Allegati 5 . L'allocazione delle risorse nell'integrazione tra sanità e sociale

D. Quale è la spesa sanitaria totale sul PIL nei paesi OECD?

La sanità italiana, con una spesa annua totale (pubblica e privata) nel 2008 di circa il 9,1% sul PIL, si mostra in linea con il valore di spesa medio dei Paesi OECD, pari al 9%. Comparando la spesa sanitaria totale italiana con quella di alcuni paesi della UE, il Servizio Sanitario Nazionale mostra un costo sensibilmente più basso rispetto al Belgio (11,1%), alla Francia (11,2%), alla Germania (10,5%), una spesa più alta se confrontata con Finlandia 8,4% e Irlanda (8,7%), e Regno Unito (8,7%). Francia e Italia per l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono i primi due Paesi al Mondo per livello di mantenimento in stato di salute dei propri cittadini. Il rapporto CEIS 2009 mette comunque in evidenza due connotati generali: la presenza anche nei sistemi con coperture generalizzata della popolazione, di spazi significativi di spesa privata; la predominanza all'interno del contesto OECD di modelli sanitari fondati sulla provenienza pubblica delle risorse. E' necessario, però, parlando di spesa privata approfondire la natura della stessa. La stragrande maggioranza della spesa privata (20%) sia sostenuta direttamente dal cittadino (*out of pocket*) mentre solo una parte residuale proviene da coperture assicurative (*private health insurance).* Di fatto, in Italia ad una spesa pubblica piuttosto alta fa da contraltare una spesa privata rilevante sostenuta totalmente dal cittadino, con percentuali che mostrano una situazione simile ad altri Paesi mediterranei ed Est europei.

Nella UE emergerebbe una tendenza che mostra percentuali di spesa pubblica più alta nel paesi anglosassoni e scandinavi, una percentuale di spesa pubblica al di sotto della media in alcuni paesi mediterranei e dell'Europa dell'Est (con l'eccezione dell'Italia, della Repubblica Ceca e di quella Slovacca), con l'Europa continentale caratterizzata da estrema variabilità. A ciò si aggiunge una composizione di spesa privata caratterizzata da un mix tra assicurazioni ed esborso diretto nei paesi continentali, mentre nel resto delle aree prevalgono modalità di pagamento *out of pocket,* con incidenze più alte nei Paesi mediterranei ed est europei, più ridotte in quelli anglosassoni e scandinavi.

D. Quale è il livello di spesa privata nei sistemi sanitari più avanzati?

Il rapporto CEIS 2009 mette comunque in evidenza due connotati generali: la presenza anche nei sistemi con coperture generalizzata della popolazione, di spazi significativi di spesa privata; la predominanza all'interno del contesto OECD di modelli sanitari fondati sulla provenienza pubblica delle risorse.

E' necessario, però, parlando di spesa privata approfondire la natura della stessa. La Tabella 1 è, sotto questo aspetto, illuminante, poiché evidenzia come la stragrande maggioranza della spesa privata (20%) sia sostenuta direttamente dal cittadino (*out of pocket*) mentre solo una parte residuale proviene da coperture assicurative (*private health insurance).* Di fatto, in Italia ad una spesa pubblica piuttosto alta fa da contraltare una spesa privata rilevante sostenuta totalmente dal cittadino, con percentuali che mostrano una situazione simile ad altri Paesi mediterranei ed Est europei. Nella UE emergerebbe una tendenza che mostra percentuali di spesa pubblica più alta nel paesi anglosassoni e scandinavi, una percentuale di spesa pubblica al di sotto della media in alcuni paesi mediterranei e dell'Europa dell'Est (con l'eccezione dell'Italia, della Repubblica Ceca e di quella Slovacca), con l'Europa continentale caratterizzata da estrema variabilità.

A ciò si aggiunge una composizione di spesa privata caratterizzata da un mix tra assicurazioni ed esborso diretto nei paesi continentali, mentre nel resto delle aree prevalgono modalità di pagamento *out of pocket,* con incidenze più alte nei Paesi mediterranei ed est europei, più ridotte in quelli anglosassoni e scandinavi. Concludendo la *Tabella 1* mette in chiara evidenza come in tutti i 30 paesi considerati, dagli anni '70 il trend di crescita della spesa sanitaria totale sia stato ininterrotto e costante. Tale trend si può cogliere osservando come, per quei paesi di cui si dispone di dati a partire dagli anni '70, la spesa sanitaria in trentacinque anni è aumentata in media del 4,5%, raddoppiando o addirittura triplicando in alcuni Paesi.

Tabella 1: Paesi OECD: Spesa sanitaria
out-of-pockets, % sul totale della spesa sanitaria 2008

OECD countries	*1960*	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Australia	35,8		15,3	16,1	19,8	18,6	18,7	18,0	
Austria					15,3	15,7	15,8	15,4	15,1
Belgium						17,8	21,2	19,7	20,5
Canada				14,4	15,9	14,6	14,9	14,7	14,7
Chile									
Czech Republic				2,6	9,7	10,7	11,3	13,2	15,7
Denmark			11,4	16,0	16,0	14,8	14,3	13,8	
Estonia					19,9	20,4	25,1	21,9	19,7
Finland	43,6	23,8	18,4	15,5	22,3	20,1	19,0	19,0	19,4
France	30,3	17,6	12,8	11,4	7,1	6,8	7,0	7,1	7,4
Germany		13,9	10,3	11,1	11,1	13,2	13,4	13,3	13,0
Greece									
Hungary					26,3	23,8	23,0	24,3	23,9
Iceland				13,4	18,9	17,2	16,6	16,0	15,3
Ireland				16,5	15,2	15,5	14,5	14,1	14,4
Israel					24,1	26,2	28,1	27,2	29,7
Italy				17,1	24,5	20,5	19,9	20,1	19,5
Japan					16,9	14,3	15,1	14,6	
Korea			75,6	58,4	45,2	38,8	36,5	35,5	35,0
Luxembourg			7,2	5,5	11,8	11,6	11,5	12,2	12,4
Mexico				58,3	50,9	51,7	51,3	50,9	49,3
Netherlands					9,0	7,1	5,6	5,5	5,7
New Zealand			10,4	14,5	15,4	16,8	16,6	14,3	13,9
Norway				14,6	16,7	15,7	15,4	15,1	15,1
Poland				8,3	30,0	26,1	25,6	24,2	22,4
Portugal					22,2	22,8	22,9		
Slovak Republic					10,6	22,6	25,9	26,2	25,2
Slovenia						12,5	11,8	13,3	12,8
Spain					23,6	22,4	21,4	21,0	20,7
Sweden						16,3	16,2	15,8	15,6
Switzerland				35,7	33,0	30,6	30,8	30,7	30,8
Turkey					27,6	22,8	22,0	21,8	
United Kingdom			8,6	10,6	13,4	11,8	11,4	11,7	11,1
United States	48,1	34,2	23,4	19,4	14,5	12,7	12,3	12,3	12,1

Fonte: Dati OECD 2009

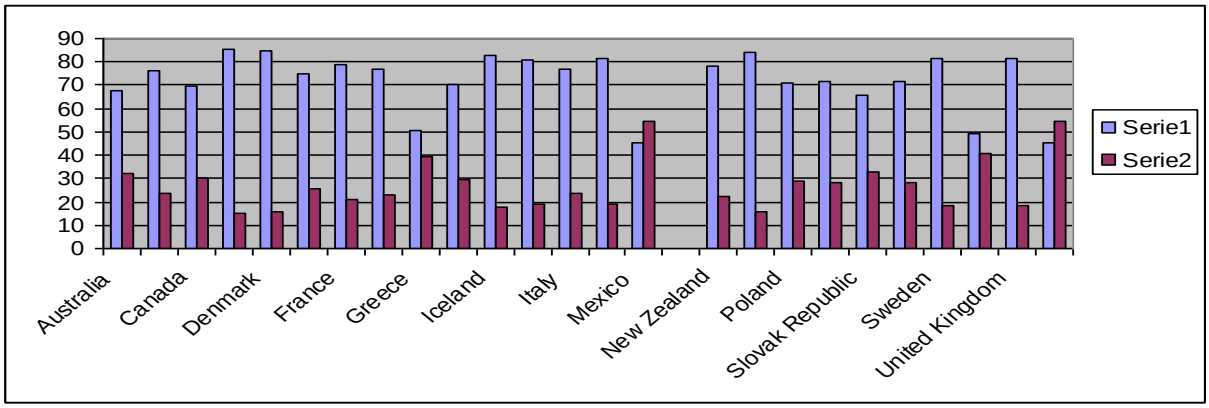
Dalla sua lettura è evidente come la spesa sanitaria totale media di ciascuna delle aree geografiche considerate[1], nel decennio tra il 1994 ed il 2005, sia cresciuta; in particolare l'area mediterranea, con una spesa totale media del 9,4%, ha superato l'area scandinava (8,9%) e, se si escludono gli USA, in cui dall'anno 2000 la spesa cresce costantemente attestandosi nel 2005 ad un valore del 15,3% sul PIL, nell'area OECD risulta seconda solo alla spesa dell'Europa continentale (10,0). Unica parziale eccezione risulta l'area est europea che si distingue per una sensibile flessione nel periodo tra il 1994 ed il 2000 per poi ritornare a crescere attestandosi al 7,2% nel 2005.

D. Quali sono i sistemi di finanziamento nei Paesi OECD?

Il finanziamento della spesa sanitaria può avvenire attraverso risorse sia pubbliche, che private.

Esempi di risorse pubbliche sono le entrate generali dello Stato (tasse) e le assicurazioni sociali sanitarie; rappresentano risorse private, invece, le spese out of pocket a carico delle famiglie e le assicurazioni individuali. Come è noto, l'Italia, come la maggior parte dei paesi europei nonché extra-europei, ha implementato un sistema fondamentalmente pubblico in quanto la parte preponderante della copertura sanitaria è garantita dallo Stato attraverso la fiscalità generale e/o con assicurazioni sociali. In molti Pesi OECD vige un sistema c.d. "universale" in cui il sistema implica la copertura sanitaria dell'intera popolazione. Mentre in Italia e Regno Unito la copertura universale viene garantita dal Servizio Sanitario Nazionale, ci sono Paesi, come la Svezia e l'Olanda in cui il sistema universale di copertura è garantito dall'obbligo, per tutti i residenti maggiorenni di acquistare una polizza individuale presso una Compagnia di assicurazione privata. In alcuni Paesi OECD che hanno adottato un sistema di copertura pubblico universale, si registra comunque un significativo ricorso alla spesa sanitaria privata. Un esempio ne è l'Italia dove la spesa sanitaria privata ha raggiunto, nel 2007, il 23,5%della spesa totale.

Istogramma 1. Rapporto tra finanziamento pubblico e privato nei Paesi OECD, Anno 2007



Fonte: elaborazione propria OECD Health data 2008

[1] Per consentire una lettura chiara è sintetica dei dati, i più rappresentativi paesi OECD sono stati raggruppati per aree geografico - culturali omogenee: Europa continentale (Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo, Olanda, Svizzera); Europa Orientale (Polonia, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Ungheria); scandinava (Danimarca, Finlandia, Islanda, Norvegia, Svezia); mediterranea (Grecia, Italia, Portogallo, Spagna); anglosassone (Australia, Canada, Irlanda, Nuova Zelanda, Regno Unito) estremo oriente (Giappone, Corea). Gli Stati Uniti sono stati considerati da soli. I valori di spesa totale riportati, sono frutto della media dei valore dee paesi afferenti a ciascuna area.

Tabella 2. Spesa sanitaria per fonte di finanziamento- Paesi OECD.
Valori % Anno 2007

PAESI OECD	*Finanziamento Pubblico*	*Finanziamento Privato*
Australia	67,73	32,27
Austria	76,41	23,59
Canada	69,93	30,07
Czech Republic	85,19	14,81
Denmark	84,49	15,51
Finland	74,64	25,36
France	78,95	21,05
Germany	76,88	23,12
Greece	50,35	39,65
Hungary	70,62	29,38
Iceland	82,5	17,5
Ireland	80,69	19,31
Italy	76,54	23,46
Japan	81,25	18,75
Mexico	45,18	54,82
New Zealand	77,97	22,03
Norway	84,09	15,91
Poland	70,87	29,13
Portugal	71,52	28,48
Slovak Republic	65,85	33,15
Spain	71,79	28,27
Sweden	81,72	18,28
Switzerland	49,27	40,73
United Kingdom	81,73	18,27
United States	45,37	54,63

Fonte: elaborazione propria OECD Health data 2009.

Risulta evidente come il finanziamento pubblico rappresenti comunque la scelta prevalente all'interno dell'area OECD: su 27 Paesi considerati, la metà di essi ha una quota di spesa pubblica superiore al 75%: in particolare, raggiungono o superano l'80% Irlanda, Giappone, Svezia, Regno Unito, Islanda, Norvegia, Danimarca, Repubblica Ceca e Lussemburgo.

Si tratta di tutti Paesi con un sistema tipicamente a copertura universale. (*Tabella 3*)

Tabella 3. Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria Paesi OECD- Valori%
Anni 1970-2008

PAESI OECD	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*	*2005*	*2007*	*2008*
Australia	n.d.	62,63	66,17	67,09	67,41	67,73	n.d.
Austria	63	68,82	73,37	16,83	76,14	76,41	n.d.
Canada	69,94	75,58	74,54	70,36	70,27	68,98	69
Czech Republic	n.d.	n.d.	97,45	9,032	88,61	86,19	n.d.
Denmark	n.d.	87,78	82,73	82,43	83,73	84,49	n.d.
Finland	73,8	79,01	80,92	71,05	73,48	74,64	n.d.
France	75,45	80,06	76,58	79,38	79,26	78,99	n.d.
Germany	72,81	78,59	76,2	79,68	76,97	76,86	n.d.
Greece	42,54	55,6	53,7	60,01	60,11	60,35	n.d.
Hungary	n.d.	n.d.	n.d.	70,73	72,3	70,62	n.d.
Iceland	66,67	88,37	86,59	81,01	81,39	82,5	n.d.
Ireland	81,69	81,96	71,72	73,48	77,47	80,69	n.d.
Italy	n.d.	n.d.	79,51	72,51	76,23	76,54	77,8
Japan	69,81	71,29	77,59	81,28	82,69	81,25	n.d.
Korea	n.d.	20,13	36,52	44,88	52,06	54,94	52,26
Luxembourg	100	92,71	93,1	89,25	90,14	90,68	n.d.
Mexico	n.d.	n.d.	40,44	46,58	45,47	46,18	n.d.
Netherlands	n.d.	69,36	67,07	63,08	n.d.	n.d.	n.d.
New Zealand	80,43	87,99	82,4	78,02	77,69	77,97	n.d.
Norway	81,5	85,12	82,8	82,49	83,54	84,09	84,75
Poland	n.d.	n.d.	91,68	70,03	69,4	70,87	n.d.
Portugal	58,94	64,31	65,53	72,54	71,76	71,62	n.d.
Slovak Republic	n.d.	n.d.	n.d.	89,38	74,39	66,85	n.d.
Spain	66,36	79,92	78,75	71,62	70,58	71,79	n.d.
Sweden	86,03	92,53	89,86	84,89	81,65	81,72	n.d.
Switzerland	n.d.	n.d.	52,38	55,43	59,46	59,27	n.d.
Turkey	n.d.	23,52	60,96	62,93	71,4	n.d.	n.d.
United Kingdom	86,96	89,35	83,55	79,33	81,92	81,73	n.d.
United States	36,18	40,52	39,21	43,21	44,45	45,37	n.d.

Fonte: elaborazione propria OECD Health data 2009.

D. Quali sono le dinamiche della spesa sanitaria dal 2001 al 2009?

Nelle Regioni Italiane la media di spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata è pari a € 1.757 nel 2008: € 1.814 al Nord, € 1.877 al Centro, € 1.704 al Sud. Non emergono quindi comportamenti omogenei tra le ripartizioni nonostante il dato sia deputato dalle differenti strutture demografiche.

