

competenze degli allievi, di acuire i ritardi e le difficoltà nell'apprendimento fra gli studenti che ne soffrono.

II.1.2 Servizi sanitari

Un'offerta adeguata di servizi sanitari (in termini di accessibilità ai servizi sanitari e sociali, rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza⁶ e integrazione socio-sanitaria) condiziona positivamente le opportunità di sviluppo delle persone e dei territori, favorisce l'equità territoriale e socio-economica e contrasta l'esclusione sociale. Tutte le regioni del Mezzogiorno si posizionano in fondo alla classifica delle regioni italiane sia per la qualità dei servizi⁷, sia per i disavanzi finanziari accumulati dal sistema sanitario. Il processo di rientro dal disavanzo sanitario rischia per altro di generare ulteriori disegualianze nelle regioni interessate (Lazio, Liguria e tutte le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione di Basilicata e Puglia), agendo sulla fiscalità locale e sul grado di compartecipazione finanziaria degli utenti alla spesa sanitaria. La stessa efficacia delle politiche per la convergenza territoriale deve essere misurata da indicatori in grado di rilevare, in ciascuna regione, la dotazione relativa e gli *standard* dei servizi pubblici "essenziali", che diviene quindi un elemento cruciale, anche in riferimento alle risorse finanziarie disponibili e alle prospettive di attuazione del federalismo (cfr. più avanti paragrafo III.4.3).

Un indicatore indiretto della qualità dei servizi sanitari è la mobilità interregionale per i ricoveri ospedalieri che, quando è relativamente elevata, può segnalare fenomeni di razionamento dell'offerta e/o qualità inadeguata. In Italia, nel 2008, circa 880.000 persone sono andate a curarsi al di fuori della propria regione di residenza. In particolare, il 6,4 per cento dei residenti in regioni del Mezzogiorno ricoverati in ospedale è stato ricoverato in una struttura del Centro-Nord, con "valori di fuga" particolarmente elevati in Basilicata, Molise, Calabria e Abruzzo. Al contrario, i residenti in regioni del Centro-Nord che sono stati ricoverati in strutture meridionali sono risultati appena lo 0,9 per cento del totale dei ricoverati residenti nella stessa area (cfr. Tavola II.6).

Mobilità
interregionale
per ricoveri

⁶ La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e del relativo "sistema di garanzia" sono disciplinati dal DM 12 dicembre 2001, che, emanato ai sensi del D. Lgs. 56/2000, fornisce un set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

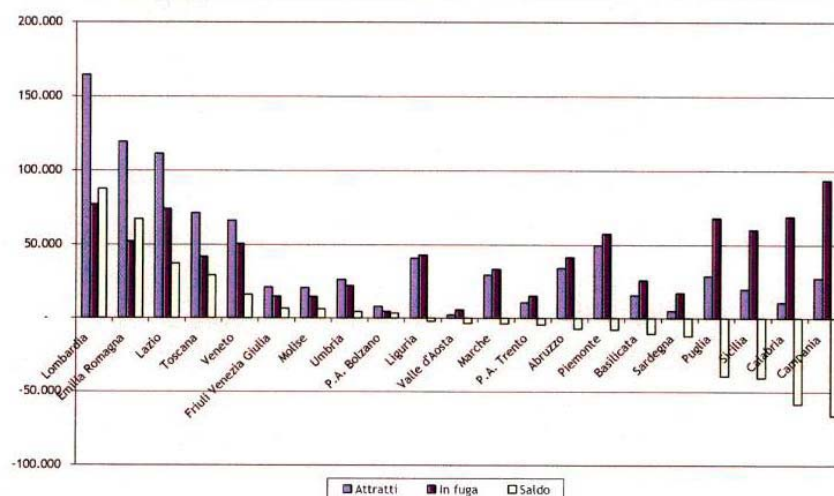
⁷ L'evidenza empirica delle disuguaglianze dei servizi sanitari nel Mezzogiorno è fornita da numerose analisi recentemente sviluppate; cfr., fra gli altri, la stima del Cerm illustrata nel "Quaderno CERM 2-2009 "La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la scatola nera delle differenze regionale".

Tavola II.6 - INDICE DI FUGA - PERCENTUALE DI RESIDENTI IN REGIONE RICOVERATI FUORI REGIONE SU TOTALE RESIDENTI RICOVERATI, 2008

Regioni	Anno 2008
Lombardia	4,23
P. A. Bolzano	4,29
Lazio	6,12
Veneto	6,20
Emilia Romagna	6,44
Toscana	6,62
Piemonte	7,00
Friuli Venezia Giulia	7,10
Marche	11,08
Liguria	11,50
Umbria	12,82
P. A. Trento	15,60
Valle d'Aosta	21,89
Centro-Nord (*)	0,88
Sardegna	5,19
Sicilia	5,32
Campania	6,96
Puglia	7,58
Abruzzo	14,53
Calabria	15,36
Molise	19,38
Basilicata	21,56
Mezzogiorno (*)	6,35

(*) Valore aggregato, calcolato al netto degli spostamenti interni alla macroarea
 Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati Ministero della Salute

Regioni come Calabria, Campania, Sicilia e Puglia mostrano un evidente squilibrio dei flussi in uscita (prevalentemente verso la Lombardia e il Lazio) rispetto a quelli, del tutto marginali, in entrata. Viceversa, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Toscana e Veneto hanno un'elevata capacità di attrazione, sia nei confronti del Mezzogiorno, sia nei confronti delle altre regioni del Centro-Nord (cfr. Figura II.1).

Figura II.1 - PAZIENTI RICOVERATI IN OSPEDALI ESTERNI ALLA PROPRIA REGIONE DI RESIDENZA: NUMERO DI PAZIENTI "ATTRATTI" O "IN FUGA" PER REGIONE, 2008

Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati Ministero della Salute

Nel valutare il fenomeno, è da sottolineare come la maggiore o minore capacità di attrazione implica anche significative conseguenze finanziarie attraverso il sistema interregionale dei rimborsi finanziari; ciò incide negativamente sull'equilibrio finanziario della regione di residenza dei pazienti ricoverati fuori regione e condiziona il risultato di esercizio del Sistema sanitario regionale.

