179	320
Campania	386.535	5,4	666.826	9,3	1.053.366	182
Puglia	441.736	6,2	142.615	2,0	584.357	144
Basilicata	58.125	0,8	18.311	0,3	76.437	128
Calabria	51.225	0,7	33.277	0,5	84.503	42
Sicilia	232.988	3,2	420.323	5,9	653.314	130
Sardegna	113.709	1,6	105.564	1,5	219.275	133
Italia	**4.483.367**	**62,5**	**2.689.804**	**37,5**	**7.173.234**	**123**

Fonte: Ministero della salute

Sempre nel quadro dell'assistenza in regime residenziale e semiresidenziale i dati relativi alle attività di assistenza per alcune categorie di soggetti deboli[2].

Le giornate di assistenza agli anziani[3] mostrano una distribuzione fortemente difforme tra le aree del Paese.

Rispetto al dato nazionale (4.305 giornate ogni 1.000 abitanti sopra i 65 anni) le Regioni del Nord, ad esclusione del Piemonte (4.088) e della Liguria (1.599) mostrano tutti valori al di sopra, con picchi nella Provincia Autonoma di Trento (19.053) ed in Lombardia (10.363).

L'Italia centrale, meridionale ed insulare, mostra dati ampiamente al di sotto della media con valori estremamente bassi in Campania (55) Puglia (143) e Basilicata (181).

[2] Per un esame accurato della domanda e del riorientamento dell'offerta relativamente all'assistenza residenziale socio-sanitaria e socio-assistenziale per categorie di soggetti deboli vedere par 1.3.

[3] Mancano i dati delle Regioni Valle d'Aosta e Molise.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Per quanto riguarda le giornata di assistenza psichiatrica (dato nazionale per 1.000 residenti pari a 130) la situazione appare assai disomogenea. La Liguria (264 giornate) è la Regione che eroga in assoluto il maggior numero di prestazione, seguita da una serie di Regioni(Umbria, Basilicata, Veneto, Lombardia) che superano tutte le 180 giornate. Le Regioni con i risultati più bassi sono il Lazio (44) e la Sardegna (51).

Estremamente disomogenea è la situazione dell'assistenza ai disabili fisici[4]. Se si escludono gli alti valori registrati in Emilia Romagna (227), Lombardia (186) e Veneto (97), tutte le altre Regioni mostrano dati ampiamente sotto il valore nazionale (70 giornate per 1.000 abitanti), indicando la marginalità delle prestazioni a favore di tali soggetti nel panorama nazionale.

In particolare i dati di Abruzzo e Basilicata indicano la sostanziale mancanza di tali interventi. Una situazione simile distingue anche l'assistenza ai disabili psichici[5] (dato nazionale pari a 130) che con l'eccezione del Veneto (291) e del Piemonte (116) si caratterizza per valori sotto la media in tutta la Penisola, in particolare nel Lazio ed in Abruzzo.

Passando invece all'assistenza integrata sociosanitaria erogata al di fuori di presidi residenziali o semiresidenziali, ma fornita direttamente presso il domicilio del paziente i dati ministeriali sull'ADI per l'anno 2005 vedono in termini assoluti quasi 400.000 casi trattati dei quali lo 84,2% sono individui anziani.

Il dettaglio regionale (tabella 5) mostra, rispetto ad un dato di riferimento nazionale di 679 casi per 100.000 abitanti, una situazione estremamente diversificata da Regione e Regione che non permette generalizzazioni sulla base della ripartizioni territoriali.

Scendendo a livello delle singole regioni, valori particolarmente alti sono rilevabili in Friuli Venezia Giulia con 2.200 casi su 100.000 abitanti, in Molise (1.490), Emilia Romagna (1.376) Veneto (1.256) ed Umbria (1.184). Valori fortemente al di sotto della media sono rilevabili in Valle d'Aosta (33), nella Provincia Autonoma di Bolzano (58) e, seppur con minore scarto, in Sicilia (187).

[4] Mancano i dati delle Regioni Valle d'Aosta, Molise e delle Province Autonome di Bolzano e Trento.

[5] Mancano i dati delle Regioni Emilia Romagna e Molise.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 20 Assistenza domiciliare integrata (valori assoluti e per 100.000 residenti) per Regione Anno 2005

Regione	Casi trattati	Casi trattati per 100.000 abitanti	% di anziani su casi trattati
Piemonte	21.890	506	79,7
Valle d`Aosta	40	33	92,5
Lombardia	68.186	726	86,2
Prov. Auton. Bolzano	275	58	86,9
Prov .Auton. Trento	1.419	300	52,2
Veneto	59.031	1.256	76,1
Friuli Venezia Giulia	26.499	2.200	81,0
Liguria	13.807	867	97,1
Emilia Romagna	57.107	1.376	89,1
Toscana	21.298	592	81,1
Umbria	10.174	1.184	81,7
Marche	13.609	896	84,2
Lazio	**37.107**	**702**	**89,7**
Abruzzo	5.598	431	86,2
Molise	4.798	1.490	89,1
Campania	13.416	232	90,3
Puglia	16.401	403	86,0
Basilicata	5.529	927	83,0
Calabria	6.900	343	86,1
Sicilia	9.372	187	76,0
Sardegna	4.319	262	72,3
Italia	**396.775**	**679**	**84,2**

Fonte: Ministero della salute

Sul versante della diagnostica strumentale, rispetto ad un dato nazionale di 693 prestazioni per 1000 abitanti, le Regioni dell'Italia meridionale ed insulare vedono tutte risultati al di sotto della media con punte particolarmente basse in Abruzzo (378) ed in Basilicata (463).