Tabella 4. Rapporto crescita PIL/Spesa sanitaria/Finanziamento del SSN

	2001	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009**	*Somma 2001-2009*
Crescita del PIL (% reale)	1,8	0,4	0,3	1,2	0	1,5	1,7	-1	-5	0,9
Spesa sanitaria (Variazione %)	8,3	4,7	2,9	7,5	5,8	5,5	3,6	3,8	3	45,1
Finanziamento SSN (Variazione %)	8,2	6,1	3,9	4,9	7	4,5	4,8	8,2	3	50,6

Fonte: elaborazione su dati Ministero Salute e Banca d'Italia

Dal 2001 al 2009 la crescita del PIL è stata pari al +0,9% annuo, mentre la UE viaggiava su medie del + 1,5-2,0%; la spesa sanitaria invece nello stesso periodo è aumentata del +45,1%, ovvero del + 5,01% annuo.

Il finanziamento al SSN a sua volta nel periodo considerato è aumentato del +50,6%, pari ad una media annua del + 5,6%. Questi dati pongono in modo sintetico un tema di sostenibilità dei SSR. Nell'anno 2009 (*Tabella 5)* il SSN ha assorbito risorse per 101.481 miliardi di € (con un incremento dello + 0,02% rispetto all'anno precedente) , garantendo per ciascun cittadino una spesa pro capite del valore di €. 1.716. L'analisi del finanziamento permette di evidenziare una spesa complessiva di 101,457 miliardi nel 2008. Emerge pertanto come lo Stato, nel 2008, finanzi la spesa sanitaria soltanto per il 95% del fabbisogno complessivo, con una percentuale che sul PIL scende al 6,1%.

Tabella 5. Spesa del Servizio Sanitario Nazionale Trend dal 2002 al 2010

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	1.568
2006	1.438.033	96.400	6,70	1,46	1.630
2007	1.464.392	97.040	6,62	1,83	1.693
2008	1.451.213	101.457	6,99	-o,99	1.731
2009	----	103.863	----	2,37	1.716
2010	----	105.148	---	3,61	---

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

D. Quanto incideranno sulla sanità pubblica i previsti 10 miliardi di tagli in tre anni (2012-14) ?

Un intervento da 10 miliardi in 3 anni. Secondo l'economista Federico Spandonaro, coordinatore del CEIS Sanità di Tor Vergata, il finanziamento medio per la sanità previsto per i prossimi tre anni dal governo (+1,5%), se confrontato con le previsioni di crescita di Pil nello stesso periodo (+3,3%) sempre dell'Esecutivo, rischia di configurare una recessione della sanità pubblica. In pratica, la manovra del Governo potrebbe costare ai cittadini, direttamente o indirettamente, 10 miliardi di euro in tre anni. L'impatto, spiega Spandonaro, sarà maggiore al Centro-Sud; secondo la manovra infatti il finanziamento pubblico della Sanità dovrebbe aumentare dello 0,5% per il prossimo anno e del 1,4% in quelli seguenti, con una media per il biennio 2013-2014 dello 0,9%.

"*Per apprezzare il taglio sulla Sanità pubblica è necessario confrontare questo dato con le previsioni di crescita del Pil, che il Governo stima fra il 3,1% e il 3,4% annuo da qui al 2014. Già dalle percentuali e' facile convincersi che alla Sanità si chiede un contributo rilevante al risanamento della finanza pubblica: il 'taglio' e' di circa l'1,7% annuo. E, cosa ancora più rilevante, inferiore dello 0,6% della crescita reale per il 2013 e 2014: quindi per la Sanità pubblica si configura una recessione in termini reali, di dimensioni tutt'altro che banali*".

In pratica il finanziamento pubblico della Sanità, che e' stato congelato al 6,7% del Pil da alcuni anni, si ridurrebbe giungendo al 6,3% nel 2014: affinché l'impatto sulle famiglie fosse nullo, la spesa sanitaria si dovrebbe ridurre a sua volta di circa 10 miliardi di euro da qui al 2014, ovvero oltre il 6% circa di tutta la spesa sanitaria pubblica e privata attuale. "*Si consideri* - prosegue Spandonaro - *che la riduzione dovrebbe avvenire al netto anche degli aumenti dei prezzi, stimati per il resto dell'economia nell'ordine del 2% annuo, e che in Sanità sono normalmente più alti per effetto dell'innovazione*".

Una breve ricognizione sulle principali voci di spesa del sistema sanitario nazionale, anno 2008, che rimane tendenzialmente costante nel tempo come rapporto tra i vari aggregati di spesa, ci mostra come la principale voce di spesa risulti quella relativa al costo del personale a dipendenza diretta (32,7% sul totale della spesa), seguito dall'acquisizione di beni e servizi (26,4%) e dalla farmaceutica convenzionata (12,6%). Ma il dato forse più rilevante è la spesa complessiva per le risorse umane: se sommiamo la spesa per il personale dipendente con quella del personale convenzionato ed accreditato (MMG e PLS, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, riabilitazione accreditata e altre forme di assistenza in convenzione) si arriva ad una spesa di 51.392 miliardi di euro pari al 53,3% della spesa totale nel 2006, valore che dimostra la natura *labour intensive* delle organizzazioni sanitarie.

Tabella 6. Costi per funzioni in € per quota capitaria

Funzioni	*Importo medio*	*%*
Ricoveri ospedalieri	598	35,4%
Assistenza Farmaceutica	134	7,9%
Assistenza Specialistica	394	23,3%
MMG, PLS e continuità assistenziale	96	5,7%
Strutture residenziali e semi residenziali per anziani	72	4,3%
Salute Mentale	56	3,3%
Prevenzione, sanità pubblica e screening	54	3,2%
Pronto soccorso	47	2,8%
Riabilitazione e lungodegenza	25	1,5%
Disabili	32	1,9%
Protesica integrativa	25	1,5%
Assistenza domiciliare	20	1,2%
Materno infantile	17	1,0%
Dipendenze	15	0,9%
Hospice	3	0,2%

Funzioni amministrative centrali	101	6,0%
TOTALE	*1.689*	*100,0%*

Fonte: FIASO, 2008 su dati di 13 ASL, Anno 2006

D. Quale à la ripartizione della spesa per i Livelli Essenziali di Assistenza?

In ultima istanza può risultare utile un'analisi sul rapporto tra spesa sostenuta e tipologia di prestazioni assicurate. L'intenzione e quella di analizzare, seppur in chiave generale, la ripartizione della spesa per le aree di assistenza garantite dal SSN, è per far questo i valori di riferimento non possono che essere quelli previsti dai LEA, che dal D.lgs. 229/1999 costituiscono il principale strumento della programmazione sanitaria nazionale e regionale[2].

Dalla Tabella 4. emerge con chiarezza lo sfasamento della spesa tra la distribuzione reale e quella programmata già 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.

Tabella 7. Quote obiettivo di riparto del Fondo Nazionale per il Servizi Sanitari Regionali (ex FSN), 2002-2008

Livello Assistenziale	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Assistenza collettiva	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Assistenza distrettuale	49%	50%	50%	50%	51%	51%	51%
Assistenza agli anziani	4,10%	5%	5%				
Assistenza territoriale		12,10%	12,10%	17,10%	18,10%	18,10%	18,10%
Medicina di base		6%	6%				
Pediatria L.S.	19,70%	0,90%	0,90%	6,90%	6,90%	6,90%	6,90%
Specialistica	12,20%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Farmaceutica	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Assistenza ospedaliera	46%	45%	45%	45%	44%	44%	44%

Fonte: Ministero della salute

D. Quale è stato il finanziamento del fabbisogno della sanità nel 2009?

Il 5 febbraio 2009 la Conferenza delle Regioni ha approvato il riparto del finanziamento sanitario 2009 (FSN). Il finanziamento complessivo di €. 103.863 MLD. è quello stabilito dal Patto della Salute 2006 e integrato con le Leggi

[2] Per un'analisi specifica sui LEA, sulla metodologia impiegata per costruirli e sulle criticità nella loro implementazione vedere il par 3.2.

Finanziarie successive. La cifra ripartita è di 101.481 MLD. Restano da ripartire €. 2.382 MLD. per progetti obiettivi del PSN, Istituti Zoo profilattici, Medicina Penitenziaria, etc.

Tabella 8. Quote capitaria, "secca" e "pesata"

LEA	*Quota obiettivo FSN*	*Modalità di ripartizione*
Prevenzione	5%	Quota capitaria "secca" in base alla popolazione
Distrettuale	6,9% medicina di base	Quota capitaria "secca" in base alla popolazione
Distrettuale	13% farmaceutica	Tetto imposto su fabbisogno complessivo
Distrettuale	13% specialistica	Quota capitaria "pesata" in base all'età della popolazione
Distrettuale	18,1% altra territoriale	Quota capitaria "secca" in base alla popolazione
Ospedaliera	44%	Quota capitaria "pesata" in base all'età della popolazione per metà importo

Fonte: Ministero della salute

Tabella 9. Finanziamento fabbisogno sanitario 2009

Finanziamento fabbisogno	102.285.000.000	Di cui 2.216.300.000 a destinazione vincolata
Integrazione CCNL	398.000.000	
Cancellazione ticket	834.000.000	
Convenzioni medicina di base	184.000.000	
Medicina penitenziaria	162.000.000	
Totale finanziamento	103.863.800.000	Di cui ripartito 101.481.700.000
		Di cui ancora da ripartire 2.382.100.000
Fondo Piani di Rientro (6 Regioni)	700.000.000	

Fonte: Ministero della salute

D. Quanto la spesa sanitaria assorbe in percentuale del PIL?

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie (inclusi tutti i suoi costi: servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione e contribuzioni diverse). Come abbiamo visto la spesa sanitaria pubblica complessiva ammonta nel 2008 a quasi 109 miliardi di euro, pari al 6,55% del PIL e a circa 1.800 euro annui per abitante.

La spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti paesi europei.

A fronte dei poco più di 2 mila dollari pro capite in parità di potere d'acquisto spesi in Italia nel 2007, la Francia ne spende 2.844, la Germania 2.758 e il Regno Unito 2.446. Spagna, Paesi Bassi, Grecia e Portogallo hanno livelli di spesa per abitante inferiori a quelli italiani.

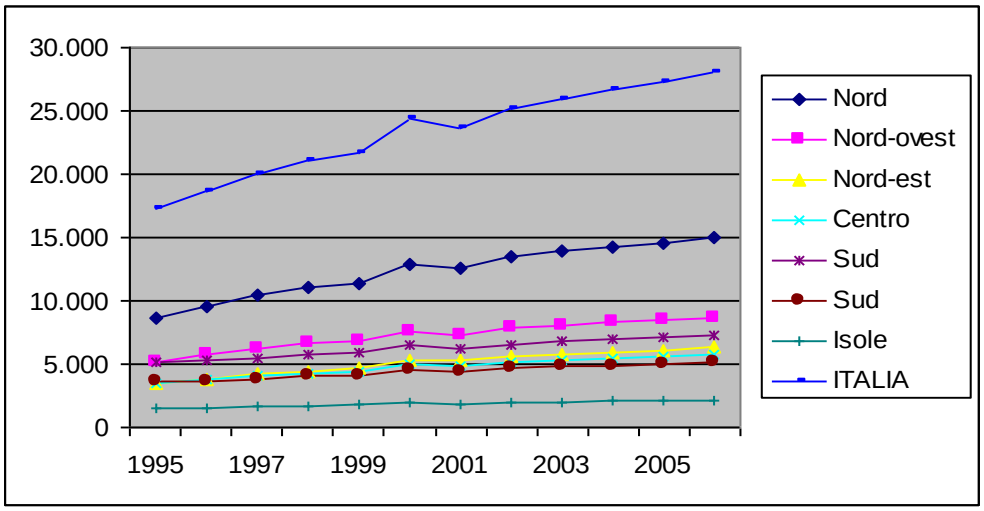
Nel 2007, il valore più elevato di spesa pro capite è stato raggiunto dalle regioni del Centro (1.787 euro); il valore più basso si registra nel Mezzogiorno (1.679 euro). I livelli di spesa pro capite sono dunque molto variabili, a testimonianza sia di condizioni socio-economiche diversificate, sia di diversi modelli per la gestione del sistema sanitario regionale.

Tavola 10. Spesa sanitaria delle famiglie per regione - Anni 1995-2006 (in milioni di euro correnti)

Regioni e Ripartizioni	*1995*	*1996*	*1997*	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Piemonte	1.462	1.622	1.775	1.902	1.930	2.136	2.077	2.216	2.295	2.369	2.399	2.474
Valle d'A	37	39	43	46	48	54	56	60	63	62	63	64
Lombardia	3.159	3.450	3.748	3.998	4.117	4.628	4.478	4.810	4.929	5.067	5.204	5.319
Trentino-AA	286	309	341	367	376	417	418	448	462	472	488	492
Veneto	1.404	1.531	1.674	1.776	1.851	2.095	2.066	2.217	2.278	2.285	2.330	2.408
Friuli-VG	414	458	502	526	545	627	635	672	711	725	744	765
Liguria	532	574	619	654	662	729	702	748	770	793	814	812
Emilia-R	1.382	1.520	1.684	1.790	1.878	2.192	2.150	2.292	2.376	2.446	2.510	2.627
Toscana	1.094	1.180	1.273	1.323	1.357	1.529	1.498	1.602	1.653	1.717	1.765	1.828
Umbria	206	223	241	254	260	291	284	304	314	321	330	348
Marche	454	487	522	546	566	626	613	648	670	684	693	700
Lazio	1.785	1.889	2.030	2.139	2.147	2.488	2.389	2.552	2.619	2.698	2.768	2.850
Abruzzo	339	349	370	382	388	435	420	438	450	458	462	483
Molise	86	90	95	100	103	115	110	115	127	128	131	133
Campania	1.440	1.484	1.530	1.602	1.646	1.848	1.756	1.852	1.928	1.980	2.018	2.043
Puglia	1.055	1.105	1.149	1.198	1.216	1.366	1.307	1.374	1.432	1.440	1.476	1.497
Basilicata	125	128	130	133	142	156	150	157	161	162	166	169
Calabria	529	551	582	607	617	694	674	711	728	743	768	782
Sicilia	1.107	1.158	1.198	1.247	1.296	1.428	1.352	1.423	1.483	1.514	1.568	1.594
Sardegna	404	425	449	463	477	520	489	519	534	549	572	594
ITALIA	*17.299*	*18.572*	*19.956*	*21.055*	*21.624*	*24.373*	*23.622*	*25.155*	*25.981*	*26.613*	*27.269*	*27.982*

Fonte: Istat, Contabilità nazionale

Grafico 1. Spesa sanitaria delle famiglie per ripartizioni Geografiche, Anni 1995-2006



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

A scala regionale la distanza che separa la regione dove le famiglie spendono di più rispetto a quella dove si spende di meno è ancora più evidente. A fronte dei 292 euro pro capite che le famiglie spendono in Basilicata, in Friuli-Venezia Giulia si tocca un livello più che doppio (647 euro).

