

# 1. Introduzione

## di Giorgio Banchieri\*

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

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

In particolare i determinanti della domanda sono:

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

### *Le trasformazioni demografiche*

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

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

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

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

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

---

Responsabile del l'Osservatorio sulle pratiche della sanità italiana, [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it). ; Membro e Tesoriere del Comitato Direttivo nazionale SIQUAS, Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria; Coordinatore Didattico e Docente Master MIAS, Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie, Università "La Sapienza", Roma; Membro e Docente Area Scientifica PA e Sanità, Business School, Università LUISS, Roma.

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

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

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

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

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

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

### *Le trasformazioni epidemiologiche*

Sembra particolarmente utile, per evidenziare la stretta interconnessione tra spinte demografiche, epidemiologiche e le trasformazioni della domanda di servizi, il concetto di *transizione epidemiologica* elaborato nei primi anni '70 dal demografo americano Abdel Omran. Omran ha messo in evidenza come alla diminuzione della mortalità e all'incremento della natalità si sia associato una modificazione della morbilità della popolazione.

In particolare ciò è avvenuto in tre fasi:

- la prima era la fase in cui le principali cause di morbilità e di morte erano associabili alle *epidemie di malattie infettive*;
- la seconda si è contraddistinta per il contenimento di tali malattie attraverso *le vaccinazioni di massa* con il conseguente allungamento della vita media;

- infine la fase attuale in cui il quadro epidemiologico è costituito da *malattie di carattere degenerativo e/o cronico*.

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

Passando all'analisi della disabilità, i dati ISTAT sono costruiti su una definizione di disabilità strutturata sull'autonoma capacità di svolgere le attività tipiche di vita quotidiana.

Secondo tale definizione risultano disabili coloro che dichiarano di avere gravi difficoltà nelle svolgere almeno una delle principali funzioni della vita quotidiana: confinamento individuale, disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento, disabilità di vista, udito e parola.

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

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

### *La trasformazione della domanda di servizi*

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

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

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

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

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

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

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

### *La trasformazione della struttura familiare*

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

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

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

In conclusione questi due fattori, tra loro fortemente connessi, allentano fortemente le maglie delle reti tradizionali di assistenza e solidarietà, stimolando la domanda di un crescente numero di servizi pubblici: dagli asili nido per la cura dei figli della madri

lavoratrici, allo sviluppo di servizi sanitari e sociali in grado di sgravare, almeno parzialmente, la famiglia dalla cura delle generazioni anziane.

### *I LEA come tentativo di ottimizzazione nell'erogazione dei servizi*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Analizzando la ripartizione della spesa per i Livelli Essenziali di Assistenza è ora possibile verificare le prime evidenze di questa politica nell'intervallo di tempo 2002 - 2004.

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

La spesa per *l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro* corrispondeva ad una percentuale del 3,9 sul totale, rispetto ad un parametro programmato del 5%.

Particolarmente incidenti all'interno del primo LEA risultavano 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, risultava 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, erano e 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, continuava ad assorbire la maggior parte delle risorse.

Quindi ancora molta strada è da percorrere e sempre maggiore deve essere il coinvolgimento sulle scelte degli attori del sistema sanitario ed in particolare dei cittadini.

### *I LEA e il territorio*

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

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

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

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

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

I *pediatri di libera scelta*, invece, si caratterizzano per una diffusione meno omogenea anche se con scarti sempre contenuti rispetto ad un dato di riferimento di 1 pediatra ogni 1000 bambini.

La *guardia medica* (con un dato nazionale di 23 medici di guardia per 100.000 abitanti) mostra una distribuzione che si caratterizza per valori al di sotto della media nell'Italia settentrionale, valori sostanzialmente in media nel Centro (con l'eccezione del Lazio) valori sensibilmente al di sopra della media nell'Italia meridionale ed insulare, con picchi in Basilicata (73) Sardegna (71) e Calabria (65).

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

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

I dati ministeriali sull'ADI, *Assistenza Domiciliare Integrata*, per l'anno 2005 vedono quasi 400.000 casi trattati dei quali lo 84,2% sono individui anziani. Rispetto ad un dato di riferimento nazionale di 679 casi per 100.000 abitanti, abbiamo, come si evince a seguire nell'indagine, una situazione estremamente diversificata da Regione e Regione.