Il processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera nelle regioni è ormai da diversi anni uno dei principali snodi delle politiche di contenimento della spesa pubblica⁸, nell'ambito del quale il controllo della spesa sanitaria è perseguito attraverso un coordinamento istituzionale fra Stato e Regioni basato su specifici parametri di costo e di *performance*, fra i quali sono particolarmente significativi gli *standard* di posti letto e il tasso di ospedalizzazione. Uno dei principali criteri guida è “l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri”, che implica il ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera e il contestuale potenziamento sul territorio della rete di assistenza residenziale e semi residenziale e di assistenza domiciliare.

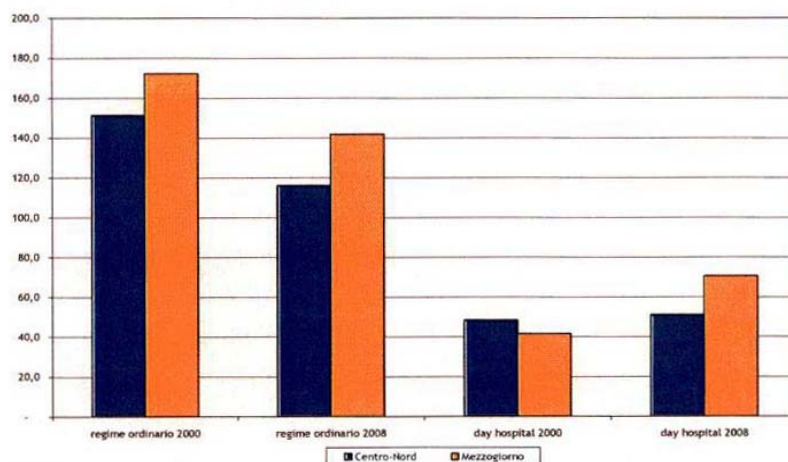
Il grado di avanzamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera nelle regioni si presenta differenziato; nel complesso, le dinamiche relative al Mezzogiorno evidenziano un percorso avviato, ma persistono condizioni di elevata inefficienza e di mancato adempimento dei livelli essenziali di assistenza. Nel 2008, in tutte le regioni meridionali, i valori del “tasso di ospedalizzazione standardizzato”⁹ sono risultati superiori o molto prossimi al 200 per mille, con un valore medio nel Mezzogiorno pari a 212,5 per mille a fronte di una media del Centro-Nord pari al 167,2 per mille. Tali valori sono da confrontare con lo *standard* considerato “ottimale”, che prevede 180 ricoveri ogni mille abitanti¹⁰ (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005), sia in termini dinamici: rispetto al 2000, in Italia, si è verificata una forte riduzione del tasso di ospedalizzazione, ma il fenomeno si è concentrato quasi esclusivamente nel Centro-Nord, mentre nel Mezzogiorno si è verificato un effetto di ricomposizione fra i ricoveri per acuti in regime ordinario e quelli in *day hospital* (cfr. Figura II.2).

Rete
ospedaliera

⁸ Cfr. “Libro verde sulla spesa pubblica”, redatto dalla Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica del Ministero dell'Economia e delle Finanze, settembre 2007.

⁹ La domanda di assistenza ospedaliera soddisfatta dal SSN viene misurata tramite il “tasso di ospedalizzazione standardizzato” (numero di ricoverati per 1.000 abitanti), che consente di depurare il dato grezzo dagli effetti della diversa composizione per età delle popolazioni regionali.

¹⁰ Nello standard ottimale sono inclusi tutti i ricoveri, acuti, riabilitazione, lungodegenza, ricoveri ordinari e *day hospital*.

Figura II.2 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER REGIME DI RICOVERO, 2000, 2008

Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati Ministero della Salute

La rete ospedaliera nel Mezzogiorno si caratterizza per un'elevata frammentazione, espressa dalla maggiore numerosità di ospedali in rapporto alla popolazione, e per una modesta dimensione media, soprattutto degli ospedali pubblici. Per quanto riguarda, invece, il parametro di posti letto per abitante, nelle regioni meridionali si registrano valori di poco superiori alla soglia stabilita dal nuovo Patto per la salute¹¹ (cfr. Tavola II.7).

Tavola II.7 - OFFERTA OSPEDALIERA IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE, 2007

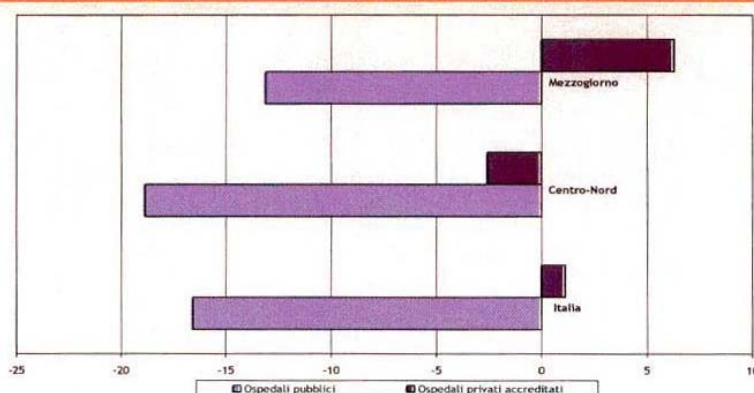
	N° ospedali per 100.000 abitanti	N° letti per 1.000 abitanti
Centro-Nord	1,8	4,5
Mezzogiorno	2,5	4,1
Italia	2,0	4,4

Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del Ssn - Anno 2007", dicembre 2009

Strutture
ospedaliere
private

Un'ulteriore caratteristica della rete ospedaliera nel Mezzogiorno è il ruolo elevato e crescente del settore privato, come dimostrano le dinamiche di segno opposto fra la numerosità delle strutture pubbliche e quella delle strutture private accreditate (cfr. Figura II.3).

¹¹ Il nuovo Patto per la salute del 3 dicembre 2009, nel perseguire l'obiettivo di "razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri", stabilisce all'art. 6 uno standard di posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti non superiore a 4, comprensivi di 0,7 posti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Figura II.3 - VARIAZIONE PERCENTUALE DEL NUMERO DI OSPEDALI FRA IL 2000 E IL 2007

Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati Ministero della Salute

La qualità dei servizi sanitari erogati nel Mezzogiorno risulta sistematicamente più bassa rispetto al Centro-Nord per efficienza organizzativa, appropriatezza dei ricoveri ed efficacia¹². Anche gli esiti dell'ultima verifica effettuata dal Comitato LEA¹³ attraverso una griglia ponderata di circa 20 indicatori segnalano, per il 2008, che le Regioni del Centro-Nord sono quasi tutte adempienti (con l'eccezione del Lazio), mentre nel Mezzogiorno risulta adempiente solo il Molise; adempienti con l'impegno su alcuni indicatori Basilicata, Puglia, Sicilia e Abruzzo e inadempienti Campania, Sardegna e Calabria. (cfr. Tavola II.8).

