

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica
a supporto della programmazione e valutazione
delle Politiche di Coesione della Regione Campania

Divari territoriali di qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi



SVIMEZ

PROMOZIONE DI INIZIATIVE DI STUDIO E
RICERCA SOCIOECONOMICA A SUPPORTO
DELLA PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE
DELLE POLITICHE DI COESIONE DELLA
REGIONE CAMPANIA

**Divari territoriali di qualità ed efficienza
nell'erogazione dei servizi**

Roma, luglio 2022

Regione Campania

“Report”

SVIMEZ

Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno

“Report Regione Campania”

PROMOZIONE DI INIZIATIVE DI STUDIO E
RICERCA SOCIOECONOMICA A SUPPORTO
DELLA PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE
DELLE POLITICHE DI COESIONE DELLA
REGIONE CAMPANIA

**Divari territoriali di qualità ed efficienza
nell'erogazione dei servizi**



Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno

INDICE

1. Divari territoriali di qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi	p. 7
1.1. La spesa per i servizi sociali	p. 8
La spesa per servizi sociali delle amministrazioni regionali	p. 16
La spesa per servizi sociali delle amministrazioni comunali	p. 21
Gli interventi per il potenziamento dei servizi sociali e degli asili nido, del PNRR e la programmazione nazionale ed europea 2021-2027	p. 34
Le prestazioni dei servizi sociali	p. 38
1.2. La spesa sanitaria	p. 43
Un confronto internazionale	p. 43
I Sistemi sanitari regionali alla prova della <i>governance</i>	p. 45
Il contenimento della spesa sanitaria in Campania	p. 47
I modelli sanitari	p. 49
I limiti alla spesa per il personale e gli effetti sugli organici	p. 52
I divari territoriali in termini di offerta sanitaria	p. 55
I divari territoriali negli esiti	p. 58
I divari territoriali e la mobilità sanitaria	p. 66
Gli interventi del PNRR	p. 68
1.3. Bibliografia	p. 71

1. *Divari territoriali di qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi*

I divari territoriali nell'erogazione dei servizi vengono approfonditi individuando un paniere di variabili che possono consentire al *policy maker* regionale di valutare l'intensità dei gap esistenti nell'offerta di una serie di servizi essenziali. Il contributo viene sviluppato con riferimento ai sistemi socio-assistenziali e a quelli sanitari, servizi il cui presidio territoriale è diventato ancora più importante a seguito dell'emergenza da Covid-19.

La struttura del contributo si sviluppa quindi in due sezioni, la prima dedicata agli esiti sui servizi sociali, la seconda incentrata sui sistemi sanitari. La trattazione dei contenuti viene adattata ai due ambiti di riferimento, toccando sia gli aspetti di spesa che di misurazione delle prestazioni e ponendo sempre a confronto il sistema campano con i principali aggregati territoriali (Nord, Centro, Sud) e non dimenticando una contestualizzazione di più ampio respiro di quanto osservato in Italia rispetto ai restanti paesi europei.

Più nello specifico, nella sezione dedicata ai **servizi sociali** (*la spesa per i servizi sociali*) si evidenzia come la spesa per protezione sociale al netto di quella pensionistica, pari a circa 100 miliardi, si rapporta al resto d'Europa (*Box: la spesa per protezione sociale: un confronto internazionale*), con una quota di PIL attorno al 7% e un dato pro capite non lontano dai 2.000 euro. La rappresentazione segue poi un approccio per livelli di governo, evidenziando come in capo alle amministrazioni locali venga gestita circa il 10% della spesa. Nello sviluppo della trattazione, la spesa amministrata viene approfondita separatamente per le amministrazioni regionali (*la spesa per servizi sociali delle amministrazioni regionali*) e comunali (*la spesa per servizi sociali delle amministrazioni comunali*). Al mondo dei comuni viene dedicato il maggior approfondimento, essendo il comparto cui maggiormente compete la scelta delle politiche sociali, amministrando circa 7 miliardi di spesa. All'interno del paragrafo una trattazione specifica caratterizza gli asili nido e i restanti servizi sociali (*Confronti sulla spesa sociale dei comuni*), così come l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (*Box: Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale*). Asili nido e assistenza domiciliare rappresentano due ambiti di intervento estremamente attuali nelle *policy* future delle politiche sociali. Chiude la sezione una contestualiz-

zazione rispetto alla programmazione europea e del PNRR (*Gli interventi per il potenziamento dei servizi sociali e degli asili nido, del PNRR e la programmazione nazionale ed europea 2021-2027*), nonché un contributo sulla misurazione delle prestazioni sociali (*Le prestazioni dei servizi sociali*).

Il contributo sui **sistemi sanitari** (*la spesa sanitaria*) prende avvio da un confronto internazionale (*un confronto internazionale*) che evidenzia una spesa sanitaria italiana pari a 128 miliardi, con una quota di PIL non lontana dal 7.5%. La trattazione s'incentra poi sulla spesa regionale (*I sistemi sanitari regionali alla prova della governance*), essendo il livello di governo su cui grava la principale competenza e dedicando uno specifico paragrafo alla regione Campania (*Il contenimento della spesa sanitaria in Campania*). Poiché poi le differenze tra i sistemi sanitari regionali non sono solo in termini di livello di spesa, ma anche nella composizione della stessa, ciò che si approfondisce attiene ai diversi modelli sanitari (*i modelli sanitari*); approfondimento che permette di evidenziare come in alcune realtà ha prevalso un modello centrato sull'assistenza ospedaliera (con grandi centri ospedalieri, anche di eccellenza, e molte prestazioni svolte da enti privati convenzionati), in altre, invece, si è data maggior risalto all'assistenza territoriale. Al di là dell'eterogeneità riscontrata tra i diversi modelli sanitari, essendo i redditi da lavoro dipendente la principale voce di spesa e anche la voce sulla quale hanno inciso maggiormente i tagli alla spesa degli ultimi anni, uno specifico approfondimento viene dedicato all'aspetto assunzionale e agli effetti indotti dal blocco del *turnover* (*i limiti alla spesa di personale e gli effetti sugli organici*). Concludono la sezione tre specifici approfondimenti sui divari territoriali, misurati in termini di offerta (*i divari territoriali in termini di offerta sanitaria*) ed esiti (*i divari territoriali negli esiti*) e al rapporto con la mobilità sanitaria (*divari territoriali e mobilità sanitaria*). In chiusura si riportano infine, in parallelo con quanto fatto sui servizi sociali, le principali linee di spesa incluse nel PNRR (*Gli interventi del PNRR*).

1.1. *La spesa per i servizi sociali*

Quando si tratta di servizi sociali occorre avere a mente che l'aggregato di spesa per la Protezione sociale include anche tutta la spesa

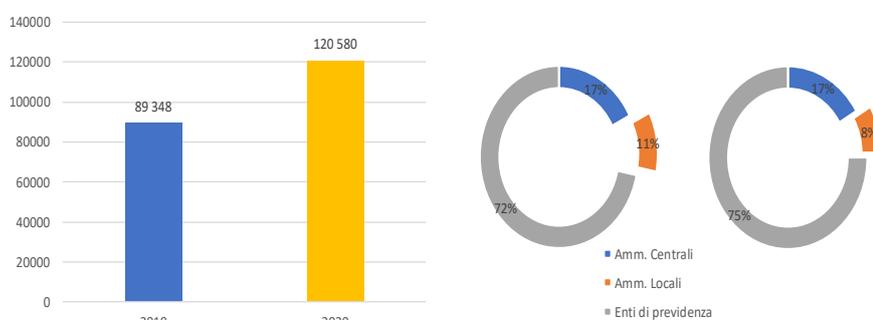
Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

pensionistica. Per l'Italia, dei circa 400 miliardi di spesa totale per la Protezione sociale, quasi 300 miliardi sono infatti da attribuire alla spesa pensionistica¹. La restante spesa per servizi sociali che costituisce l'oggetto di questo paragrafo, pari a poco più di 100 miliardi, viene realizzata da diversi livelli di governo e si compone di innumerevoli interventi, indirizzati verso fasce della popolazione altrettanto eterogenei.

Grafico 1: La spesa sociale in Italia al netto delle pensioni

Milioni di euro, Anno 2019 e 2020

Composizione percentuale, Anno 2019 e 2020



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Istat

Il Grafico 1, nella sua parte a sinistra, offre una prima panoramica del livello della **spesa italiana al netto delle pensioni**, la quale si è assestata nel 2020 a oltre 120 miliardi di euro, con un incremento considerevole, superiore a 30 miliardi rispetto all'anno precedente. Senza dubbio,

¹ Il dato sulla spesa per i servizi sociali delle Amministrazioni Pubbliche è quello rappresentato nei conti "Voci di spesa per funzione" all'interno della banca dati Istat, sezione Conti Nazionali, Conti ed aggregati economici delle Pubbliche Amministrazioni. Il valore della spesa per i servizi sociali (aggregato G100, protezione sociale) è di poco meno di 380 miliardi nel 2019 e di 416 miliardi nel 2020, scontando un incremento legato all'effetto del Covid-19. Si tratta di spesa complessiva (corrente e in conto capitale), essendo tuttavia la parte di spesa in conto capitale trascurabile e pari nel 2019 a 660 milioni. Nel presente contributo la spesa pensionistica viene identificata con la classificazione Istat afferente a "Vecchiaia" e "Superstiti", pari rispettivamente per il 2019 a 243 miliardi e a 46 miliardi. Una spesa per protezione sociale pari a 524 miliardi per il 2019 (dato provvisorio) viene rappresentata da Eurostat per l'Italia, tale spesa include anche una parte sanitaria non considerata nella classificazione COFOG Istat.

tale incremento rappresenta, almeno parzialmente, la risposta ad una situazione di emergenza sanitaria ed economica e ciò costituisce una avvertenza necessaria per inquadrare meglio i dati esposti. In futuro sarà interessante valutare quanto la maggior spesa del 2020 tenderà a confermarsi negli anni successivi.

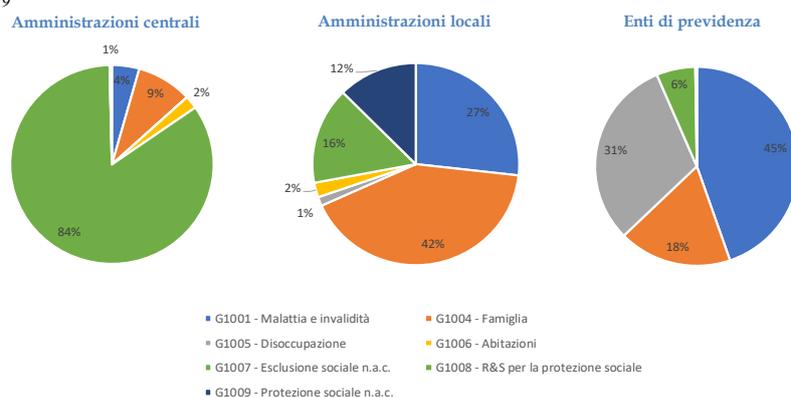
A destra del Grafico 1, utilizzando la classificazione della spesa per funzione e per settore istituzionale (d'ora in poi COFOG), si riporta invece una prima rappresentazione della **spesa per livelli di governo**, sempre nettata dalla componente pensionistica: in entrambe le annualità considerate, quasi 3/4 delle risorse per la spesa sociale sono erogate dagli enti di previdenza², mentre il 17% è sostenuta dalle amministrazioni centrali e circa il 10% dalle amministrazioni locali.

Nel proseguo del paragrafo, l'attenzione sarà posta sulla spesa realizzata dalle amministrazioni locali, in particolare dalle Regioni e dai Comuni. Ove possibile, saranno comunque mantenute ambedue le annualità, così da evidenziare nei dati sia la situazione strutturale pre-pandemica, sia l'effetto delle misure conseguenti al Covid-19.

Leggendo congiuntamente le informazioni presenti nel Grafico 1, emerge che le risorse destinate ai servizi sociali dalle amministrazioni locali, sono circa 9 miliardi di euro nel 2019.

Grafico 2: Dettaglio della spesa per Protezione sociale, al netto delle pensioni

Anno 2019



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Istat

² Le quote percentuali sono calcolate a partire da livelli di spesa depurati del valore dei trasferimenti che hanno luogo tra i vari livelli dell'amministrazione.

Volendo analizzare la spesa sociale per livelli di governo, il Grafico 2 ne mostra la composizione interna, sfruttando sempre la classificazione COFOG. Emerge così come le risorse che le varie amministrazioni erogano hanno finalità ben diverse. Se, infatti, la quota maggiore delle risorse delle amministrazioni centrali, pari all'84%, è destinata a progetti improntati alla riduzione del fenomeno dell'esclusione sociale³, tale obiettivo di spesa rappresenta per le amministrazioni locali e gli enti di previdenza una quota significativamente più contenuta, rispettivamente pari al 16% e al 6%. Per queste due tipologie di amministrazioni, difatti, una quota rilevante delle proprie risorse viene investita in progetti destinati al supporto delle famiglie (rispettivamente pari al 42% nelle amministrazioni locali e al 18% per gli enti di previdenza) e ai soggetti affetti da malattia o invalidità (27% e 45%). La somma delle due tipologie rappresenta invece solo il 13% della spesa delle amministrazioni centrali.

In modo analogo, le misure che rientrano sotto la dicitura "disoccupazione", vengono finanziate in larga parte dagli enti di previdenza, per cui costituiscono oltre il 30% delle risorse impiegate. Negli altri due casi costituiscono una quota puramente irrisoria.⁴

Simile situazione si riscontra focalizzandosi sulla spesa per protezione sociale, che viene sostenuta quasi esclusivamente dalle amministrazioni locali, per le quali si impiegano il 12% delle risorse.⁵ Infine, con riguardo alla spesa a sostegno delle soluzioni abitative, essa assorbe una quota minima di fondi, pari al 2% per amministrazioni centrali e locali.

Come già anticipato, l'analisi appena esposta sulla differenziazione della spesa delle amministrazioni pubbliche per funzioni può essere eseguita proprio grazie all'utilizzo della COFOG, metodo di classificazione internazionali dei bilanci pubblici. Si tratta di una metodologia che si articola su tre livelli gerarchici, opportunamente dettagliata tale da riuscire a cogliere le varie funzioni di spesa, ma che rimane sufficientemente generale da essere applicata a diversi Paesi.

³ E' la funzione di spesa G1007.

⁴ E' la funzione di spesa G1005.

⁵ E' la funzione di spesa G1009.

Al contempo, tuttavia, va evidenziato come la classificazione non è esente da limiti: per i dati italiani, essa viene resa disponibile per i tre grandi aggregati (centrali, locali e enti di previdenza), mentre un approfondimento sulle singole tipologie di amministrazioni è possibile unicamente dai bilanci, i quali seguono un altro criterio di classificazione, articolato per missioni e di programmi. In altre parole, non si dispone di un dettaglio della spesa sociale e della sua composizione, così come classificata secondo la COFOG, all'interno dell'aggregato delle amministrazioni locali, ossia distinguendo quanta parte di spesa viene effettuata dalle regioni, dalle province, dai comuni, etc.⁶.

L'unico strumento per ottenere queste informazioni è quindi costituito dai bilanci, sebbene sussista un altro *caveat*. Non è infatti possibile identificare per ciascuna funzione il peso dei trasferimenti tra i diversi livelli di governo, pertanto il dato che se ne trae non è pienamente rappresentativo delle risorse spese da ciascun ente. Infine, come si vedrà in seguito, circa le amministrazioni comunali, il bilancio armonizzato non è l'unica fonte informativa: è possibile ottenere informazioni sia dalla riclassificazione operata nella definizione dei Fabbisogni *standard*, sia dalla spesa riportata nella banca dati ISTAT.

BOX: La spesa per Protezione sociale: un confronto internazionale

È possibile procedere ad uno sguardo della situazione della spesa sociale a livello internazionale, inquadrandone le similitudini e le differenze. La Tavola 1 consente di volgere un primo sguardo alla situazione in Europa sulla spesa complessiva al netto di quella pensionistica (espressa in milioni di euro). I paesi della Comunità Europea decidono di allocare una quantità diversa di fondi per sovvenzionare le politiche sociali nel proprio paese: in alcuni casi si tratta di scelte politiche, quantificabili in termini di maggiori o minori punti percentuali del PIL che sono dedicati a tali voci di spesa; in altri casi, si tratta di scelte dovute, obbligate, conseguenza dell'avere a disposizione una quantità di risorse più contenuta. Quello che certamente emerge dal confronto dei dati assoluti, così come da quanto verrà commentato sul dato della spesa pro capite e

⁶ Va precisato che l'Istat mette a disposizione anche i dati sui consumi finali che vengono realizzati dalla pubblica amministrazione, offrendo anche una scomposizione del dato per territorio. Tuttavia, è possibile leggere solo l'ammontare della spesa per Protezione sociale e non la sua scomposizione, quindi il dato finale risulta al lordo della spesa per vecchiaia e superstiti.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

poi in quota del PIL, il 2020 ha segnato un anno in cui la spesa sociale è aumentata ovunque, sebbene in misura variabile. Nello specifico, si nota già che paesi come Italia e Spagna, per popolazione confrontabili con Francia e Germania, hanno colto l'occasione generatasi dalla crisi sanitaria per incrementare in maniera decisiva la propria spesa per la Protezione sociale, riducendo quindi la distanza che intercorre tra di loro. Maggiori informazioni su similitudini e differenze di spesa possono essere colte in maniera immediata dall'osservazione dei seguenti grafici.