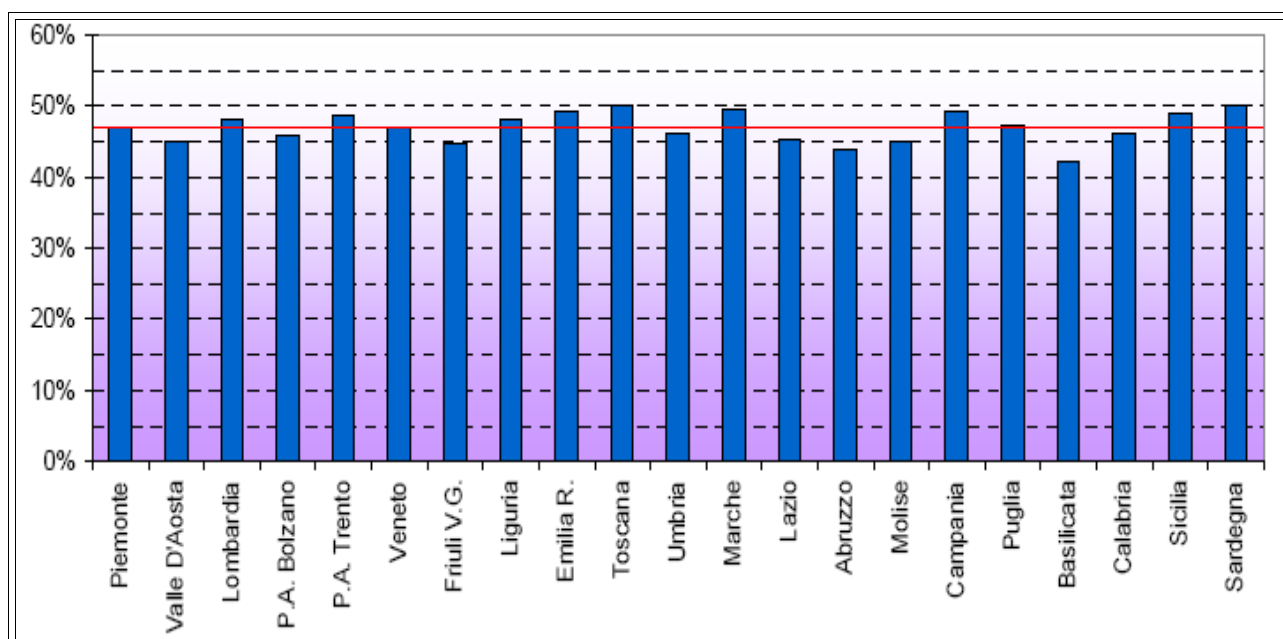
Scendendo a livello delle singole Regioni, valori particolarmente alti sono rilevabili in Friuli Venezia Giulia con 2.200 casi su 100.000 abitanti, in Molise (1.490), Emilia Romagna (1.376) Veneto (1.256) ed Umbria (1.184). Valori fortemente al di sotto della media sono rilevabili in Valle d'Aosta (33),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

Per *l'assistenza distrettuale* il grafico a seguire indica le 9 Regioni in linea o che superano il dato medio nazionale (47,7%); tra queste le Marche (49,5%), l'Emilia Romagna (49,3%), la Campania e la Sicilia (entrambe con una percentuale del

49,1%), si trovano tendenzialmente in linea con il parametro nazionale triennale che prevede un valore del 49,5% sul totale della spesa.

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

**Grafico 2 Costo percentuale del livello assistenza distrettuale Anno 2003**



**Fonte: Ministero della salute**

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

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

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

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

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

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

- *Tecnologiche*: perché con lo sviluppo dell'ICT, della digitalizzazione e delle reti internet e web si sono aperti campi crescenti per l'applicazione di servizi ICT.

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

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

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

Tra l'altro, in questi documenti, non è sfuggita la stretta correlazione che lega le politiche di assistenza sanitaria con quelle di sostegno sociale alla persona.