Qualità dei servizi sanitari

Tavola II.8 - RISULTATI DI VERIFICA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, 2008

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Toscana	
	Veneto	
	Umbria	
	Marche	
	Liguria	
	Molise	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Basilicata	*Impegni 2009: 18 - Percentuale parti cesarei < 44%
	Puglia	*Impegni 2009: 15 - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per età per 1.000 < 200%; 18 - Percentuale parti cesarei < 46%
	Sicilia	*Impegni 2009: Verifica azioni migliorative sull'assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, la spesa farmaceutica e la riduzione dell'assistenza ospedaliera
	Abruzzo	Rinvio al Piano di Rientro relativamente agli obiettivi di assistenza residenziale per anziani (lettera s) e alla riduzione della inappropriatezza (lettera r)
Inadempiente	Campania	Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo alla riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata.
	Lazio	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi al recupero di efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e al contenimento della spesa farmaceutica.
	Sardegna	*Impegni 2009: 21 - Percentuale di interventi a massima priorità (ALS) in area urbana per un anno da rilevare > 85%
	Calabria	Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera.

Fonte: Ministero della salute, Comitato LEA, verifica adempienza sul "mantenimento dei LEA" - anno 2008

¹² Cfr. "Analisi preliminare sulle attività di ricovero nel 2008", Ministero della Salute, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Luglio 2009.

¹³ Istituito presso il Ministero della salute dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

La differente *performance* dei sistemi sanitari meridionali non sembra dipendere dai diversi modelli organizzativi adottati a livello regionale, ma piuttosto dalla *governance* complessiva, intesa come capacità di produrre risultati per i cittadini (in termini di salute, soddisfazione dei bisogni, accessibilità e qualità dei servizi) e per la Pubblica Amministrazione (in termini di efficienza complessiva e contenimento della spesa). Uno degli elementi di differenziazione tra Regioni è il diverso ricorso all'acquisto di prestazioni da parte delle Aziende sanitarie piuttosto che alla produzione da parte delle strutture pubbliche.

Nel Mezzogiorno sono infatti riscontrabili modelli di *governance* molto diversificati, senza una prevalenza che distingua la macroarea (cfr. Tavola II. 9).

Tavola II.9 - TIPOLOGIE DI MODELLI ISTITUZIONALI DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI, 2007

	Centro-Nord	Mezzogiorno
Sistemi integrati (prevalenza di posti letto a gestione diretta delle Asl)	Valle d'Aosta, Trento, Bolzano, Veneto	Abruzzo, Molise, Sardegna
Sistemi misti quasi integrati	Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche	Basilicata, Calabria, Puglia
Sistemi misti quasi separati	Friuli Venezia Giulia, Lazio	Campania, Sicilia
Sistemi separati (prevalenza di posti letto in Aziende ospedaliere)	Lombardia	

Fonte: "I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali", a cura di V. Mapelli V., 2007, Quaderni Formez, n. 57.

Rete territoriale di assistenza sanitaria

La rete di assistenza sanitaria *extra-ospedaliera* (strutture specialistiche ambulatoriali, residenziali e semi residenziali, altre strutture di assistenza territoriale e centri di riabilitazione) rappresenta, insieme all'assistenza domiciliare, una componente di crescente importanza del sistema distrettuale, la cui caratterizzazione si presenta sempre più integrata con l'assistenza ospedaliera da un lato e con l'assistenza sociale sul territorio, dall'altro. Le componenti sanitarie e sociali risultano sempre meno separabili all'interno dei percorsi assistenziali e la tendenza generale è di ricondurle verso un unico ambito complesso di assistenza socio-sanitaria regionale. Nel Mezzogiorno l'assistenza territoriale mostra un'insufficiente dotazione di strutture residenziali e semiresidenziali in rapporto alla popolazione (nonostante il forte aumento fra il 2000 e il 2007 trainato dagli investimenti del settore privato) e un'elevata dotazione di strutture sanitarie di tipo ambulatorio/laboratorio, anch'esse prevalentemente private (cfr. Tavola II.10).

Tavola II.10 - STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE, PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE, PER 100.000 ABITANTI, 2007

	Italia	Centro-Nord	Mezzogiorno
Specialistica ambulatoriale			
N° strutture per 100.000 abitanti	16,6	12,7	23,8
Var % 2007/2000	29,3 -	35,4 -	22,0
Incidenza % strutture private accreditate su	60,1	47,2	72,9
Assistenza residenziale			
N° strutture per 100.000 abitanti	8,6	11,8	2,8
Var % 2007/2000	42,2	38,4	80,1
Incidenza % strutture private accreditate su	72,8	74,0	63,7
Assistenza semi residenziale			
N° strutture per 100.000 abitanti	3,9	5,4	1,0
Var % 2007/2000	22,9	19,4	74,8
Incidenza % strutture private accreditate su	57,1	59,8	30,3
Altra assistenza territoriale			
N° strutture per 100.000 abitanti	8,9	9,1	8,3
Var % 2007/2000	5,0 -	3,8	29,2
Incidenza % strutture private accreditate su	11,4	10,5	13,4
Centri di riabilitazione			
N° strutture per 100.000 abitanti	1,5	1,0	2,5
Var % 2007/2000	34,5	14,7	55,3
Incidenza % strutture private accreditate su	78,6	71,6	84,0

Fonte: elaborazioni DPS - UVAL su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del Ssn - Anno 2007", dicembre 2009

Diverse analisi¹⁴ segnalano, infine, come l'assistenza territoriale si espliciti di fatto sul territorio attraverso un'elevata numerosità di tipologie di assistenza, in un contesto di grande disordine regolatorio (eterogeneità nella definizione delle prestazioni e nelle tariffe nelle normative regionali e assenza di criteri minimi nazionali per l'accreditamento delle strutture private convenzionate a carico del Sistema Sanitario Nazionale) che contribuisce ad accentuare le disparità di trattamento dei cittadini.