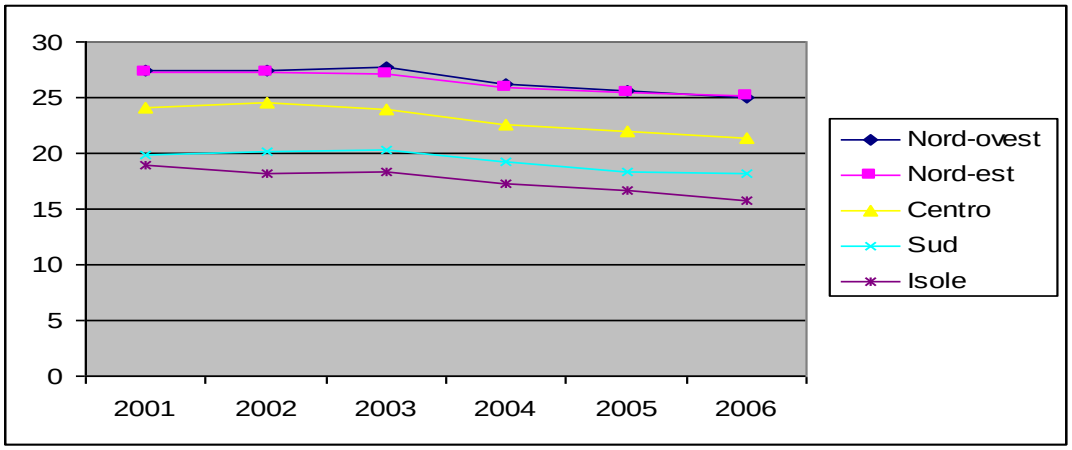
Subito dopo il Friuli-Venezia Giulia si trovano Emilia-Romagna, Piemonte e Valle d'Aosta (intorno ai 600 euro per abitante). Sui livelli di spesa pro capite bassi si collocano, accanto alla Basilicata, altre tre regioni del Mezzogiorno: Sicilia (338 euro pro capite), Sardegna (341 euro pro capite) e Puglia (360 euro pro capite).

Tabella 11. Percentuale della spesa sanitaria delle famiglie rispetto alla spesa sanitaria totale per Regione
Anni 2001 – 2006

Regioni e Ripartizioni	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Piemonte	27,93	27,93	27,58	26,00	25,30	24,77
Valle d'Aosta	23,80	23,87	24,30	21,96	21,90	21,21
Lombardia	28,05	27,84	28,61	27,19	26,64	25,85
Trentino-Alto Adige	23,21	23,07	22,18	21,10	21,50	20,89
Veneto	26,32	26,81	26,43	25,25	24,26	23,66
Friuli-Venezia Giulia	28,40	28,56	28,93	27,40	27,85	28,24
Liguria	22,81	24,10	23,47	22,40	21,40	21,42
Emilia-Romagna	28,80	28,45	28,44	27,26	26,98	26,81
Toscana	24,22	24,55	24,82	23,61	23,49	22,98
Umbria	20,87	20,44	20,33	19,55	19,36	18,98
Marche	24,04	24,14	24,67	23,69	23,05	21,31
Lazio	24,56	25,10	23,82	22,11	21,07	20,77
Abruzzo	19,38	19,16	18,31	18,69	17,36	17,19
Molise	19,90	19,97	20,19	19,72	17,30	18,16
Campania	19,14	19,56	19,54	18,08	17,33	17,58
Puglia	20,86	21,29	21,82	20,59	19,46	18,69
Basilicata	17,75	17,41	17,06	16,20	15,66	15,06
Calabria	20,94	21,36	21,88	21,44	20,33	20,21
Sicilia	18,95	18,06	18,24	16,97	16,46	15,18
Sardegna	18,69	18,59	18,57	17,89	17,57	17,64
Nord	*27,32*	*27,37*	*27,43*	*26,10*	*25,55*	*25,06*
Nord-ovest	27,38	27,43	27,70	26,26	25,61	25,01
Nord-est	27,23	27,30	27,08	25,88	25,46	25,13
Centro	*24,13*	*24,47*	*23,98*	*22,58*	*21,91*	*21,37*
Mezzogiorno	*19,57*	*19,56*	*19,67*	*18,60*	*17,78*	*17,35*
Sud	19,87	20,19	20,29	19,25	18,27	18,13
Isole	18,88	18,20	18,33	17,21	16,74	15,77
ITALIA	*24,14*	*24,25*	*24,21*	*22,95*	*22,25*	*21,77*

Fonte: Istat, Contabilità nazionale

Grafico 2. Percentuale della spesa sanitaria delle famiglie rispetto alla spesa sanitaria totale per ripartizioni geografiche – Anni 2001 – 2006



Fonte: elaborazione propria su dati Ministero Salute

D. Quale è la spesa per la protezione sociale?

La spesa per la protezione sociale, articolata nelle tre aree di intervento della previdenza, della sanità e dell'assistenza, rappresenta una parte importante del sistema di welfare adottato dai paesi europei al fine di garantire servizi e diritti considerati essenziali, rispettando vincoli di bilancio spesso stringenti.

La spesa per la protezione sociale è un indicatore correlato positivamente al livello di reddito, alle caratteristiche strutturali – risultando più elevata nei paesi con età della popolazione polarizzata nelle classi giovani e/o anziane – e al modello di welfare adottato. Nel 2006 l'Italia con circa 6.700 euro annui pro capite si colloca in posizione intermedia rispetto agli altri paesi europei e, comunque, al di sopra della media Ue27 (6.349 euro). Rispetto al Pil, la spesa dedicata alla protezione sociale nei paesi Ue27 è pari al 26,9%.

Francia, Svezia e Belgio, caratterizzate da una storica attenzione al welfare, impegnano la percentuale più alta di risorse per la protezione sociale, rispettivamente 31,1%, 30,7 % e 30,1% del PIL. L'Italia, con il 26,6%, si colloca appena sotto la media Ue27 e vicino al Regno Unito (26,4%). Prendendo in esame esclusivamente la spesa per prestazioni di protezione sociale per i diversi bisogni (circa il 98% del totale della protezione sociale), nel 2008, la funzione "vecchiaia" ne rappresenta oltre il 50%. Rispetto al 2002 si riscontra un leggero declino (circa mezzo punto percentuale), anche se cresce l'incidenza di questa funzione sul PIL (dal 12,6% al 13,5%). La spesa per la "sanità e per i trasferimenti monetari in caso di malattia o infortunio" è pari al 26,5% del totale delle prestazioni e al 7% del PIL, in aumento di un punto dal 2002 al 2008. Le funzioni "superstiti" e "invalidità" nel 2008 rappresentano rispettivamente il 9,5% e il 5,9% della spesa (il 2,5% e l'1,6% sul PIL), mentre la "disoccupazione e altre forme di esclusione sociale" si attestano intorno al 2,3% del totale. La quota del Pil destinata alle famiglie nel 2008 risulta pari all'1,2%, in lieve aumento dal 2002, e corrisponde al 4,6% del totale della spesa per prestazioni di protezione sociale.

D. Quali sono i livelli delle prestazioni e dei contributi sociali degli enti di previdenza?

Nel 2007, la spesa per prestazioni sociali erogata in Italia dagli enti di previdenza è pari nel complesso a 258.380 milioni di euro, il 16,7% del PIL, e corrisponde a un importo pro capite di 4.352 euro.

Il settore della previdenza rappresenta quasi il 93% delle uscite, seguito da quelli dell'assistenza e della sanità.

All'opposto, le entrate attraverso i contributi sociali ammontano a 209 milioni di euro (3.521 euro per abitante, il 13,5% del PIL) e coprono circa l'81% della spesa.

Nell'Italia settentrionale si concentra la quota maggiore sia della spesa per prestazioni sociali (50,6%) sia delle entrate contributive (56,1%): la Lombardia si distingue per il bilancio leggermente positivo, con 46,3 miliardi di euro erogati (4.825 euro per abitante), quasi 50 miliardi di contributi versati e un indice di copertura previdenziale uguale a 105,7. Anche il Trentino-Alto Adige, soprattutto grazie al contributo di Bolzano, è caratterizzato da un bilancio in attivo e da un indice di copertura previdenziale pari a 103,5.
Il Lazio è la seconda regione per ammontare complessivo di prestazioni sociali erogate (25,8 miliardi, 4.665 euro per abitante) e contributi versati (24,6 miliardi), mentre nel complesso del Mezzogiorno la quota di prestazioni erogata rappresenta il 28,2% del totale e quella dei contributi è pari al 22,1%. Qui è la Campania a essere caratterizzata dai livelli più elevati in termini di spese e di entrate, che corrispondono al 18,9% e al 12,5% del PIL. Poiché le prestazioni sociali e i contributi previdenziali sono legati alla struttura demografica e produttiva del Paese, i dati pro capite confermano le differenze territoriali e il deficit più elevato delle regioni del Mezzogiorno, causato soprattutto dal minor livello contributivo.

D. Che consistenza ha la presenza dei presidi residenziali socio-assistenziali?

L'offerta di servizi residenziali a carattere socio-assistenziale risponde a un'esigenza di sostegno alle persone in situazioni di disagio economico, abitativo, sociale o derivante da uno stato di salute il cui grado di gravità è tale da compromettere l'autonomia individuale. Alla fine del 2006, i presidi residenziali socio-assistenziali in Italia risultano pari a 8.964, per un'offerta complessiva di 330.897 posti letto (poco più di 56 ogni diecimila residenti).
Le persone ospitate sono 294.961 (50 per diecimila abitanti). Nell'Italia settentrionale si concentra la maggior parte dei presidi residenziali socio-assistenziali (60,2 per cento); nel Centro e nel Mezzogiorno si rilevano rispettivamente il 21,0 e il 18,4 per cento di tali istituzioni. In termini di offerta di posti letto, anche in questo caso la distribuzione sul territorio nazionale non è uniforme. Il Nord-est (86,4 posti letto per diecimila abitanti contro i 56 della media italiana) è l'area con la maggiore offerta di assistenza residenziale.
Con circa 25 posti letto ogni diecimila residenti (oltre il 50% in meno del dato italiano), il Mezzogiorno è l'area più svantaggiata. In tutte le regioni gli ospiti presenti nelle istituzioni, che esprimono la domanda di assistenza residenziale soddisfatta, sono per la maggior parte persone con 65 anni e più (nel complesso 197 per diecimila abitanti). Ciò si spiega con il forte invecchiamento della popolazione che caratterizza il Paese, e con il conseguente aumento dei problemi di autosufficienza.

Tabella 12. Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, posti letto e ospiti presenti al 31 Dicembre 2006

REGIONI	*Presidi residenz.li*	*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 autosuff.nti*
TOTALE	8.964	330.898	16.414	48.079	230.468	294.961	100,00

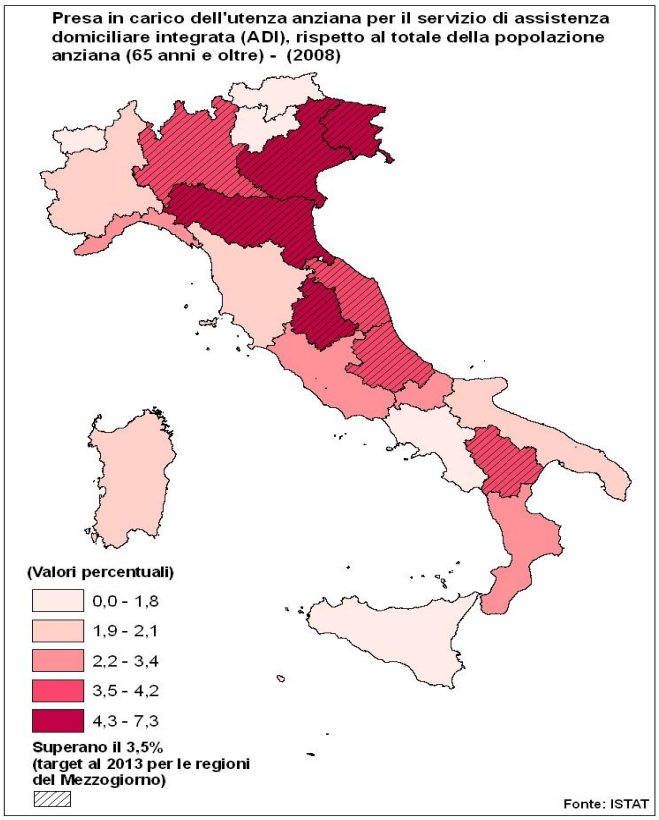
Fonte:elaborazione propria dati ISTAT

D. Che sviluppano hanno avuto i servizi di cura per gli anziani?

L'incremento dei servizi di cura per gli anziani è inteso quale obiettivo strumentale delle politiche regionali di sviluppo ed è finalizzato a favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro.
Nel 2008 il valore dell'ADI nelle 8 regioni del Mezzogiorno è salito al 2%, raggiungendo il target indicato 25 anni prima a Vienna, nel 1982, per l'assistenza domiciliare. Nelle Regioni Campania, Puglia il valore target è nel 2008 pari all'1.8% e in Sicilia è 0.9% con modestissimi incrementi di un decimo di punto percentuale nel periodo 2005-2008.

Le regioni virtuose con tassi superiori al 6% nel 2008 sono il Friuli Venezia e Giulia –con un valore del 7.3%- l'Emilia Romagna e il Veneto. Si tratta pur sempre di percentuali inferiori ai fabbisogni che indicano una difficoltà dei sistemi sanitari ad adottare modelli di cura spostati verso il territorio.
Sebbene vi sia una premialità dei fondi strutturali consistente, pari a circa 350 milioni di euro destinati al solo Mezzogiorno all'ADI e da suddividere tra le regioni meritorie, è impossibile che queste ultime tre Regioni raggiungano gli obiettivi prefissati senza una accelerazione poderosa. Diversamente da quanto ci si potrebbe aspettare, anche l'offerta di servizi residenziali per la non autosufficienza (RSA) negli ultimi 50 anni in Italia è rimasta ferma al 3% degli anziani, anche se con grandi differenze tra Nord e Sud. Di contro, sono aumentati i trasferimenti monetari in forma di indennità di accompagnamento passando dal 5% degli inizi anni '90 all'all8,9% di metà anni 2000 (INRCA 2009).

Figura 1. Presa in carico di anziani dai servizi di ADI delle Regioni

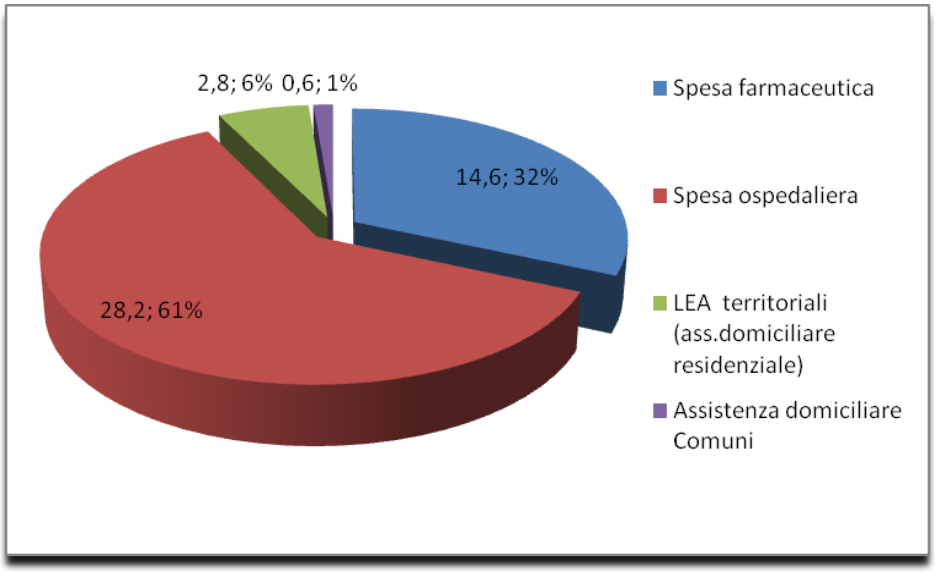


D. Come si può passare dalle prestazioni ai percorsi di cura?

A seguito di dinamiche demografiche, come l'aumento della spettanza di vita degli ultra 65enni, e contrazione e crisi della finanza pubblica (v. in Italia i tre fattori registrano i valori critici più elevati del mondo occidentale), sono entrati in crisi i modelli di intervento e si avverte in modo prepotente la mancanza di una progettualità delle politiche per gli anziani. Si assiste parallelamente a una crisi 'tecnica' dei modelli di riferimento per la cura degli anziani non autosufficienti dovuta alla crisi dell'ospedale e alla crisi del modello sociale, infatti, la cura della malattia è parte integrante della capacità di vivere della persona fragile, coinvolge la dimensione affettiva e la relazione sociale.
Molti esperti invitano ad un cambio di paradigma: dal paradigma clinico centrato sulla cura acuta a quello "*protesico/palliativo"* centrato sulla cura sanitaria e sociale integrata; dalla medicina delle *evidence,* centrata sulla concezione di persona come paziente e sul processo clinico e il percorso diagnostico terapeutico, alla medicina della complessità, il cui obiettivo non può essere l'assenza di malattia, ma la tutela della qualità della vita possibile.