Emerge, come abbiamo cercato di analizzare sinteticamente in queste prime note, nei fatti, un modello di *policy* integrata, sia in prospettiva orizzontale che verticale.

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

Questa prospettiva è esplicita nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 quando si parla di "*promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari*". In esso si afferma: "*la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi ancora sono*

*assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedale centrica che oggi non è più sostenibile.*" [PSR 2003-2005].

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

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

Il presente lavoro vuole svolgere una prima indagine sul tema dello sviluppo delle reti territoriali e dell'articolazione dell'offerta socio-sanitaria e socio-assistenziale nel nostro Paese e si articola in quattro parti.

Nella *prima parte* si svolge una prima analisi dei determinanti dell'incremento della domanda di servizi di assistenza socio-sanitaria in Italia. In particolare ci si concentrerà su quelle dinamiche che più incidono sul fenomeno: i mutamenti demografici; le trasformazioni epidemiologiche; la trasformazione della domanda di servizi; il cambiamento della struttura familiare.

Nella *seconda parte* si cerca di fornire un resoconto, seppur parziale, dell'assistenza sanitaria in termini di prestazioni e costi, con particolare attenzione al Servizio Sanitario Nazionale italiano e ai servizi integrati sociosanitari da esso garantiti all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza. In particolare la trattazione si articola: in un'analisi comparata su dati di spesa dei Paesi OECD; in un approfondimento sui dati di costo e di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale; in una panoramica su volumi di prestazioni di carattere sociosanitario erogate dal SSN; nel confronto tra Regioni relativamente alla ripartizione della spesa tra i Livelli Essenziali di Assistenza; nell'analisi dell'apporto degli Enti Locali, singoli e associati, all'erogazione di servizi alle persone in un contesto socio-assistenziale.

Infine nella *terza parte* che costituisce il nucleo di approfondimento della ricerca. Da una parte sono trattati i principali strumenti di programmazione sanitaria a livello nazionale, regionale e locale; dall'altra è riportata un'approfondita analisi di quello che è il cardine dell'organizzazione territoriale delle cure, il Distretto socio sanitario, così come emerge da una lettura comparata dei 21 Piani Sanitari Regionali vigenti.

Nello specifico il capitolo si apre con una trattazione dei LEA quali livelli di determinazione dell'offerta socio-sanitaria reale, seguita da un'analisi del principale strumento programmatico regionale: i Piani Sanitari Regionali (PSR).

In seguito si scende nel dettaglio dei singoli strumenti della programmazione socio-sanitaria (Programmi delle Attività Territoriali, Piani di Zona, Piani Annuali di Attività, Piani Attuativi Locali).

Infine si passa ad un esame dei due principali modelli organizzativi affermatasi nei PSR, e, conseguentemente, della morfologia organizzativa che caratterizza i Distretti socio-sanitari così come emerge dalla lettura dei PSR.

Sempre sui Distretti si presentano i risultati di una recente analisi sul campo svolta dall'ASSR proprio sui mandati e sulle funzioni attribuite ai Distretti nelle diverse realtà regionali, con una attenzione ai modelli e alle morfologie organizzative praticate.

Nella *quarta parte* viene affrontato l'argomento con un approccio micro di carattere essenzialmente empirico. Dal database complessivo dell'Osservatorio delle Pratiche della Sanità Italiana, promosso da SIQUAS, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza sanitaria, insieme a diversi altri partner, sono state estratte tutte le pratiche riconducibili alle reti delle cure primarie, ai Distretti socio-sanitari, all'integrazione ospedale territorio, alla continuità delle cure.

Si è analizzata la distribuzione in sotto categorie tematiche e la distribuzione territoriale e per tipologia di soggetto proponente (ASL, AO, IRCCS, altri soggetti, etc.). Questo per dare una prima idea della dimensione delle attività di miglioramento della qualità dei servizi nelle diverse Regioni del Paese quasi a identificare una "epidemiologia della qualità" nei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Inoltre dall'insieme delle pratiche censite e considerate ai fini di questa prima indagine sono stati estrapolati i progetti di profilo socio sanitario riconosciuti come migliori presso i principali premi, award della sanità, per l'innovazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in Italia: il premio Sanità del Forum PA ed il Premio *Andrea Alesini* del Tribunale per i Diritti del Malato. Individuando quelle che giurie di esperti hanno considerate al momento della vere e propri *best practices*, si intende dare un quadro, seppur impressionistico, delle nuove frontiere di sviluppo dell'assistenza socio sanitaria nel nostro Paese.