La rete extra ospedaliera riveste un ruolo particolarmente rilevante per gli anziani e le fasce più deboli della popolazione, maggiormente esposte a razionamento o a consumi sanitari inappropriati. Per tale motivo, l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (nelle more dell'approvazione del Piano 2009-2011), individua fra gli obiettivi prioritari l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata, al fine di garantire alle persone fragili e/o non autosufficienti la permanenza presso il proprio domicilio; questo orientamento è stato confermato nel nuovo Patto per la salute¹⁵.

Assistenza
domiciliare
integrata

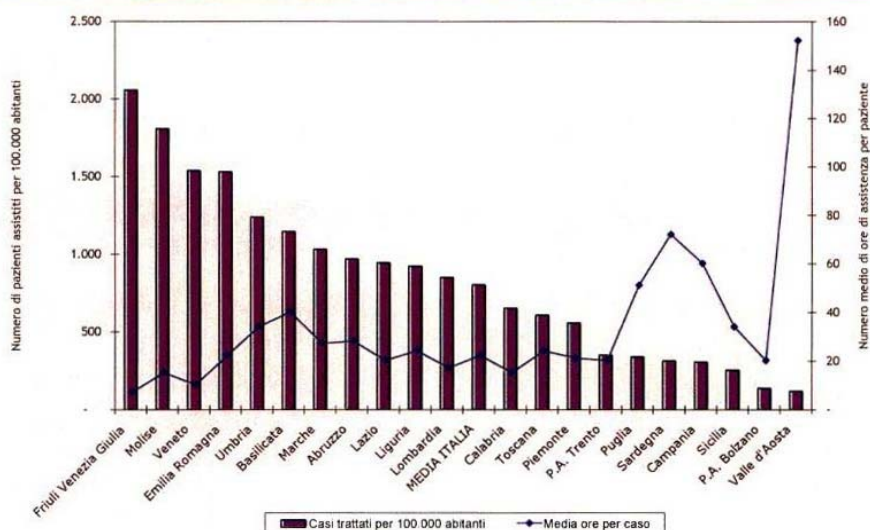
Il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata risponde, quindi, all'esigenza di maggiore appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari; la componente di natura sociale dell'assistenza domiciliare resta, nella maggior parte delle realtà territoriali, inadeguata e scarsamente integrata con l'assistenza sanitaria, nonostante "lo sviluppo di una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali" sia un esplicito obiettivo del Sistema Sanitario Nazionale.

¹⁴ Cfr., fra gli altri, il "Rapporto CEIS – Sanità 2008", Febbraio 2009.

¹⁵ Cfr. art. 9 "razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti"

Le statistiche disponibili sull'assistenza domiciliare integrata rilevano esclusivamente la componente sanitaria dei servizi erogati; inoltre, l'estrema eterogeneità dei valori sui territori regionali, soprattutto in termini di intensità dell'assistenza (misurata dal numero medio di ore di assistenza erogata per caso trattato), lascia pensare che vi sia una debole armonizzazione nelle modalità di rilevazione a livello di ASL e distretto. Per migliorare l'informazione disponibile, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario è stato introdotto uno specifico monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008) che rappresenta il presupposto per integrare i servizi sanitari e sociali. Tenendo presenti tali cautele, l'assistenza domiciliare integrata nel Mezzogiorno si caratterizza per una bassa capacità di copertura della popolazione (424 casi trattati per 100.000 abitanti nel 2007 a fronte di 1.007 casi nel Centro-Nord) e al tempo stesso per un'intensità di assistenza molto più elevata (cfr. Figura II.4).

Figura II.4 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, 2007



Fonte: elaborazioni DPS- UVAL su dati Ministero della Salute

Governance, infrastrutture, servizi

Le politiche per il settore sanitario, attuate in coordinamento fra Stato e Regioni, pur improntate a criteri di risparmio e di contenimento della spesa corrente sono volte al rafforzamento degli obiettivi di qualità e disponibilità di servizi socio-sanitari sul territorio. Le analisi più recenti tendono a convergere nell'individuare alcuni ambiti di intervento prioritari per una nuova politica per il settore sanitario sintetizzati di seguito.

Rafforzamento della capacità di governance, attraverso: a) l'introduzione di meccanismi di selezione, percorsi formativi cogenti e valutazione di *performance* per riqualificare la professionalità dei dirigenti delle ASL, renderli indipendenti dal livello politico e verificare il loro operato, anche tramite l'applicazione di indicatori di risultato cui collegare premi e sanzioni; b) l'armonizzazione regolatoria e tariffaria a livello

regionale e la definizione di criteri minimi nazionali per l'accreditamento delle strutture private convenzionate a carico del Sistema Sanitario Nazionale; c) il potenziamento di verifiche e controlli sull'attività di tutte le strutture assistenziali e sugli *standard* qualitativi di tutte le prestazioni erogate a spese del Sistema Sanitario Nazionale.

Ammodernamento della dotazione infrastrutturale, per migliorare efficienza e qualità dei servizi sanitari, anche attraverso il monitoraggio¹⁶ sistematico, ora assente, sulla disponibilità e qualità delle infrastrutture che permetta di orientare il processo di concentrazione delle strutture ospedaliere, riducendo il numero di ospedali e potenziando la rete dei servizi territoriali. Inoltre, le azioni in corso per la diffusione delle nuove tecnologie informatiche (cd. "sanità elettronica") richiedono un più deciso intervento per l'interconnessione di tutti i soggetti che partecipano all'erogazione dei servizi sanitari.

Potenziamento e riqualificazione dell'assistenza domiciliare integrata, da perseguire tramite un'effettiva integrazione socio-sanitaria. L'ambito di intervento prioritario è indicato, anche in questo caso, nella capacità di *governance* e organizzazione, in particolare nella convergenza fra programmazione distrettuale e sociale, nella costituzione e messa a regime del sistema dei Punti Unici di Accesso e nell'effettiva applicazione delle metodologie di valutazione multidimensionali.

II.1.3 Servizi di conciliazione lavoro famiglia: cura di anziani e bambini

La disponibilità e la qualità dei servizi di cura per gli anziani e per l'infanzia, per le delicate fasce di popolazione cui si rivolgono, risultano decisive nel nutrire e consolidare il rapporto di fiducia tra Stato e cittadini. Il buon funzionamento di questi servizi pubblici incide, peraltro, in maniera significativa nell'alleggerimento del carico di lavoro familiare delle donne, e quindi nel favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro, particolarmente bassa, come noto, nelle regioni del Mezzogiorno. Per la loro importanza, assistenza domiciliare integrata per gli anziani e servizi all'infanzia sono parte integrante del sistema premiale degli *Obiettivi di Servizio*¹⁷.