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 2007 vedono in termini assoluti più di 450.000 casi trattati dei quali lo 81,2% sono individui anziani.
Nel 2007, su un totale di 165 ASL, circa il 96% ha attivato il servizio ADI, con un incremento pari al 4,5% nel quinquennio 2000-2005 e al 2,1% nel periodo 2005-2007.
Secondo quanto riportato dall'Annuario Statistico del SSN, nel 2007 in Italia l'ADI era erogata a 474.567 persone di queste 89.219 hanno meno di 65 anni mentre 385.348 hanno più di 65 anni.
Appare chiaro come l'ADI si configuri come un servizio rivolto soprattutto alla popolazione anziana sebbene, nelle intenzioni del nostro legislatore, sia stata concepita come una prestazione a favore delle totalità delle persone disabili.

Grafico 1. La spesa sanitaria e sociale italiana per l'assistenza sanitaria e per la quota di assistenza domiciliare 'sociale' degli ultra 65 enn, - Anno 2007



D. Quale è il livello di spesa dei Comuni per l'assistenza domiciliare?

Oggi la spesa sociale corrente dei Comuni è fortemente spostata sul settore degli anziani a scapito dei minori, al sud come al nord. Senza un ridisegno complessivo dell'intervento pubblico non si può sperare, fermi restando gli attuali modelli di intervento, di aumentare significativamente la percentuale di copertura del target.
Nel 2006, dei circa 6 miliardi di euro di Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati, il 23% (€ 1.367.694.844) è stato desinato ai servizi per gli anziani; tale spesa si suddivide in servizi e interventi (48,5%), trasferimenti di denaro (22,5%) e pagamento di strutture (29,2%).
La spesa destinata dai Comuni (singoli o associati) e dal SSN ai servizi territoriali per gli anziani domiciliari, semiresidenziali e residenziali è stata nel 2006 complessivamente di 4.142 milioni di euro con 1/3 a carico dei comuni e 2/3 a carico del SSN.
L'analisi del dato regionale rileva che tutte le Regioni le quote più alte di spesa si registrano nell'ambito dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale, in particolare, in Basilicata il servizio di assistenza domiciliare assorbe l'89,8% della spesa complessiva e l'88,7% in Calabria.

Tavola 13. Spesa dei Comuni singoli o associati per tipo di prestazione Valori % Anno 2006

	Tipo di prestazione						
	ADI socio assistenziale	*ADI con servizi sanitari*	*Servizi di prossimità*	*Telesoccorso e teleassistenza*	*Voucher, assegni di cura, buoni socio sanitari*	*Distribuzione pasti a domicilio e/o lavanderia a domicilio*	*Altro*
Piemonte	46.84	10.79	3.04	1.10	32.73	4.66	0.84
Valle d'Aosta	68.06	0.36	0	0.72	29.56	1.30	0
Lombardia	66.90	1.48	0.59	1.48	22.64	6.47	0.44
PA Bolzano	89.20	0	0	0.35	0	10.45	0
PA Trento	67.50	3.74	0	0.29	17.56	10.80	0.11
Veneto	40.53	31.96	0.73	0.08	20.39	4.02	2.28
Friuli -VG	52.98	5.33	0.37	0.72	29.32	11.14	0.13
Liguria	71.88	5.02	4.19	1.31	15.01	2.43	0.16
Emilia -R	66.91	8.73	0.07	0.81	16.91	3.64	2.92
Toscana	73.80	13.92	0.87	2.16	5.03	4.22	0
Umbria	65.07	32.03	0.19	2.04	0	0.67	0
Marche	85.56	8.26	0.25	0.95	1.23	3.41	0.33
Lazio	83.83	12.66	0.03	2.70	0.28	0.46	0.04
Abruzzo	86.62	8.87	0.09	3.43	0.35	0.65	0
Molise	88.47	7.54	0	2.33	0	1.65	0.02
Campania	77.37	14.39	0.08	5.50	1.79	0.64	0.23
Puglia	66.77	20.54	2.23	3.90	1.38	5.13	0.05
Basilicata	89.82	0.41	0.02	0.46	0.40	8.89	0
Calabria	88.69	4.20	0.35	3.80	0.68	2.11	0.18
Sicilia	78.72	3.41	0	0.83	16.21	0.59	0.13
Sardegna	87.65	8.86	0	0.45	0.12	0.94	7.98
ITALIA	69.12	10.19	0.64	1.58	13.89	3.87	0.72

Elaborazione CEIS su dati ISTAT

Percentuali minori si registrano in Piemonte ed in Veneto: 46,8% del totale della spesa nella prima e 40,5% nella seconda. Le Regioni che destinano una quota maggiore di risorse all'assistenza domiciliare integrat con servizi sanitari sono Veneto (32,0%) e Umbria (32,0%), mentre Valle d'Aosta e la Basilicata destinano a questo tipo di assistenza rispettivamente lo 0,3% e lo 0,4%.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare fornito dai Comuni riguarda principalmente l'area anziani e l'area disabili. In particolare nel 2006, a livello nazionale, all'area disabili è stato destinato il 22,2% del totale delle risorse assegnate ai servizi domiciliari.

L'area anziani nel suo complesso, sempre nel 2006, ha assorbito il 69,2% del totale dei fondi del servizio. Scendendo nel dettaglio regionale, è possibile osservare come Umbri a(42,1%), Lazio (45,9%) e Sardegna (36,7%) siano le Regioni che destinano maggiori risorse all'area disabili.

Le Regioni che dedicano maggiori risorse all'assistenza a favore degli anziani sono risultate essere: Veneto (80,6%), Friuli Venezia Giulia (83,4%) e Emilia Romagna (84,4%); di contro il Lazio, nel medesimo anno, ha riservato per l'assistenza agli anziani il 43,3% del totale delle risorse previste per il Servizio di Assistenza Domiciliare.

Tavola 14. Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza Valori % Anno 2006

Regioni	*Area di utenza*	
	Disabili	*Anziani*
Piemonte	14.60	76.95
Valle d'Aosta	0.38	75.99
Lombardia	14.56	70.30
PA Bolzano	0	100
PA Trento	7.68	78.92
Veneto	14.18	80.55
Friuli-Venezia Giulia	10.57	83.44
Liguria	15.58	81.45
Emilia-Romagna	12.85	84.41
Toscana	17.93	74.10
Umbria	42.11	46.20
Marche	25.60	67.27
Lazio	45.48	42.33
Abruzzo	29.33	63.42
Molise	28.20	66.70
Campania	29.72	61.20
Puglia	17.32	70.80
Basilicata	33.94	52.78
Calabria	24.73	62.43
Sicilia	29.34	67.99
Sardegna	36.78	59.13
ITALIA	22.15	69.15

Elaborazione CEIS su dati ISTAT

D. Quale è la possibile 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.

D. Quale è la consistenza attuale del 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. Con l'entrata in vigore della Legge n. 328/00 si evidenziava 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%.
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. Purtroppo il Fondo nazionale per le politiche sociali per il 2009 ha subito un taglio di 150 milioni di euro, passando da 1.464 milioni del 2008 a 1.420. Il taglio è circa del -25% soprattutto a carico delle Regioni che avranno a disposizione 518 milioni contro i 656 dell'anno precedente. Le ripartizioni del fondo per l'anno 2009 sono rappresentate nella *Tabella 15.*

Tabella 15. Le tre Voci del Fondo

Risorse finanziarie	*Importo (€)*
Fondi destinati ai finanziamenti degli interventi costituenti diritti soggettivi	842.000.000
Fondi destinati alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano	518.226.539
Fondi destinati al ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali	60.353.618
Totale delle risorse finanziarie da ripartire	*1.420.580.157*

Fondi destinati a finanziare i Diritti Soggettivi

Le voci finanziate	*Importo (€)*
Assegni ai nuclei familiari, maternità, ecc	540.000.000
Agevolazioni a genitori con figli con handicap	299.000.000
Indennità a favore di lavoratori con talassemia	3.000.000
Totale	*842.000.000*

Tabella 16. Risorse destinate per Regioni (in migliaia)

Regioni	*Totale risorse*	*Regioni*	*Totale risorse*
Abruzzo	12.702,6	Pa Bolzano	4.268,3
Basilicata	6.376,4	Pa Trento	4.374,7
Calabria	21.311,1	Piemonte	37.214,7
Campania	51.734,1	Puglia	36.156,2
Emilia R.	36.554,7	Sardegna	15.341,6
Friuli VG	11.367,0	Sicilia	47.601,4
Lazio	44.569,7	Toscana	33.967,6
Liguria	15.646,3	Umbria	8.507,8
Lombardia	73.327,6	V. d'Aosta	1.495,7
Marche	13.864,7	Veneto	37.710,5
Molise	4.133,7	Totale	518.226,5

Per quanto riguarda la destinazione dei fondi ogni anno circa il 50% delle risorse del Fondo sono destinate alle Regioni. 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 favore dei lavoratori portatori di patologie specifiche).

Con la Legge Finanziaria 2011 il Governo ha ritenuto necessario ridimensionare i Fondi statali a carattere sociale comportando un quasi azzeramento delle politiche sociali.
Nel 2008 i Fondi nel loro complesso avevano una dotazione di €. 2.520,00 MIL, mentre nel 2013 è prevista una dotazione degli stessi Fondi pari a solo €. 271,6 MIL. Siamo di fronte ad una riduzione progressiva da 10 a 1.

Tabella 17. FNPS 2008-2013 in milioni di Euro

Fondo	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*
F. Politiche famiglia	*346,5*	*186,6*	*185,3*	*52,5*	*52,5*	*31,4*
F. Pari opportunità	*64,4*	*30,0*	*3,3*	*2,2*	*2,2*	*2,2*
Fondo Politiche giovanili	*137,4*	*79,8*	*94,1*	*32,9*	*32,9*	*26,1*
F. Infanzia e adolescenza	*43,9*	*43,9*	*40,0*	*40,0*	*40,0*	*40,0*
F. per le Politiche Sociali	*929,3*	*583,9*	*435,3*	*75,3*	*70,0*	*44,6*
F. Non autosufficienza	*300,0*	*400,0*	*400,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
F. affitto	*205,6*	*161,8*	*143,8*	*33,5*	*33,9*	*14,3*
F. inclusione immigrati	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
F. Servizi infanzia	*100,0*	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
F. servizio Civile	*299,6*	*171,4*	*170,3*	*113,0*	*113,0*	*113,0*
Totale	*2.520,0*	*1.750,6*	*1.472,0*	*349,4*	*344,5*	*271,6*
Variazione % su anno precedente		*-30,5%*	*-15,9%*	*-76,3%*	*-1,4%*	*-21,2%*

Fonte: Ministero Economia.

D. Quale è la spesa delle AUSL 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 AUSL e cosa ai Comuni.
l 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. 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 co-finanziamento 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'applicazione dei LIVEAS a quasi sei anni dall'approvazione del DPCM del 29.11.2001 a livello regionale è ancora fortemente incompleta, infatti:

- Le Regioni Veneto, Toscana, Piemonte e Calabria hanno adottato provvedimenti di recepimento dell'allegato 1C;
- La Regione Umbria ha emanato atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie;
- La Regione Campania ha emanato indirizzi regionali di programmazione a Comuni e ASL per un sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari, rinviando a successivi atti l'adozione formale dei documenti;
- La Regione Friuli Venezia Giulia ha adottato linee guida per la predisposizione del programma per le Attività territoriali (PAT) e per la predisposizione del piano di Zona (PdZ) per promuovere la collaborazione tra il SSR e il sistema dei servizi sociali (Comuni) per sviluppare politiche di integrazione tra gli stessi;
- Le Regioni Puglia e Liguria hanno attivato tavoli di concertazione tra tutti i soggetti interessati istituzionali e non coinvolti nelle politiche di integrazione dei servizi;
- Le Regioni Marche e Molise hanno disciplinato separatamente singoli servizi e prestazioni tramite la stipula di accordi e convenzioni;
- La regione Emilia Romagna ha disciplinato separatamente singoli servizi e prestazioni rimandando a successivi interventi l'armonizzazione dei singoli provvedimenti;
- Le Provincie Autonome di Trento e Bolzano rinviano a successivi interventi l'armonizzazione dei singoli provvedimenti provinciali in materia sociosanitaria.

I provvedimenti regionali per definire i criteri e per ripartire gli oneri relativi alle prestazioni sociosanitarie sono assai disomogenei e non esiste uno strumento comune quale potrebbe essere il Piano Integrato Sociosanitario Regionale, infatti:

- La Regione Toscana ha disciplinato criteri e quote di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie all'interno del PSR 2002-2004, comprensivi degli apporti dei Comuni e degli altri Enti Locali;
- La Regione Calabria ha inserito la regolamentazione della materia all'interno di una legge regionale specifica "*Realizzazione dei sistema integrato di interventi e servizi sociali nelle regione Calabria*", nei cui allegati sono identificate le prestazioni dei LIVEAS, le fonti normative e gli oneri;
- La Regione Piemonte ha recepito in un accordo Regione – Territorio l'applicazione dei LIVEAS;
- La Regione Veneto ha dettato disposizioni applicative dei LIVEAS.

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. 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.

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.

Tabella 18. 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*
Piemonte	647	507	545	-15,7	7,7
Valle d'Aosta			33		
Lombardia	1.605	1.330	840	-47,6	-36,8
Trentino AA	136	140	303	122,9	116,2
Veneto	573	485	476	-16,9	-1,9
Friuli VG	285	267	183	-35,6	-31,4
Liguria	239	183	154	-35,7	-16,0
Emilia R	861	695	576	-33,0	-17,1
Toscana	561	402	414	-26,1	3,0
Umbria	110	86	64	-41,5	-25,5
Marche	207	163	128	-38,0	-21,2
Lazio	810	678	519	-35,9	-23,5
Abruzzo	106	69	67	-37,0	-2,5
Molise	24	16	13	-43,8	-18,7
Campania	449	348	222	-50,4	-36,2
Puglia	287	220	158	-45,0	-28,2
Basilicata	57	39	25	-55,1	-34,5
Calabria	116	82	54	-53,7	-34,6
Sicilia	618	477	271	-56,1	-43,1
Sardegna	276	242	205	-25,6	-15,2
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

Fonte: Ministero Economia.

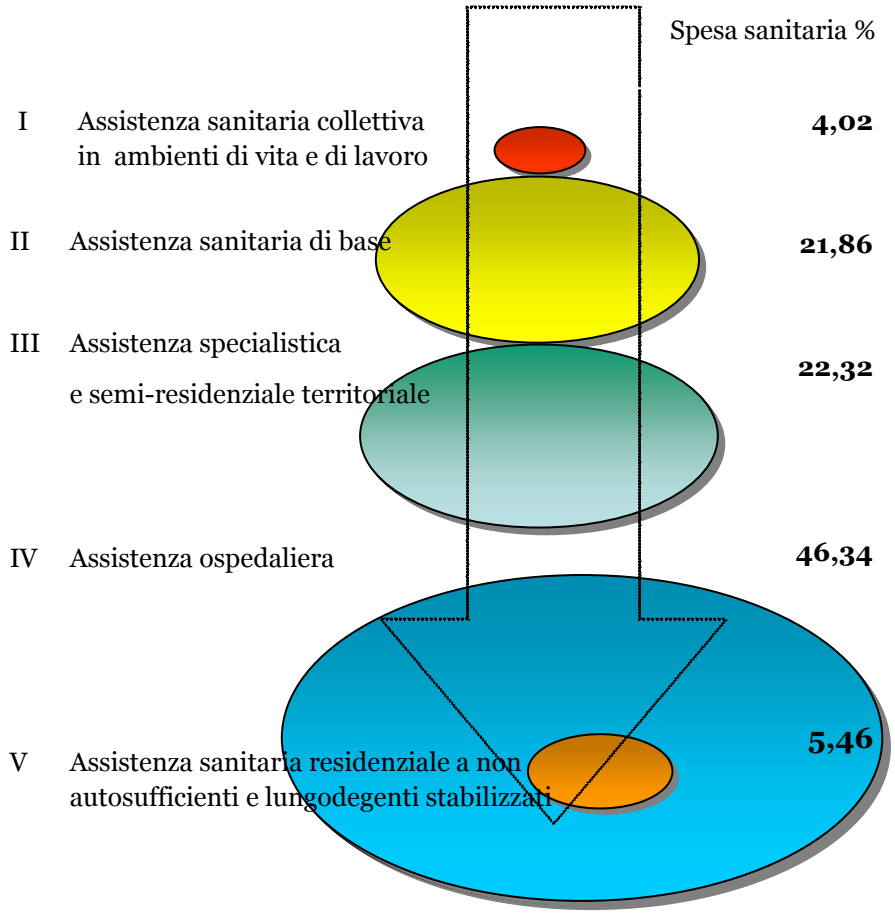
Nel 2008 i Comuni italiani, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6 miliardi e 662 milioni di euro, un valore pari allo 0,42% del Pil nazionale.
E' quanto riporta l'Istat nell'ultimo rapporto *"Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati"*, secondo cui in Italia esiste una tendenza constante di crescita della spesa sociale a partire dal 2003 (primo anno d'indagine dell'aggregato). Nello specifico tra il 2003 e il 2008 si è registrata una crescita complessiva del 28,2% a prezzi correnti (del 13,5% se si considera l'ammontare a prezzi costanti).