Il Grafico 3 rappresenta il valore della spesa per Protezione sociale, al netto della spesa pensionistica, in percentuale del PIL per un sottinsieme di paesi europei. Dal confronto internazionale per il 2019 si possono individuare tre gruppi di paesi: la spesa minore viene registrata in Grecia e Portogallo, i quali impiegano meno del 4% del proprio prodotto interno lordo, seguono Italia, Spagna ed Austria che dedicano quasi tra il 5% e il 6,5% del proprio PIL alle politiche sociali; i restanti paesi possono essere definiti i più virtuosi, in quanto dedicano alla Protezione sociale tra l'8% e il 9,5% del proprio PIL. Questo tipo di rappresentazione fa emergere le decisioni dei governi sulla destinazione dei propri fondi e rappresenta una prima possibile chiave di lettura della questione. L'altra dimensione da considerare per completare il quadro informativo è costituita dal confronto internazionale della spesa non in percentuale del PIL ma in termini pro capite.

Tavola 1: La spesa per Protezione sociale al netto di vecchiaia e superstiti per i principali paesi europei

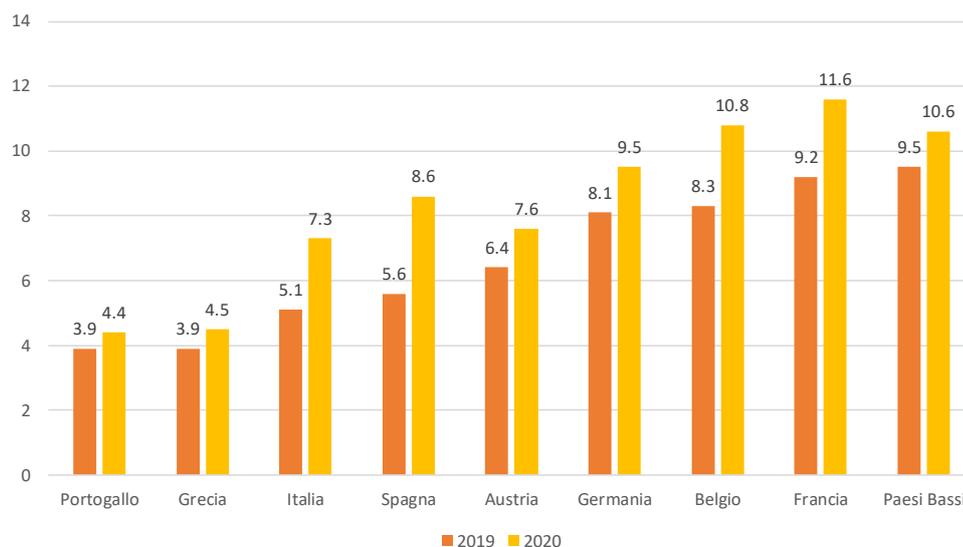
Milioni di euro, Anno 2019 e 2020

Spesa al netto della vecchiaia	2019	2020	Variazione
Portogallo	8.447 €	8.946 €	5,91%
Grecia	7.156 €	7.403 €	3,45%
Austria	24.899 €	28.635 €	15,00%
Italia	89.348 €	120.580 €	34,96%
Paesi Bassi	77.540 €	85.169 €	9,84%
Spagna	69.624 €	96.135 €	38,08%
Germania	282.580 €	318.776 €	12,81%
Belgio	39.849 €	49.528 €	24,29%
Francia	226.062 €	267.327 €	18,25%

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Eurostat.

Grafico 3: La spesa sociale dei principali paesi europei, al netto delle pensioni

Valori in % del PIL, Anno 2019 e 2020



Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Eurostat

Il Grafico 4 mette in risalto ulteriori dissimilarità, non in tutti i casi positive. Nel caso di Paesi Bassi e Belgio, ad esempio, essendo paesi di dimensioni ridotte ma con relativamente alti redditi pro capite, la spesa per abitante risulta piuttosto elevata, rispettivamente pari a €4.450 e €3.450, maggiore anche della spesa francese che, guardando ai valori in percentuale del PIL, costituiva invece il caso più virtuoso. Diametralmente opposta è la situazione per Italia e Spagna: sebbene decidano di dedicare alle politiche sociali una quota di risorse non distante da quanto accade in paesi limitrofi, la spesa pro capite appare decisamente più contenuta, a riconferma di una minor ricchezza disponibile in questi paesi. In entrambi i casi, la spesa ammonta a quasi €1.500 per abitante.

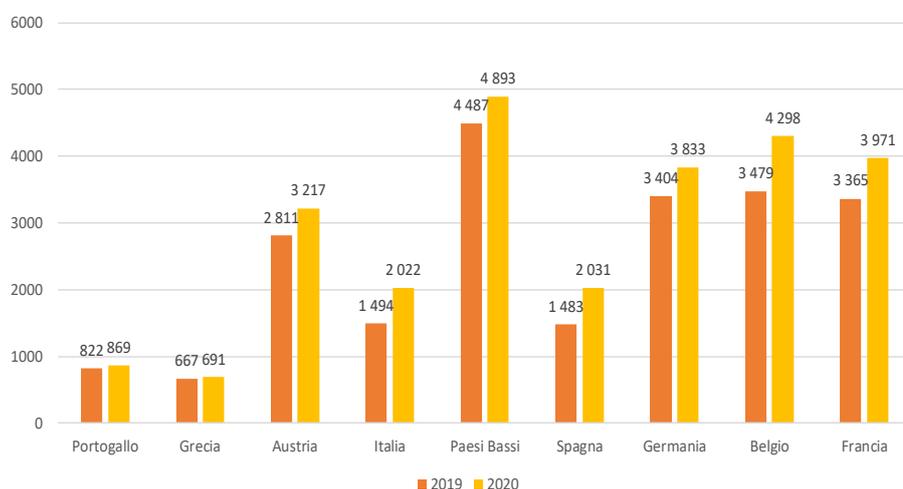
I grafici danno anche la possibilità di guardare alla variazione nel tempo della spesa per servizi sociali nel 2020 rispetto all'anno precedente. In tutti i paesi rappresentati, sia guardando alla quota della spesa in percentuale del PIL, sia al valore della spesa pro capite, è possibile notare un aumento della spesa per servizi sociali. La crescita non è stata tuttavia

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

omogenea: mentre Grecia e Portogallo, così come anche Austria e Germania, hanno registrato una crescita limitata, Italia e Spagna hanno recuperato buona parte del divario che precedentemente registravano rispetto ai paesi più virtuosi, gestendo una spesa sociale che si assesta rispettivamente al 7,3% e all'8,6% del PIL, valore che si tramuta in un incremento di circa €500 per abitante.

Grafico 4: La spesa sociale pro capite dei principali paesi europei, al netto delle pensioni

Valori in euro, Anno 2019 e 2020



Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Eurostat

Come nell'anno precedente, la Francia rimane anche nel 2020 il paese che destina una quota maggiore del proprio prodotto interno lordo alla spesa per Protezione sociale, pari al 11,6%; similmente Paesi Bassi e Belgio si confermano i paesi con la spesa pro capite più alta. È tuttavia necessario rammentare che l'incremento della spesa manifestatosi nel 2020 è, almeno in buona parte, dovuto alle maggiori necessità scatenate dall'emergenza sanitaria generata dalla diffusione del Covid-19. I paesi che hanno avuto un incremento maggiore, Italia e Spagna, sono difatti anche quei paesi maggiormente colpiti dalla crisi sanitaria e dalla crisi economica che ne è stata conseguenza.

La spesa per servizi sociali delle amministrazioni regionali

La presente sezione si pone come obiettivo quello di analizzare con maggior dettaglio la spesa per la Protezione sociale che viene sostenuta dalle regioni. Come già precedentemente evidenziato, le informazioni sulla **spesa delle regioni** possono essere estratte dai bilanci armonizzati, riclassificati per missioni e programmi⁷.

Come si vede dal Grafico 5, da un punto di vista generale, la spesa sociale delle Regioni risulta di poco inferiore a 4 miliardi di euro nel 2019, valore che aumenta fino a 4,5 miliardi nell'anno successivo. Va qui ricordato che rispetto ai dati presentati nel precedente paragrafo, la spesa sociale delle Regioni è qui al lordo dei trasferimenti ad altri enti pubblici⁸. Come conseguenza, il valore complessivo della spesa regionale va utilizzato come indicazione complessiva delle risorse che le regioni gestiscono in ambito sociale, senza tuttavia poter distinguere la parte di spesa che le stesse trasferiscono ai Comuni da quella con cui effettivamente erogano servizi all'utente finale.

Il Grafico 5, oltre a riportare il valore totale della spesa nelle due annualità, permette di evidenziare l'ammontare della spesa realizzata dalle cinque regioni a Statuto speciali (RSS) e le regioni a statuto ordinario (RSO). Con riferimento al 2019, si nota come quanto speso dalle RSS è inferiore a quanto destinato dalle RSO per poco meno di 40 milioni di euro. Il divario si amplia fino a mezzo miliardo di euro, sempre a favore delle regioni a statuto ordinario, nell'anno seguente, probabilmente perché contestualmente all'emergenza pandemica le regioni a statuto ordinario hanno incrementato la loro spesa, riducendo il *gap* con le regioni a

⁷ I bilanci delle regioni possono essere facilmente consultabili dal pubblico grazie BDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche), in conformità con le disposizioni della legge 196/2009. I valori riportati sono espressione della spesa totale al netto della spesa in conto capitale (conseguenza delle scelte di investimento delle amministrazioni, le quali possono variare in modo significativo da un anno al successivo); la voce di spesa prescelta è costituita dagli "impieghi" in quanto meglio capace di bilanciare tra la programmazione della spesa e il pagamento effettivo delle somme.

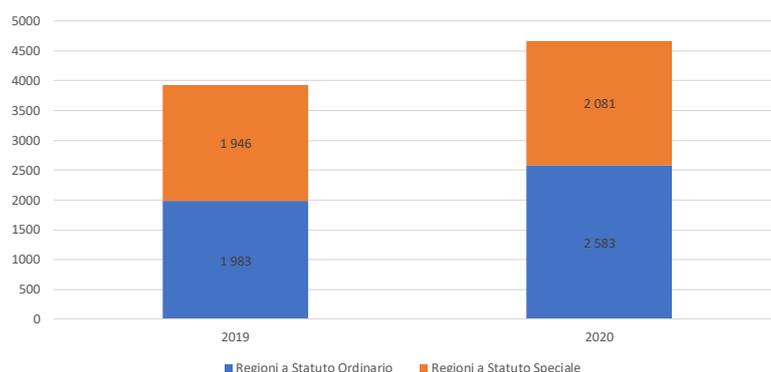
⁸ Nella riclassificazione dei bilanci regionali, non è possibile individuare tale ammontare, incluso invece nella generica voce "trasferimenti correnti" e che quindi non permette di distinguerne la destinazione agli altri Enti Pubblici da quelli ad altre istituzioni o utenti.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

statuto speciale, la cui spesa era piuttosto alta già nell'anno precedente (e moderatamente cresciuta nel 2020).

Grafico 5: Spesa per Protezione sociale italiana

Valori in milioni di euro, Anno 2019 e 2020



N.B. I dati della regioni Abruzzo, Campania, Lazio, Sardegna sono estratti dal relativo bilancio.

I dati della regione Sicilia non sono disponibili per l'anno 2020, viene quindi usato il dato 2019.

Per la regione Basilicata, si usano quindi i dati del bilancio 2018 per entrambe le annualità.

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati BDAP

Si coglie immediatamente che esiste un divario tra le due tipologie istituzionali, considerando che cinque regioni realizzano una spesa confrontabile con quella sostenuta da quindici regioni. Difatti, le RSS vivono una condizione legislativa che assicura loro un ampio grado di discrezionalità e autonomia, rendendole delle realtà a sé stanti. Nel presente lavoro si è quindi deciso di svolgere i confronti interregionali concentrando l'attenzione sulle RSO, omogenee per autonomia e poteri, in quanto solo per esse è maggiormente possibile produrre risultati consistenti.

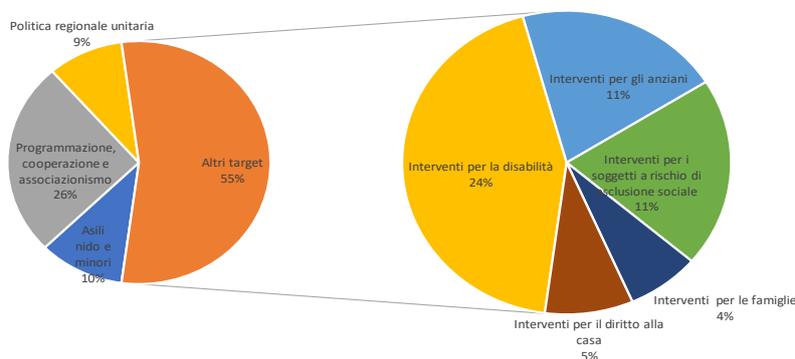
Per guardare nel dettaglio la spesa sociale delle Regioni è possibile, come ricordato in precedenza, consultare i bilanci (rendiconti finanziari) articolati per missioni, programmi e servizi. La voce di spesa è quella relativa alla missione 12, denominata "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", la quale si articola in dieci diversi programmi. Il Grafico 6 offre una panoramica su come la spesa delle regioni per il sociale sia articolata, utilizzando una rappresentazione in due sezioni, la prima

più aggregata (grafico di sinistra), la seconda (grafico di destra) di approfondimento, volta a dettagliare una delle componenti del grafico aggregato.

È possibile quindi realizzare una prima riclassificazione della spesa per area di servizio, ossia definendo quattro raggruppamenti sulla base dei programmi di intervento: il primo è “Asili nido e minori” (cui è destinato il 10% delle risorse), il secondo è “Programmazione, cooperazione e associazionismo”⁹ (26%), mentre la “Politica regionale unitaria”¹⁰ (9%) costituisce una voce di spesa a sé stante; infine, si riporta in una categoria residuale “Altri target” ottenuta accorpare diversi programmi, la quale appunto raccoglie i progetti per varie categorie di utenti, quali disabili, anziani, famiglie, etc. Quest’ultima voce di spesa, includendo diverse tipologie di utenti e altrettanti programmi, risulta la più consistente, assorbendo il 55% delle risorse totali.

Grafico 6: Articolazione della spesa sociale delle RSO per area di servizio

Anno 2019



N.B. I dati della regione Abruzzo sono estratti dal relativo bilancio; i dati della regione Basilicata fanno riferimento all'anno 2018
Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati BDAP

⁹ Realizzato come una somma del Programma 7 “Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e assistenziali” e del Programma 8 “Cooperazione e associazionismo”

¹⁰ La “Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia” rappresenta una voce di spesa spiccatamente regionale, che infatti non si ritroverà nell’analisi della spesa dei comuni. Al contrario, le Regioni non destinano risorse al Servizio necroscopico e cimiteriale (Programma 9, Missione 12), il quale ricade totalmente sulle amministrazioni comunali.

La parte destra del Grafico permette di identificare singolarmente le voci che costituiscono questo grande aggregato: la quota maggiore viene spesa negli interventi per la disabilità, voce che da sola rappresenta il 24% dell'intera spesa sociale. Seguono, per importo, gli interventi per gli anziani, per i soggetti a rischio di esclusione sociale, ciascuno dei quali costituisce l'11% dell'intera spesa; le risorse destinate alle famiglie e agli interventi per il diritto della casa sono molto più contenute, pari circa al 5% del totale ciascuno. La scomposizione della spesa per Programmi, infine, offre informazioni più dettagliate anche per l'aggregato "programmazione, cooperazione e associazionismo". La spesa destinata alla programmazione e alla gestione della rete dei servizi sociosanitari e sociali è evidentemente la più consistente (pari al 24% della spesa totale, dettaglio non riportato nella Figura), tanto che gli interventi per cooperazione e associazionismo risultano quasi marginali.

È opportuno rammentare che buona parte delle risorse spese dalle Regioni costituisce dei trasferimenti fatti a favore di vari enti, tra cui i Comuni e gli Ambiti territoriali. Come già ampiamente argomentato, pur avendo coscienza del fenomeno, non è possibile determinarne il valore. Le informazioni circa la spesa sociale delle regioni, di conseguenza, potrebbero in una certa parte non essere spese finali a favore degli utenti, ma trasferimenti verso quegli enti, tra cui i Comuni, che realizzano effettivamente la spesa.

Dopo aver definito il contesto generale italiano ed internazionale dell'offerta dei servizi dedicati alla Protezione sociale dalle amministrazioni, il Grafico 7 offre una prima occasione per addentrarci nell'analisi dei divari territoriali presenti in Italia. Nello specifico, l'attenzione andrà ad essere concentrata sul territorio della regione Campania, focus della nostra analisi, con l'obiettivo non solo di descrivere l'attualità dell'offerta dei servizi a carattere sociale, ma anche con il fine di inquadrare la situazione campana nel confronto con il resto del territorio italiano.

Nel Grafico 7 viene inoltre proposta una stima circa l'ammontare della spesa delle regioni al netto dei trasferimenti ai livelli istituzionali più bassi. Per giungere a tale risultato, si utilizzerà come *proxy* il totale delle entrate dei comuni provenienti dalle regioni, informazione che vie-

ne raccolta dal questionario sui fabbisogni (Questionario IFEL-SOSE) annualmente somministrato alle amministrazioni comunali. Nella parte sinistra del grafico, viene rappresentata la scomposizione del dato aggregato delle Regioni a Statuto Ordinario, evidenziando il peso medio dei trasferimenti ai Comuni (circa il 30%) sulle uscite dell'amministrazione regionale. Nella parte destra del grafico, viene riportato il dato dei servizi regionali pro capite, depurato del valore dei trasferimenti¹¹.

Con l'obiettivo di porre l'accento su quanto fatto dalla Regione Campania, inserendola nel quadro complessivo nazionale, nel grafico viene offerta una rappresentazione della spesa pro capite non per la sola Campania, ma di tutte le RSO raggruppate per aree geografiche. Infine, la linea arancione rappresenta il valore della spesa regionale netta pro capite per l'intero territorio italiano, pari a €17. Rispetto alla media nazionale, le regioni del Nord e del Sud si collocano poco al di sotto, con una spesa per abitante pari a €16; al contrario, le regioni del Centro Italia (Toscana, Umbria, Lazio, Marche) si collocano ad un livello superiore la media nazionale, registrando una spesa per abitante che si assesta a €21.