Le attività di cura mediante Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), come si è visto nell'analisi sui servizi sanitari (cfr. paragrafo II.1.2), sono inserite tra i Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Con riferimento alla popolazione anziana (con più di sessantacinque anni) oggetto di trattazione in questo paragrafo, il livello fissato nei LEA prevede la presa in carico del 3,5 per cento della popolazione, corrispondente al valore *target* fissato dagli *Obiettivi di Servizio* al 2013.

Servizi per gli
anziani

¹⁶ Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) dispone del sistema Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità, assistito da uno specifico progetto di accompagnamento del Ministero della Salute.

¹⁷ Cfr. paragrafo V.2 del presente Rapporto, oppure la relazione sullo *Stato di avanzamento degli Obiettivi di Servizio. Istruttoria per l'attribuzione dei premi intermedi*, febbraio 2009, disponibile su http://www.dps.tesoro.it/documentazione/docs/obiettivi/ods_relazione_dps_2009.pdf

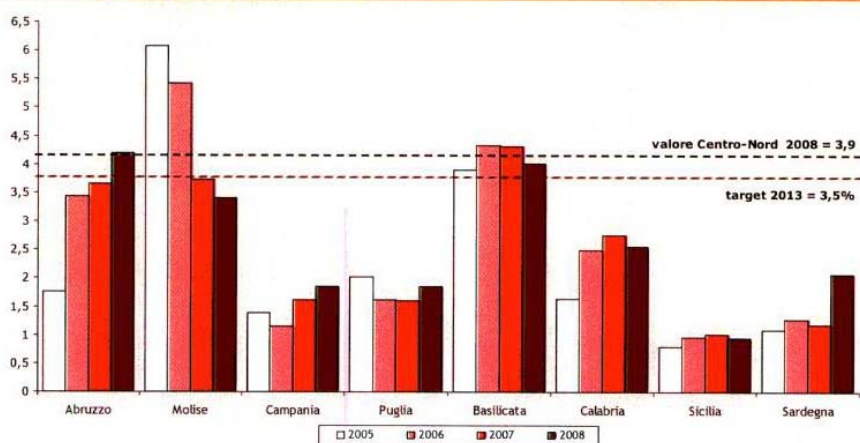
Nel 2008, la quota di anziani presi in carico dall'ADI nel Mezzogiorno è ancora inferiore al *target* del 3,5 per cento, ma la situazione varia molto nelle diverse regioni, con alcune a livelli ridotti e con una dinamica lenta (Sicilia), altre con andamenti in linea con il raggiungimento del *target* nel 2013 (Calabria e Sardegna), altre ancora prossime (Molise) o già al di sopra del *target* (Basilicata e Abruzzo). Tale variabilità dipende dalla specificità dei modelli organizzativi adottati nelle varie aziende e distretti sanitari, dal grado di razionalizzazione della rete ospedaliera e quindi dalla riduzione dei ricoveri a favore di un maggiore ricorso alle cure domiciliari.

L'evoluzione dell'indicatore sull'assistenza domiciliare per anziani negli ultimi anni indica che solo per due regioni (Abruzzo e Sardegna) è rilevabile un miglioramento costante della copertura percentuale di popolazione. Nelle altre realtà regionali, anche laddove si registra un miglioramento complessivo nel periodo 2005-2008, l'andamento è invece discontinuo (cfr. Figura II.5).

Anziani in
assistenza
domiciliare

In particolare, le tre regioni più popolate del Mezzogiorno (Campania, Sicilia e Puglia) evidenziano maggiori difficoltà ad aumentare significativamente la copertura degli anziani beneficiari di ADI nei propri territori. Tra queste, la Campania è la sola a mostrare una tendenza positiva, mentre maggiori difficoltà sono individuabili in Puglia (il valore 2008 è in diminuzione rispetto al 2005) e soprattutto in Sicilia (minimo incremento osservato pari a + 0,1 per cento, ma in una situazione iniziale di copertura del servizio molto bassa rispetto al *target* da raggiungere e alle altre regioni del Mezzogiorno).

Figura II.5 - PERCENTUALE DI ANZIANI TRATTATI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA - 65 ANNI E OLTRE, 2005-2008



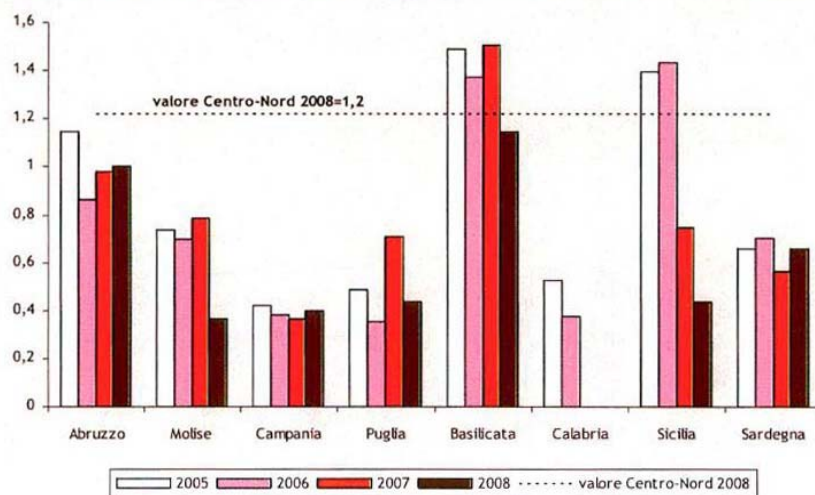
Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati ISTAT e Ministero della Salute, Sistema informativo sanitario (SIS)

Un altro indicatore interessante è la quota di spesa sanitaria regionale destinata all'ADI, se letto in combinazione con quello relativo alla copertura della

popolazione anziana che fruisce dell'assistenza¹⁸. La correlazione tra i due indicatori nelle regioni del Mezzogiorno (cfr. Figura II.6) appare molto debole: al crescere della copertura territoriale non necessariamente cresce l'incidenza della spesa. Ad esempio, in Abruzzo negli anni di forte crescita della popolazione anziana servita si registra un'incidenza della spesa decrescente; avviene il contrario in Sicilia. Questa apparente contraddizione è, almeno in parte, generata dai vincoli e dai volumi assoluti che caratterizzano la struttura della spesa sanitaria regionale e dalle scelte obbligate derivanti dai Piani di rientro sanitario delle regioni del Mezzogiorno. Tuttavia, il tema meriterebbe di essere approfondito, non potendo escludere alla luce delle informazioni disponibili, un recupero di efficienza nell'erogazione del servizio al crescere della popolazione servita e/o una diversa composizione dei servizi erogati.