A livello pro capite la spesa media è cresciuta dai 90 euro del 2003 ai 111 euro del 2008, ovvero di circa 20 euro (a prezzi correnti). Poco più di un quinto (il 21,2%) della spesa sociale è dedicato alle politiche assistenziali relative agli anziani (in calo dal 25,2% del 2003) ed un altro quinto (il 21,1%) a quelle destinate ai disabili (dal 19,7% del 2003).
La quota maggiore è dedicata alle famiglia e ai minori (40,3%), in aumento di 1,5 punti percentuali rispetto al 2003.
La quota residuale (il 17,4% del totale della spesa sociale) va per le politiche di sostegno alla Povertà, al disagio degli adulti e ai senza dimora (7,7%), agli immigrati (2,7%) alla cura delle dipendente (0,7%) ed ad una serie di altri soggetti identificati con la dicitura Multiutenza (6,3%).
Quest'ultima componente è cresciuta di 1,1 punti percentuali rispetto al 2003, grazie all'aumento delle risorse per gli immigrati e per le politiche di sostegno alla Povertà, al disagio degli adulti e ai senza dimora. A livello nazionale il 38,7% della spesa sociale è assorbita dai servizi di supporto alle esigenze delle varie categorie di utenti, mentre il 34,5% è destinata al funzionamento delle strutture.
La quota residuale (il 26,8%) è destinata ai trasferimenti in denaro, che possono essere erogati direttamente alle famiglie bisognose per finalità assistenziali specifiche o essere versati ai diversi enti che operano nel settore.
L'Istat ricorda che i Comuni gestiscono singolarmente il 75% della spesa sociale, mentre il rimanente 25% è gestito dai Comuni in forma associata. Vi sono poi diversi tipi di enti affiancano o sostituiscono i Comuni nella gestione dei servizi sociali (es Consorzi, comprensori, distretti sociali , Asl, comunità montane etc).
Per quanto riguarda quest'ultimo punto ricordiamo che la manovra economica ha stabilito, a partire dal 2011, un taglio delle risorse ai comuni con più di 5mila abitanti, di 1,5 miliardi.
Una misura che avrà sicuramente ricadute anche per quanto riguarda gli interventi e i servizi sociali. In proposito il rapporto IFEL ha calcolato un che nel Biennio 2011-2012 la correzione finanziaria imposta ai comuni si tradurrà in un taglio dei servizi pari a 100 euro pro capite il primo anno e di quasi 120 euro per il secondo.

Differenze Territoriali

La spesa locale per gli interventi e i servizi sociali è passato dallo 0,39% del 2003 allo 0,42% del 2008. Permangono però elevate differenze territoriali tra le varie zone d'Italia. Le Isole si collocano al di sopra delle altre aree geografiche con lo 0,52% del Pil, segue il Nord-est con lo 0,5%, il Centro con lo 0,44% il Nord-ovest con lo 0,41% e il Sud con lo 0,29%.
Per quanto riguarda le regioni al di sotto dello 0,3% del Pil vi sono Calabria, Molise e Abruzzo, mentre fra le regioni che impegnano le percentuali più alte di risorse figurano la Valle D'Aosta, le province autonome di Trento e Bolzano, la Sardegna, il Friuli-Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna (con oltre lo 0,51% del Pil).
Sganciandoci dai valori percentuali e analizzando i livelli pro capite le differenze appaiono ancora più consistenti. Infatti la spesa sociale per abitante varia da un minimo di 30 euro in Calabria a un massimo di 280 euro nella provincia autonoma di Trento (ben 9 volte di più).
Tutte le regioni del Mezzogiorno, tranne la Sardegna che risulta essere la quinta regione con la spesa più alta, si trovano al di sotto della media nazionale (168,4 euro per abitante).
I Comuni del Nord-est spendono in media per l'assistenza sociale 155 euro per abitante, contro i 129 euro del Nord-ovest, i 126 del Centro, i 95 delle Isole e i 52 euro del Sud.

D. Quali sono i livelli effettivi di spesa per tipologie di assistenza dei SSR?



D. Quale è il livello di indebitamento delle Regioni in sanità e il loro indebitamento in titoli "derivati"?

Le Regioni con i maggiori deficit in sanità sono le seguenti:

Tabella 19. Il deficit in sanità delle Regioni 2008,

Regione	*Avanz0/deficit dei SSR*	*% Sul totale del deficit nazionale*
Piemonte	- 96.117,00	3,12
Valle d'Aosta	- 14.432,00	0,47
Lombardia	9.432,00	- 0,31
Bolzano	17.488,00	- 0,57
Trento	- 1.652,00	0,05
Veneto	2.216,00	- 0,07
Friuli-Venezia Giulia	23.716,00	- 0,77
Liguria	- 141.489,00	4,59
Emilia-Romagna	12.804,00	- 0,41
Toscana	95.152,00	- 3,08
Umbria	13.268,00	- 0,43
Marche	24.303,00	- 0,79
Lazio	- 1.406.779,00	45,59
Abruzzo	- 117.306,00	3,80
Molise	- 62.397,00	2,02
Campania	- 697.268,00	22,60
Puglia	- 199.701,00	6,47
Basilicata	- 13.151,00	0,43
Calabria	- 2.417,00	0,08
Sicilia	- 524.385,00	16,99
Sardegna	- 6.824,00	0,22
Italia	*- 3.085.539,00*	*100,00*

Fonte ricerca Ministero Lavoro e Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Le Regioni con deficit strutturale sottoposte a Piani di Rientro dalla Conferenza Stato-Regioni sono in ordine decrescente per singolo deficit: Lazio, Sicilia, Campania, Puglia e Abruzzo.

Infine le Regioni italiane hanno finanziato le loro attività facendo ricorso a titoli "derivati" per un totale di €. 33.595 MIL di cui €. 8.495 MIL per cartolarizzazioni in sanità.

Le Regioni più esposte sono in sanità sono Lazio e Campania.

Tabella 20. Finanziamento con titoli "derivati" negli Enti Locali italiani in mld di €.

Regione	*Debito complessivo*	*Titoli obbligazionari*	*Cartolarizzazioni sanitarie*	*Debito per cittadino*
Piemonte	11.833,00	3.423	48	2.708
Valle d'Aosta	6.411,00	455	2	5.135
Lombardia	13.829,00	3.987	137	1.439
Trentino AA	1.384,00	104	6	139
Veneto	6.329,00	2.506	68	1.316
Friuli-Venezia Giulia	2.925,00	1.500	65	2.412
Liguria	3.216,00	1.365	19	2.000
Emilia-Romagna	5.534,00	1.315	30	1.304
Toscana	6.374,00	1.594	45	1.715
Umbria	4.334,00	3.409	21	4.904
Marche	2.928,00	795	16	1.898
Lazio	19.961,00	3.759	4.855	3.603
Abruzzo	3.471,00	1.510	985	2.644
Molise	559,00	258	3	1.746
Campania	9.985,00	2.875	1.589	1.718
Puglia	4.234,00	1.415	22	1.039
Basilicata	784,00	162	4	1.306
Calabria	2.452,00	331	15	1.222
Sicilia	7.052,00	1.725	553	1.405
Sardegna	2.716,00	1.107	12	1.633
Italia	*116.311,00*	*33.595*	*8.495*	

Fonte: Banca d'Italia

Il livello di allocazione delle risorse per Regione sul FSN è il seguente nel 2009:

Tabella 21. La % di finanziamento sul FSN per ciascuna Regione nel 2009.

Regione	*% popolazione*	*% accesso al finanziamento*
Piemonte	7.38	7.62
Valle d'Aosta	0.21	0.22
Lombardia	16.17	15.99
Bolzano	0.83	0.83
Trento	0.86	0.85
Veneto	8.11	8.00
Friuli	2.05	2.13
Liguria	2.70	3.01
Emilia Romagna	7.17	7.42
Toscana	6.17	6.41
Umbria	1.48	1.54
Marche	2.60	2.67
Lazio	9.33	9.18
Abruzzo	2.22	2.22
Molise	0.54	0.55
Campania	9.75	9.36
Puglia	6.84	6.69
Basilicata	0.99	1.01
Calabria	3.37	3.37
Sicilia	8.44	8.15
Sardegna	2.79	2.77
Italia	*100.00*	*100.00*

Fonte: Ministero della salute

D. Quale è il livello della spesa sanitaria sul PIL delle singole Regioni?

Nel 2007, il valore più elevato di spesa pro capite è stato raggiunto dalle regioni del Centro (1.787 euro); il valore più basso si registra nel Mezzogiorno (1.679 euro). La regione che spende di più è la provincia autonoma di Bolzano (2.139 euro), seguita dal Molise (1.947 euro) e dal Lazio (1.925 euro). La Liguria, regione con un'elevata quota di anziani, si colloca al sesto posto della graduatoria (1.881 euro).

Le regioni in cui la spesa sanitaria pubblica per abitante è più bassa sono le Marche (1.601 euro), la Lombardia (1.633 euro) e la Sardegna (1.634 euro). I livelli di spesa pro capite sono dunque molto variabili, a testimonianza sia di condizioni socio-economiche diversificate, sia di diversi modelli per la gestione del sistema sanitario regionale.

Su base nazionale, dei 1.703 euro annui pro capite di spesa sanitaria pubblica, 657 (il 38,6%) vengono erogati da strutture private in regime di convenzione e 936 (il 54,9%) vengono erogati dal servizio sanitario pubblico. Il regime in convenzione è particolarmente rilevante nel Nord-ovest (40,9%) e nel Mezzogiorno (40,2%), mentre nel Nord-est prevalgono le prestazioni dirette (59,4%). Le regioni che più fanno ricorso al regime in convenzione sono il Lazio (45,5%), la Lombardia (44,9) e la Puglia (42,4%).

D. come si articola la spesa regionale per singoli settori assistenziali?

La spesa in convenzione nazionale è indirizzata in prevalenza verso l'assistenza farmaceutica (circa il 30%) e verso le prestazioni fornite dalle case di cura private (poco meno del 24%); un'altra importante voce è quella dell'assistenza medica (25,2%) e in particolare di quella generica (15,6%). Le maggiori differenze tra le ripartizioni si registrano nel ricorso alle prestazioni fornite dalle case di cura private: nel Nord-ovest, in particolare in Lombardia, la spesa per questa voce raggiunge quasi il 28 per cento del totale, mentre al Centro sfiora il 26%. Nel Mezzogiorno, invece, risulta elevato il ricorso all'assistenza medico-specialistica (quasi il 12% del totale della spesa in convenzione) e all'assistenza protesica e per cure balneo termali (13,7%).

D. Quale è il livello della spesa per la protezione sociale nelle Regioni?

La spesa per la protezione sociale, articolata nelle tre aree di intervento della previdenza, della sanità e dell'assistenza, rappresenta una parte importante del sistema di welfare adottato dai paesi europei al fine di garantire servizi e diritti considerati essenziali, rispettando vincoli di bilancio spesso stringenti.

La spesa per la protezione sociale è un indicatore correlato positivamente al livello di reddito, alle caratteristiche strutturali – risultando più elevata nei paesi con età della popolazione polarizzata nelle classi giovani e/o anziane – e al modello di welfare adottato. Prendendo in esame esclusivamente la spesa per prestazioni di protezione sociale per i diversi bisogni (circa il 98% del totale della protezione sociale), nel 2008, la funzione "vecchiaia" ne rappresenta oltre il 50%. Rispetto al 2002 si riscontra un leggero declino (circa mezzo punto percentuale), anche se cresce l'incidenza di questa funzione sul PIL (dal 12,6% al 13,5%).

La spesa per la "sanità e per i trasferimenti monetari in caso di malattia o infortunio" è pari al 26,5% del totale delle prestazioni e al 7% del PIL, in aumento di un punto dal 2002 al 2008. Le funzioni "superstiti" e "invalidità" nel 2008 rappresentano rispettivamente il 9,5% e il 5,9% della spesa (il 2,5% e l'1,6% sul PIL), mentre la "disoccupazione e altre forme di esclusione sociale" si attestano intorno al 2,3% del totale. La quota del Pil destinata alle famiglie nel 2008 risulta pari all'1,2%, in lieve aumento dal 2002, e corrisponde al 4,6% del totale della spesa per prestazioni di protezione sociale.

D. Quale è il livello nelle Regioni delle prestazioni e contributi sociali degli enti di previdenza?

Nel 2007, la spesa per prestazioni sociali erogata in Italia dagli enti di previdenza è pari nel complesso a 258.380 milioni di euro, il 16,7% del PIL, e corrisponde a un importo pro capite di 4.352 euro. Il settore della previdenza rappresenta quasi il 93% delle uscite, seguito da quelli dell'assistenza e della sanità. All'opposto, le entrate attraverso i contributi sociali ammontano a 209 milioni di euro (3.521 euro per abitante, il 13,5% del PIL) e coprono circa l'81% della spesa. Nell'Italia settentrionale si concentra la quota maggiore sia della spesa per prestazioni sociali (50,6%) sia delle entrate contributive (56,1%): la Lombardia si distingue per il bilancio leggermente positivo, con 46,3 miliardi di euro erogati (4.825 euro per abitante), quasi 50 miliardi di contributi versati e un indice di copertura previdenziale uguale a 105,7.

Anche il Trentino-Alto Adige, soprattutto grazie al contributo di Bolzano, è caratterizzato da un bilancio in attivo e da un indice di copertura previdenziale pari a 103,5. Il Lazio è la seconda regione per ammontare complessivo di prestazioni sociali erogate (25,8 miliardi, 4.665 euro per abitante) e contributi versati (24,6 miliardi), mentre nel complesso del Mezzogiorno la quota di prestazioni erogata rappresenta il 28,2% del totale e quella dei contributi è pari al 22,1%. Qui è la Campania a essere caratterizzata dai livelli più elevati in termini di spese e di entrate, che corrispondono al 18,9% e al 12,5% del PIL. Poiché le prestazioni sociali e i contributi previdenziali sono legati alla struttura demografica e produttiva del Paese, i dati pro capite confermano le differenze territoriali e il deficit più elevato delle regioni del Mezzogiorno, causato soprattutto dal minor livello contributivo. Fanno eccezione la Liguria e l'Umbria con disavanzi tra i più elevati, insieme a Calabria, Puglia e Molise. In Liguria si registra anche la spesa pro capite per prestazioni sociali più alta, seguita da Friuli-Venezia Giulia, Piemonte ed Emilia-Romagna.