In questo quadro generale, in virtù di quanto emerge dal Questionario IFEL-SOSE, sul totale della spesa per Protezione sociale dell'amministrazione regionale, circa il 50% costituisce trasferimenti a favore dei comuni campani. In altre parole, si deduce che **oltre la metà dei quasi 114 milioni di euro impegnati dalla regione Campania (circa 55 milioni) costituiscono fondi destinati al finanziamento di programmi regionali in materia di servizi sociali**. Rapportando tale valore alla popolazione, la spesa si assesta a €9 per abitante, **un dato che si colloca su un piano decisamente inferiore non solo alla media italiana, ma anche alla media delle regioni del Mezzogiorno**.

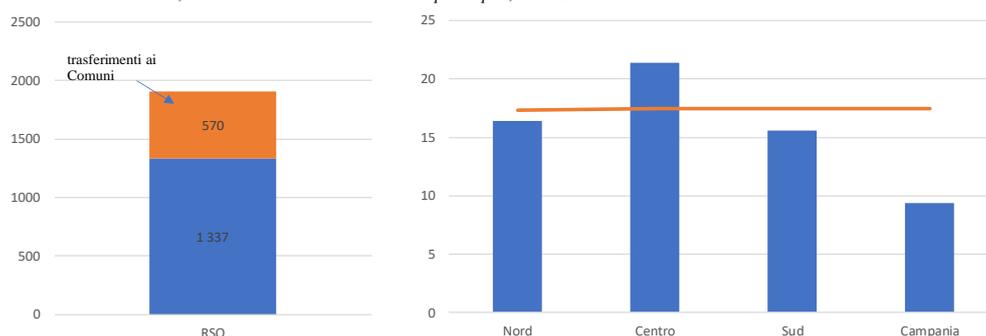
¹¹ Un'altra possibile *proxy* è costituita dal macroaggregato "Trasferimenti" della Missione 12, ancorché lo stesso include non solo quanto trasferito ai Comuni ma anche quanto trasferito ad Altri Enti Pubblici ed anche eventuali contributi economici direttamente erogati agli utenti finali. Per le regioni a statuto ordinario tale ammontare è pari a circa 1,3 miliardi. Un valore ben più alto di quanto emerge dal Questionario IFEL-SOSE. Al tempo stesso, le evidenze circa il peso dei trasferimenti ai Comuni sul totale della spesa delle Regioni ottengono solo parziale conferma guardando alle informazioni sulle fonti di finanziamento della spesa sociale delle amministrazioni comunali. Nel report "*Spesa dei comuni per i servizi sociali*" (Istat, 2018) le entrate che le amministrazioni comunali ricevono dalle Regioni RSO e RSS come fondo regionale con vincolo di spesa per i servizi alla socialità sono circa il 18%. In via prudenziale, si è mantenuta la *proxy* più conservativa.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Grafico 7: Spesa per Protezione sociale delle amministrazioni regionali, al netto dei trasferimenti ai comuni

Valori in milioni di euro, Anno 2017

Euro pro-capite, Anno 2017



Legenda:

- Nord: Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna
- Centro: Toscana, Umbria, Lazio, Marche
- Sud: Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Basilicata, Calabria

N.B. I dati per la Regione Abruzzo sono stati desunti dal relativo bilancio

Con riferimento alla regione Molise, dai dati trovati si è supposto che tutte le spese regionali si trasformino in trasferimenti.

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati BDAP, Questionario IFEL-SOSE, rendiconti regionali

Nella lettura dei dati, tuttavia, va tenuto in considerazione che la quota di risorse regionali trasferite ai comuni risulta altamente eterogenea non solo tra le macro-aree, ma anche tra le singole regioni. Nel Sud Italia, ad esempio, si passa da una quota di trasferimenti minima del 13% registrata in Calabria, ad una quota massima del 95% che si manifesta in Puglia e del 100% in Basilicata; tali percentuali si traducono rispettivamente in una maggiore e minore spesa regionale pro capite.

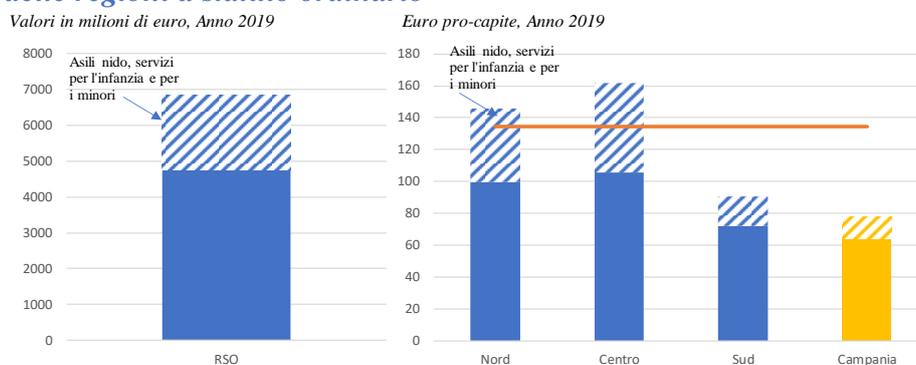
La spesa per servizi sociali delle amministrazioni comunali

Le Regioni, in qualità di amministrazioni locali, pur gestendo in autonomia alcuni programmi di spesa nel campo della Protezione sociale, trasferiscono molte risorse ai comuni e agli ambiti territoriali sociali (d'ora in poi ATS). Riferendosi nuovamente all'articolazione per missioni e programmi del bilancio, la **spesa sociale per i Comuni delle RSO** ammonta a circa 6,8 miliardi nel 2019 (si ricorda che la spesa delle am-

ministrazioni regionali delle RSO al lordo dei trasferimenti, non supera i 2 miliardi). Questa scelta di gestione delle risorse e dei servizi è mutuata in virtù dalla consapevolezza che le amministrazioni comunali (anche quando raggruppate in ATS) sono geograficamente più vicine ai cittadini, agli utenti finali e pertanto hanno maggiore coscienza e conoscenza dei loro bisogni e possono implementare i servizi necessari. L'idea, dunque, è che siano maggiormente in grado di gestire le risorse a disposizione nel modo più efficiente ed efficace possibile, in virtù delle specifiche necessità che emergono nel territorio. Possiamo quindi affermare che, tra le amministrazioni locali, il ruolo di principale ente finanziatore della spesa pubblica per i servizi sociali è giocato dai Comuni.

Il Grafico 8, nella parte di sinistra, individua l'ammontare della spesa per Protezione sociale sostenuta da tutti i comuni collocati in regioni a statuto ordinario; nella parte di destra, invece, si riporta il dato pro capite per area geografica, con il dettaglio delle amministrazioni comunali campane. In tutti e due i grafici, la parte tratteggiata rappresenta la parte di spesa che finanzia servizi a favore di minori, compresi le somme destinate agli asili nido.

Grafico 8: Spesa per Protezione sociale delle amministrazioni comunali delle regioni a statuto ordinario



Legenda:
Nord: Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna
Centro: Toscana, Umbria, Lazio, Marche
Sud: Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Basilicata, Calabria

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati BDAP

Si nota immediatamente che l'ammontare delle risorse impiegate dai comuni italiani per Protezione sociale è senza dubbio molto differen-

ziata sul territorio italiano. A partire da una spesa pro capite media italiana di €134, i territori del Nord e del Centro si collocano oltre il valore nazionale, con le relative amministrazioni comunali che spendono in media rispettivamente €146 e €162 per abitante. Il Sud Italia si ferma ad appena €90 pro capite, dato comunque superiore alla spesa dei comuni campani, che scende a €78 pro capite.

I dati offerti dalla BDAP, tuttavia, non sono gli unici consultabili per avere contezza della spesa sociale realizzata dai comuni. Un'ulteriore banca dati è quella che proviene dalla raccolta di informazioni ai fini della determinazione dei fabbisogni *standard* dei comuni (d'ora in poi Questionario IFEL-SOSE). Si tratta di un'operazione che si applica solo alle regioni a Statuto ordinario e che permette di riclassificare la spesa giungendo ad un dato che si avvicina maggiormente alla spesa effettiva. Infatti, grazie al questionario, il dato desunto dal rendiconto viene "corretto" per tener conto di eventuali voci che non transitano dal bilancio, consentendo inoltre di identificare le risorse finalizzate al solo finanziamento della spesa per asili nido.

Il Grafico 9 viene costruito a partire dai dati estratti dal Questionario IFEL-SOSE, con riferimento al 2017. L'utilizzo dell'annualità 2017 deriva dalla maggior robustezza delle informazioni raccolte, essendo gli stessi dati quelli utilizzati per la definizione degli obiettivi dei servizi sociali e il relativo ed il conseguente monitoraggio, come da L.178/2020 (art. 1, c. 791) che ha stanziato 651 milioni a regime per finanziare il potenziamento dei servizi sociali nel mondo comunale.

Sebbene facciano quindi riferimento a due annualità differenti, i risultati offerti dalle due banche dati sostanzialmente sono coerenti tra di loro. Nel Grafico 9 vengono riportati i dati distinguendo i servizi sociali (inclusi i servizi per i minori e per l'infanzia) e quelli per l'asilo nido. La parte sinistra del grafico riporta l'ammontare della spesa sociale per abitante, per area geografica, evidenziando inoltre il dettaglio della Regione Campania (colonna in giallo) e il valore della spesa nazionale pro capite (linea arancione).

Sui servizi sociali, data una spesa media italiana pari a €100, le regioni del Nord e del Centro si collocano su un livello di poco superiore, registrando rispettivamente una spesa media delle amministrazioni comunali pari a €113 e €110 per abitante. **Il Sud, invece, registra una spe-**

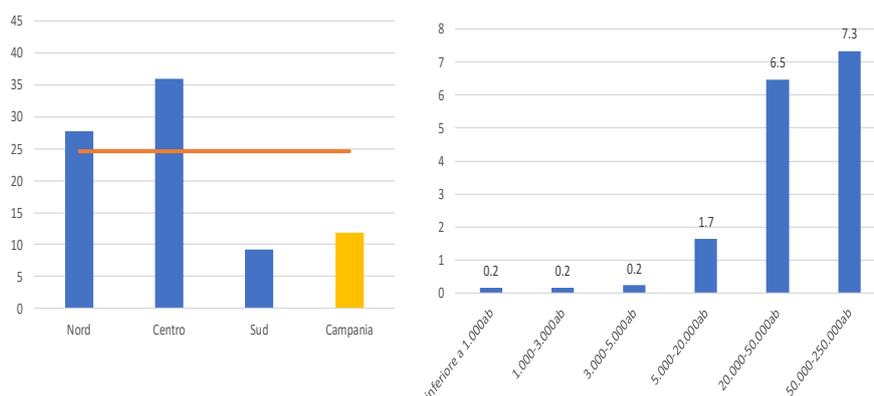
sa nettamente inferiore al dato nazionale: nell'area, infatti, i comuni spendono in media €66 pro capite per il sociale; nello specifico della Campania, il dato è ancora più contenuto, pari a €55 per abitante. Sugli asili nido, la rappresentazione è altrettanto eterogenea tra le aree territoriali, complice la bassa diffusione del servizio stesso, con un dato pro capite italiano che si attesta attorno ai €25, e quello di Sud e della Campania non lontano dai €10.

Come già accennato, un obiettivo centrale del capitolo è indagare la disponibilità dei servizi sociali all'interno della Regione Campania, nonché i divari territoriali lungo la penisola. Per questo motivo, è utile valutare la spesa sociale offrendone una rappresentazione di dettaglio in relazione alla classe dimensionale dei comuni ed alla provincia di appartenenza.

La parte destra del Grafico 9, difatti, raccoglie i dati della spesa pro capite dei comuni campani, raggruppati sulla base della loro dimensione. Va specificato, come *caveat* necessario prima di procedere all'analisi del grafico, che è stato escluso il Comune di Napoli, unico comune nell'intera regione a superare i 250.000 abitanti (la popolazione di Napoli era pari a 966.144 abitanti nel 2017, con una spesa pro capite pari a €70).

Grafico 9: Confronti sulla spesa sociale dei comuni⁽¹⁾ campani Asili nido

Valori in euro pro-capite, Anno 2017

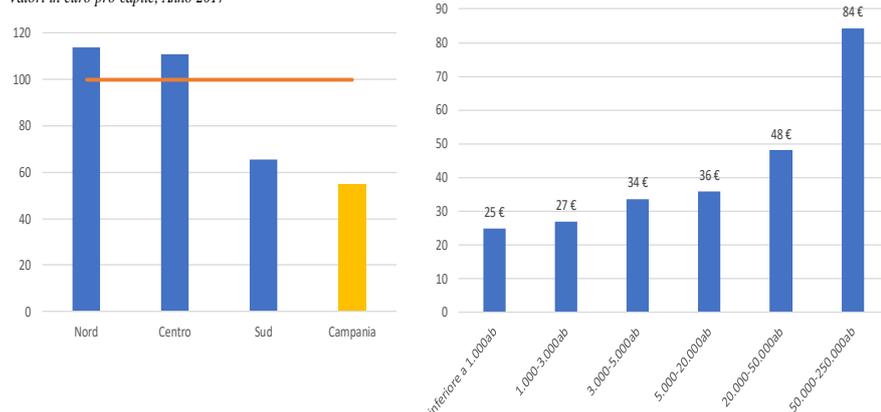


⁽¹⁾ Comuni RSO al 2021. Media ponderata per la popolazione. Distribuzione troncata al 99° percentile. Il grafico per classi di abitanti esclude il Comune di Napoli

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Servizi sociali (al netto dell'asilo nido)

Valori in euro pro-capite, Anno 2017



⁽¹⁾ Comuni RSO al 2021. Media ponderata per la popolazione. Distribuzione troncata al 99° percentile. Il grafico per classi di abitanti esclude il Comune di Napoli

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Questionario IFEL-SOSE

Per meglio apprezzare i risultati, si ricordi che i comuni appartenenti all'ultima classe dimensionale, quelli caratterizzati da un numero di abitanti tra 50.000 e 250.000, è contenuto, pari a 18. Difatti, dei 550 comuni campani che costituiscono il campione, circa il 60% è costituito da amministrazioni con un numero di abitanti inferiore a 5.000.

Per i servizi sociali, dato l'ammontare della spesa sociale dei comuni campani pari €55, si nota subito che le prime quattro classi dimensionali sono caratterizzate da una spesa per abitante inferiore. I comuni con una spesa più bassa sono quelli che appartengono alle classi di comuni con popolazione inferiore a 1.000 e compresa tra 1.000 e 3.000 abitanti, nei quali si registra una spesa media pari a circa €30. Le classi successive, quelle con popolazione 3.000-5.000 e 5.000-20.000, registrano rispettivamente una spesa lievemente superiore, pari a €34 e €36 per abitante. Le ultime due classi di comuni si caratterizzano da una spesa pro capite rispettivamente pari a €48 e i €84.

Sugli asili nido, questo fenomeno è più marcato con le classi che fino a 50.000 abitanti presentano una spesa non molto distante da €1 per abitante, e le ultime due classi che invece raggiungono poco meno di €7.

Va sempre ribadito che si tratta di spesa pro capite e che, soprattutto per gli asili nido, servizio a domanda individuale la cui diffusione è piuttosto contenuta, tale valore nulla ha a che vedere con la spesa sostenuta dai comuni che presentano il servizio.

La Tavola 2 permette di approfondire meglio l'articolazione della spesa dei comuni campani per classe dimensionale, riportando non solo il dato della media¹² ma anche del 1° e 9° decile e della mediana (ossia il 5° decile). Per il servizio di asili nido si riportano unicamente media e mediana, nonché la numerosità dei comuni in cui il servizio è presente. Questa scelta è legata alla poca pervasività del servizio, che nel complesso delle RSO interessa poco meno di 2.000 comuni.

Sui servizi sociali, emerge immediatamente che, per le prime quattro classi dimensionali, la variabilità dei dati è ampia, infatti lo scarto tra il 9° e il 1° decile si assesta tra le 6 e le 8 volte; in altre parole, all'interno di questi aggregati di comuni, ci sono amministrazioni che, a livello pro capite, spendono tra le 6 e le 8 volte più di altri. Nella penultima classe il differenziale è ancora più ampio, assestandosi quasi a 10. D'altro canto, il valore più elevato della media rispetto alla mediana sottende la presenza di una maggiore dispersione nella parte alta della spesa.

Caso a sé stante è rappresentato dall'ultima classe dimensionale, che raccoglie comuni con un numero di abitanti tra 50.000 e 250.000: in questo caso, la variabilità della spesa pro capite è ridotta, con un differenziale tra 9° e 1° decile molto più contenuto, pari a 1,5. Anche i valori della mediana e della media sono pressoché identici.

La Tavola, inoltre, raccoglie i dati dei comuni aggregati per provincia. La provincia di Avellino è quella con il dato di spesa più contenuto, pari a €35 per abitante; lievemente superiore è la spesa per abitante nelle province di Benevento e Caserta, nelle quali si assesta a €52 e €42. La spesa per abitante è lievemente maggiore per i comuni delle province di Salerno e Napoli, pari a circa €60. Le province sono inoltre caratterizzate da una certa eterogeneità: la spesa in corrispondenza del 9° decile è maggiore tra le 5 e le 10 volte rispetto alla spesa dei comuni del 1° decile.

¹² La spesa per abitante è calcolata come una media pesata per la popolazione. Nel computo sono inoltre esclusi dal campione i comuni che presentano un dato di spesa superiore al 99° percentile.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Sugli asili nido, di rilievo è sicuramente, sia a livello di classe dimensionale che di provincia, il disallineamento tra media e mediana, che sottolinea come ad una numerosità così contenuta corrisponda una spesa per abitante effettivamente estremamente eterogenea.