Nel valutare il funzionamento dei servizi di cura per gli anziani è importante ribadire che l'alleggerimento dei carichi familiari mediante la loro presa in carico non può prescindere da una effettiva integrazione tra servizi domiciliari di carattere sanitario e servizi di carattere socio-assistenziale che sostengano le famiglie (in genere le donne in età da lavoro) nel trasporto, la deambulazione, la pulizia, l'acquisto di farmaci o le attività sociali. Attualmente questa integrazione è molto limitata.

Figura II.6 - QUOTA DI SPESA SANITARIA REGIONALE PER SERVIZI ADI A POPOLAZIONE CON 65 ANNI E OLTRE, 2005-2008



Nota: i dati relativi alla Calabria per il 2007-2008 non sono disponibili, in quanto la Regione non li ha trasmessi al Ministero della Salute.
Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati ISTAT e Ministero della Salute, Sistema Informativo sanitario (SIS)

L'istituzione nei distretti sanitari di Punti Unici di Accesso (PUA) e di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) procede nella giusta direzione. Anche la definizione di Piani socio-sanitari ispirati alla legge 328/2000 e l'efficace applicazione della pianificazione di zona sociale prevista da questa norma hanno permesso, in

¹⁸ Nel sistema Obiettivi di Servizio, è necessario che l'incidenza della spesa per l'assistenza domiciliare integrata risulti almeno pari a quella osservata nel 2005, in modo che l'aumento della popolazione assistita sia accompagnato anche da un incremento dell'intensità delle prestazioni erogate.

alcune realtà, un maggior coordinamento tra gli strumenti, le risorse e le iniziative di assistenza sanitaria e sociale¹⁹.

Integrazione
dei servizi

Consapevoli della necessità di assicurare che, dietro i PUA, esista realmente una valida rete di servizi, le amministrazioni responsabili nelle regioni del Mezzogiorno sono impegnate nella realizzazione di interventi che, oltre a migliorare la componente sanitaria, procedano, per quanto possibile, sulla via dell'integrazione. Le tipologie di interventi che sono già in fase attuativa possono sintetizzarsi in:

- *Interventi normativi*, relativi all'approvazione delle linee guida regionali il cui scopo è sostanzialmente quello di organizzare, sistematizzare e rafforzare le competenze dei PUA e delle UVM.
- *Interventi di rafforzamento istituzionale*, mirati alla creazione di tavoli tecnici e di gruppi di coordinamento preposti all'elaborazione, alla valutazione e al monitoraggio di piani e progetti relativi ad una maggiore diffusione quantitativa e ad un miglioramento qualitativo del servizio ADI.
- *Informatizzazione del sistema sanitario* e implementazione di sistemi informativi regionali, tra cui si segnalano, ad esempio, il progetto LUMIR (LUcani Medici In Rete) e le infrastrutture di servizi di rete promossi dalla Regione Basilicata per la gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico per agevolare i processi di continuità assistenziale e supportare l'integrazione socio-sanitaria; in alcuni casi, si realizzano anche investimenti materiali in tecnologia, come avviene ad esempio in Molise, con l'acquisto di strumentazione per le diagnosi a domicilio.
- *Progetti di integrazione e qualificazione* delle assistenti familiari (ad esempio in Basilicata, Molise, Sardegna) promuovendone la formazione, la regolarizzazione nel caso delle badanti non italiane, e cercando di coniugare l'offerta e la domanda di personale.
- *Sostegno alle famiglie* attraverso erogazione di fondi con la modalità del cosiddetto "assegno di cura" (Basilicata, Puglia e Sardegna) e altre modalità più articolate di servizi di assistenza²⁰.
- *Incentivazione del ruolo dei medici* di medicina generale promossa dalla Sardegna con il Contratto Integrativo Regionale della Medicina Generale e dall'Abruzzo tramite la realizzazione del sistema informativo e la partecipazione del medico di medicina generale alla stesura della cartella clinica elettronica.

¹⁹ Lo stesso dispositivo degli Obiettivi di Servizio è strutturato per fornire impulso e rafforzamento della collaborazione tra il Ministero della Salute sia le Amministrazioni locali.

²⁰ A titolo esemplificativo, citiamo letteralmente quanto in via di realizzazione in Abruzzo perché traccia l'articolato menù di interventi ed iniziative utili a supportare e, in taluni casi, sollevare i *caregivers*, spesso rappresentati esclusivamente dalle famiglie degli anziani non autosufficienti: [...] *azioni atte a garantire la permanenza nel proprio domicilio degli anziani non autosufficienti in modo da migliorare la qualità della vita attraverso il recupero delle autonomie della persona in ambiente domestico sia per quanto attiene le abilità relazionali che fisiche attraverso i seguenti strumenti: ADI (Assistenza domiciliare integrata), ADSA (Assistenza domiciliare sociale assistenziale), Trasporto, Tele assistenza, assegno di cura, Centri diurni*".

L'impegno verso un'effettiva integrazione dei servizi non è però ancora sufficiente. Inoltre, risulta oggi impossibile raccogliere e rielaborare, a scopo di analisi, informazioni e dati che, insieme a quanto disponibile sull'ADI, forniscano un quadro esaustivo sui servizi socio-assistenziali erogati localmente. Tutte le Regioni segnalano l'insoddisfacente integrazione tra l'operato dei distretti sanitari (comunque più omogeneo e visibile) sull'ADI sanitaria e quanto realizzato da Comuni e altri enti, anche *no profit*, riguardo l'assistenza socio-assistenziale (più disomogeneo, e comunque con informazione più dispersa).

La frattura strategica, istituzionale e amministrativa produce un quadro informativo frammentato che preclude la possibilità di incorporare nel dato ADI lo sforzo realizzato negli ultimi anni e con risultati molto importanti da alcune regioni nell'ampliare e qualificare i servizi di assistenza domiciliare sociale.