Anche le Regioni del Centro mostrano dati al di sotto della media nazionale, con l'importante eccezione della Toscana (930) che è la Regione con la più alta incidenza di prestazioni per abitante. Nel Nord, se si esclude il Friuli Venezia Giulia, si registrano dati tutti al di sopra del valore nazionale.

Una situazione quasi speculare troviamo per quanto riguarda le prestazioni di laboratorio. Anche in questo caso le Regioni della ripartizione insulare e meridionale, escluso il Molise (9.913), mostrano valori al di sotto di quello nazionale (9.167), con i risultati più bassi registrati sempre in Abruzzo (5.439) e Basilicata (6.754).

La Toscana con un risultato di 13.176 è sempre la Regione con il più alto numero di prestazioni per 1000 abitanti, mentre le Regioni del Nord registrano, a parte la Liguria, tutti valori sopra la media.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

La situazione è diversa per le altre prestazioni ambulatoriali poiché caratterizzate da una distribuzione frammentata tra le diverse ripartizioni. Per questa voce risultati particolarmente alti rispetto al dato generale (3.723) si rilevano nella Provincia Autonoma di Bolzano (6.269), mentre i valori più bassi risultano in Abruzzo (2.149) ed in Umbria (2.228).

Tabella 21 Distribuzione delle prestazioni di assistenza specialistica erogate a non ricoverati (valori assoluti e per 1000 residenti) . Anno 2005

Regione	DIAGNOSTICA STRUMENTALE*		LABORATORIO**		ALTRE PRESTAZIONI***	
	Prestazioni	Prestazioni per 1000 residenti	Prestazioni	Prestazioni per 1000 residenti	Prestazioni	Prestazioni per 1000 residenti
Lazio	2.306.022	589	31.893.229	8.145	17.012.528	4.345
Italia	38.825.870	693	512.262.618	9.167	208.630.872	3.723

La ripartizione della spesa: i Livelli Essenziali di Assistenza. Un confronto tra Regioni

In ultima istanza può risultare utile un'analisi sul rapporto tra spesa sostenuta e tipologia di prestazioni assicurate. Utilizzeremo a questo scopo il *"Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria Anni 2002-2003"* [Ministero della Salute;2006] riferendoci, per tutta la trattazione, a dati del triennio 2001-2003.

Dalla tabella emerge con chiarezza lo sfasamento della spesa tra la distribuzione reale e quella programmata per il triennio 2002-2004.

La spesa per *l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro* corrisponde ad una percentuale del 3,9 sul totale, rispetto ad un parametro programmato del 5%. Particolarmente incidenti all'interno del primo LEA risultano le spese per l'igiene e la sanità pubblica (47,9) e la sanità pubblica veterinaria (26,5).

Anche la spesa per *l'assistenza territoriale*, con una percentuale pari al 47,7% sul totale, risulta più bassa rispetto alla programmazione nazionale che vi assegnava la percentuale più alta di risorse, ossia il 49,5% delle stesse.

Le voci di spesa più incidenti, come intuibile, sono quelle relative alla farmaceutica convenzionata (30,9%) e all'assistenza specialistica (25,4%).

E' evidente pertanto che, sebbene i LEA fossero stati progettati quali strumenti di riallocazione della spesa dall'ospedale verso altre tipologie di assistenza, in primo luogo quelle territoriali, *l'assistenza ospedaliera* con il 48,4%, contro il 45,5% programmato, continui ad assorbire la maggior parte delle risorse.

* Diagnostica strumentale: prestazioni di diagnostica per immagini (medicina nucleare, radiologia diagnostica).

** Laboratorio: analisi chimiche e microbiologiche, virologia, anatomia, istologia patologica, genetica, immunoematologia, servizio trasfusionale.