L'analisi per singolo comune ha un'indubbia valenza istituzionale tuttavia, di sovente, la gestione dei servizi sociali offerti ai cittadini non avviene a questo livello, ma anche e soprattutto a livello di ATS. La Tavola 3 raccoglie dunque i dati circa la distribuzione della spesa dei comuni raggruppati per ATS, i cui dati sono riportati sia con il dettaglio delle province, che delle classi dimensionali e per i soli servizi sociali (netto asili nido). Dalla tavola 3 emerge naturalmente una variabilità molto più contenuta, non solo all'interno della singola provincia, ma anche nel rapporto tra il 1° ed il 9° decile. Il computo della media su Ambiti più ampi di quelli dei Comuni annulla anche il valore crescente per classe dimensionale.

Tavola 2: Statistiche sulla distribuzione della spesa sociale dei comuni Servizi sociali (netto nido)
Valori pro capite, Anno 2017

	Comuni con servizio ⁽²⁾			
	media ⁽¹⁾	1° decile	mediana	9° decile
Campania	55 €	10 €	27 €	75 €
<i>di cui province</i>				
Avellino	34 €	9 €	24 €	55 €
Benevento	52 €	8 €	27 €	74 €
Caserta	42 €	11 €	30 €	76 €
Napoli	59 €	12 €	45 €	100 €
Salerno	60 €	12 €	26 €	64 €
<i>di cui classi dimensionali⁽³⁾</i>				
inferiore a 1.000ab	25 €	10 €	20 €	60 €
1.000-3.000ab	27 €	9 €	23 €	56 €
3.000-5.000ab	34 €	10 €	26 €	79 €
5.000-20.000ab	36 €	12 €	29 €	69 €
20.000-50.000ab	48 €	12 €	41 €	108 €
50.000-250.000ab	84 €	56 €	73 €	87 €
Nord	114 €	33 €	64 €	116 €
Centro	111 €	30 €	66 €	127 €
Sud	66 €	10 €	36 €	99 €

⁽¹⁾ Comuni RSO al 2021. Media ponderata per la popolazione. Distribuzione troncata al 99° percentile

⁽²⁾ Comuni con spesa pro capite non nulla. Distribuzione troncata al 5° e al 95° percentile

⁽³⁾ Escluso il Comune di Napoli

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Questionario IFEL-SOSE.

Divari territoriali di qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi

Tavola 3: Statistiche sulla distribuzione della spesa sociale degli Ambiti Territoriali Sociali⁽¹⁾
Valori pro capite, Anno 2017

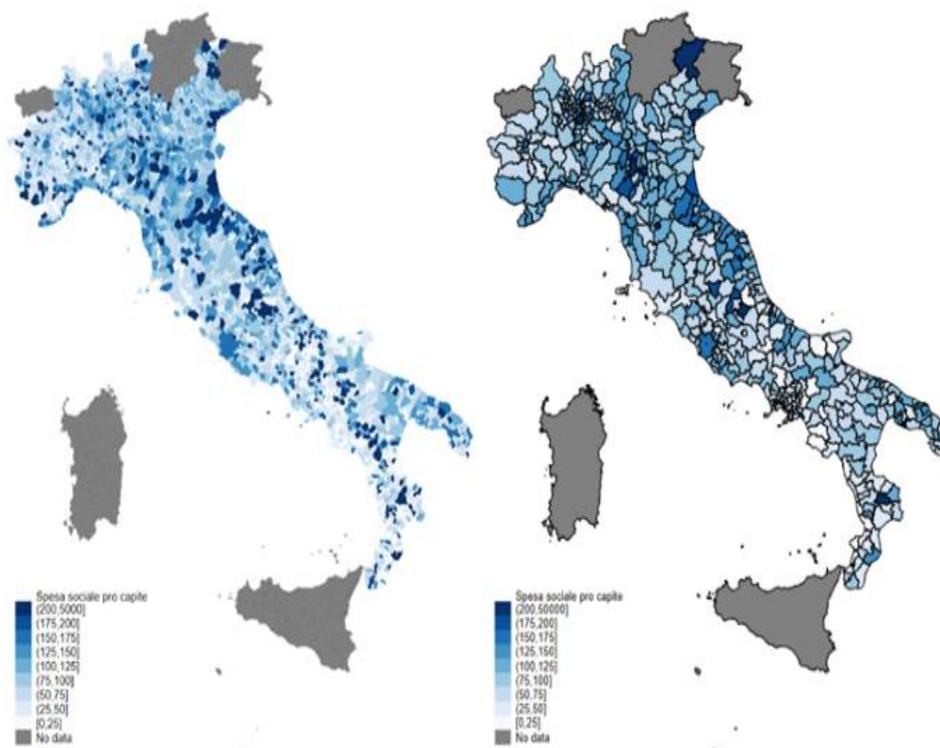
	<i>media</i>	<i>1° decile</i>	<i>mediana</i>	<i>9° decile</i>
Campania	55 €	18 €	52 €	74 €
<i>di cui province</i>				
Avellino	34 €	18 €	36 €	53 €
Benevento	52 €	35 €	57 €	66 €
Caserta	42 €	14 €	47 €	75 €
Napoli	59 €	41 €	55 €	81 €
Salerno	60 €	20 €	38 €	68 €
<i>di cui classi dimensionali</i>				
10.000-55.000ab	50 €	21 €	49 €	85 €
55.000-90.000ab	49 €	19 €	53 €	73 €
90.000-250.000ab	54 €	18 €	51 €	69 €

⁽¹⁾ Comuni RSO al 2021. Distribuzione troncata al 99° percentile

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Questionario IFEL-SOSE.

Il Grafico 10, infine, presenta una panoramica nazionale della spesa sociale pro capite per le Regioni a Statuto Ordinario. La parte sinistra del grafico offre una panoramica della spesa dei comuni, mentre la parte destra permette di focalizzare l'attenzione sulla spesa degli ATS (Ambiti Territoriali Sociali). Ad una spesa per abitante crescente, corrisponde un colore più scuro sulla relativa cartina.

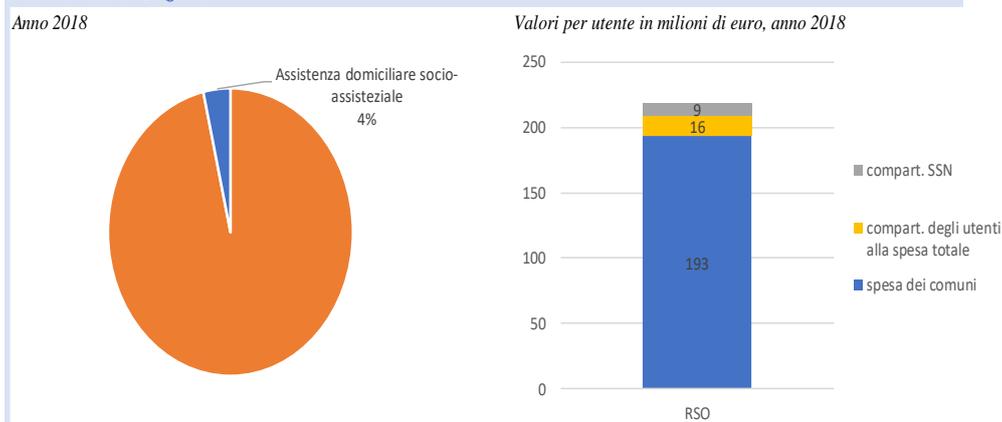
Grafico 10: Spesa sociale dei comuni e degli ATS



In entrambi i casi, come confermato anche dai valori della spesa media riportati nella Tavola 2, i comuni e gli ATS localizzati nel Centro e nel Nord Italia impegnano una quantità di risorse decisamente maggiore rispetto a quanto accade nei territori del Mezzogiorno. La cartina dei comuni, inoltre, offre una rappresentazione dell'elevata eterogeneità presente in alcuni territori: guardando al Sud-Ovest, dunque a regioni quali Calabria e Campania, si nota come i colori prevalenti siano molto chiari o molto scuri, sintomo del fatto che la distribuzione della spesa è altamente variabile. Sempre nel Mezzogiorno, una maggiore omogeneità si riscontra tra le regioni ad Est.

BOX: Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

Grafico 11: Composizione della spesa per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale



Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati ISTAT

Al di sotto dei dati aggregati presentati nel testo principale, si situano i valori dei singoli servizi. In questo box, a scopo di esempio, si mostra la configurazione di uno specifico servizio sociale offerto dai comuni e la scelta è caduta sull'assistenza domiciliare, rappresentando la stessa uno dei principali servizi verso cui si sta sempre più orientando il futuro dei servizi sociali. Si osservano nello specifico i servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale erogati nei confronti degli over 65. La fonte utilizzata è l'indagine sui servizi sociali realizzata da ISTAT.

Il dato da richiamare per situare il servizio è quello relativo alla spesa totale per l'erogazione dei servizi sociali la quale, come già esplicitato nel testo principale, ammonta a poco più di 5 miliardi. Il Grafico 11, nella sua parte sinistra, mette in luce il peso del servizio qui analizzato sul complesso della spesa dei comuni delle RSO, pari al 4%. Tale percentuale, in valore assoluto, equivale ad una spesa di circa 190 milioni di euro, come si può notare nella parte destra del grafico. Il servizio, tuttavia, non è esclusivamente finanziato dalle amministrazioni comunali: viene difatti integrato da una componente di compartecipazione degli utenti e del SSN che, a livello italiano, ammontano rispettivamente a circa 16 e 9 milioni di euro. Il costo del servizio si ragguaglia quindi a circa 215 milioni.

Similarmente a quanto fatto per commentare la distribuzione della spesa per servizi sociali, si sceglie innanzitutto di presentare nel Grafico 12 i dati di spesa pro capite per lo specifico servizio di assistenza domiciliare. Emerge in questo caso come il rapporto tra le diverse aree territoriali risulta pienamente coerente con i dati esposti circa il totale della spesa pro capite per servizi sociali: le regioni del Centro e del Nord sono caratterizzate da un livello di spesa per persona pari circa €5, distante dal dato del Sud Italia (€3,6) e da quello della Regione Campania (poco sotto i €3).

Si noti contestualmente come il valore della compartecipazione degli utenti sia massimo per le regioni del settentrione, mentre diminuisce progressivamente spostandosi verso il Sud Italia; con riguardo alla compartecipazione del SSN al servizio, risulta un dato rilevante solo per il territorio del Nord, mentre altrove costituisce un contributo marginale. La modalità migliore per rappresentare i dati del servizio di assistenza domiciliare è quella di utilizzare il costo del servizio per utente servito, come propone il Grafico 13 di seguito riportato.

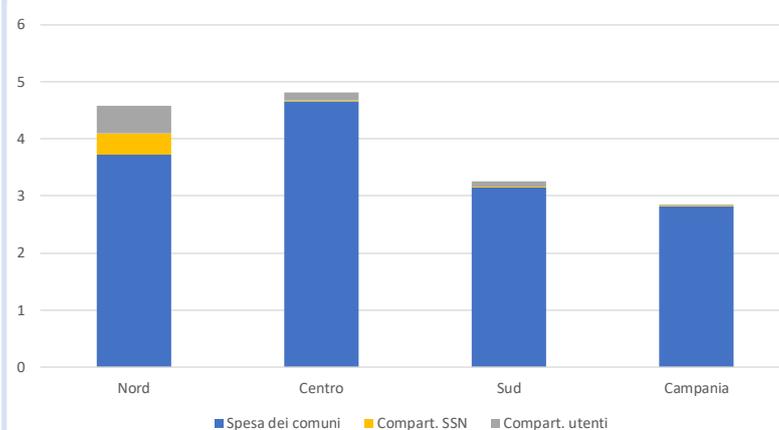
I valori complessivi appena riportati sottintendono, come già visto nei precedenti paragrafi, ampie differenze tra i singoli territori. In questo senso, la parte sinistra del Grafico 13, disaggregando i dati tra Nord, Centro e Sud, offre la possibilità di fare un primo confronto sulla base della spesa per utente servito. Emerge immediatamente come il livello maggiore viene raggiunto dalle regioni del Centro, la cui spesa per utente si assesta a €2.500; seguono le regioni del Sud, dove per il servizio si spende, per ogni utente, circa €2.200. Distaccato è il dato delle regioni del Nord

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Italia, dove per ogni utente si spendono in media €1.900 per l'assistenza domiciliare, sotto la media italiana pari a quasi €2.100 per utente servito.

Grafico 12: Distribuzione della spesa per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale

Valori pro-capite in euro, Anno 2018



Legenda:

Nord: Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna

Centro: Toscana, Umbria, Lazio, Marche

Sud: Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Basilicata, Calabria

Sono esclusi dal campione i comuni con spesa procapite superiore al 95° percentile e inferiore al 5° percentile

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati ISTAT

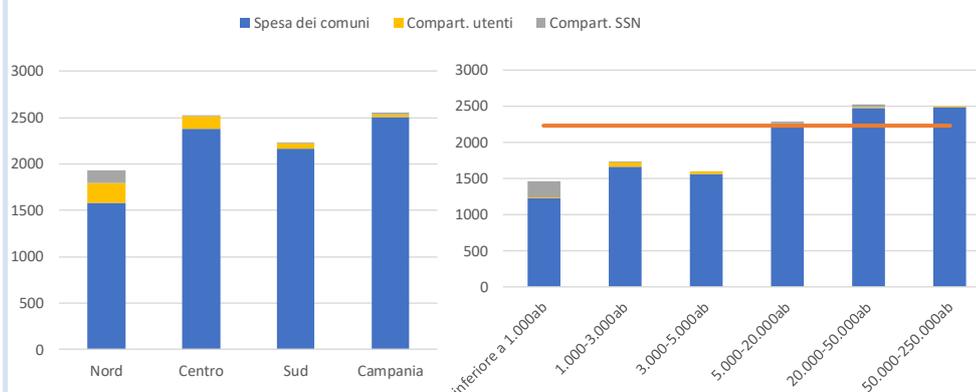
Va tuttavia notato che anche il peso delle componenti di compartecipazione è eterogeneo tra i diversi territori. Prendendo in considerazione la compartecipazione degli utenti, questa risulta massima al Nord, dove essi spendono circa €215 ciascuno, valore che si riduce nelle regioni del Centro (€130 per utente) e al Sud (€60). Anche il peso della compartecipazione del SSN è massimo al Nord, dove arriva a superare i €140 per utente, mentre nel resto della penisola ha un ruolo quasi marginale, in quanto non supera i €10 per utente.

In questo quadro generale, la spesa totale nel territorio campano per l'assistenza domiciliare si assesta a circa €2.500 per utente, ben al di sopra della media italiana. Il servizio è quasi interamente a carico dei comuni, in quanto il valore della compartecipazione degli utenti e del

SSN si assesta a meno di €25 ciascuno. Il dato dei comuni campani, tuttavia, risulta alquanto influenzato dal Comune di Napoli, in quanto registra una spesa media per utente pari a €5400, per un bacino di utenza che arriva quasi a 550 persone (il secondo comune per numero di utenti si assesta a 217 persone servite, su una media di utenti per comune pari a 16 per l'intera regione).

Grafico 13: Distribuzione della spesa dei comuni per l'assistenza domiciliare

Valori per utente in euro, anno 2018



Legenda:

- Nord: Liguria, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna
- Centro: Toscana, Umbria, Lazio, Marche
- Sud: Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Basilicata, Calabria

N.B. Sono esclusi dal campione i comuni con spesa per utente superiore al 95° percentile e inferiore al 5° percentile

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati ISTAT

Nella parte destra del Grafico 13 la rappresentazione della spesa per utente dei comuni è disaggregata per classe dimensionale, mostrando così che è presente un andamento a scalino, situato attorno ai 5000 abitanti. Il Comune di Napoli è escluso, in quanto unico comune con popolazione ben al di sopra di 250.000¹³.

L'erogazione del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale, analogamente con quanto accade per molti altri servizi sociali, vengono organizzati non dal singolo comune ma dal relativo Ambi-

¹³ Secondo i dati del 2017, la popolazione del Comune di Napoli si assesta a 966.144 abitanti.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

to Territoriale Sociale (ATS). Anche in questo caso, viene escluso il Comune di Napoli per via delle sue dimensioni molto diverse rispetto al resto del territorio campano mentre tutti gli altri ambiti territoriali sono suddivisi in tre classi dimensionali. Il costo massimo del servizio si raggiunge per gli Ambiti che si collocano nella classe centrale, con una spesa per utente che arriva a quasi €2.400; gli ATS appartenenti alle altre due classi dimensionali si caratterizzano per una spesa più contenuta, pari a circa €1.850 per gli Ambiti della fascia 10.000-60.000 e pari a €1.750 per la fascia 100.000-250.000. Per quanto riguarda l'eterogeneità dei dati, essa risulta massima nella prima fascia dimensionale, in cui il costo in corrispondenza del 9° decile risulta pari a 5 volte la spesa che costituisce il 1° decile della distribuzione; tale rapporto si riduce a circa 3,5 per la seconda classe dimensionale e a 2,5 per la terza classe.

La Tavola offre anche il dettaglio del costo del servizio di assistenza domiciliare agli over 65 degli ATS per provincia. Da queste elaborazioni emerge come la provincia cui è associato il costo più basso è quella di Caserta, la quale è anche caratterizzata dalla quota più bassa di comuni che offrono il servizio (circa il 24%), equivalente a 7 ambiti su 10. Al contrario, le province con dato di spesa maggiore sono quelle di Napoli e Salerno, dove la quasi totalità degli ATS erogano il servizio; anche nelle restanti province di Avellino e Benevento, solo uno dei rispettivi 6 e 5 Ambiti non eroga il servizio agli over 65.