Per favorire l'integrazione è necessario perseguire la coincidenza tra distretti sanitari e ambiti territoriali ed il conseguente superamento della dualità tra gli strumenti di pianificazione in essi adottati²¹. A tal fine, le stesse Regioni auspicano una più incisiva azione di indirizzo da parte della Conferenza Stato-Regioni e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)²².

Passando ora a considerare i servizi per l'infanzia, una visione generale si può trarre dagli indicatori al 2008 relativi alla copertura territoriale degli asili nido e alla quota di bambini al di sotto dei 3 anni di età che usufruiscono effettivamente dei servizi offerti (cfr. Figura II.7).

Servizi per
l'infanzia

Nel Mezzogiorno, la quota di Comuni che ha attivato il servizio è già superiore al *target* previsto per il 2013 pari al 35 per cento; punte piuttosto elevate si rilevano in Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia. Tuttavia, a fronte di una significativa diffusione del servizio sul territorio, la copertura della popolazione della fascia di età interessata è molto più contenuta, ed è ancora lontana, nella quasi totalità delle regioni, dal *target* da raggiungere nel 2013 (pari al 12 per cento).

L'Abruzzo è l'unica eccezione che associa a un livello elevato di diffusione di servizio un livello di copertura della popolazione relativamente buono; nelle altre regioni i bambini tra 0 e 3 anni che hanno fruito nel 2008 di servizi per l'infanzia rappresentano ancora una percentuale limitata.

Il confronto con i valori medi delle regioni del Centro-Nord al 2006, ultimo anno disponibile²³, evidenzia come la copertura territoriale dei servizi all'infanzia non fosse di molto superiore a quella registrata nel 2008 da diverse regioni del Mezzogiorno. Lo scarto maggiore, invece, permane sui bambini effettivamente presi in carico dalle strutture, segnalando che garantire la presenza dei servizi in un alto numero

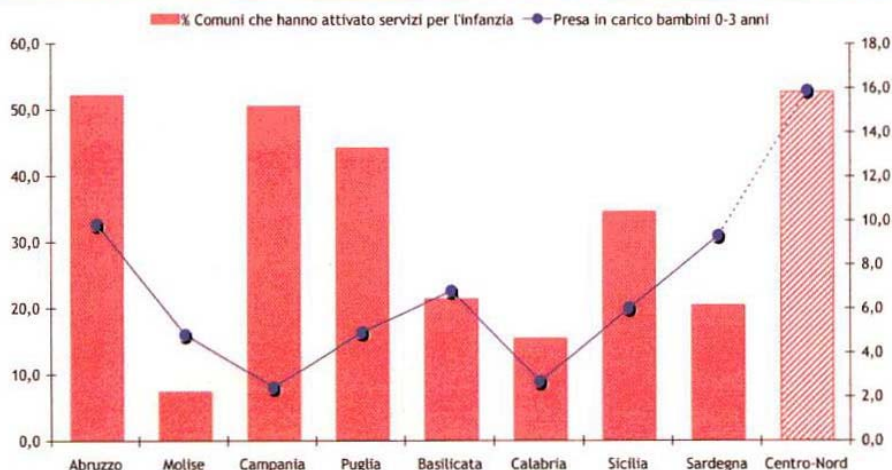
²¹ Ad esempio, sul modello della regione Sardegna che con la legge regionale 23/2005 ha istituito dei piani di zona integrati a livello socio-sanitario.

²² Queste indicazioni sono emerse nell'ambito dei tavoli tecnici di accompagnamento al sistema premiale *Obiettivi di Servizio*.

²³ I dati più aggiornati relativi alle regioni del Mezzogiorno sono il risultato di una convenzione *ad hoc* siglata tra DPS e ISTAT.

di comuni non sia sufficiente ad assicurare l'effettiva erogazione del servizio, attraverso la presa in carico dei bambini.

Figura II.7 - SERVIZI PER L'INFANZIA: ASILI NIDO, MICRONIDI, O SERVIZI INTEGRATIVI E INNOVATIVI, 2008

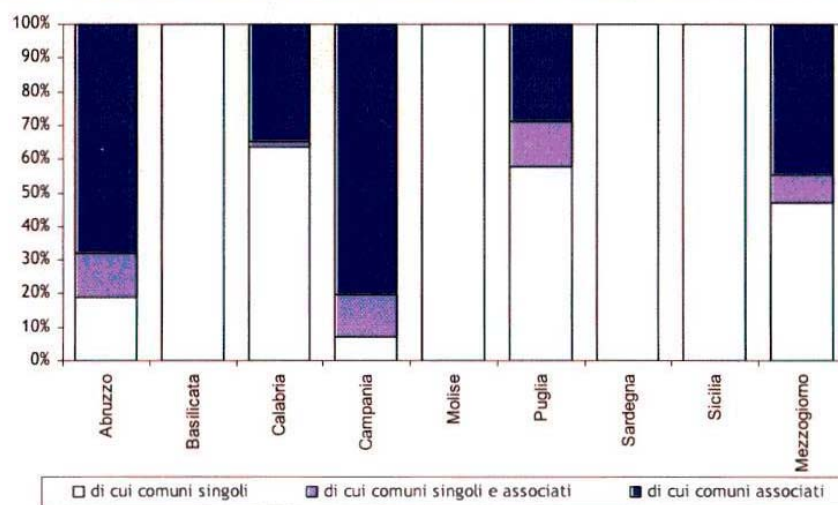


Nota: i valori delle regioni del Mezzogiorno sono riferiti al 2008 mentre quelli del Centro-Nord al 2006
Fonte: ISTAT, Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni

Gestione dei
servizi per
l'infanzia

Questa incongruenza tra l'evoluzione dei due indicatori può essere in parte spiegata dall'incidenza delle associazioni tra Comuni per l'offerta di servizi per l'infanzia e di servizi alternativi al nido che ospitano un numero più limitato di bambini. Le analisi sub regionali consentono di verificare il peso dell'associazionismo nella diffusione dei servizi all'infanzia nei comuni (cfr. Figura II.8).