Le spese per abitante più basse del Paese si riscontrano invece in Campania e in Sicilia. Rispetto al Pil, è il Nord-est e in particolare il Trentino-Alto Adige a registrare le percentuali di spesa più contenute. Nel Mezzogiorno si spende di più, anche se la Liguria si attesta sugli stessi livelli della Puglia. Riguardo ai contributi versati, Lombardia, Lazio e Friuli-Venezia Giulia sono in testa; in coda Liguria, Molise e Calabria.

D. Quali possono essere alcuni indicatori esplicativi della realtà dei SSR sui livelli di servizi per fasce fragili della popolazione?

Diffusione di asili nido e servizi per l'infanzia

La diffusione sul territorio degli asili nido rappresenta una componente essenziale nell'attuazione delle politiche volte alla conciliazione degli impegni casa-lavoro. Il ruolo chiave attribuito alla disponibilità di questo e di altri tipi di servizi costituisce, infatti, una delle novità della politica regionale unitaria elaborata e descritta nel Quadro strategico nazionale 2007-2013 (QSN). Queste strategie legano alla crescita di alcuni servizi un meccanismo di incentivazione di risorse premiali (obiettivi di servizio). In questo caso l'obiettivo è di aumentare i servizi per l'infanzia nelle regioni del Mezzogiorno al fine di favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro, aumentando la percentuale di comuni con servizi per l'infanzia dal 21,9% del 2004 (*base line* di riferimento) al 35% nel 2013, posto come fine del periodo di programmazione. Questo valore target è ritenuto adeguato a garantire ai cittadini un livello minimo di servizi per l'infanzia in ambito comunale. Nel 2006, il 44% dei comuni italiani ha attivato almeno un servizio tra asili nido, micro nidi o altri servizi integrativi/innovativi per l'infanzia, il 5% in più rispetto al 2004.

Nel 2006, soltanto la provincia autonoma di Bolzano garantisce la piena diffusione dei servizi per l'infanzia: tutti i suoi comuni hanno attivato asili nido o servizi integrativi. In media nelle regioni del Centro-Nord risulta coperto il 52,7% dei comuni, mentre nel Mezzogiorno solo il 25,1% dei comuni ha attivato i servizi. Il target del 35% appare particolarmente ambizioso per alcune regioni del Mezzogiorno quali Molise e Calabria dove, nel 2006, soltanto il 2,2% e l'8,1% dei comuni offrono servizi per l'infanzia. Più vicine sembrerebbero invece Sicilia, Basilicata e Puglia che, sempre nel 2006, presentano una diffusione sul territorio dei servizi per l'infanzia intorno al 30%.

La Campania, invece, avrebbe già ampiamente superato la soglia di riferimento con il 39% dei comuni dotati di questi servizi. A livello di ripartizione si mettono in luce le differenze nelle tipologie di servizi attivati dai comuni italiani: l'attivazione per il servizio di asilo nido (37,6% dei comuni) è prevalente ovunque rispetto ai micro nidi e altri servizi integrativi/innovativi per l'infanzia (16,3%). Il Nord-est e il Centro, con il 26,8% e il 21,4% rispettivamente, presentano valori più elevati sull'attivazione di servizi integrativi o innovativi.

Bambini che fruiscono di asili nido e servizi per l'infanzia

Il numero di bambini che fruisce dei servizi per l'infanzia è un indicatore utile per misurare l'attuazione delle politiche volte alla conciliazione degli impegni casa-lavoro. Il ruolo chiave attribuito a questo e ad altri tipi di servizi costituisce infatti una delle novità della politica regionale unitaria elaborata e descritta nel Quadro strategico nazionale 2007-2013 (QSN).

In questo caso l'obiettivo è di aumentare nelle regioni del Mezzogiorno la fruizione dei servizi per l'infanzia al fine di favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro, elevando la percentuale di bambini che usufruiscono di servizi per l'infanzia, dal 4 per cento del 2004 (*base line* di riferimento), al 12%, valore da raggiungere alla fine del periodo di programmazione (2013).

In Italia la percentuale di bambini in età 0-3 anni che nel 2006 fruisce di servizi per l'infanzia è pari all'11,7%. A livello regionale, il quadro relativo alla percentuale di bambini di 0- 3 anni che ha usufruito di servizi per l'infanzia è piuttosto disomogeneo. Molto ampia la distanza dell'indicatore ponderato di presa in carico dell'utenza per i servizi all'infanzia tra la regione che presenta la situazione migliore, l'Emilia-Romagna, con una percentuale di bambini che usufruisce dei servizi pari al 27,7%, e la Campania, la più carente, dove solo l'1,8% dei bambini ne fruisce.

Il divario tra i territori è ben sintetizzato dalla distanza tra i valori assunti dall'indicatore al Centro-Nord (15,9%) e nel Mezzogiorno (4,3%). Rispetto a due anni prima, nel 2006, se si escludono Lazio (11%) e provincia autonoma di Bolzano (5%), tutte le regioni del Centro-Nord hanno già conseguito il valore obiettivo del 12%; Emilia-Romagna, Valle d'Aosta e Toscana lo superano di oltre 10 punti percentuali.

Nel Mezzogiorno le regioni più virtuose sono Sardegna, Abruzzo, Sicilia e Basilicata con quote comprese tra il 5% e il 9% circa. Campania e Calabria, sebbene con valori in crescita, sono separate dal raggiungimento del valore target da 8 punti percentuali. A livello di ripartizione, si mettono meglio in luce le differenze tra i servizi fruiti dai bambini di 0-3 anni: in tutte prevale la scelta per il servizio di asilo nido rispetto ai micro nidi e altri servizi integrativi/innovativi per l'infanzia, anche se il Nord-ovest e il Nord-est presentano valori significativi sulla fruizione di servizi integrativi o innovativi: i valori sono infatti sopra la media italiana (2,1%) e rispettivamente pari a 2,8% e 3,5%.

Anziani che fruiscono di assistenza domiciliare integrata

La diffusione sul territorio del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) agli anziani è un indicatore utile per misurare le politiche attuate in materia di servizi essenziali.

Il ruolo chiave attribuito alla disponibilità di servizi in ambiti essenziali per la qualità della vita costituisce una delle novità della politica regionale unitaria elaborata e descritta nel Quadro strategico nazionale 2007-2013 (QSN).

L'indicatore coglie, in parte, anche aspetti di accessibilità e qualità del servizio, visto che l'assistenza domiciliare rappresenta una modalità avanzata ed efficiente di erogazione dei servizi di cura all'anziano rispetto a quelle tradizionali. In questo caso l'obiettivo è di aumentare i servizi alle famiglie nelle regioni del Mezzogiorno per favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro, incrementando la percentuale di anziani che beneficiano di assistenza domiciliare integrata al 3,5% (valore target da raggiungere nel 2013 alla fine del periodo di programmazione). Tale valore target è ritenuto un obiettivo per adeguato a garantire ai cittadini un livello minimo di servizio. Nonostante il permanere di andamenti difformi tra le regioni, in Italia la quota di anziani che fruisce dei servizi di ADI nel 2008 è pari al 3,3%, in lieve crescita rispetto agli anni precedenti.

Il valore del 3,5% (fissato dai "livelli essenziali di prestazioni civili e sociali"), pari al valore del Centro-Nord nel 2005, risulta molto ambizioso per diverse regioni italiane, anche se alcune regioni del Mezzogiorno non sono molto distanti dal valore fissato per il 2013 e due (Abruzzo e Basilicata) nel 2008 lo hanno già superato. Tra le aree del Centro-Nord le performance peggiori sono riferite a Valle d'Aosta, Trento e Toscana. All'estremo opposto il Friuli–Venezia Giulia (anche se in lieve calo) e il Veneto mostrano livelli dell'indicatore molto più elevati rispetto alle altre regioni.

Tra il 2001 e il 2008 la quota di anziani che usufruiscono di assistenza domiciliare è aumentata di oltre un punto, sintesi di un incremento maggiore nel Centro-Nord (+1,4%) che nel Mezzogiorno (+1,1%). Da segnalare il progresso del Nord-est di +2,9%, quasi interamente attribuibili ai risultati di Emilia-Romagna (+4,2%) e Veneto (+3,0%).

Presidi residenziali socio-assistenziali

L'offerta di servizi residenziali a carattere socio-assistenziale risponde a un'esigenza di sostegno alle persone in situazioni di disagio economico, abitativo, sociale o derivante da uno stato di salute il cui grado di gravità è tale da compromettere l'autonomia individuale.

Alla fine del 2006, i presidi residenziali socio-assistenziali in Italia risultano pari a 8.964, per un'offerta complessiva di 330.897 posti letto (poco più di 56 ogni diecimila residenti).

Le persone ospitate sono 294.961 (50 per diecimila abitanti).

Nell'Italia settentrionale si concentra la maggior parte dei presidi residenziali socio-assistenziali (60,2 per cento); nel Centro e nel Mezzogiorno si rilevano rispettivamente il 21,0 e il 18,4 per cento di tali istituzioni. Emilia-Romagna, Piemonte e Lombardia registrano il numero più alto di strutture; Basilicata, Valle d'Aosta e Molise si collocano invece agli ultimi posti. In termini di offerta di posti letto, anche in questo caso la distribuzione sul territorio nazionale non è uniforme. Il Nord-est (86,4 posti letto per diecimila abitanti contro i 56 della media italiana) è l'area con la maggiore offerta di assistenza residenziale: questo soprattutto grazie a Trento e al Friuli-Venezia Giulia (rispettivamente 143 e 106 posti letto ogni diecimila residenti). Sopra la soglia media si collocano anche le restanti regioni del Nord insieme alle Marche e al Molise. Con circa 25 posti letto ogni diecimila residenti (oltre il 50% in meno del dato italiano), il Mezzogiorno è l'area più svantaggiata con Campania, Basilicata e Puglia che registrano i valori più bassi. In tutte le regioni gli ospiti presenti nelle istituzioni, che esprimono la domanda di assistenza residenziale soddisfatta, sono per la maggior parte persone con 65 anni e più (nel complesso 197 per diecimila abitanti). Ciò si spiega con il forte invecchiamento della popolazione che caratterizza il Paese, e con il conseguente aumento dei problemi di autosufficienza. Rispetto agli anziani residenti, il numero di persone con 65 anni e più che fruiscono dell'assistenza residenziale è più alto in provincia di Trento, in Valle d'Aosta e Piemonte; all'estremo opposto Campania, Basilicata e Calabria. In questa fascia di età il rapporto di genere segna un netto svantaggio delle donne in tutte le aree del Paese, ma con più evidenza nel Nord. Seguono gli utenti delle strutture residenziali tra i 18 e i 64 anni, per la maggioranza uomini e anche in questo caso più elevati nelle regioni settentrionali, con l'eccezione del Molise (24 per diecimila abitanti, quasi il doppio rispetto alla media del Paese). L'età degli assistiti risente anche delle politiche di welfare, che nell'insieme incidono sulla più esigua presenza dei minorenni, rispetto ai quali prevale il disagio delle famiglie di origine e si rivolgono gli sforzi per favorirne l'inserimento in altri contesti di vita di tipo familiare, come alternativa all'istituzionalizzazione. Accanto alla maggior parte del Nord-est, la presenza di minori nelle istituzioni è più elevata del dato medio italiano anche in Calabria, Lazio, Sicilia e Umbria

Tabella 22. Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, posti letto e ospiti presenti per alcune Regioni al 31 Dicembre 2006

REGIONI	*Presidi residenz.li*	*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 autosuff.nti*
Lombardia	1.094	62.249	2.300	8.457	48.956	59.713	20,24
Trentino-AA	….	….	….	….	….	….	….
Veneto	683	39.520	*1.121*	4.810	31.058	36.989	12,54
Friuli-VG	310	12.860	*500*	1.270	9.828	11.598	3,93
Emilia-R	1.407	36.825	1.899	5.583	23.920	31.402	10,65
Toscana	501	17.237	615	2.589	12.457	15.660	5,31
Lazio	973	23.967	1.978	4.305	14.026	20.309	6,89
Campania	295	9.211	985	2.104	4.190	7.279	2,47
Puglia	253	8.506	845	1.082	5.440	7.366	2,50
Sicilia	457	13.910	1.787	2.665	6.126	10.578	3,59
TOTALE	8.964	330.898	16.414	48.079	230.468	294.961	100,00

Fonte:elaborazione propria dati ISTAT

Tabella 23. Presidi residenziali socio-assistenziali per tipo di ente gestore e per alcune Regioni al 31 Dicembre 2006

REGIONI	*Comune, Consorzi, Assoc.ni, Comun. montana*	*Provincia, Regione*	*Azienda sanitaria locale*	*IPAB*	*Altro ente pubblico*	*Ente religioso*	*Impresa non profit*	*Altra impresa privata*	*Totale*
Lombardia	5,5	0,2	0,5	5,0	2,4	17,9	60,1	8,4	100,0
Trentino-AA	19,1	0,8	3,3	26,5	1,9	5,8	38,1	4,4	100,0
Veneto	6,1	0,0	2,0	26,3	0,5	27,8	32,0	5,2	100,0
Friuli-V.G.	22,4	0,0	3,4	11,4	0,4	13,5	23,2	25,3	100,0
Emilia-R	20,7	0,0	1,8	14,8	0,6	13,8	26,6	21,8	100,0
Toscana	4,2	0,0	13,1	7,2	0,0	27,6	29,0	19,1	100,0
Lazio	4,8	0,4	4,4	4,6	1,1	35,7	24,6	24,4	100,0
Campania	3,8	0,3	9,4	3,1	1,3	31,7	31,7	18,8	100,0
Puglia	1,5	0,0	2,7	14,1	0,0	31,2	27,8	22,4	100,0
Sicilia	1,7	0,0	2,6	15,1	0,0	38,5	32,0	9,9	100,0
TOTALE	9,8	0,3	4,0	11,6	0,9	22,3	34,7	16,4	100,0

Fonte:elaborazione propria dati ISTAT

Tabella 24. Importo medio (valori mensili) delle tariffe per soggetto di provenienza per alcune Regioni

REGIONI	*Tariffa media pagata dal SSN*	*Tariffa media pagata dall'utente*	*Tariffa media pagata dal Comune*
Lombardia	1.235	1.193	611
Trentino-Alto Adige	2.076	1.105	880
Veneto	1.295	1.158	613
Friuli-Venezia Giulia	715	1.076	437
Emilia-Romagna	1.006	1.554	581
Toscana	1.217	1.200	492
Lazio	3.008	680	621
Campania	2.291	994	283
Puglia	1.433	1.012	256
Sicilia	3.165	916	1.281
Nord-Est	1.273	1.223	628
Media nazionale	1.639	997	737

Fonte:elaborazione propria dati ISTAT

D. Quali sono le prestazioni territoriali dei SSR nell'erogazione del II LEA?

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. Unica parziale eccezione è la Provincia Autonoma di Bolzano con un valore al di sotto dell'unità (0,8).

I *pediatri di libera scelta*
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.
Il valore più basso si registra sempre nella la Provincia Autonoma di Bolzano (0,7), ed in Campania (0,8), dato significativo se si pensa che la Campania è la Regione con il tasso di natalità più alto del Paese.

Infine 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).

L'Assistenza farmaceutica convenzionata
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 2007, in valori assoluti, una spesa complessiva di oltre 12 miliardi di euro, con un numero di ricette di poco superiore ai 500 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 8,8 ricette per paziente, è al di sopra della media in tutta l'Italia centro-meridionale ed insulare, con picchi in Calabria (11,4) Umbria (10,3) e Sicilia (10,3). Al contrario l'Italia settentrionale, se si esclude la Liguria, mostra livelli al di sotto della media in particolare nelle Province Autonome di Trento (6,9) e Bolzano (5,4), in Lombardia (6,9) ed in Veneto (7,2).
Rispetto al costo per ricetta, invece, la situazione è meno omogenea: dato un valore nazionale di 23,35 € per ricetta, risultano valori particolarmente alti in Lombardia (27,54) nel Lazio (25,45); valori al di sotto in Umbria in Toscana ed in Basilicata.