*** Altre prestazioni: restanti branche specialistiche.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 22 Spese per i Livelli Essenziali di Assistenza (in valori assoluti e percentuali) Anno 2003

Livelli essenziali di assistenza	Costo in migliaia di euro	% anno 2003	Valori di riferimento per il triennio 2002-2004
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro	*3.325.847*	*3,9*	*5,0*
Igiene a sanità pubblica	1.593.051	47,9	
Igiene degli alimenti e della nutrizione	272.970	8,2	
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	579.814	17,4	
Sanità pubblica veterinaria	880.012	26,5	
Assistenza distrettuale[*]	*40.966.328*	*47,7*	*49,5*
Medicina generale e guardia medica	5.110.794	12,5	
Assistenza farmaceutica	12.661.644	30,9	
Assistenza specialistica	10.387.993	25,4	
Assistenza ai tossicodipendenti e agli alcolisti	795.002	1,9	
Assistenza riabilitativa ai disabili	1.649.416	4,0	
Assistenza agli anziani	2.312.878	5,6	
Assistenza ospedaliera	*41.586.844*	*48,4*	*45,5*
Totale	**85.879.019**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Ministero della salute

Elementi di ulteriore interesse possono emergere da un'analisi longitudinale dei singoli livelli a livello di contesto regionale.

Relativamente al livello *assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro,* il grafico 1 indica che 15 Regioni si trovano in linea o al di sopra del dato nazionale (3,9%), ma che solo la Sardegna (5,2%) e la Calabria (4,8%), rispettivamente con un trend discendente ed ascendente, sono sostanzialmente in linea con il 5% previsto per il triennio 2002-2004.

Situazioni limite si trovano in Molise (7,1%) ed in Valle d'Aosta (6,0%) con valori sensibilmente al di sopra del 5%, mentre i risultati più bassi si registrano nel Lazio (1,8%), con un trend costantemente negativo, in Sicilia (2,78%) e nel Friuli Venezia Giulia (2,8%).

[*] Il totale del livello di assistenza distrettuale non corrisponde al totale delle voci elencate per il livello.

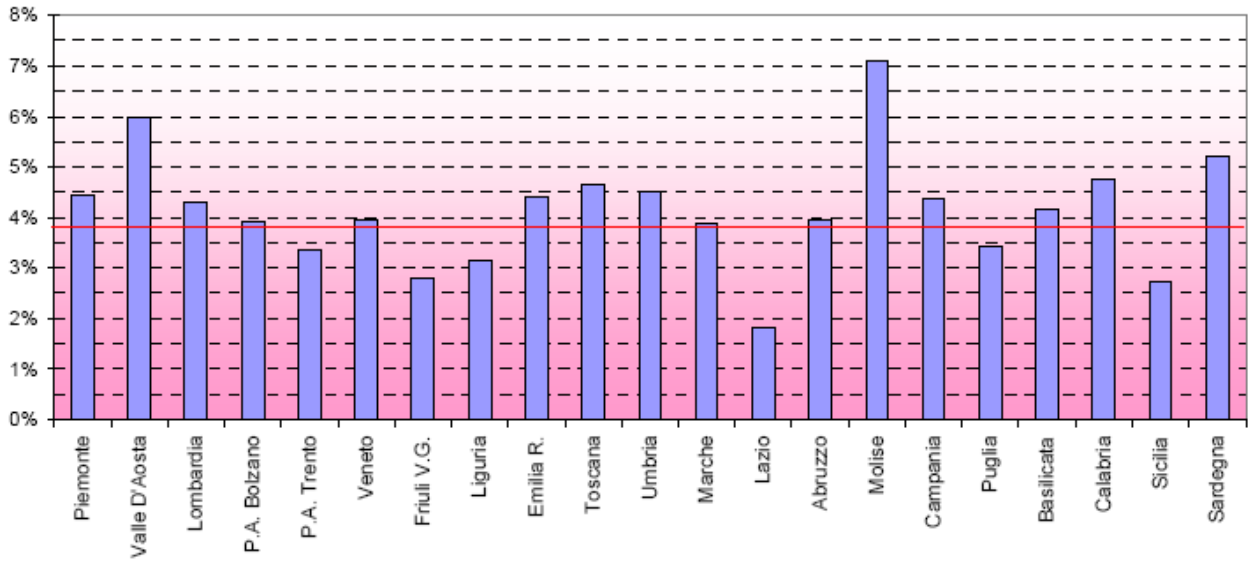
Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 23 Costo percentuale del livello assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro Anni 2001-2003

Regione	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Piemonte	4,2	4,4	4,5
Valle d`Aosta	4,9	5,7	6,0
Lombardia	3,7	3,9	4,3
Prov. Auton. Bolzano	4,1	3,8	3,9
Prov .Auton. Trento	3,2	3,7	3,4
Veneto	3,8	3,5	3,9
Friuli Venezia Giulia	2,8	2,8	2,8
Liguria	3,0	2,1	3,2
Emilia Romagna	3,8	4,1	4,4
Toscana	4,5	4,5	4,6
Umbria	3,1	3,3	4,5
Marche	3,4	4,0	3,9
Lazio	**3,0**	**3,1**	**1,8**
Abruzzo	3,0	3,8	4,0
Molise	5,6	5,3	7,1
Campania	2,8	3,3	4,4
Puglia	3,5	3,6	3,4
Basilicata	5,6	5,8	4,2
Calabria	3,4	3,9	4,8
Sicilia	2,6	2,4	2,7
Sardegna	6,8	5,7	5,2
Italia	**3,6**	**3,7**	**3,9**

Fonte: Ministero della salute

Grafico 3 Costo percentuale del livello assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro Anno 2003



Fonte: Ministero della salute

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Anche per l'*assistenza distrettuale* il grafico e la tabella indicano 9 Regioni in linea o che superano il dato medio nazionale (47,7%); tra queste le Marche (49,5%), l'Emilia Romagna (49,3%), la Campania e la Sicilia (entrambe con una percentuale del 49,1%), si trovano tendenzialmente in linea con il parametro nazionale triennale che prevede un valore del 49,5% sul totale della spesa.