Tavola 4: Statistiche sulla distribuzione della spesa per assistenza domiciliare degli ATS⁽¹⁾
Valori per utente, Anno 2018

	<i>media</i>	<i>mediana</i>	<i>1°decile</i>	<i>9° decile</i>
Campania	2.229 €	2.262 €	482 €	3.467 €
<i>di cui province</i>				
Avellino	1.799 €	1.866 €	664 €	2.538 €
Benevento	1.343 €	1.739 €	735 €	3.121 €
Caserta	995 €	1.031 €	551 €	1.462 €
Napoli	2.380 €	2.341 €	1.736 €	3.841 €
Salerno	2.376 €	2.442 €	1.059 €	2.751 €
<i>di cui classi dimensionali⁽²⁾</i>				
10.000-60.000ab	1.858 €	2.808 €	794 €	3.949 €
60.000-100.000ab	2.394 €	2.364 €	909 €	3.276 €
100.000-250.000ab	1.746 €	1.769 €	943 €	2.396 €

⁽¹⁾ Comuni RSO al 2021

⁽²⁾ Sono esclusi dal campione i comuni con spesa per utente superiore al 95° percentile e inferiore al 5° percentile
 Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati ISTAT.

Tutti i dati che sono stati presentati e commentati fanno riferimento al valore del costo totale annuo per utente del servizio di assistenza domiciliare erogato nei confronti degli over 65 aventi bisogno. Tale costo annuo, tuttavia, non tiene conto del numero di ore giornaliere in cui il servizio viene offerto. Questa precisazione è importante ai fini di considerare la possibilità che un maggior costo annuo per utente possa essere sinonimo di un servizio erogato per un maggior numero di ore in una zona piuttosto che in un'altra.

Gli interventi per il potenziamento dei servizi sociali e degli asili nido, del PNRR e la programmazione nazionale ed europea 2021-2027

L'analisi sullo stato dei servizi sociali in Campania, descritto in relazione con quanto presente nel resto della penisola, costituisce una fotografia dello stato attuale, un punto di partenza sul quale si innesterranno gli interventi previsti nei prossimi anni per il **rafforzamento dei servizi**.

Va innanzitutto citata la legge di bilancio 2021 (L. 178/2020, art.1, c. 791) che ha recepito i lavori della Commissione tecnica dei Fabbisogni *Standard* (CTFS) ed ha incrementato la dotazione del fondo di solidarietà comunale (FSC) di 215,9 milioni di euro per il 2021 e 650,9 milioni a decorrere dal 2030, con lo scopo di favorire lo sviluppo e l'ampliamento dei **servizi sociali** comunali. **I fondi destinati ai Comuni della Regione Campania sono pari a 24 milioni per il 2021.**

Le risorse aggiuntive sono ripartite per ciascun Comune in proporzione al coefficiente di riparto del fabbisogno *standard* revisionato per la funzione "Servizi sociali" ed approvato nel 2020 dalla CTFS.

La legge di bilancio (c. 792) prevede inoltre che, entro il 30 giugno 2021 e successivamente entro il 31 marzo di ciascun anno di riferimento, vengano annualmente definiti gli obiettivi di servizio e le modalità di monitoraggio. Le somme che, a seguito del monitoraggio, risultassero non destinate ad assicurare il livello dei servizi definito sulla base di tali obiettivi, sono recuperate nelle forme ordinariamente previste dalla legge.

Analogamente nella legge di bilancio 2022 (L. 234/2021, art. 1, c. 172) è stato previsto un intervento per il potenziamento degli **asili nido**, nell'ottica di colmare i divari territoriali e che per il 2022 vale 120 milio-

ni di euro per i Comuni RSO e Isole e di cui **28 milioni destinati ai Comuni della regione Campania.**

Numerosi sono i miglioramenti che ci si aspetta di vedere in questo campo grazie all'applicazione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e al nuovo ciclo di Programmazione Nazionale ed Europeo 2021-2027.

Concentrando poi l'attenzione sul PNRR, gli ambiti di intervento sono molteplici; in tema di servizi sociali, le misure previste sono comprese principalmente all'interno della Missione 5, "Inclusione e coesione", e parzialmente anche nella Missione 6 sulla "Salute". **L'investimento previsto per la Missione 5 per il Mezzogiorno ammonta a 19,81 miliardi in totale, valore che corrisponde al 39,4% delle risorse totali.**

Gli interventi da realizzare coinvolgeranno in modo cruciale i Comuni, i quali potranno operare sia singolarmente che associati negli ATS. Nello specifico, le misure previste si riassumono in tre campi d'azione: sostegno delle persone con vulnerabilità e degli anziani non autosufficienti, percorsi di autonomia per persone con disabilità, soluzioni di *housing* temporaneo e stazioni di sosta a favore delle persone senza dimora. L'obiettivo ultimo è quello di consolidare i servizi essenziali, in modo particolare in ambito socio-sanitario, cercando spesso di supportare i più vulnerabili nelle loro stesse dimore attraverso progetti da svolgersi a domicilio, offrendo loro la possibilità di mantenere un buon livello di autonomia. Di conseguenza, ci si aspetta nei prossimi anni un consolidamento dei servizi sociali in generale, e, in particolare, una crescita consistente per quei servizi di assistenza presso le abitazioni degli utenti. A ciò si aggiungono gli interventi a tutela delle persone senza dimora, prevedendo non solo abitazioni temporanee ma anche percorsi di integrazione sociale.

Alle misure in ambito Protezione sociale, si aggiungono poi gli interventi destinati al potenziamento dei servizi di asili nido e scuole dell'infanzia; gli ambiti di intervento sono contenuti nella Missione 4 (Componente 1.1, Investimento 1.1). La misura, che si stima potrà creare circa 228.000 posti di lavoro e vedrà i comuni direttamente coinvolti, ha una duplice finalità. Lo scopo di migliorare la qualità del servizio di educazione alla prima infanzia si accompagna infatti alla possibilità di offrire

alle famiglie un aiuto concreto nella conciliazione tra vita privata e professionale, supportando una piena partecipazione delle donne al mondo del lavoro. Delle risorse totali previste dal bando, che ammontano a 2,4 miliardi di euro, viene garantita una quota di fondi pari al 55,29% a favore delle regioni del Mezzogiorno. **Sulle 1.676 proposte presentate alla scadenza del bando, lo scorso 1° aprile, le quattro regioni con più domande presentate, in termini assoluti, sono Campania (196), Lombardia (157), Lazio (138), Calabria (137)**¹⁴.

Nello caso specifico della Regione Campania, lo scorso gennaio è stato approvato l'Avviso per la manifestazione di interesse per le "progettualità di cui alla Missione 5, Componente 2, Sottocomponente 1, Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del PNRR", destinata agli Ambiti Territoriali Sociali campani.

Nell'avviso si legge che, **attualmente in via previsionale, le risorse assegnate agli ATS della Regione Campania ammonterebbero a circa €123 milioni, per la realizzazione di 189 progetti**. Con riferimento agli interventi **a sostegno dell'offerta di asili nido, i fondi a disposizione della Campania ammontano a 328 milioni**, cifra più alta tra le regioni, coerente con il fatto che solo il 3,2% dei bambini tra 0 e 2 anni frequenta un asilo. Si evidenzia poi che buona parte delle proposte dai comuni campani sono giunte nel mese di marzo, dopo la decisione di slittare la data di scadenza da parte del ministro dell'Istruzione; al 1° marzo, infatti, le proposte presentate dai Comuni campani ammontavano ad appena 119 milioni (circa il 36% dei fondi a disposizione). Al contrario, il bando per la costruzione di nuove scuole, che assegna alla Campania 800 milioni di risorse, ha avuto immediatamente un'ampia risposta positiva; in questo ambito, i comuni campani si collocano al primo posto con 95 domande.

¹⁴ Nonostante il considerevole numero di candidature, le risorse richieste sono pari a soli 2 miliardi; di conseguenza, si provvederà alla ricollocazione del 400 milioni residui. Di questi, circa 70 milioni saranno oggetto di un nuovo bando per asili nido destinato ai Comuni del Mezzogiorno che hanno presentato un minor numero di proposte rispetto al budget a disposizione, nello specifico ai Comuni collocati in Basilicata, Molise e Sicilia. Per ulteriori informazioni si rimanda al Comunicato del Ministero dell'Istruzione, datato 15 aprile 2022, disponibile da:

<https://www.miur.gov.it/web/guest/-/pnrr-chiuso-il-bando-asili-nido-con-la-proroga-piu-76-di-domande-bianchi-risposta-positiva-frutto-di-un-lavoro-condiviso->

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Gli interventi previsti dal PNRR saranno coordinati con quanto già previsto all'interno del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 e andranno a supporto di quanto previsto dalla programmazione europea per il periodo 2021-2027. I programmi attivati sono diversi: in tema di servizi sociali, rilevanti sono il Fondo Sociale europeo Plus (FSE+), principale strumento a disposizione dei paesi europei per investire nelle persone, e il Fondo Europeo di sviluppo Regionale (FESR), il quale finanzia operazioni di rafforzamento di coesione economica, sociale e territoriale dell'UE, attraverso l'attuazione di programmi specifici adottati dagli enti locali¹⁵. Le risorse che saranno destinate all'Italia, per il periodo 2021-2027, ammontano a circa 43,5 miliardi¹⁶.

Tra gli obiettivi del nuovo ciclo di investimenti dell'UE, quello del potenziamento dei servizi sociali costituisce un punto fondamentale: il sostegno delle persone a rischio di povertà, la lotta all'esclusione sociale attraverso la predisposizione di piani adatti e la disponibilità di infrastrutture che siano adeguate, di qualità e accessibili a tutti risulta importante, alla luce del fatto che la percentuale di persone a rischio resta tra le più elevate dell'Unione Europea. I servizi sociali costituiscono, difatti, quello strumento cruciale per migliorare la qualità della vita di molte persone ed offrire protezione sociale ai più vulnerabili. Il loro ruolo deve essere quello di contribuire a evitare momenti di crisi personali, contemporaneamente offrendo uno strumento per far fronte ad esse; non solo, i servizi sociali devono anche supportare le persone nello sviluppo delle proprie competenze, al fine di migliorare le opportunità (anche lavorative) a loro disposizione.

Nel procedere in questa direzione, le pagine del piano europeo ricordano di come, soprattutto nelle zone rurali, le difficoltà personali sia-

¹⁵ A questi si aggiunge il Fondo di Coesione (FC), mirato alla riduzione delle disparità economiche e sociali e, al contempo, promuovere uno sviluppo sostenibile. Il fondo, tuttavia, non include l'Italia per il periodo 2021-2027, in quanto andrà a sostenere quegli Stati membri in cui il reddito nazionale lordo (RAL) pro capite è inferiore al 90% del reddito nazionale medio pro capite dell'UE a 27.

¹⁶ In aumento del 29% rispetto agli anni precedenti, conseguenza dell'aggiornamento dei criteri di riparto delle risorse tra Stati membri. <https://ot1lot2.it/approfondimenti/la-nuova-programmazione-2021-2027-ed-il-futuro-della-politica-di-coesione>

no maggiori e i servizi sociali meno disponibili: viene quindi chiesto all'Italia di tenere in considerazione le esigenze specifiche di determinare aree con minor grado di sviluppo socio-economico, tra cui rientrano molti territori del Mezzogiorno e della Campania. Obiettivi sono quindi la maggiore accessibilità ai servizi, riducendo i prezzi e optando per la digitalizzazione, l'offerta di servizi sempre più personalizzati, basati sulle esigenze del singolo, la promozione di percorsi di inclusione e integrazione, anche e soprattutto dei migranti, includendo soluzioni abitative, la transizione da servizi residenziali a servizi di assistenza domiciliare, con lo scopo di coltivare l'autonomia anziani, disabili e persone con vulnerabilità.

Le prestazioni dei servizi sociali

I precedenti paragrafi hanno approfondito la spesa dei servizi sociali dei comuni delle RSO, contestualizzandola rispetto al complesso della spesa sociale italiana ed europea e misurandone livelli e divari territoriali. Un corretto completamento della rappresentazione richiederebbe, tuttavia, di affiancare ai dati di spesa, una misura delle prestazioni erogate.

In questo contesto, serve innanzitutto interrogarsi se si hanno a disposizione dati di *output* in senso proprio (ed eventualmente anche informazioni di *outcome*), e in secondo luogo, ancorché fosse disponibile un set di *output*, è necessario ricondurre la multidimensionalità dei servizi sociali a rappresentazioni più sintetiche¹⁷.

Per i servizi di asili nido un indicatore immediato è costituito dal **numero di utenti serviti in rapporto alla popolazione in età (3-36 mesi)**. Si tratta dell'indicatore che, richiamato recentemente anche nella legge di bilancio 2022, viene preso come riferimento per l'individuazione

¹⁷ Circa l'*outcome*, spesso l'idea cui si fa ricorso è che gli *output* costituiscono attività per ottenere un certo *outcome* e per alcune strutture produttive questa semplificazione è valida, sebbene in alcuni l'*outcome* finale è spesso l'esito di una molteplicità di politiche, programmi, fattori; in secondo luogo, in non pochi casi il rapporto fra *output* ed *outcome* non è di tipo lineare. Infine, in molti casi l'*outcome* è un esito di medio-lungo periodo e come tale tende a stemperarsi nel tempo. Nel caso dei Servizi sociali erogati dai Comuni, il primo nucleo pare essere quello di maggior rilievo e spesso per superarlo ci si rivolge ad indicatori di soddisfazione da parte dell'utenza.

di un livello minimo da garantire dei servizi educativi per l'infanzia (pubblici e privati) e il cui valore viene fissato al 33%.

Il Grafico 14 riporta il valore di tale rapporto confrontando nella parte di sinistra la Campania rispetto alle tre grandi aree territoriali (Nord, Centro, Sud) e alla media italiana, mentre nella parte di destra esplicita le coperture sottostanti le cinque province campane. Si osserva come a fronte di una media dei comuni RSO di poco inferiore al 30%, **le aree del Nord e del Centro si posizionano sopra il valore nazionale, mentre si evidenzia una copertura di quasi la metà nel Sud (15%) e di 5 punti ancora più bassa in Campania.**

La rappresentazione per province evidenzia poi un copertura piuttosto omogenea e non distante dalla media regionale (10%), ad eccezione di Caserta e Napoli che di fatto servono rispettivamente il 7% e il 9% della popolazione in età.

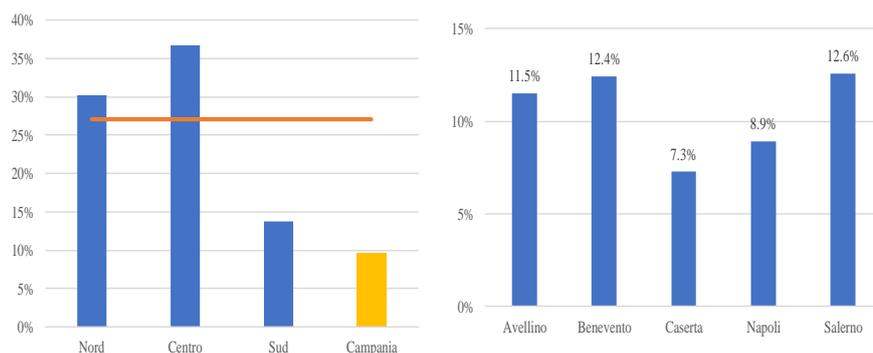
A fronte di questa rappresentazione, per i restanti servizi sociali, l'individuazione di una misura delle prestazioni fornite è invece più complessa in quanto, come più volte richiamato nel testo, l'amministrazione comunale fornisce *mix* di prestazioni eterogenee, che vanno dall'assistenza domiciliare, ai centri a ciclo diurno (es. centri per la famiglia), fino all'assistenza in strutture comunitarie e residenziali, indirizzate a sei diverse tipologie di *target*, quali famiglia e minori, disabili, dipendenze e salute mentale, anziani, immigrati e nomadi, povertà-disagio e salute mentale.

A ciò si aggiunge che in ambito sociale, non sussistono ad oggi dei chiari e riconosciuti livelli essenziali delle prestazioni. Infatti, sebbene la legge quadro nazionale (L. 328/200) individui una serie di ambiti di intervento che riconosce come livelli essenziali, solo negli anni più recenti, sotto la spinta da una parte di una crescente diffusione di condizioni di povertà e dall'altra di una crescente sensibilità normativa si sta giungendo verso una prima definizione¹⁸. Il riferimento è alla legislazione che ha introdotto la misura nazionale di lotta alla povertà (L. 33/2017

¹⁸ Per una trattazione più esaustiva si veda "Piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023", Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Aprile 2021.

Grafico 14: Confronti sulla copertura del servizio di Asili nido nei Comuni campani

Percentuale di utenti serviti in pubblico e privato su popolazione 3-36 mesi



Fonte:Elaborazione SVIMEZ su dati Questionario IFEL-SOSE

sul Sostegno all'inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 sul Reddito di inclusione, DL 4/2019 sul Reddito di cittadinanza), alla legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) in cui si è arrivati a definire un rapporto assistenti sociali e popolazione minimo di 1:5000 e a stanziare risorse finalizzate al suo perseguimento, nonché al collegamento tra le nuove risorse specificamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali della medesima legge e la definizione di obiettivi di servizio.

Stante la difficoltà nella misurazione, l'unità di rilevazione base ad oggi disponibile è costituita dall'utente. Nel Questionario IFEL-SOSE si dispone di un dettaglio che emerge dall'incrocio dei tre grandi gruppi di prestazioni, e cioè 1) Interventi e servizi, 2) Strutture, 3) Contributi economici, con le sei tipologie di target e cioè *a) Famiglia e minori, b) Disabili, c) Dipendenze, d) Anziani, e) Immigrati e nomadi, f) Povertà e disagio*. Ciò significa che è possibile rappresentare, ad esempio, il numero di anziani assistiti attraverso "interventi e servizi". Nell'indagine sui servizi sociali dell'Istat il dettaglio è maggiore, giungendo ad esempio a definire quattro sottoclassi di "interventi e servizi" e cioè: *i) Servizio sociale professionale, ii) Integrazione sociale, iii) Assistenza domiciliare e iv) Servizi di supporto*. Queste sottoclassi a loro volta sono ulteriormente declinate in servizi specifici raggiungendo in questo modo circa 250 item elementari.