Inoltre sono stati considerati anche i progetti presentati presso una nuova fonte acquisita recentemente come partner all'Osservatorio: il salone EuroP.A. luogo di incontro annuale dedicato alle Autonomie Locali giunto alla sua ottava edizione.

La manifestazione nel corso degli anni ha ospitato al suo interno una serie di premi rivolti ai progetti di eccellenza realizzati nella Pubblica Amministrazione locale e centrale. In particolare saranno prese in considerazione le esperienze presentate presso il Premio Innovazione nei Servizi Sociali.

In sintesi la *quarta parte* dell'indagine si articola:

- in un'analisi quantitativa aggiornata dei dati disponibili nel database dell'Osservatorio delle Pratiche della Sanità Italiana;
- nell'individuazione dei progetti di natura socio sanitaria premiati nell'ambito del premio Sanità del Forum PA tra il 2001 ed il 2007;
- nell'individuazione dei progetti di natura socio sanitaria premiati nell'ambito del premio Andrea Alesini tra il 2001 ed il 2007.
- nell'individuazione dei progetti di taglio socio assistenziale ma con forti ricadute sanitarie premiati nell'ambito del Premio Innovazione nei Servizi Sociali tra il 2006 ed il 2007.

In sintesi finale questa indagine non ha alcuna ambizione di essere esaustiva delle esigenze conoscitive connesse ad una conoscenza, ad un monitoraggio e ad una analisi delle esperienze, dei determinanti e delle morfologie organizzative delle reti socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti nel territorio delle diverse Regioni del Paese.

Vuole essere solo un primo contributo ad una osservazione strutturata e riflessiva sulla galassia dell'assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale da sviluppare ed aggiornare nel tempo, dando possibilmente continuità e profondità ben maggiore ad una riflessione condivisa.

### *Conclusioni*

Dal database strutturato in questa prima fase di impianto dell'osservatorio sul socio-sanitario e il socio-assistenziale si possono enucleare delle prime linee di ricerca per il prossimo anno, ovvero, verificare se:

- esiste una correlazione tra i diversi modelli di reti di cure primarie e di prevenzione nelle Regioni e il trend dei loro driver di spesa per i diversi tipi di assistenza territoriale, questo anche in base ad attività di studio e ricerca già svolte da enti vari (Ministero, ASSR, Assessorati, ASR, etc);
- le tipologie di Distretti (forti, deboli, mix, etc.) incidono nei risultati di salute della popolazione assistita;

- ove la presenza "*privata*" è rilevante come si qualifica, ovvero, è "*integrativa*" della presenza pubblica o è "*sostitutiva*" e in tal caso quanto condiziona la morfologia delle reti primarie;
- lo sviluppo di forme centralizzate o associative per la gestione delle attività di back office contribuisce a focalizzare le attività sui *core* sanitari o invece deresponsabilizza le gestioni aziendali, favorendo una nuova forma di burocratizzazione della gestione di questi processi;
- i modelli regionali di reti, che si vanno enucleando nel centro-nord (lombardo, veneto-emiliano, toscano, etc.), quali livelli di efficienza, efficacia ed appropriatezza stanno garantendo e, per contro, quali sono gli elementi ostativi nel centro-sud del Paese per una convergenza verso i modelli più consolidati;
- quanto tutti gli elementi suddetti incidono sulle scelte di programmazione sanitaria delle singole Regioni e ne condizionano le scelte;
- come le policy regionali in sanità in progress riescono a dare risposte più o meno efficaci ed efficienti alle criticità territoriali.

E' evidente che quanto sopra richiede un lavoro di osservazione prolungato e con approfondimenti successivi. Nostra ambizione è avere dato un primo contributo d'avvio a questo percorso.