Tabella 25. Assistenza farmaceutica convenzionata: numero di ricette (valori assoluti e per residenti) ed importo (valori assoluti e per ricetta) per Regione Anno 2007

Regione	*Ricette per specialità medicinali e galenici*			*Costo in Euro per ricetta*
	Numero	*Numero per residente*	*Importo in euro*	
Piemonte	34.822.287	8,0	872.219.208	25,05
Valle d`Aosta	984.842	7,6	23.170.097	24,42
Lombardia	65.802.131	6,9	1.812.226.202	27,54
Prov. Auton. Bolzano	2.609.576	5,4	63.060.018	24.16
Prov .Auton. Trento	3.497.736	6,9	82.106.348	23,47
Veneto	34.342.834	7,2	829.648.821	24,16
Friuli Venezia Giulia	8.870.557	8,3	215.259.924	24,27
Liguria	15.225.027	9,5	337.443.881	22,16
Emilia Romagna	37,169.024	8,8	792.028.235	21,31
Toscana	33.670.681	9.3	667.314.099	19,82
Umbria	9.033.154	10.3	168.207.195	18,62
Marche	14.730.188	9,6	307.677.048	20,89
Lazio	55.145.102	10.0	1.403.238.745	25,45
Abruzzo	13.247.776	10,1	282,448.653	21.32
Molise	2.933.623	9,2	66.345.203	22,62
Campania	54.357.481	9,4	1.165.770.582	21,45
Puglia	39.514.214	9,7	863.407.853	21,85
Basilicata	5.974.122	10,1	120.295.531	20,14
Calabria	22.772.287	11,4	508.597.764	22,33
Sicilia	51.437.580	10,3	1.245.941.044	24,22
Sardegna	15.610.971	9,4	357.728.394	22,92
Italia	*521.715.193*	*8,8*	*12.184.175.845*	*23.35*

Fonte: Ministero della salute

L'assistenza riabilitativa (ex articolo n°26 legge n°833 del 1978)

Per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa (ex articolo n°26 legge n°833 del 1978) nel 2006 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 129 giornate di assistenza riabilitativa (residenziale e semiresidenziale) per 1000 abitanti, abbiamo valori di molto inferiori nell'Italia settentrionale (con l'eccezione della Lombardia), valori al di sopra nell'Italia centrale e meridionale (escluse l'Umbria la Calabria e il Molise).
In particolare si discostano pesantemente dal valore di riferimento la Basilicata e l'Abruzzo, rispettivamente con 334 e 309 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 (9) Piemonte (16) e Veneto (23).

Tabella 26. 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 2006

Regione	*Giornate assistenza residenziale*	*Giornate assistenza semiresidenziale*	*Totale giornate assistenza riabilitativa*	*Totale residenti al 01/01/2006*	*GG. Riabilitativa (semiresidenziale e residenziale) per 1.000 residenti*
Piemonte	61.256	8.778	70.034	4.341.733	16
Valle D`Aosta	0	0	0	123.978	0
Lombardia	1.471.245	310.011	1.781.256	9.475.202	188
Bolzano	38.118	827	38.945	482.650	81
Trento	24.534	1.047	25.581	502.478	51
Veneto	25.639	83.567	109.206	4.738.313	23
Friuli VG	13.231	63.170	76.401	1.208.278	63
Liguria	111.849	63.161	175.010	1.610.134	109
Emilia R	38.045	1.365	39.410	4.187.557	9
Toscana	331.714	221.485	553.199	3.619.872	153
Umbria	43.897	21.846	65.743	867.878	76
Marche	226.881	27.894	254.775	1.528.809	167
Lazio	642.530	459.984	1.102.514	5.304.778	208
Abruzzo	275.575	127.804	403.379	1.305.307	309
Molise	21.996	5.238	27.234	320.907	85
Campania	396.455	840.022	1.236.477	5.790.929	214
Puglia	288.593	137.272	425.865	4.071.518	105
Basilicata	165.752	32.911	198.663	594.086	334
Calabria	59.001	36.279	95.280	2.004.415	48
Sicilia	250.274	413.979	664.253	5.017.212	132
Sardegna	124.770	127.148	251.918	1.655.677	152
Italia	*4.611.355*	*2.983.788*	*7.595.143*	*58.751.711*	*129*

Fonte: Ministero della salute

L'assistenza in regime residenziale e semi residenziale

Sempre nel quadro dell'assistenza in regime residenziale e semiresidenziale la Tabella 40 fornisce i dati relativi alle attività di assistenza per alcune categorie di soggetti deboli[3]. Le giornate di assistenza agli anziani[4] 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).

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

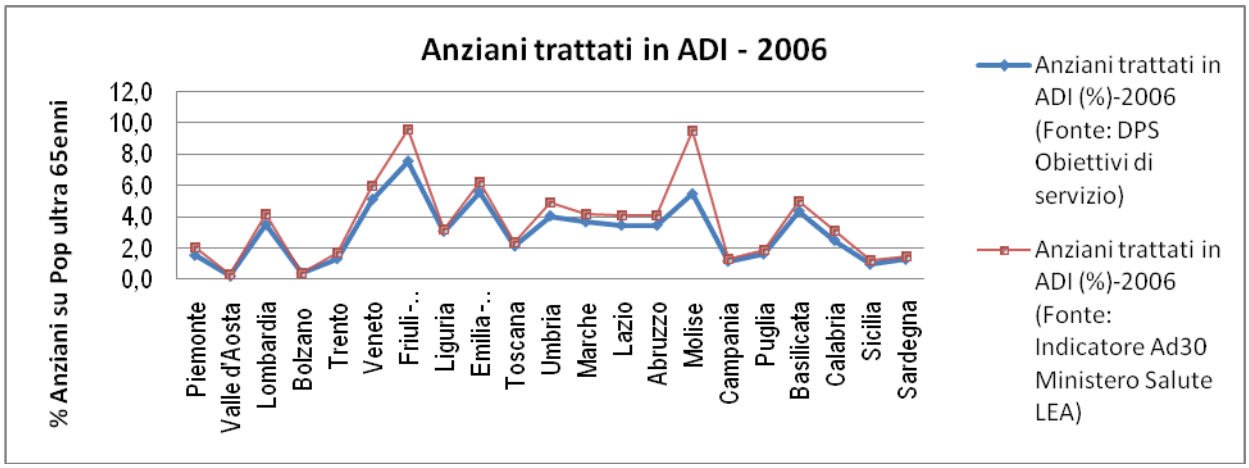
Per quanto riguarda le giornata di assistenza psichiatrica (dato nazionale per 1.000 residenti pari a 130) la situazione appare assai disomogenea. La Liguria (264 giornate) è la Regione che eroga in assoluto il maggior numero di prestazione, seguita da una serie di Regioni(Umbria, Basilicata, Veneto, 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[5]. 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[6] (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.

D. Quali sono i risultati sul monitoraggio dell'ADI e i suoi trend nelle Regioni?

L'ultimo rapporto di monitoraggio sui livelli essenziali di assistenza (Ministero della salute 2009) indica che il costo complessivo dell'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale degli anziani, è stato nel 2006 di 2.774 milioni di euro e quello procapite di 296,6 euro; si registra un incremento costante e significativo del costo procapite nel periodo 2001-2006 con un incremento pari ad oltre il 50% (da 188,7 € a 296,5 €).

Nel periodo di programmazione precedente, dal 1999 al 2006, la quota di popolazione ultra 65enne trattata in assistenza domiciliare è aumentata dall'1,8% al 3,6%. Si osserva tuttavia un decremento percentuale nelle Regioni Puglia e Campania e una crescita complessivamente scarsa nel Sud. Secondo il rapporto sui LEA nel 2006 sono stati seguiti in ADI 414 mila anziani pari al 3.6% della popolazione >= a 65 anni.

Istogramma 2. Confronto tra diverse fonti dell'indicatore sul grado di copertura del target con ADI - Anno 2006



Nel quinquennio 2001 -2006 l'incremento maggiore rispetto all'indicatore di copertura del target ADI (Dati: Ministero salute e Istat) si è registrato nelle Regioni Trentino, Abruzzo, Calabria ed Emilia Romagna mentre un decremento, anche significativo in termini di valori percentuali, ha interessato le regioni Liguria, Marche e Molise.

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

La messa a regime dei servizi per la domiciliarità.

Una delle principali difficoltà nella messa a regime dei servizi per la domiciliarità è data, secondo la stessa Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, dalla parziale definizione dei LEA domiciliari che rappresenta ancora un '*contenitore indistinto*' (AGENAS 270, 2009) e dalla natura stessa degli interventi domiciliari che, in confronto a regimi di ricovero in strutture residenziali od ospedaliere, risultano essere meno facilmente standardizzabili e declinabili in prestazioni. Tra le conseguenze della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza, e la mancata definizione di standard qualitativi e quantitativi, vi è stata la difficoltà a determinare la remunerazione degli erogatori. E' oggi possibile identificare i diversi profili di cura domiciliare in base alla natura del bisogno e alla intensità assistenziale, le tipologie di prestazioni per ciascun profilo di cura, gli indicatori e gli standard di riferimento. Vengono distinte tre tipologie di cure domiciliari: prestazionali che non richiedono la valutazione multidimensionale e l'elaborazione di un piano assistenziale individuale (PAI); cure domiciliari integrate di I°, II° e III° livello (in senso stretto a queste ci si riferisce con l'acronimo ADI); cure palliative a malati terminali. Esistono diversi studi riguardanti i modelli organizzativi e vi sono inoltre stati esempi di valorizzazione economica dei profili di cura e decine di 'buone prassi ' e di progetti di ADI che hanno ricevuto premi e riconoscimenti. Carenze si riscontrano invece in merito agli impatti di salute di politiche per la domiciliarità e ed alle interazioni tra i diversi segmenti del sistema: cure domiciliari, residenzialità e semiresidenzialità, appropriatezza ospedalizzazioni, dimissioni protette, promozione di stili di vita salutari e le ricadute su diverse voci della spesa sanitaria (in primis ospedaliera e farmaceutica).

Tabella 27. ASL con servizio attivo di ADI Valori % anni 2000-2007

REGIONI	*Variazione % ASL con ADI 2000-2005*	*Variazione % ASL con ADI 2005-2007*	*% ASL con ADI 2007*
Piemonte	0	0	100
Valle d'Aosta	0	0	100
Lombardia	0	0	100
PA Bolzano	0	0	100
PA Trento	0	0	100
Veneto	4.76	0	100
Friuli-Venezia Giulia	0	0	100
Liguria	20	0	100
Emilia-Romagna	15.38	0	100
Toscana	8.33	0	100
Umbria	0	25	100
Marche	0	0	100
Lazio	-8.33	8.33	100
Abruzzo	50	0	91.67
Molise	0	0	100
Campania	15.38	7.69	100
Puglia	0	8.33	100
Basilicata	0	0	100
Calabria	-9.09	9.09	72.73
Sicilia	-11.11	0	77.78
Sardegna	25	0	100
ITALIA	4.51	2.13	96.49

Elaborazione CEIS su dati ISTAT

I dati esposti in tabella mostrano che nel 2007, su un totale di 165 ASL, circa il 96% ha attivato il servizio ADI, con un incremento pari al 4,5% nel quinquennio 2000-2005 e al 2,1% nel periodo 2005-2007. Benché nel D.P.C.M. del 29.11.2001 venga espressamente sancito che l'ADI è ricompresa nei Livelli Essenziali di Assistenza da garantire in modo uniforme su tutto il territorio, ancora nell'ultimo anno considerato, ci sono Regioni che ancora non prevedono un servizio capillare di ADI in tutti i distretti delle lor ASL: in particolare il Lazio, la Calabria e la Sicilia.
Nello specifico, nel Lazio c'è un'unica ASL che non prevede il servizio in oggetto, mentre in Calabria ce ne sono 3 ed infine in Sicilia 2.

Tabella 28. Strutture di ricovero pubbliche e private che erogano il servizio di ospedalizzazione domiciliare Valori % anni 2000-2007

	Strutture di ricovero pubbliche			*Case di cura accreditate*		
	Variazione % 2000-2005	*Variazione % 2005-2007*	*% sul totale strutture anno 2007*	*Variazione % 2000-2005*	*Variazione % 2005-2007*	*% sul totale strutture anno 2007*
Piemonte	-7.93	-10.26	n.d	n.d.	n.d.	n.d.
Valle d'Aosta	n.d.	0	n.d	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	-0.72	5.23	9.68	n.d.	n.d.	n.d.
PA Bolzano	0	14.29	14.29	n.d.	n.d.	n.d.
PA Trento	0	0	n.d	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	3.33	3.08	23.08	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli-VG	11.11	-5.23	5.88	40	-40	n.d.
Liguria	-3.70	5.56	5.56	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia-R	-3.37	3.96	7.41	2.17	2.17	4.35
Toscana	-2.68	0.28	11.90	-3.57	n.d.	n.d.
Umbria	0	0	9.09	40	-40	n.d
Marche	3.43	6.06	12.12	15.36	-15.38	n.d.
Lazio	2.15	5.13	15.38	1.51	-2.12	1.45
Abruzzo	0	0	4.55	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	25	3.57	28.57	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	10.29	2.74	23.64	2.82	0.12	2.94
Puglia	51.08	-29.24	26.32	n.d.	2.70	2.70
Basilicata	0	0	n.d	n.d.	n.d.	n.d.
Calabria	0	-2.70	n.d.	2.63	-2.83	n.d.
Sicilia	-4.29	-1.45	1.41	11.48	-3.66	7.81
Sardegna	-3.03	9.75	21.88	-7.69	n.d.	n.d.
ITALIA	3.23	0.06	11.57	2.87	-1.59	2.03

Elaborazione CEIS su dati ISTAT

Nel 2007 a livello nazionale solo 11,5% del totale delle strutture pubbliche e circa il 2,0% del totale delle case di cura private accreditate ha attivato il servizio di ospedalizzazione domiciliare.
Scendendo nel dettaglio regionale, è possibile osservare come siano il Veneto, il Molise e la Puglia le Regioni con la più alta quota di strutture pubbliche che prevedono l'ospedalizzazione domiciliare con percentuali del 23,0%, 28,6% e 26,3%. Secondo quanto riportato dall'Annuario Statistico del SSN, nel 2007 in Italia l'ADI era erogata a 474.567 persone di queste 89.219 hanno meno di 65 anni mentre 385.348 hanno più di 65 anni.

Appare chiaro come l'ADI si configuri come un servizio rivolto soprattutto alla popolazione anziana sebbene, nelle intenzioni del nostro legislatore, sia stata concepita come una prestazione a favore delle totalità delle persone disabili.
Se rapportiamo i casi trattati con ADI al totale dei disabili per Regione, dall'analisi dei dati emerge che nel 2005 veneto 32,4%, Friuli Venezia Giulia 51,0% Emilia Romagna 33,4% e Molise 26,7% sono state le Regioni che hanno fatto registrare le più elevate percentuali di disabili trattati in ADI.
Nel medesimo anno, la proporzione di disabili assistiti al proprio domicilio è stata del 15,2% sul totale dei disabili.
Con riferimento al 2007 a livello nazionale, viene assistito in ADI circa lo 0.8% della popolazione.
Il range tra le regioni non è molto ampio: si va dalla Valle d'Aosta che assiste a domicilio lo 0,1% della popolazione residente, al Friuli Venezia Giulia che assiste circa il 2,0%.

D. Quale è il livello di allocazione delle risorse destinate ai servizi per gli anziani?

Se si intendesse sostenere una ADI realmente integrata con le risorse del territorio, con le cure tutelari e con l'assistenza domiciliare "*sociale*", occorrerebbe operare per una riallocazione di risorse umane, budget e priorità. Secondo le stime del CEIS l'onere complessivo della spesa per ADI è pari nel 2008 allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica totale e ammonta a circa € 1.006,6 MIL.
In media quindi in Italia si spendono quindi 17 € procapite nel 2008 per ADI. Le Regioni con una spesa per ADI più elevata pro-capite sono Friuli Venezia Giulia (€55,1) e Umbria (€ 42,7) mentre quelle con una spesa inferiore sono la P.A. di Trento, la Campania (rispettivamente € 1,4 e € 6,9).