Figura II.8 - COMUNI CHE HANNO ATTIVATO SERVIZI PER L'INFANZIA PER FORMA DI GESTIONE, 2008 (composizione percentuale)



Fonte: elaborazioni DPS - UVAL su dati ISTAT, Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni

L'incidenza dell'associazionismo è evidentemente alta in Campania (ben il 78 per cento dei Comuni "coperti" da servizi all'infanzia sono associati) e in Abruzzo, più modesta in Puglia, nulla in Sicilia (dove tutti gli utenti frequentano servizi erogati da singoli Comuni). Tuttavia, anche dove la forma associativa è molto diffusa, come nel caso della Campania, non si registra necessariamente un numero più elevato di bambini presi in carico; il dato suggerisce che l'offerta di servizi gestiti da associazioni di Comuni sia ancora parziale e/o strutturalmente limitata. Questa ipotesi appare confermata dall'alta incidenza in Campania di servizi integrativi e innovativi rispetto agli asili (cfr. Tavola II.11), infatti, se da un lato, è certamente importante promuovere servizi diversificati e flessibili per incrociare i diversi segmenti della domanda nelle varie realtà territoriali, dall'altro l'obiettivo di aumentare il numero di bambini presi in carico richiede necessariamente l'apertura e/o l'ampliamento di "tradizionali" asili nido. La situazione in Abruzzo appare fornire una sorta di controprova di questa valutazione: i Comuni della regione, pur facendo ampio ricorso alla gestione associata, presentano un numero di asili in termini relativi molto alto, creando così le basi per raggiungere il maggior numero di bambini presi in carico nel Mezzogiorno.

Tavola II.11 - NUMERO DI COMUNI PER TIPOLOGIA DI SERVIZI PER L'INFANZIA, 2008

Regioni	Numero di comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia		
	asili nido	servizi integrativi e innovativi	almeno un servizio
Abruzzo	95	113	179
Basilicata	33	6	33
Calabria	66	19	73
Campania	94	254	306
Molise	14	9	16
Puglia	83	61	121
Sardegna	67	52	91
Sicilia	139	23	144
Mezzogiorno	591	537	963

Nota: nel numero dei comuni con "almeno un servizio" sono inclusi quelli che hanno attivato almeno un asilo nido e/o almeno un servizio integrativo.

Fonte: elaborazioni DPS-UVAL su dati ISTAT, Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni

L'analisi dell'offerta, fin qui esposta, va combinata con considerazioni quali localizzazione e intensità della domanda di servizi. Da un lato potrebbe esservi una offerta non adeguata nelle aree urbane dove ci si attende che la domanda sia più elevata. Dall'altro è possibile che, per ragioni economiche e culturali, vi sia in generale una limitata propensione delle famiglie ad accedere al servizio. È possibile infatti che, nonostante le agevolazioni, le tariffe a carico della famiglia rimangano troppo alte e che l'offerta non sia abbastanza differenziata da permettere una più ampia conciliazione lavoro-famiglia. Si verificherebbe pertanto una situazione in cui il tasso di attività femminile si mantiene basso anche per l'assenza di un'adeguata offerta di servizi per

Domande di
servizi per
l'infanzia

l'infanzia, ma d'altro canto la stessa domanda per tali servizi, in alcune realtà, si mantiene bassa proprio perché le donne non lavorano.

È infatti necessario comprendere se le politiche in corso volte ad aumentare l'offerta siano adeguate alla domanda e quali azioni siano ancora necessarie per sollecitare la domanda. Al tempo stesso si pone il problema della sostenibilità economica dei servizi, sia dal punto di vista dei costi di gestione delle strutture che per quanto attiene la reale capacità economica delle famiglie di contribuire al servizio.

Le azioni messe in atto dalle Regioni per potenziare, dal lato dell'offerta, i servizi all'infanzia si articolano nell'erogazione di finanziamenti per la costruzione o ristrutturazione di nuove strutture da destinare ad asili nido e micronidi, nell'erogazione di contributi per l'abbattimento dei costi di gestione, consentendo quindi ad un più cospicuo numero di famiglie di poter accedere al servizio, nell'incentivazione dell'accreditamento di strutture private e nella promozione di iniziative a carico di aziende ed enti pubblici. Sul versante della domanda, sono attivati invece programmi di *voucher* alle famiglie di basso reddito.

Si tratta di iniziative e programmi piuttosto "tradizionali".

Più carente infatti il versante delle azioni relative a servizi per l'infanzia innovativi e integrati, quali sezioni primavera, creazione di spazi gioco, di centri per bambini e genitori, di tate a domicilio. Inoltre, nonostante le sostanziali azioni di sensibilizzazione e incentivazione economica delle amministrazioni regionali, appare ancora debole la disponibilità delle medie e grandi imprese pubbliche e, soprattutto, delle imprese private del Mezzogiorno a dotare le proprie sedi di servizi per la prima infanzia.

Programmazione
e gestione dei
servizi di cura per
anziani e bambini

Un primo dato importante emerge dall'osservazione delle dinamiche legate al sistema degli *Obiettivi di Servizio*: laddove esista la volontà politico-istituzionale, è possibile, in tempi relativamente ridotti, espandere significativamente i servizi di cura per anziani e bambini. Infatti, la rapidità nell'espansione (ovvero in taluni casi, brusca contrazione) dell'offerta di servizi di cura, appare segnalare una maggiore elasticità di tali indicatori rispetto agli investimenti finanziari, istituzionali e amministrativi sostenuti dalle amministrazioni responsabili. In altre parole, le traiettorie degli indicatori dei servizi all'infanzia e dell'assistenza domiciliare (che in alcuni casi hanno già raggiunto e superato il *target*) mostrano che la situazione può essere migliorata nel corso di pochi anni. Ciò è ancora più evidente su scala sub-regionale, dove alcune *performance* particolarmente positive (ad esempio l'aumento dei bambini accolti nei nidi nei comuni della Provincia dell'Aquila, o degli anziani presi in carico per l'ADI nell'ASL di Nuoro) mostrano come sia possibile scalare offerta e domanda dei servizi.

Alla maggiore elasticità appare però corrispondere un rischio legato alla sostenibilità dei risultati ottenuti: gli stessi indicatori che crescono rapidamente verso il raggiungimento dei *target*, appaiono molto sensibili a un calo di attenzione istituzionale, a un problema nella programmazione finanziaria pluriennale, a improvvise incertezze ed ostacoli che, pur se interessano un solo passo del ciclo operativo o amministrativo per l'erogazione del servizio, possono vanificare in tempi rapidi, sforzi e risultati complessivi ottenuti in passato.