Nel caso di “interventi e servizi” e di “contributi economici” sembra di poter affermare che si sia in presenza di una approssimazione accettabile per considerare tali item come *output* in senso proprio. Nel caso delle “strutture” il Questionario IFEL-SOSE affianca alla metrica degli utenti anche quella delle ore, che parrebbe approssimare meglio il concetto di *output*.

Concentrandosi sui dati disponibili di fonte Istat, la possibilità di giungere a rappresentazioni più sintetiche ha trovato prime soluzioni nell’attuale esercizio di determinazione dei fabbisogni *standard*, ma che in futuro richiederà ulteriori approfondimenti.

In tale sede, si è infatti prodotto un **indicatore sintetico sul numero di utenti serviti da “interventi e servizi” e da “contributi economici”** in ambito sociale, utilizzando un sistema di ponderazione legato ai costi per utente¹⁹. Al solito, il richiamo ai prezzi è più evocativo che capace di offrire soluzioni del tutto convincenti, in quanto non essendo presente un vero mercato, le diverse strutture erogano i servizi a costi differenziati.

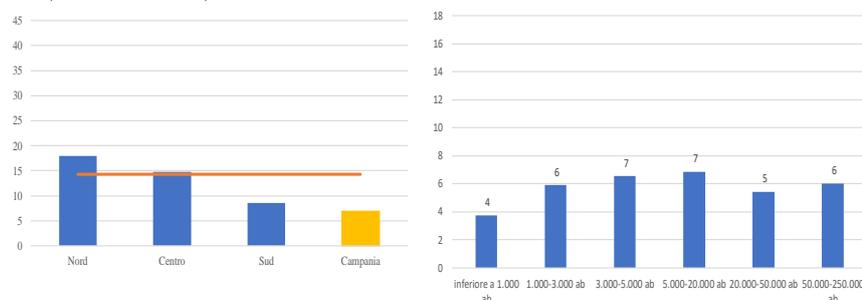
La metodologia utilizzata in tale sede viene qui replicata partendo dai dati sugli utenti di “interventi e servizi” e di “contributi economici” di fonte Istat ed è di ausilio per avere una visione più tangibile dello stato dei servizi sociali, consentendo di fornire una approssimazione dell’*output* prodotto dalla funzione sociale per una parte delle prestazioni erogate, appunto quelle tramite “interventi e servizi” e quelle tramite “contributi economici”.

Il Grafico 15, come di consueto, ne dà una rappresentazione per area geografica e un approfondimento per classe dimensionale dei comuni campani. **Si osserva come gli utenti serviti siano in media poco sotto i 15 ogni 1.000 abitanti, superiori al Nord (quasi 18), circa 15 al Centro e poco sotto ai 10 al Sud. La Campania, abbastanza allineata in media al dato del Sud**, mostra poi un numero di utenti serviti sulla popolazione abbastanza stabile lungo le classi dimensionali (tra 6 e 7 utenti ogni 1.000 abitanti).

¹⁹ Per un ulteriore approfondimento si veda “Nota Metodologica Aggiornamento e revisione dei fabbisogni *standard* dei Comuni per il 2021, anno 2020.

Grafico 15: Confronti sugli utenti equivalenti di interventi e servizi sociali nei Comuni campani

Utenti equivalenti di interventi e servizi per 1.000 abitanti, Anno 2018



⁽¹⁾ Comuni RSO al 2021. Media ponderata per la popolazione. Distribuzione troncata al 99° percentile. Il grafico per classi di abitanti esclude il Comune di Napoli

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Istat

La Tavola 5 dettaglia, infine, la distribuzione per provincia e per classe dimensionale all'interno del territorio campano del medesimo indicatore. L'osservazione del dato, nei soli comuni con utenti, evidenzia una variabilità notevole (escursione 1° e 9° decile), sia lungo le province che lungo le classi dimensionali.

Tavola 5: Statistiche sugli utenti equivalenti di interventi e servizi dei Comuni Campani

Utenti equivalenti di interventi e servizi per 1.000 abitanti, Anno 2017

	Comuni con servizio			
	media	1° decile	mediana	9° decile
Campania	6,9	0,36	4,22	14,50
<i>di cui province</i>				
Avellino	5,3	0,35	3,00	12,66
Benevento	6,1	0,80	4,53	18,55
Caserta	6,7	0,91	4,90	19,59
Napoli	7,2	2,64	4,88	13,27
Salerno	7,1	0,35	3,39	11,41
<i>di cui classi dimensionali(2)</i>				
inferiore a 1.000ab	3,7	0,35	1,45	12,09
1.000-3.000ab	5,9	0,35	3,41	15,48
3.000-5.000ab	6,5	1,44	4,29	18,56
5.000-20.000ab	6,8	2,09	5,56	14,17
20.000-50.000ab	5,4	2,92	4,11	8,11
50.000-250.000ab	6,0	1,69	5,12	10,98

(1) Comuni RSO al 2021. Media ponderata per la popolazione. Distribuzione troncata al 99° percentile

(2) Comuni con spesa pro capite non nulla. Distribuzione troncata al 5° e al 95° percentile

(3) Escluso il Comune di Napoli

Fonte: Elaborazione SVIMEZ su dati Istat.

1.2. *La spesa sanitaria*

Un confronto internazionale

La spesa sanitaria in Italia ha risentito, nel corso degli ultimi anni, di un'operazione di contenimento che scontava l'esigenza di consolidamento dei conti pubblici. Tale obiettivo è stato ottenuto attivando sistemi di monitoraggio e controllo, introducendo anche i Piani di rientro dei deficit sanitari al fine di un generale risanamento finanziario del sistema sanitario. Il ritmo di crescita della spesa sanitaria ha così registrato un deciso rallentamento per tutto lo scorso decennio, fino al 2019: tra il 2010 e il 2014 il tasso medio di variazione è stato negativo per effetto delle misure di contenimento attivate all'indomani della crisi dei titoli sovrani e proseguite per circa un triennio. Ciononostante, dato anche il progressivo invecchiamento della popolazione che comporta crescenti esigenze di finanziamento dei servizi sanitari e il contestuale contenimento anche di altre voci di spesa²⁰, il peso della funzione sanitaria sul totale della spesa pubblica è cresciuto dal 28% del 1995 al quasi 35% del 2019.

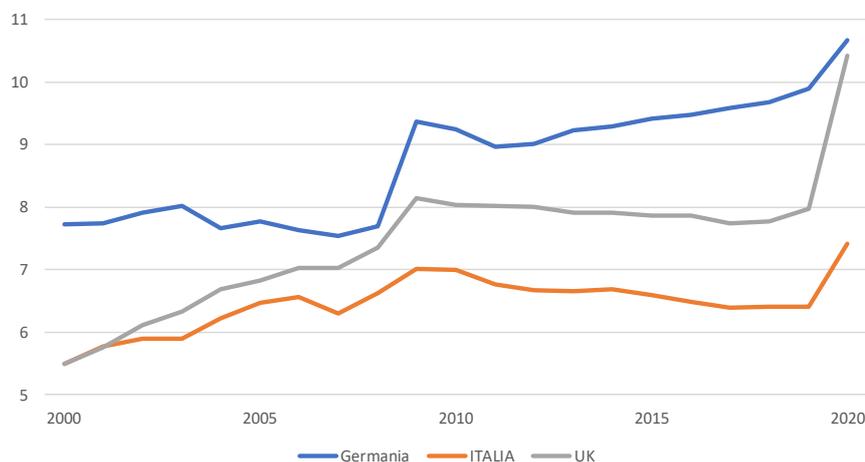
La pandemia, poi, ha rappresentato un forte elemento di accelerazione della spesa; per affrontare l'emergenza sanitaria è stato difatti necessario mettere a disposizione del SSN maggiori risorse. Nel biennio 2020-2021 la spesa sanitaria è aumentata di oltre 12 miliardi di euro rispetto al 2019, salendo a quasi 128 miliardi e incrementando il proprio peso sulla spesa pubblica di quasi due punti percentuali in un solo biennio.

L'accelerazione della spesa sanitaria durante la pandemia non è ovviamente una peculiarità del nostro Paese; guardando al peso che la spesa sanitaria ha sul Pil (Grafico 16) si osserva chiaramente un balzo nel 2020 per tutti i paesi che hanno già disponibile tale statistica.

²⁰ In particolare, si è ridotto l'incidenza della spesa per la funzione istruzione e di quella per servizi generali (che include la spesa per interessi) delle amministrazioni pubbliche.

Grafico 16: Spesa sanitaria in termini di Pil

Spesa sanitaria corrente pubblica in % Pil



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati OECD

Rispetto alle altre principali economie occidentali, il livello della spesa pubblica italiana in sanità risulta non particolarmente elevato. Fino al 2019, la spesa sanitaria rappresentava il 6,4% del Pil italiano; in Francia e Germania il livello superava il 9%, e livelli elevati si rilevavano anche nei principali paesi dell'Europa centrale e settentrionale (Paesi Bassi: 8,4%; Svezia: 9,3%; Danimarca: 8,3%; Belgio: 8,2%). Nonostante il rialzo del 2020, che ha portato la spesa sanitaria italiana al 7,4% del Pil, il livello rimane inferiore a quello rilevato negli altri paesi.

Per quanto i livelli di spesa siano più contenuti rispetto alla media europea, i dati circa la qualità del servizio e gli esiti restano tutto sommato favorevoli. L'aspettativa di vita alla nascita, calata all'indomani della pandemia, resta comunque elevata; in particolare, sono lievemente maggiori gli anni attesi in salute (Grafico 17).

Data la Suddivisione delle competenze tra i livelli di governo, la funzione sanitaria pubblica è svolta prevalentemente dalle Regioni.

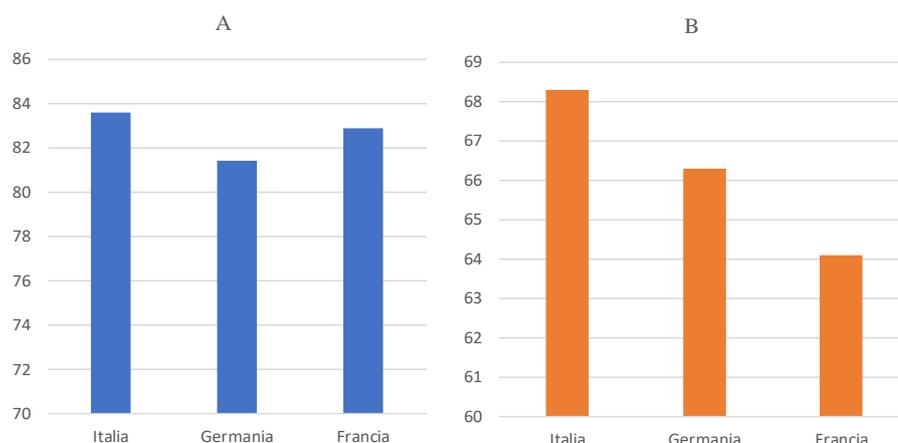
Il Servizio Sanitario Nazionale si basa su tre principi fondamentali: l'**universalità** (le prestazioni sono estese a tutta la popolazione, che ha diritto a dei livelli essenziali di assistenza, LEA); l'**uguaglianza** (l'accesso alle prestazioni è per tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni economiche e sociali); l'**equità** (a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute). Se lo Stato

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

determina i LEA, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, le Regioni programmano e gestiscono la sanità in piena autonomia.

Grafico 17: Aspettativa di vita, un confronto internazionale

Speranza di vita alla nascita (A) e anni attesi di salute alla nascita (B) - 2019



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati OECD (A) e Eurostat (B)

I Sistemi sanitari regionali alla prova della governance

Negli ultimi quindici anni il sistema di *governance* del SSN è stato interessato da diversi interventi di riforma, che hanno riguardato innanzi tutto la sottoscrizione di specifiche intese tra Stato e Regioni, l'introduzione di un sistema di rilevazione contabile, l'attivazione di Tavoli di verifica degli equilibri finanziari e della qualità delle prestazioni erogate. Le Regioni hanno l'obbligo di garantire l'equilibrio nel settore sanitario, mediante una copertura integrale degli eventuali disavanzi sanitari da parte delle regioni che li hanno determinati; le Regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata hanno l'obbligo di redigere un Piano di Rientro, che se non attuato nei tempi o nei modi previsti può portare al commissariamento della funzione sanitaria.

Il sistema di *governance* così definito ha funzionato, in termini di contenimento della spesa e correzione dei disavanzi sanitari. Sono state

difatti le Regioni sottoposte ai piani di rientro - ovvero quelle che avevano più urgente necessità di correzione - quelle che hanno fornito il maggior contributo al contenimento della spesa.

Il contenimento della spesa sanitaria ha avuto diverse conseguenze. Innanzi tutto, ha permesso un miglioramento dei conti, con una riduzione dei disavanzi e un sostanziale riequilibrio finanziario del sistema. Se nel 2006 il *deficit* complessivo era di oltre 6 miliardi di euro, dal 2014 oscilla attorno al miliardo. Negli ultimi anni, i disavanzi più elevati si osservano per le autonomie speciali, di cui fanno parte le RSS ad eccezione della Sicilia (sottoposta a piano di rientro) in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Il rovescio della medaglia del contenimento della spesa è rappresentato dall'indebolimento potenziale del sistema sanitario, in un contesto, come quello italiano, caratterizzato da un continuo invecchiamento della popolazione con pressione crescente sul sistema sanitario. Durante la pandemia è stato necessario iniettare urgentemente nuove risorse per permettere al sistema di non crollare e di reagire prontamente, reggendo talvolta a fatica l'onda d'urto data dall'emergenza.

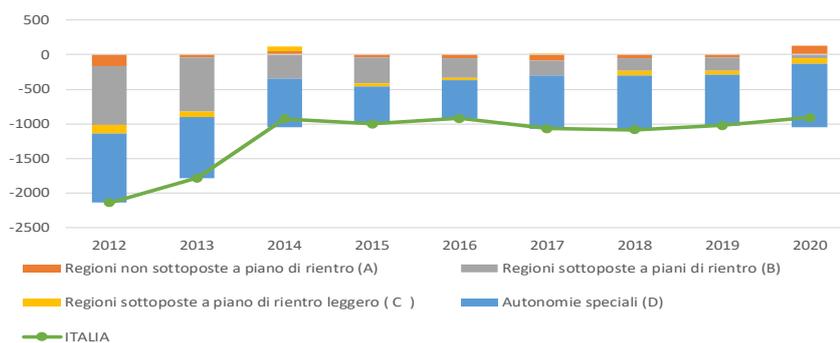
Peraltro, non tutte le Regioni hanno sperimentato la medesima riduzione della spesa negli ultimi anni: sono state soprattutto le Regioni con maggiori disavanzi che hanno dovuto operare i tagli più ampi. Una fonte informativa di estremo interesse è rappresentata dal Monitoraggio della spesa sanitaria, condotto ogni anno dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS); utilizzando le informazioni qui contenute si osserva come il contributo maggiore alla riduzione del disavanzo sanitario nel corso del periodo 2012-2020 sia stato dato dalle Regioni sottoposte ai piani di rientro²¹ (Grafico 18).

²¹ Tra le Regioni sottoposte a Piani di rientro sono state considerate Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia. Puglia e Piemonte, invece, sono state classificate a parte, tra le Regioni sottoposte a Piani di rientro leggeri. Liguria e Sardegna, sottoposte a un piano di rientro, sono uscite dal gruppo nel 2010, anno in cui Piemonte e Puglia hanno sottoscritto un piano leggero, caratterizzato da un minore livello di intervento. Il Piemonte è uscito nel 2017, ma per garantire comparabilità nel tempo degli aggregati, questi sono stati mantenuti a composizione costante.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Grafico 18: Risultati d'esercizio Sanità regionale

Saldi, milioni di euro



Regioni non sottoposte a piani di rientro (A): Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Basilicata
Regioni sottoposte a piani di rientro (B): Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia
Regioni sottoposte a piani di rientro leggero (C): Piemonte, Puglia
Autonomie speciali (D): Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati RGS

Un aspetto importante, spesso ricordato nel dibattito, è la persistenza di un netto divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno circa i livelli di spesa sanitaria sostenuti. Nella media dell'ultimo decennio (2011-2020) nel Mezzogiorno si è speso il 7,5% in meno per abitante rispetto a quanto speso nel Centro-Nord. Questo riflette anche la maggior presenza di Regioni meridionali tra quelle sottoposte ai piani di rientro, che quindi hanno dovuto operare dei tagli.

Il contenimento della spesa sanitaria in Campania

La Regione Campania, sottoposta a piano di rientro dal 2007, ha evidenziato una decisa correzione del proprio risultato di esercizio; se nel 2007 presentava un disavanzo di 862 milioni di euro, dal 2013 presenta saldi positivi. Nel 2020 ha registrato un avanzo di 73,3 milioni di euro.

Per ottenere tale risultato, è stata moderata la crescita della spesa: tra il 2010 e il 2013 la spesa corrente si è addirittura contratta, con una

riduzione che al 2013 era di oltre 2,8 miliardi di euro rispetto al 2009. Solo dal 2014 si è osservata una ripresa, molto timida, della spesa. Tra il 2014 e il 2019 la crescita media è stata di 1,4 punti percentuali all'anno: in termini reali, ovvero correggendo per l'aumento dell'inflazione, la spesa è rimasta stagnante. Nel 2020 si è osservato un incremento non trascurabile, pari al 4,5%, per effetto degli interventi straordinari a contrasto dell'emergenza sanitaria, ma comunque è risultato inferiore a quello rilevato per la media nazionale (+5,6%).

Le misure di contenimento della spesa sanitaria hanno funzionato, mantenendo per oltre un decennio pressoché stabile l'incidenza della stessa sul Pil regionale (in caduta in termini reali), pari a mediamente il 9,5%. La stabilità è venuta meno nel 2020, quando l'incremento della spesa è stato pari a 1,2 punti di Pil regionale.