La Sardegna registra la spesa distrettuale più alta con il 50,2% (con un incremento di 6 punti percentuali rispetto all'anno precedente), seguita dalla Toscana (50,0%); mentre i livelli più bassi si riscontrano in Basilicata (42,3%, con una flessione di quasi 5 punti percentuali rispetto al 2002) ed in Abruzzo (43,9%).

Infine per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera (tabella 4; grafico 3), rispetto ad un dato di spesa nazionale media del 48,4%, sono 11 le Regioni che superano tale valore, ma soprattutto sono ben 19 le Regioni che risultano disallineate dal 45,5% di spesa previsto per il triennio 2002-2004.

Le quote di spesa ospedaliera più alte si registrano in Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Basilicata e nella Provincia Autonoma di Bolzano, tutte con valori oltre il 50%; mentre la quota più bassa si registra in Sardegna (44,6%).

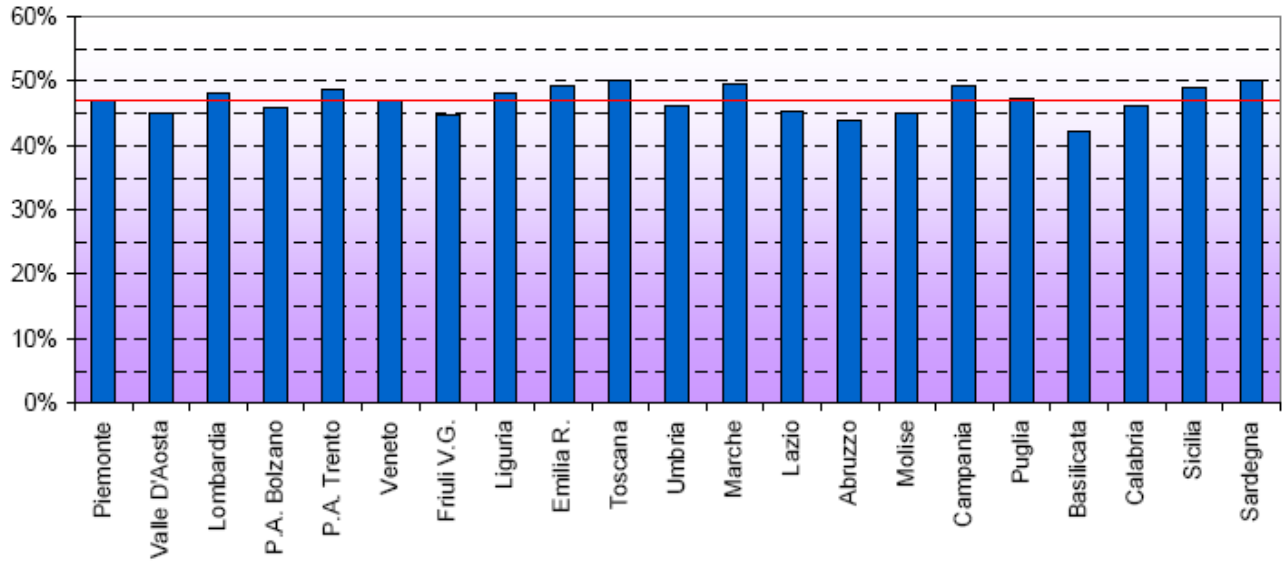
Tabella 24 Costo percentuale del livello assistenza distrettuale Anni 2001-2003

Regione	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Piemonte	49,8	50,6	47,0
Valle d`Aosta	41,9	45,3	45,0
Lombardia	47,7	48,9	48,1
Prov. Auton. Bolzano	39,3	43,0	45,7
Prov .Auton. Trento	45,5	44,5	48,8
Veneto	46,1	46,2	47,1
Friuli Venezia Giulia	46,3	45,1	44,9
Liguria	49,8	49,0	48,1
Emilia Romagna	52,0	52,1	49,3
Toscana	50,1	50,4	50,0
Umbria	38,0	46,9	46,0
Marche	53,0	51,4	49,5
Lazio	**45,4**	**49,2**	**45,3**
Abruzzo	43,5	42,9	43,9
Molise	44,1	46,6	44,9
Campania	51,9	50,7	49,1
Puglia	47,2	46,3	47,6
Basilicata	44,9	47,1	42,3
Calabria	46,1	50,3	46,1
Sicilia	48,9	49,6	49,1
Sardegna	46,0	44,6	50,2
Italia	**48,1**	**48,8**	**47,7**