Tabella 29. Stima della spesa per ADI totale pro-capite Valori in € Anno 2008

Regione	*Spesa ADI pro capite*	*% spesa per ADI su spesa sanitaria pubblica*
Piemonte	23.09	1.24
Valle d'Aosta	7.69	0.37
Lombardia	14.94	0.85
PA Bolzano	29.14	1.30
PA Trento	1.40	0.07
Veneto	18.31	1.03
Friuli -VG	55.10	2.86
Liguria	17.10	0.85
Emilia -R	28.60	1.51
Toscana	27.11	1.47
Umbria	42.73	2.42
Marche	27.84	1.60
Lazio	n.d.	n.d.
Abruzzo	21.28	1.21
Molise	n.d.	n.d.
Campania	6.93	0.42
Puglia	8.31	0.49
Basilicata	20.25	1.18
Calabria	7.96	0.48
Sicilia	22.60	1.36
Sardegna	9.07	0.64
ITALIA	16.88	0.86

Elaborazione CEIS su dati ISTAT

Assumendo che siano principalmente gli anziani a usufruire dell'assistenza domiciliare, possiamo calcolare la spesa per ADI pro-capite per popolazione over 65.

Tabella 30. Spesa per ADI per popolazione over 65 Valori € Anno 2008

Regione	*Spesa ADI pro capite popolazione over 65*
Piemonte	101.80
Valle d'Aosta	37.36
Lombardia	75.21
PA Bolzano	169.46
PA Trento	7.37
Veneto	93.76
Friuli-Venezia Giulia	239.10
Liguria	63.8
Emilia-Romagna	126.33
Toscana	116.53
Umbria	184.07
Marche	122.46
Lazio	0
Abruzzo	99.94
Molise	0
Campania	44.21
Puglia	46.80
Basilicata	101.09
Calabria	42.98
Sicilia	123.85
Sardegna	49.39
ITALIA	84.26

Elaborazione CEIS su dati ISTAT

Si evidenziano differenze sostanziali tra Regioni: le differenze non sono attribuibili alla differente struttura demografica regionale. Le Regione con una spesa pro-capite over 65 maggiore sono il ancora una volta il Friuli Venezia Giulia (€239,1) l'Umbria (€184,1), e la P.A. di Bolzano (€169,5),mentre quelle con spesa per ADI inferiore sono la P.A di Trento (€7,4) e la Valle d'Aosta (€37,4).

D. Quale è la spesa dei Comuni per l'assistenza domiciliare?

Oggi la spesa sociale corrente dei Comuni è fortemente spostata sul settore degli anziani a scapito dei minori, al sud come al nord. Senza un ridisegno complessivo dell'intervento pubblico non si può sperare, fermi restando gli attuali modelli di intervento, di aumentare significativamente la percentuale di copertura del target. Nel 2006, dei circa 6 miliardi di euro di Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati, il 23% (€ 1.367.694.844) è stato desinato ai servizi per gli anziani; tale spesa si suddivide in servizi e interventi (48,5%), trasferimenti di denaro (22,5%) e pagamento di strutture (29,2%). La spesa destinata dai Comuni (singoli o associati) e dal SSN ai servizi territoriali per gli anziani domiciliari, semiresidenziali e residenziali è stata nel 2006 complessivamente di 4.142 milioni di euro con 1/3 a carico dei comuni e 2/3 a carico del SSN.

D. Quale può essere la messa a regime dei servizi per la domiciliarità?

Una delle principali difficoltà nella messa a regime dei servizi per la domiciliarità è data, secondo la stessa Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, dalla parziale definizione dei LEA domiciliari che rappresenta ancora un '*contenitore indistinto'* (AGENAS 270, 2009) e dalla natura stessa degli interventi domiciliari che, in confronto a regimi di ricovero in strutture residenziali od ospedaliere, risultano essere meno facilmente standardizzabili e declinabili in prestazioni. Tra le conseguenze della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza, e la mancata definizione di standard qualitativi e quantitativi, vi è stata la difficoltà a determinare la remunerazione degli erogatori.

E' oggi possibile identificare i diversi profili di cura domiciliare in base alla natura del bisogno e alla intensità assistenziale, le tipologie di prestazioni per ciascun profilo di cura, gli indicatori e gli standard di riferimento. Vengono distinte tre tipologie di cure domiciliari:

- prestazionali che non richiedono la valutazione multidimensionale e l'elaborazione di un piano assistenziale individuale (PAI);
- cure domiciliari integrate di I°, II° e III° livello (in senso stretto a queste ci si riferisce con l'acronimo ADI);
- cure palliative a malati terminali.

Esistono diversi studi riguardanti i modelli organizzativi e vi sono inoltre stati esempi di valorizzazione economica dei profili di cura e decine di 'buone prassi ' e di progetti di ADI che hanno ricevuto premi e riconoscimenti.

Carenze si riscontrano invece in merito agli impatti di salute di politiche per la domiciliarità e ed alle interazioni tra i diversi segmenti del sistema: cure domiciliari, residenzialità e semiresidenzialità, appropriatezza ospedalizzazioni, dimissioni protette, promozione di stili di vita salutari e le ricadute su diverse voci della spesa sanitaria (in primis ospedaliera e farmaceutica).

D. Quale è la consistenza dei 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.

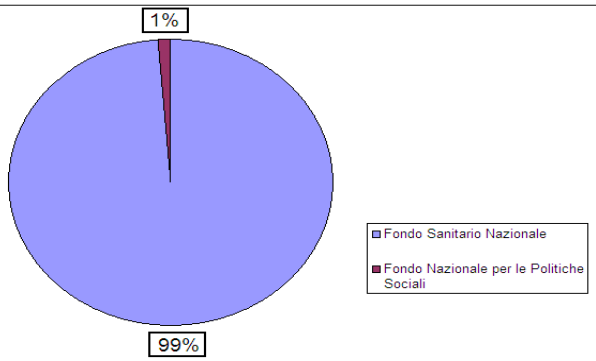
Al di là dal confronto dei dati di bilancio dei Comuni mancano i dati di due fonti importanti, ovvero:

- 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.
Nel 2008 i Comuni italiani, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6 miliardi e 662 milioni di euro, un valore pari allo 0,42% del Pil nazionale.
E' quanto riporta l'Istat nell'ultimo rapporto *"Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati"*, secondo cui in Italia esiste una tendenza constante di crescita della spesa sociale a partire dal 2003 (primo anno d'indagine dell'aggregato).
Nello specifico tra il 2003 e il 2008 si è registrata una crescita complessiva del 28,2% a prezzi correnti (del 13,5% se si considera l'ammontare a prezzi costanti).
A livello pro capite la spesa media è cresciuta dai 90 euro del 2003 ai 111 euro del 2008, ovvero di circa 20 euro (a prezzi correnti).
Poco più di un quinto (il 21,2%) della spesa sociale è dedicato alle politiche assistenziali relative agli anziani (in calo dal 25,2% del 2003) ed un altro quinto (il 21,1%) a quelle destinate ai disabili (dal 19,7% del 2003). La quota maggiore è dedicata alle famiglia e ai minori (40,3%), in aumento di 1,5 punti percentuali rispetto al 2003.
La quota residuale (il 17,4% del totale della spesa sociale) va per le politiche di sostegno alla Povertà, al disagio degli adulti e ai senza dimora (7,7%), agli immigrati (2,7%) alla cura delle dipendente (0,7%) ed ad una serie di altri soggetti identificati con la dicitura Multiutenza (6,3%).
Quest'ultima componente è cresciuta di 1,1 punti percentuali rispetto al 2003, grazie all'aumento delle risorse per gli immigrati e per le politiche di sostegno alla Povertà, al disagio degli adulti e ai senza dimora.
A livello nazionale il 38,7% della spesa sociale è assorbita dai servizi di supporto alle esigenze delle varie categorie di utenti, mentre il 34,5% è destinata al funzionamento delle strutture.
La quota residuale (il 26,8%) è destinata ai trasferimenti in denaro, che possono essere erogati direttamente alle famiglie bisognose per finalità assistenziali specifiche o essere versati ai diversi enti che operano nel settore.
L'Istat ricorda che i Comuni gestiscono singolarmente il 75% della spesa sociale, mentre il rimanente 25% è gestito dai Comuni in forma associata.
Vi sono poi diversi tipi di enti affiancano o sostituiscono i Comuni nella gestione dei servizi sociali (es Consorzi, comprensori, distretti sociali , Asl, comunità montane etc). P
er quanto riguarda quest'ultimo punto ricordiamo che la manovra economica ha stabilito, a partire dal 2011, un taglio delle risorse ai comuni con più di 5mila abitanti, di 1,5 miliardi.
Una misura che avrà sicuramente ricadute anche per quanto riguarda gli interventi e i servizi sociali. In proposito il rapporto IFEL ha calcolato un che nel Biennio 2011-2012 la correzione finanziaria imposta ai comuni si tradurrà in un taglio dei servizi pari a 100 euro pro capite il primo anno e di quasi 120 euro per il secondo.

Soldi 2010 alle Regioni

Fondo Sanitario Nazionale	102.895.497.900
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali	1.174.944.000



D. Quale è il livello di 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 Provincie e sulla forma di gestione dei servizi.

Complessivamente le Provincie hanno speso nel 2003 circa 503 milioni di Euro nelle cinque aree rilevate. L'89% di tale importo consiste in trasferimenti dalle Provincie 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 AUSL. I trasferimenti operati dalle Provincie Autonome di Trento e Bolzano rappresentano da soli il 71% del totale dei trasferimenti di tutte le Provincie del Paese.

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

Bibliografia consultata

- Cavicchi I. 2005, *Sanità Un libro bianco per discutere*, edizioni Dedalo Bari.
- Dona Sofio A. Meneguzzo M. Mennini F.S. Spandonaro F. (a cura di) *Rapporto CEIS 2006 Il governo del sistema sanitario Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali*, CEIS-Sanità Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", 2006.
- Ufficio VI della Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (a cura di), *"Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria Anni 2002-2003",* Ministero della Salute, Marzo 2006.
- Age.na.s (2009a), Le indicazioni programmatorie nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare del SSN, Settembre 2009, Roma
- Age.na.s (2009b), Relazione finale del progetto di ricerca corrente: *"Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria degli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard"* 27 gennaio 2009.
- Donolo C. (2003), Politiche integrate come contesto dell'apprendimento istituzionale, in Battistelli, a cura di, La P:A: tra innovazione e retorica, Angeli, 2003
- INRCA (2009), Rapporto annuale sulla non autosufficienza in Italia- Anno 2009, Agenzia nazionale per l'invecchiamento.
- Ministero della Salute-Dipartimento Qualità, Rapporto di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza 2005-2006, 2009
- Regione Abruzzo**.** Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio. Sezione S.06. Assistenza agli anziani, pp. 78-112
- Regione Basilicata**.** Piano d'azione. Servizi di cura per gli anziani, pp. 50-83
- Regione Campania Piano di azione per il perseguimento degli obiettivi di servizio. Servizi di cura per gli anziani, pp. 65-80 (Delibera n. 210 del 06/02/2009 Giunta Regionale della Campania approvazione Piano ADI)
- Regione Calabria. Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio. Quadro di riferimento per i servizi di cura alla popolazione anziana, pp. 114-134
- Regione Molise**.** Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio. Obiettivo II: Servizi per l'infanzia e di cura per gli anziani, pp. 42-52
- Regione Sardegna**.** Piano d'azione. Obiettivo II. Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro, pp. 12-36
- Regione Sicilia**.** Piano di azione per gli obiettivi di servizio del QSN 2007-2013. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), pp. 83-107
- Rosati D**.** (2003), Ma davvero il futuro è degli anziani? Servizi Sociali Oggi, Maggioli
- Scaccabarozzi G.L., Quali cure domiciliari a sostegno delle fragilità: la ricerca di un percorso comune, ASL di Lecco Dipartimento della Fragilità

- D.M. 17 dicembre 2008, Pubblicato nella Gazz. Uff. 9 gennaio 2009, n. 6., Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. Emanato dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.
- ASSR. Sanità nel territorio, studi ed esperienze di distretto nelle Regioni. I supplementi di Monitor - Esperienze di integrazione sociosanitaria e assistenza domiciliare. Anno IV, 2005.
- Bissolo G, Fazzi L (a cura di). *"Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi".* Carocci Faber, Roma 2005.
- Brizzi L, Cava F. *"L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale".* Carocci Faber, Roma 2003.
- Casagranda S, Marceca M. *"Integrazione socio-sanitaria*". CARE 2006; 6
- Donati P, Folgheraiter F - *Gli operatori sociali nel welfare mix* - Erikson, Trento (1999).
- Donati P. - *Teoria relazionale della società* - Franco Angeli, Milano (1998).
- Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara – Rapporto Sanità 2004 – "L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica". Il Mulino Bologna 2004:
- Federsanità ANCI/Studi e ricerche, "Rapporto 2010 sull'integrazione Socio sanitaria e socio assistenziale":
- Ferrario F. *"Il lavoro di rete nel servizio sociale".* NIS, Roma (1999)
- Folgheraiter F - *Il servizio sociale postmoderno* - Erickson, Trento (2005).
- Folgheraiter F - *Le basi micro sociologiche del lavoro sociale: la prospettiva relazionale* - in Marzotto C - *Per un'epistemologia del servizio sociale. La posizione del soggetto* - Franco Angeli, Milano (2002).
- Folgheraiter F. - *Relational social work* - Jessika Kinsley, London (2004).
- Folgheraiter F. *"Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete".* Franco Angeli, Milano (1998)
- Folgheraiter F: *"Integrazione socio-sanitaria".* Lavoro sociale 2009; 3
- Giorgio Bissolo e Luca Fazzi (a cura di) "*Costruire l'integrazione Sociosanitaria. Attori, Strumenti, metodi*" Carocci Faber 2005
- Gui L. *"Le sfide teoriche del servizio sociale".* Carocci, Roma (2004)
- Gui L. *Le sfide teoriche del servizio sociale* - Carocci, Roma (2004).
- Integrazione Sociosanitaria Silvia Casagrande, Maurizio Marceca ASP
- Laziosanità
- Lucas Maria Gutierrez, Ester Poncato, Enrico Frattini, A.S. Cinzia Iommazzo
- Maguire L - *Il lavoro sociale di rete* - Erikson, Trento (1989).
- Maria Giulia Marini, Nicola Castelli (a cura di) "*Le organizzazioni aperte in sanità: innovare per gestire la complessità del mondo sanità*" Edizioni il SOLE 24ORE, 2006
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale. Settembre 2005, *"Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali"*
- Payne M - *Case management e servizio sociale* - Erikson, Trento (1998).
- Rainieri ML. *"Il metodo di rete in pratica"*. Erikson, Trento (2004)
- Ranci Ortigosa E. *"Il rapporto tra servizi sociali e sanitari dopo la Legge 328/2000. Tendenze nuove"* 2004; 6: 533-542.
- Ranci Ortigosa E. *"Servizi sociali e servizi sanitari, quale integrazione? Prospettive sociali e sanitarie"*. 1998.
- Roberto Alfieri*"Dirigere i Servizi Socio Sanitari: Idee, Teoria e Prassi per migliorare un sistema complesso"*FrancoAngeli 2000
- Rosario Mete, Luigi Sedita "Il Distretto. La nuova Organizzazione sanitaria del Territorio" Società editrice Universo. 2000
- Sanicola L - *Reti sociali e intervento professionale* - Liguori, Napoli (1995).
- Sanicola L. *"Intervento di rete in pratica*". Dizionario di Servizio Sociale (diretto da M. Dal Pra Ponticelli). Carocci, Roma (2005)
- Santolamazza ML, Bisio M. *"Integrazione sociosanitaria e Lea. Prospettive sociali e sanitarie".* 2003.
- Silvia Casagrande, Maurizio Marceca, *"Integrazione Sociosanitaria"* ASP Laziosanità,