Il contenimento della spesa sanitaria in Campania si è tradotto in uno scivolamento agli ultimi posti nella graduatoria delle regioni in base al livello di spesa sanitaria pro capite. Nel 2007, quando è stato avviato il piano di rientro, la spesa sanitaria campana era pari a 1681 euro per abitante; un livello inferiore alla media nazionale, ma comunque buono se confrontato con quanto speso nelle altre regioni meridionali.

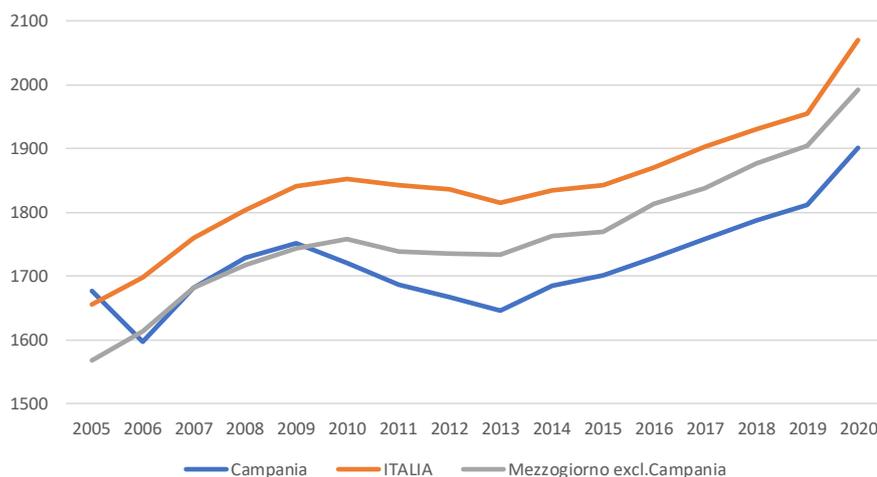
La situazione è invece mutata nel corso degli anni, quando la spesa sanitaria campana ha risentito degli sforzi di contenimento: nel 2019 la spesa per abitante è risultata di 1811 euro, la più bassa tra le regioni italiane, e la graduatoria non è cambiata nel 2020, nonostante l'incremento della spesa pari a 90 euro per residente. Per gli ultimi nove anni (dal 2012 al 2020) la spesa sanitaria per abitante in Campania è risultata pertanto la più bassa in Italia. La differenza rispetto al livello medio nazionale di spesa si è ampliata molto negli anni dei tagli (2008-2013), passando da circa 75 euro a oltre 170 euro; tra il 2014 e il 2019 si era ridimensionata, scendendo sotto i 150 euro, ma nel 2020 è tornata a 169 euro (Grafico 19).

Va però rilevato che, nonostante il basso livello, la spesa pro capite è tornata a crescere nel 2013 e da allora è costantemente aumentata, fino a superare i 1900 euro nel 2020.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Grafico 19: Spesa sanitaria pro capite

euro per abitante



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati RGS e Istat

I modelli sanitari

Naturalmente le differenze tra i sistemi sanitari regionali non sono solo in termini di livello di spesa, ma anche nella composizione della stessa. Le differenze riflettono scelte di modelli sanitari diversi; in alcune realtà, ha prevalso un modello centrato sull'assistenza ospedaliera, con grandi centri ospedalieri, anche di eccellenza, e molte prestazioni svolte da enti privati convenzionati. In altre, invece, si è data maggior risalto all'assistenza territoriale.

Al di là dell'eterogeneità riscontrata tra i diversi modelli sanitari, per tutte le regioni la voce principale di spesa è quella per i **redditi da lavoro**, che a livello nazionale rappresentano circa il 30% della spesa sanitaria corrente (nella media 2015-2020) con deviazioni tutto sommato contenute tra i territori. Alcune eccezioni verso l'alto si osservano nelle RSS più piccole del Nord, che oltre ad una maggior autonomia (come la possibilità di offrire contratti diversi) hanno anche minori economie di scala. La regione Campania si distingue per un livello inferiore rispetto alla media; mediamente, nel periodo 2015-2020, la spesa per il personale

ha rappresentato poco più di un quarto (il 26%) della spesa sanitaria campana. Questo è da attribuire, oltre che alla scelta di modello sanitario (maggiormente spostato verso l'acquisto di prestazioni da privati in convenzione), anche alla maggior compressione della spesa per redditi da lavoro dovuta all'applicazione del Piano di rientro, che ha dato luogo a politiche di contenimento del costo del personale fino al 2017, mediante forme di limitazione del *turnover*.

A livello nazionale, la seconda voce di spesa sanitaria, per incidenza sul totale, è rappresentata dalle **prestazioni sociali in natura da privato**: si ricomprendono in tale aggregato di spesa gli acquisti di assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa etc. erogate da operatori privati accreditati con il SSN (convenzionati). Tale tipo di spese è particolarmente importante in alcune regioni che hanno scelto di ricorrere molto ai servizi degli enti convenzionati per coprire alcune prestazioni, o comunque ridurre i tempi di attesa. Nella regione Campania, la quota di spesa destinata all'acquisto di prestazioni da privato è stata, mediamente nel periodo 2015-2020, superiore al 24%.

Un capitolo di importanza sostanzialmente pari, almeno a livello nazionale, è quello dei **consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici**, che includono tutti gli acquisti necessari allo svolgimento dell'attività sanitaria: mediamente, tra il 2015 e il 2020 tale voce ha rappresentato il 19,7% della spesa sanitaria (con un rialzo non trascurabile nel 2020 dovuto ai costi legati all'emergenza sanitaria). Su questo capitolo si osservano alcune differenze tra le regioni: in generale, le regioni che spendono una quota inferiore per i consumi intermedi rispetto alla media nazionale, spendono una quota superiore per le prestazioni da privato; in altre parole, chi ha minori consumi intermedi spesso è perché ha sostituito prestazioni prodotte internamente con altre acquistate da privati convenzionati. È il caso di Lazio, Molise, Puglia, Sicilia e Campania. Nel caso della Campania, la quota di spesa destinata ai consumi intermedi è inferiore mediamente nel periodo 2015-2020 di oltre 3 punti percentuali rispetto alla media nazionale (mentre nello stesso periodo la quota di spesa in prestazioni da privato è più alta di quasi 4 punti percentuali rispetto alla media nazionale). Nei fatti, quindi, negli ultimi anni il modello sanitario applicato in Campania ha sostituito parte della spesa in consumi

intermedi, che ha risentito delle manovre di contenimento²², con una maggior spesa per prestazioni esternalizzate.

Un altro capitolo di spesa di peso meno rilevante è rappresentato dalla spesa per **acquisto di prodotti farmaceutici**, utilizzati nei ricoveri ospedalieri o erogati agli assistiti mediante la distribuzione diretta, che costituisce circa un decimo della spesa sanitaria a livello nazionale. L'incidenza è aumentata negli anni per effetto dell'introduzione di farmaci innovativi ad alto costo, anche se un freno è stato posto con l'introduzione del meccanismo di *pay-back* dalle aziende fornitrici in caso di superamento dei tetti alla spesa. La regione Campania, nel periodo 2015-2020, ha destinato all'acquisto dei prodotti farmaceutici più dell'11% della propria spesa sanitaria, una quota superiore a quella osservata nazionalmente.

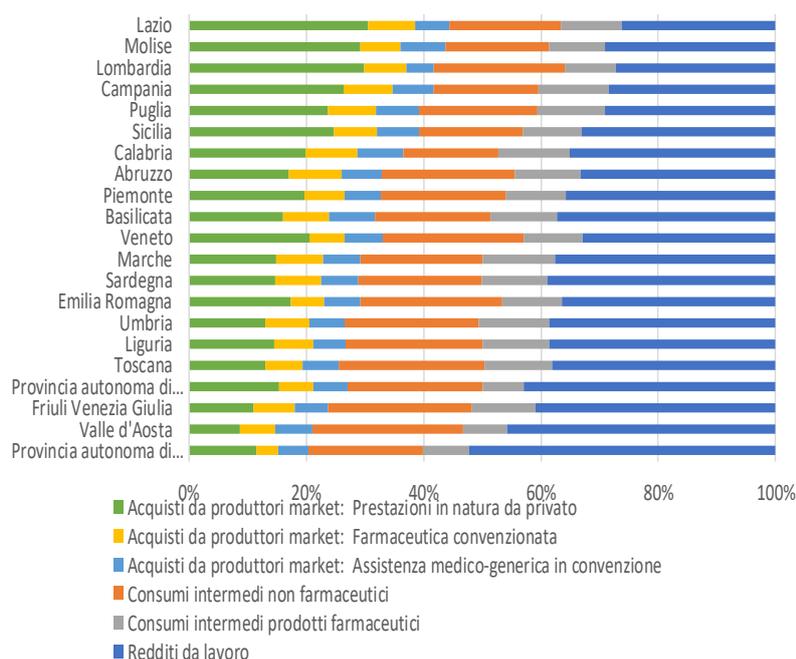
Infine, di importanza sostanzialmente simile in termini di incidenza sono i capitoli della **farmaceutica convenzionata** e dell'**assistenza medico-generica** da convenzione, che nel periodo 2015-2020 hanno rappresentato, rispettivamente, il 6,7 e il 5,8% della spesa sanitaria corrente a livello nazionale. La spesa per la farmaceutica convenzionata è stata frenata nel corso degli ultimi anni mediante alcune misure (come l'introduzione del *pay-back*, la riduzione del prezzo medio dei farmaci, l'accresciuto controllo sulle prescrizioni farmaceutiche, il ricorso ai *ticket*). La spesa per l'assistenza medico-generica è stata contenuta dal blocco delle convenzioni e dal divieto di aumenti degli emolumenti, anche se negli ultimi anni si è osservato un recupero dovuto ai rinnovi. Per entrambi i capitoli di spesa, la regione Campania presenta un'incidenza sul totale della spesa sanitaria maggiore rispetto a quanto osservato a livello nazionale. La farmaceutica convenzionata, nella media

²² Come ricorda il rapporto di Monitoraggio della RGS, sono in corso da circa un decennio processi di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi (al fine di comprimere le situazioni di inefficienza). Tra questi la fissazione di un tetto alla spesa per dispositivi medici, con un meccanismo di recupero a carico dei fornitori in caso di sfioramento (*pay-back*); l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare i contratti di fornitura qualora i prezzi unitari di acquisto siano superiori al 20% di quelli individuati da ANAC; il ricorso ad accordi o strumenti telematici messi a disposizione da CONSIP o da centrali di committenza regionali per l'efficientamento degli acquisti di beni e servizi; la rinegoziazione dei contratti in essere per diminuire i prezzi di specifici beni e servizi al fine del contenimento della spesa.

del periodo 2015-2020, ha rappresentato il 7,7% della spesa e l'assistenza medico-generica in convenzione il 6,4%.

Grafico 20: Composizione spesa sanitaria regionale

% su totale spesa corrente regionale



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati RGS e Istat

Risulta quindi come il modello sanitario campano negli ultimi anni sia risultato leggermente più orientato, rispetto alla media nazionale, verso la fornitura di prestazioni (intese sia come servizi che come beni) prodotti da produttori market, del settore privato con convenzioni con il SSN (Grafico 20).

I limiti alla spesa per il personale e gli effetti sugli organici

Al di là dell'eterogeneità riscontrata tra i diversi modelli sanitari, i dati hanno evidenziato come per tutte le regioni la principale voce di

spesa resti quella per i redditi da lavoro. Ma è anche la voce sulla quale hanno inciso maggiormente i tagli alla spesa degli ultimi anni: rispetto ai primi anni duemila l'incidenza dei redditi da lavoro sul totale della spesa sanitaria corrente si è ridotta di oltre 5 punti percentuali. Nel 2020 a livello nazionale la spesa per il personale è stata di 36,6 miliardi di euro, pari al 29,7% della spesa sanitaria (era il 35% nel 2002).

I redditi da lavoro dipendente sono così la componente di spesa che ha contribuito maggiormente al risanamento dei sistemi sanitari. Questo perché le regioni sottoposte a Piani di rientro hanno dovuto attuare il blocco del *turnover*, mentre le altre regioni hanno autonomamente attuato politiche di contenimento delle assunzioni, anche in relazione ai processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria.

Le Regioni sottoposte ai piani di rientro sono naturalmente quelle dove la spesa per i redditi da lavoro si è ridotta in misura maggiore. Per queste regioni la riduzione della spesa per il personale è stata particolarmente marcata a inizio degli anni duemiladieci (quando peraltro anche le regioni non sottoposte a piani di rientro hanno sperimentato perlomeno un rallentamento della dinamica della spesa), e prosegue, seppur con tassi più contenuti anche negli anni più recenti.

Tra queste, la Campania ha registrato un'importante flessione della propria spesa per il personale, ridottasi di quasi 500 milioni rispetto al massimo (toccato nel 2009) e che ora rappresenta meno del 26% della spesa totale. In termini pro capite, nel 2020 sono stati spesi 488 euro per abitante, una spesa più bassa del 20% rispetto alla media nazionale. Anche Lazio e Lombardia condividono il basso livello di spesa per abitante per il personale, mentre in alto alla graduatoria si trovano le RSS del Nord ma anche Toscana, Emilia-Romagna e Umbria. L'ampiezza della dispersione è riconducibile in parte alla diversa dotazione degli organici, e in parte alla diversa incidenza del privato in ciascuna regione. Le regioni dove è più diffuso il ricorso al privato sono evidentemente quelle con minori spese per personale sanitario, a fronte di maggiori spese per acquisti dai privati.

I risparmi di spesa ottenuti con il blocco del *turnover* e in generale con i tagli al personale hanno sì consentito di correggere i forti disavanzi del settore sanitario, ma hanno costi rilevanti dal punto di vista delle prestazioni. Il blocco del *turnover* ha portato un flusso di assunzioni

annue sistematicamente inferiore a quello delle uscite, con conseguenze sia sulla dimensione del personale, che sulla sua età media; su questo ultimo aspetto ha influito anche la riforma pensionistica del 2011 (c.d. legge Fornero) che ha innalzato i requisiti per la maturazione del diritto al pensionamento, trattenendo così personale anziano e riducendo ulteriormente il numero di nuovi assunti.

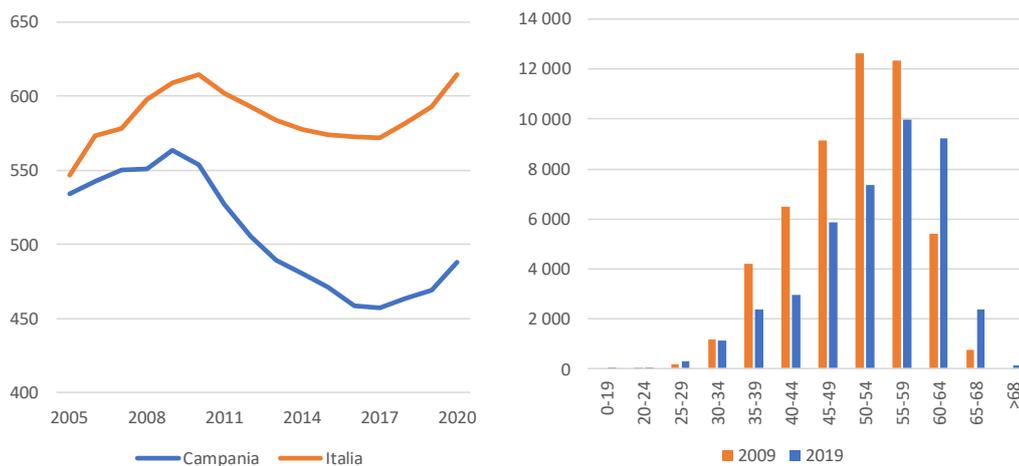
L'età media dei dipendenti della sanità in Italia era di 43,5 anni (quasi 47 per i medici) all'inizio degli anni duemila, mentre nel 2019 risultava pari a 50,3 (52,2 per i medici), con un incremento di quasi sette anni. Nel caso della Campania, l'aumento dell'età media è stato anche più accentuato, pari a 7,4 anni per il totale del personale sanitario e di oltre 8 anni per i medici. Per questi ultimi, l'età media è salita dai 47 anni di inizio anni duemila a oltre 55 anni nel 2019. Tra il 2009 e il 2019 il numero di medici in Campania si è ridotto di 1722 unità, e si è osservata anche una contrazione di quasi 8500 unità nel personale non dirigente (tra i quali sono classificati gli infermieri). L'invecchiamento progressivo dei dipendenti della sanità dovrebbe condurre nel giro dei prossimi anni a un aumento dei flussi in uscita, man mano che i lavoratori la cui uscita era stata ritardata dalla riforma pensionistica maturano i requisiti più stringenti (Grafico 21).

La flessione del numero di occupati nella sanità si è scontrata con l'andamento tendenzialmente crescente delle prestazioni richieste, in linea con l'aumento dell'età media della popolazione italiana. A questi si aggiungono problemi sul fronte formativo, in particolare per effetto del ridotto numero di borse per la specializzazione messe annualmente a bando, che comporta un numero non sufficiente di specialisti per la sostituzione dei pensionandi, soprattutto per le specializzazioni meno ambite.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Grafico 21: Risparmi di spesa ma anche riduzione e invecchiamento del personale

euro per abitante spesi per personale sanitario; personale Sanità in Campania per età



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati RGS e Istat

I divari territoriali in termini di offerta sanitaria

Diverse scelte riguardanti i modelli sanitari e i differenti vincoli da rispettare (più stringenti per le regioni sottoposte ai Piani di rientro, come è stato il caso della regione Campania) si traducono in differenze nell'offerta sanitaria.