Fonte: Ministero della salute

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Grafico 4 Costo percentuale del livello assistenza distrettuale Anno 2003



Fonte: Ministero della salute

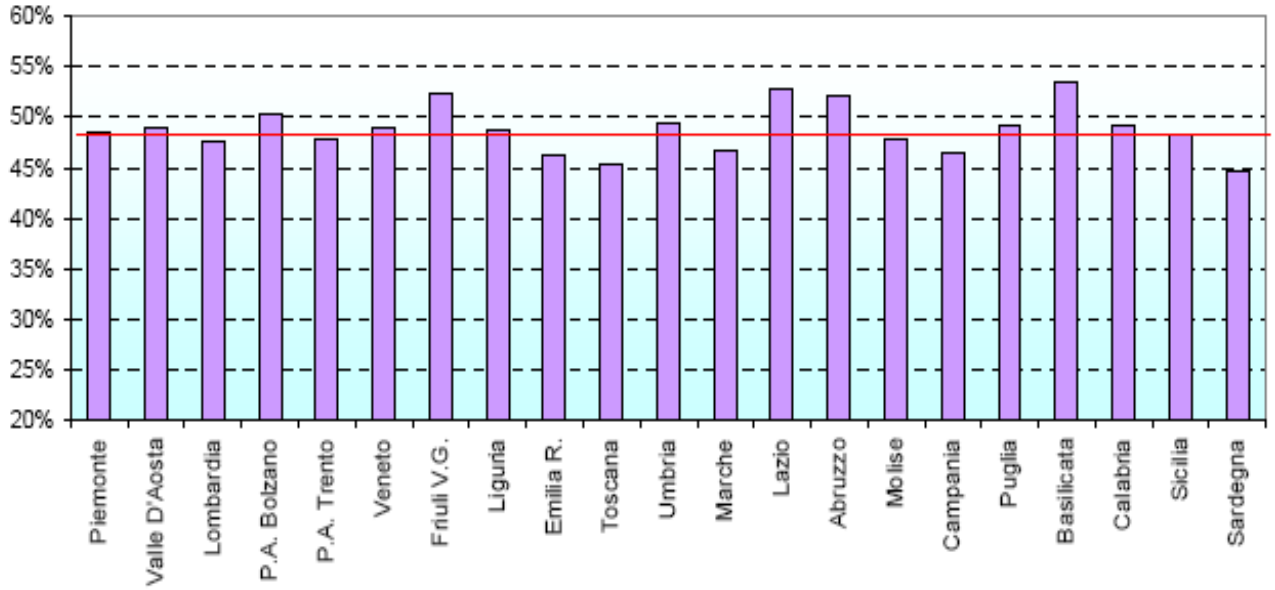
Tabella 25 Costo percentuale del livello assistenza ospedaliera. Anni 2001-2003

Regione	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Piemonte	46,0	44,9	48,6
Valle d`Aosta	53,1	48,9	49,0
Lombardia	48,6	47,2	47,7
Prov. Auton. Bolzano	56,6	53,2	50,3
Prov .Auton. Trento	51,2	51,8	47,8
Veneto	50,1	50,3	49,0
Friuli Venezia Giulia	50,9	52,1	52,3
Liguria	47,2	48,0	48,8
Emilia Romagna	44,2	43,9	46,4
Toscana	45,5	45,1	45,4
Umbria	59,0	49,8	49,5
Marche	43,7	44,6	46,6
Lazio	**51,7**	**47,7**	**52,9**
Abruzzo	53,5	53,3	52,1
Molise	50,3	48,1	48,0
Campania	45,3	45,9	46,5
Puglia	49,3	50,1	49,2
Basilicata	49,6	47,1	53,6
Calabria	50,6	45,8	49,2
Sicilia	48,5	48,0	48,2
Sardegna	47,1	49,7	44,6
Italia	**48,4**	**47,5**	**48,4**

Fonte: Ministero della salute

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Grafico 5 Costo percentuale del livello assistenza distrettuale Anno 2003



Fonte: Ministero della salute

Le ASL e i Comuni nell'integrazione sociosanitaria.

L'integrazione sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria ricomprende un set di prestazioni che fanno fronte a domande di intervento complesse, che richiedono competenze e metodologie appartenenti tanto alle professionalità medico-infermieristiche quanto a quelle sociali o più in generale afferenti alla dimensione relazionale della persona.

L'organizzazione del sistema di offerta trae origine dal DLg. del 19 giugno 1999, n. 229, che razionalizzava il SSN individuando nuovi criteri per definire cosa competeva alle ASL e cosa ai Comuni.

Il Dlg. infatti distingueva tra:

- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*,
- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, nel cui ambito è contenuta la sottocategoria *prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria*, caratterizzate dalla particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, che rientrano nei LEA.

Il Dlg. specifica che i Distretti devono garantire anche le prestazioni socio-sanitarie e devono essere in grado di programmarle insieme ai Comuni tramite i *Piani delle Attività territoriali (PAT).*

Il DPCM del 14.02.2001 identifica i criteri per definire le prestazioni socio-sanitarie, ribadisce l'importanza della valutazione multidisciplinare del bisogno, la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza, l'approccio progettuale.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

La tabella allegata al DPCM (Allegato 1C), inoltre, individua per grandi aree (assistenza ambulatoriale e domiciliare; residenziale, semiresidenziale, etc.) i servizi e le prestazioni da inserire nelle categorie identificate dal DLg. n. 229/99, distinguendo competenze ed oneri tra ASL e Comuni.

Per le prestazioni nelle quali è difficile distinguere la componente sociale da quella sanitaria si precisa la percentuale di costo che non è da attribuire al SSN e che rimane a carico dei cittadini o dei Comuni.

La gestione delle prestazioni socio-sanitarie rimane un nodo complesso e non ancora risolto, infatti, mancano ancora:

- una definizione nazionale unica dei LIVEAS, Livelli Essenziali Sociosanitari, a cui partecipino sia le Regioni che le altre amministrazioni protagoniste dei servizi del welfare;
- modelli organizzativi, strumenti di programmazione e di finanziamento armonizzati a livello regionale;
- punti di accesso unificati a livello territoriale per le diverse prestazioni.

Ovviamente la mancata integrazione comporta costi sull'utenza, che deve integrare a sue spese tra amministrazioni erogatrici diverse, e una distribuzione degli oneri finanziari affidata alla negoziazione tra i soggetti erogatori (Comuni e ASL).

I Comuni minori con poco potere contrattuale verso le ASL si trovano in serie difficoltà di incidenza nella programmazione delle stesse e spesso sono costrette a subirne le scelte.

La regolamentazione del cofinanziamento delle prestazioni e l'integrazione sociosanitaria nella programmazione delle Regioni.

Negli atti programmatori e negli accordi di programma attivati dalle regioni con i Comuni per lo svolgimento delle attività connesse alle varie forme di assistenza sociosanitaria registriamo una situazione molto diversificata ed in costante evoluzione, connessa anche alla riforma del Titolo V della Costituzione che ha portato le Regioni ad acquisire competenze esclusive o quasi in materia e che vede da parte delle stesse uno sforzo di elaborazione per darsi strumenti adeguati di applicazione.

Poche Regioni hanno dettato disposizioni sull'applicazione dell'Allegato 1C in riferimento all'area dell'integrazione sociosanitaria, mentre altre hanno avviato tavoli di lavoro per la redazione di indirizzi e criteri per l'integrazione di prestazioni sociosanitarie.

L'adozione di uno strumento comune di programmazione avrebbe consentito una migliore integrazione tra tutti gli attori interessati all'erogazione dei servizi sociali e dei servizi sanitari. Le Regioni che hanno adottato Piani Sociosanitari e che presentano un forte orientamento verso l'area dell'integrazione sociosanitaria non hanno recepito nello stesso l'allegato 1C del DPCM sui LIVEAS.

Il sociosanitario è parte rilevante dei servizi reali forniti a livello locale e le risorse per il loro finanziamento sono in gran parte a carico dei FSR con una incidenza tra il 12 e il 13% per le attività sociosanitarie, assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Emergono modelli regionali molto diversi. Ad un estremo nelle Regioni del Centro Italia si punta ad una integrazione tra sanitario e sociale e come in Toscana a forme specifiche di organizzazione tramite le Società della Salute. All'altro estremo in Lombardia e in Veneto si va verso una convergenza del sistema di offerta sul sistema delle ASL.

L'integrazione coi Fondi finanziati dalla Unione Europea

Il sistema degli interventi territoriali insieme alla rete dei servizi degli Enti Locali e alla componente socio sanitaria che vede coinvolte le ASL ha un possibile cofinanziamento dall'impiego dei Fondi Strutturali U.E.

Le azioni e risorse comunitarie più significative sono quelle che rinvengono dal Quadro Comunitario di Sostegno (QCS), Obiettivo 1, 200-2007, e quelle dell'iniziativa EQUAL cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo (FSE).

Queste azioni incrementano le risorse dedicate al settore e sono finalizzate ad una forte integrazione delle tipologie di azione (servizi sociali con servizi del lavoro e della formazione), ad una logica di cofinanziamento, partnership pubblico – privato, etc.

Il finanziamento del sistema dei servizi territoriali

La ricostruzione del sistema di finanziamento della rete dei servizi sociali territoriali sconta le complessità del quadro istituzionale. Si sconta la difficoltà a ricondurre una pluralità di aggregati e di flussi di trasferimenti finanziari che coinvolgano diversi livelli di governo ad un quadro coordinato e completo.

Il baricentro dell'erogazione di tali servizi è stato spostato sui Comuni sia per il processo di decentramento in atto dalla seconda metà degli anni novanta, dalla Legge n. 328/00 e dalla Riforma del Titolo V della Costituzione.

Circa la spesa dei Comuni si può fare riferimento alle voci "prestazioni di servizi" e "trasferimenti" per le funzioni di Istruzione Pubblica e nel settore Sociale.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 26 Impegni correnti in Milioni di Euro anni 1999–2003

Capitoli di spesa Anno	4075	4155	4160	4165	Totale interventi sociosanitari	Totale generale Spesa corrente
1999	1.977	1.180	614	2.500	6.272	41.269
2000	1.975	1.278	571	2.933	6.759	42.080
2001	2.117	1.325	607	3.294	7.346	44.439
2002	2.293	1.429	771	3.471	7.966	45.066
2003	2.327	1.488	766	3.392	7.975	45.566

Leggenda:

4075	Assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi
4155	Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori
4160	Strutture residenziali e di ricovero per anziani
4165	Assistenza beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona

La spesa per prestazioni di servizi e trasferimenti è stata apri a circa 8 miliardi di Euro nel 2003, depurando per l'andamento dei prezzi al consumo, si evidenzia una notevole flessione pari al 6,1% rispetto al 2002, flessione che però fa seguito alla notevole espansione, di circa pari entità, registrata in tutti i singoli anni del triennio precedente.

Si passa, come quota della spesa comunale complessiva, con una notevole crescita, dal 15,2% del 1999 al 17,6% del 2002 con una marginale flessione nel 2003 (17,5%).

Su questa tipologia di spesa peraltro concorrono almeno tre livelli istituzionali:

- lo Stato tramite il Fondo Nazionale per le politiche sociali (Ministero del lavoro e Ministero delle politiche sociali) e tramite i trasferimenti ai bilanci comunali a carico del bilancio del Ministero degli Interni;
- le Regioni tramite i trasferimenti ai Comuni dai loro Fondi Sociali Regionali, alimentati da risorse trasferite dallo Stato alle stesse (FNPS) e da risorse proprie;
- i Comuni, che oltre utilizzando i trasferimenti dello Stato e delle regioni, finanziano con risorse derivanti da tributi proprie e da altre risorse.

Tabella 28 Fonti di finanziamento dal 200 al 2003 degli Enti Locali

Anno Tipologie risorse in milioni di Euro	2000	2001	2002	2003
Trasferimenti Regionali ai Comuni per il settore assistenza	805	1.007	1.125	1.207
FNPS erogato alle Regioni dallo Stato	249	758	771	897
FNPS erogato ai Comuni dallo Stato	167	225	44	44,5
Quote risorse proprie delle Regioni erogate ai Comuni	556	249	354	310
Entrate regionali su tributi propri e altre fonti	104.326	120.885	121.286	134.391
Spesa dei Comuni per assistenza	6.272	6.759	7.966	7.975
Entrate comunali a vario titolo	30.768	32.020	33.621	34.179
Proventi per servizi del settore assistenza	1.035	1.033	1.187	1.198

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Una fetta crescente di spesa effettiva, posta in essere dai Comuni, viene finanziata con un doppio passaggio dallo Stato alle Regioni e da queste ai Comuni, con cicli di trasferimento annuali molto complessi che privano di certezze sul medio termine dei finanziamenti effettivamente disponibili gli attori rilevanti (Regioni versus Stato e Comuni versus Regioni).

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali è la principale fonte di finanziamento delle politiche sociali italiane. E' stato istituito con la Legge n.449/97, articolo 59, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con finalità di promuovere interventi in materia di politiche sociali mediante finanziamenti a favore delle Regioni, Provincie Autonome ed Enti Locali, ma anche di organismi del Terzo settore e del Volontariato.

Inizialmente era modesto, ma con l'emanazione della legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali (Legge n. 328/00) il Fondo assumeva maggior rilievo.

Al Fondo affluiscono tutti i finanziamenti connessi alle Leggi Nazionali di settore vigenti nell'ambito delle politiche sociali, oltre alle risorse aggiuntive stanziate dalla stessa Legge n. 328/00.

Con la Riforma del Titolo V della Costituzione la potestà sul Fondo è stata trasferita in capo alle Regioni, come potestà esclusiva.

Tabella 29 FNPS 1998 -2004 in milioni di Euro

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
381	516	508	1.590	1.622	1.716	1.734

Con l'entrata in vigore della Legge n. 328/00 si evidenzia un notevole incremento del FNPS che tra il 2000 e il 2001 passa da circa 500 milioni a 1.600 milioni di Euro con un aumento del 200%.

Per quanto riguarda la destinazione dei fondi ogni anno circa il 50% delle risorse del Fondo sono destinate alle Regioni. Prendendo in considerazione i dati assoluti sull'ammontare delle risorse si registra un notevole incremento dei trasferimenti regionali pari al +32% tra il 2001 e il 2004.

Ai Comuni, oltre alle già previste risorse relative alla sperimentazione del reddito minimo di inserimento, sono state trasferite unicamente risorse finanziarie relative al FNPS per l'infanzia e l'adolescenza, di cui alla Legge n. 285/97.

Un peso rilevante hanno assunto i fondi destinati all'INPS per finanziare interventi a supporto dei diritti soggettivi (assegno per il terzo figlio e assegni di maternità; assegni per famiglie con portatori di handicap; delle indennità a afvore dei lavoratori portatori di patologie specifiche).

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Gli interventi dei Comuni nei servizi sociali

A livello comunale sono posti gli interventi pubblici relativi alla rete dei servizi sociali territoriali. Le stesse risorse stanziate dallo Stato e dalle regioni sono poi di fatto utilizzate dai Comuni o da Associazioni degli stessi.

Le fonti informative sono due:

- i certificati di bilancio che gli Enti Locali sono tenuti a redigere e a presentare a fine anno al Ministero degli interni;
- i dati da una indagine ad hoc svolta dal 2003 dall'ISTAT d'intesa con i Ministeri competenti.

Circa i certificati di bilancio degli Enti Locali le voci di spesa pertinenti sono:

- Asili nido, servizi per l'infanzia e i minori;
- Strutture residenziali e di ricovero per anziani;
- Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona;
- Servizio necroscopico e cimiteriale.

Da queste voci si scorpora l'ultima che è poco sociale e si incorpora quella per "assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi", voce che nei bilanci comunali è compresa nelle funzione "istruzione pubblica".

Con riferimento al 2003 la stima è pari ad una spesa di 8 miliardi di Euro, a fronte di un dato complessivo della spesa pari risultante dall'indagine ad hoc dell'ISTAT pari a 5,3 miliardi di Euro. Fatta eccezione per le Provincie Autonome di Trento e Bolzano il medesimo segno della differenza tra fonti si registra in tutte le Regioni del Paese.

Al di là dal confronto dei dati di bilancio dei Comuni mancano i dati di due fonti importanti, ovvero:

- gli interventi delle IPAB, trasformate dalla Legge n. 328/00 in Aziende pubbliche di servizi alla persona, che operano sul territorio dei Comuni con livelli molto differenziati di integrazione con la rete dei servizi;
- l'area dell'integrazione socio-sanitaria rispetto alle prestazioni ad alta integrazione. Sono prestazioni cofinanziate da due distinte filiere amministrative, quella dei Comuni e quella delle Regioni tramite le ASL.

Probabilmente il valore complessivo della spesa è superiore a quanto rilevato con la ricerca ad hoc dall'ISTAT.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it

Tabella 30 Spese correnti delle Amministrazioni Comunali per Regione, anno 2003
Confronto tra fonti diverse

Regioni	Dati certificati di bilancio dei Comuni (A)	Dati certificati di bilancio dei Comuni (B)	Dati indagine spesa sociale ISTAT (C)	C-A/A	C-B/B
Lazio	810	678	519	-35,9	-23,5
ITALIA	7.975	6.468	5.260	-34,0	-18,3

Leggenda:

A	Spese correnti dei Comuni per le voci: Asili nido, servizi per l'infanzia e i minori; strutture residenziali e di ricovero per anziani; assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona; assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi.
B	Spese correnti dei Comuni per le voci: Asili nido, servizi per l'infanzia e i minori; strutture residenziali e di ricovero per anziani; assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona; servizio necroscopico e cimiteriale
C	Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli ed associati, fonte ISTAT

La spesa delle Province nel socio assistenziale

L'ISTAT svolge anche una inchiesta ad hoc su "Gli interventi e i servizi sociali delle amministrazioni provinciali" dal 2003.

Le aree di riferimento della spesa sono:
- infanzia e maternità;
- disabili;
- anziani;
- immigrati e nomadi;
- contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.

Per ciascuna area e per ciascun tipo di intervento sono raccolte informazioni sul numero degli assistiti, sulla spesa sostenuta dalle Province e sulla forma di gestione dei servizi. Complessivamente le Province hanno speso nel 2003 circa 503 milioni di Euro nelle cinque aree rilevate.

L'89% di tale importo consiste in trasferimenti dalle Province a favore di Enti pubblici e privati. Nelle regioni del Nord i trasferimenti sono per la quasi totalità a favore di associazioni di Comuni, Comuni singoli e ASL. I trasferimenti operati dalle Province Autonome di Trento e Bolzano rappresentano da soli il 71% del totale dei trasferimenti di tutte le Province del Paese.

Nelle regioni del centro-Sud i trasferimenti avvengono invece soprattutto a favore di cooperative, associazioni e altri organismi privati, oppure, a famiglie.

Giorgio Banchieri, Via Nomentana 126, 00161 , tel. 06 97610199, g.banchieri@tiscali.it