Le differenze possono essere valutate in diverso modo: facendo riferimento alla struttura dell'offerta sanitaria esistente, data dalla dotazione di strutture e personale. Oppure valutando gli esiti dei servizi, sulla base di diversi indicatori di appropriatezza, rischio, qualità, soddisfazione, stato di salute della popolazione. Una maniera indiretta di indagare i divari territoriali è data dall'analisi della mobilità sanitaria interregionale, dato che i flussi in uscita tendono ad essere maggiori per quelle regioni la cui offerta è inadeguata o carente rispetto ai bisogni.

Per quanto riguarda la **struttura dell'offerta**, si rileva un certo arretramento della Campania per quanto riguarda i **posti letto** disponibili. I dati del Ministero della Salute sono riferiti al 2019, ovvero a immediatamente prima dell'emergenza sanitaria che ha messo a nudo molte criticità e ha portato a incrementare i posti soprattutto nelle terapie intensive. Secondo tali dati, nel 2019 la Campania aveva mediamente 25,5 posti letto residenziali (ovvero per degenza) ogni 10mila abitanti, un numero inferiore alla media nazionale (31,5); tra le regioni italiane, solo la Calabria ne aveva meno (25,4). Era migliore la situazione per quanto riguardava i posti letto semiresidenziali (es. day hospital), pari a 4,4 ogni 10mila abitanti, un numero superiore alla media nazionale (3,4).

È lievemente migliore il posizionamento per quanto riguarda il **personale sanitario**, sempre rapportato alla popolazione residente. Nel 2019 i medici specialisti erano 3,04 per mille abitanti, contro una media nazionale di 3,17; in particolare, la differenza era maggiore per quanto riguardava gli anestesisti, ma – al contrario – la Campania presentava un maggior numero di cardiologi rispetto alla media. Anche per i medici generici, pari a 0,87 ogni mille abitanti, la Campania risultava lievemente meno fornita della media nazionale (0,88). Tra le altre professioni sanitarie (odontoiatri, ostetriche, professioni infermieristiche, farmacisti), si rileva una sottodotazione in Campania soprattutto per gli infermieri: nel 2019 ce n'erano 5,45 ogni mille abitanti, contro una media nazionale di 6,1 (Tavola 6).

Un indice composito di dotazione dell'offerta sanitaria, che sintetizza quanto osservato in termini di posti letto disponibili e in termini di personale²³, evidenzia come **la Campania nel 2019 si posizionasse in fondo alla graduatoria in quanto a dotazione sanitaria**. Il basso valore dell'indice sintetico di dotazione sanitaria risente in particolare di posti letto residenziali e di personale infermieristico. Ai primi posti svettano regioni piccole, dato che sono stati utilizzati indicatori di partenza rapportati alla popolazione, e quindi risultano maggiormente dotate le regioni meno popolate, che hanno minori economie di scala. Ma anche regioni grandi, come Lazio, Emilia-Romagna e Toscana si posizionano abbastanza in alto nella graduatoria. In fondo, invece, oltre alla Campania, si

²³ Le variabili, sempre espresse in termini della popolazione residente, sono normalizzate, assumendo valore 0 per l'osservazione minima e 1 per la massima. L'indicatore composito è dato dalla media delle variabili.

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

trovano Lombardia, Puglia e Veneto, oltre alla provincia di Bolzano. Nel caso della Lombardia, il basso valore dell'indicatore risente della scarsa presenza di posti semiresidenziali e della modesta dotazione di personale infermieristico e di ostetriche: ciò è probabilmente il riflesso del peculiare modello sanitario lombardo, molto orientato ai grandi centri ospedalieri ma carente sull'assistenza territoriale (Grafico 22).

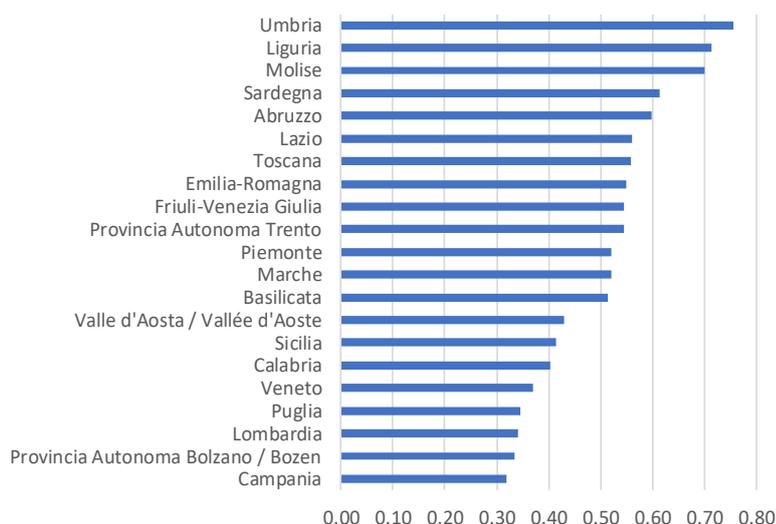
Tavola 6: La dotazione di posti letto e personale sanitario nelle regioni italiane 2019

	Posti letto/10.000 abitanti		Personale/1.000 abitanti			
	Residenziali	Semiresidenziali	medici specialisti	medici generici	professioni sanitarie infermieristiche	altro*
Abruzzo	30,2	3,3	3,3	1,1	6,8	2,9
Basilicata	29,1	4,0	2,5	1,1	7,7	2,5
Calabria	25,4	4,0	2,9	1,0	5,4	2,6
Campania	25,5	4,4	3,0	0,9	5,5	2,0
Emilia-Romagna	36,8	2,0	3,4	0,9	6,3	2,8
Friuli-Venezia Giulia	31,8	3,8	3,2	0,9	6,8	2,6
Lazio	32,0	4,1	3,8	0,9	6,5	2,3
Liguria	33,0	4,4	3,7	0,9	8,1	2,8
Lombardia	35,4	2,4	3,0	0,7	5,4	2,3
Marche	30,5	3,9	2,9	0,9	6,4	2,7
Molise	34,1	4,1	3,0	1,2	8,0	2,6
Piemonte	33,7	4,5	2,9	0,8	6,2	2,6
PA Bolzano	32,6	3,4	2,6	0,6	8,3	1,7
PA Trento	34,7	4,7	2,5	0,8	7,3	2,2
Puglia	29,2	2,1	2,9	0,9	6,6	2,3
Sardegna	29,8	4,4	3,8	1,0	5,9	2,7
Sicilia	28,8	3,9	3,4	1,0	5,8	2,1
Toscana	28,3	4,1	3,5	1,0	6,5	2,6
Umbria	32,6	4,4	3,5	1,1	7,0	3,0
Valle d'Aosta	35,3	3,3	2,9	0,8	6,8	2,1
Veneto	33,0	2,8	2,7	0,8	6,4	2,4

altro: odontoiatri, farmacisti, ostetriche

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Ministero Salute e Istat.

Grafico 22: Graduatoria di dotazione dell'offerta sanitaria
indicatore composito



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Ministero Salute e Istat

Nell'enunciazione degli obiettivi della strategia della regione Campania per l'attuazione del nuovo ciclo FESR 2021-2027 si tiene conto di questi risultati, riconoscendo la necessità di investire nel potenziamento e nella realizzazione di nuove infrastrutture, capaci di migliorare i servizi sanitari erogati e aumentare l'offerta per facilitare l'accesso alle cure garantendo una maggiore inclusività sociale.

I divari territoriali negli esiti

Riguardo agli **esiti** dei servizi sanitari offerti sul territorio, diversi sono gli indicatori per valutarli. Come primo, si può ricorrere alle valutazioni espresse dalle persone che hanno sperimentato un ricovero nei tre

mesi precedenti²⁴; se mediamente in Italia quattro ex pazienti su dieci nel 2019 esprimevano molta soddisfazione per l'assistenza medica ricevuta, in Campania tale valutazione riguardava solo un paziente su quattro, posizionandosi quindi in fondo alla graduatoria. Le differenze si smussano quando si includano anche le valutazioni di sufficiente soddisfazione. Un pattern simile si riscontra riguardo alle valutazioni circa l'assistenza infermieristica ricevuta. Nel complesso, si osserva un posizionamento piuttosto arretrato della Campania in quanto a soddisfazione circa i servizi forniti.

Ci sono indicatori più oggettivi sulla qualità dei servizi offerti. Un'analisi molto dettagliata dei ricoveri ospedalieri è fornita nel rapporto annuale curato dal Ministero della Salute, che tiene conto anche delle fasce d'età e delle tipologie di DRG (*Diagnosis related groups*, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) che cerca di identificare i servizi prodotti dagli ospedali in termini di classi o categorie di pazienti omogenee quanto a caratteristiche cliniche ed assistenziali, e quindi anche rispetto al profilo di trattamento atteso. Questo perché profili diversi avranno esigenze diverse. Secondo tale rapporto, nel 2019, in Italia il 3,9% dei ricoveri in regime ordinario (con degenza) ha avuto una durata superiore al valore soglia (che viene calcolato per ogni raggruppamento di diagnosi, tenendo conto della distribuzione delle degenze dello stesso DRG), ovvero si è discostato eccessivamente. La quota di degenze oltre soglia è lievemente superiore in Campania, pari al 4,2%. In particolare, il 6,5% delle degenze in regime ordinario nella regione Campania hanno superato i 60 giorni (contro una media nazionale del 4,5%).

Nel rapporto del Ministero si propongono anche alcuni indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica, così come indicatori di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, di qualità dell'assistenza, e di rischio clinico. Con “**appropriatezza organizzativa**” si fa riferimento alla scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza e il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva. Tra gli indicatori proposti si trova la quota di

²⁴ Sulla base dei dati dell'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie italiane; la domanda riguarda solo coloro che hanno sperimentato recentemente (nei tre mesi precedenti l'intervista) un ricovero. I dati riportano la quota di risposte che indicano “molta soddisfazione” e “molta soddisfazione e abbastanza soddisfazione” per i servizi ricevuti.

dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico (sul totale delle dimissioni da reparti chirurgici); questi casi, data l'attribuzione di raggruppamento di diagnosi medico, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in reparti non chirurgici; si tratta di un non adeguato utilizzo delle risorse, dato che i reparti chirurgici sono dotati di attrezzature complesse e risultano maggiormente onerosi. In media, nel 2019, tale quota per la media nazionale era del 26,6%; la Campania si caratterizza per una quota maggiore (30%), quindi per una minore appropriatezza organizzativa. È anche maggiore la quota di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (il 46% contro una media nazionale del 35%), la quota di ricoveri con durata breve (0-1 giorno e 2-3 giorni) con DRG medico, segnalando talvolta utilizzo non appropriato delle risorse. Il primo indicatore valuta difatti l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione in regime di Day Hospital, dato che i ricoveri diurni di tipo medico effettuati unicamente per procedere ad accertamenti diagnostici possono generalmente essere effettuati ricorrendo alla rete ambulatoriale (più idonea ed adeguata); il secondo e il terzo indicatore approfondiscono quella parte di ricoveri che, per le caratteristiche di bassa complessità delle prestazioni erogate e di brevità della degenza, sono nella quasi totalità dei casi da ricomprendere nell'insieme dei ricoveri evitabili, le cui prestazioni dovrebbero più efficacemente essere collocate in un diverso *setting*, quali, ad esempio, il ricovero diurno o il livello distrettuale. È invece inferiore alla media nazionale l'ultimo indicatore di appropriatezza organizzativa, che fa riferimento alla quota di ricoveri con degenza oltre soglia con DRG medico di pazienti con oltre 65 anni di età; i pazienti anziani rappresentano la popolazione a più alto rischio di permanenza nelle strutture ospedaliere per periodi molti lunghi, e l'indicatore coglie quindi i collegamenti funzionali fra l'ospedale per acuti e la rete di offerta territoriale che riguarda le strutture residenziali per gli anziani. In conclusione, **la regione Campania performa meno bene della media nazionale per quanto riguarda l'appropriatezza organizzativa dei servizi ospedalieri** (Tavola 7).

Per quanto riguarda invece l'**appropriatezza clinica** si fa riferimento a cinque indicatori diversi, che cercano di cogliere il livello di efficacia e di sicurezza di una prestazione o di una procedura, in modo da comportare benefici al paziente con il minor numero di effetti negativi; ci si basa su linee guida e protocolli diagnostici e terapeutici condivisi. Tra

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

questi indicatori si trova l'incidenza di parti cesarei, di interventi di colecistectomia laparoscopica, e i tassi di ospedalizzazione per alcuni interventi (tonsillectomia, prostatectomia, appendicectomia e isterectomia). La regione Campania presenta una maggior incidenza di parti cesarei della media nazionale e una minor incidenza di interventi di colecistectomia in laparoscopia. Per quanto riguarda invece i tassi di ospedalizzazione, questi risultano inferiori alla media, evidenziando su questo fronte una **buona appropriatezza clinica** (Tavola 8).

Tavola 7: Indicatori di appropriatezza organizzativa
2019

	% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	% Ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico	% Ricoveri brevi 0-1 giorno con DRG medico	% Ricoveri brevi 2-3 giorni con DRG medico	% Ricoveri con degenza oltre soglia con DRG medico di pazienti con età 65 anni e oltre
Piemonte	21,9	14,6	9,7	22,7	6,0
Valle d'Aosta	30,6	19,0	10,4	21,5	6,2
Lombardia	26,8	22,5	8,9	21,7	5,6
P.A. Bolzano	37,9	41,4	8,7	28,2	3,7
P.A. Trento	34,4	20,7	7,3	23,0	5,3
Veneto	25,8	14,8	8,7	21,1	6,4
Friuli V.G.	25,5	30,1	11,2	23,9	5,0
Liguria	24,4	39,5	8,9	23,2	4,9
Emilia Romagna	22,2	26,8	9,1	24,2	4,0
Toscana	21,6	16,7	8,3	23,2	2,1
Umbria	27,9	3,1	10,0	25,2	3,7
Marche	21,3	23,8	7,5	21,4	5,1
Lazio	26,3	55,3	9,4	24,8	5,8
Abruzzo	26,0	30,9	8,0	23,1	3,9
Molise	32,2	40,0	8,7	28,1	3,8
Campania	30,0	46,3	10,8	27,9	3,3
Puglia	31,1	47,8	9,7	25,3	3,7
Basilicata	36,1	17,9	7,2	24,3	3,8
Calabria	32,3	39,3	7,9	26,8	3,7
Sicilia	29,4	37,1	6,5	25,7	3,9
Sardegna	33,9	24,4	12,1	25,5	3,6
ITALIA	26,6	35,2	9,1	24,0	4,6

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Ministero Salute.

Divari territoriali di qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi

Tavola 8: Indicatori di appropriatezza clinica
2019

	% Parti cesarei (su tot. parti)	% Interventi di colecistectomia laparoscopica sul totale di interventi di colecistectomia	Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia	Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia	Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia	Tasso di ospedalizzazione per isterectomia
Piemonte	27,0	93,6	77,5	435,2	51,9	281,1
Valle d'Aosta	32,3	97,0	83,9	500,5	100,9	203,0
Lombardia	26,5	94,7	55,6	330,3	63,0	281,9
P.A. Bolzano	24,9	93,4	81,6	372,9	89,5	304,0
P.A. Trento	19,2	97,9	70,1	294,7	79,2	240,1
Veneto	25,0	95,8	70,2	338,8	69,0	280,2
Friuli V.G.	21,0	94,2	72,4	301,3	63,1	289,7
Liguria	31,5	95,5	90,4	279,6	63,6	202,6
Emilia Romagna	24,2	93,7	68,0	284,8	69,6	211,6
Toscana	27,9	95,3	42,2	279,0	72,0	184,7
Umbria	26,1	92,0	55,5	330,0	74,7	243,7
Marche	32,3	92,1	54,9	355,0	61,1	231,2
Lazio	36,4	95,1	30,4	341,1	49,6	207,6
Abruzzo	33,8	92,5	43,4	372,4	57,4	240,0
Molise	38,0	93,3	32,6	285,8	51,6	191,6
Campania	50,3	93,5	20,2	246,5	47,5	199,2
Puglia	39,7	94,7	19,4	295,5	45,0	255,4
Basilicata	33,2	93,5	32,8	184,9	41,2	200,6
Calabria	38,6	93,0	17,7	206,4	37,2	221,2
Sicilia	40,5	94,7	44,4	360,4	50,5	248,8
Sardegna	37,1	95,2	46,8	304,2	55,7	99,4
ITALIA	33,0	94,4	48,1	319,8	57,8	237,6

tassi di ospedalizzazione: per 100 000 abitanti

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Ministero Salute.

Il rapporto presenta anche alcuni indicatori *proxy* di **ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali**. Tra questi ci sono i tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato, per l'asma nell'adulto, per insufficienza cardiaca (distinguendo per popolazione maggiorenne e per popolazione con più di 65 anni), per influenza nell'anziano e per le patologie correlate all'alcool. Quando tali tassi sono elevati segnalano una peggiore efficienza dell'assistenza sanitaria nel suo complesso, sia come efficacia dei servizi territoriali, sia come inappropriata del ricorso all'ospedalizzazione. Come sottolinea il rapporto c'è una stretta correlazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere (come evidenziato anche dagli indicatori di appropriatezza organizzativa) e l'inadeguatezza del livello territoriale: i primi indicatori forn-

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

scono quindi indicazioni non solo sul corretto uso del *setting* ospedaliero, ma anche, indirettamente, sulla capacità assistenziale degli altri Livelli di Assistenza. La regione Campania presenta bassi livelli degli indicatori di ridotta accessibilità ai servizi territoriali, fatta eccezione per il trattamento dell'asma nell'adulto, per il quale si registra il tasso di ospedalizzazione più elevato tra le regioni italiane. Nel complesso, quindi, gli indicatori suggeriscono una **discreta accessibilità ai servizi territoriali** (Tavola 9).

Tavola 9: Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali 2019

	Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (>18 anni)	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (> 65 anni)	Tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano	Tasso di ospedalizzazione per patologie correlate all'alcool
Piemonte	27,0	93,6	77,5	435,2	51,9	281,1
Valle d'Aosta	32,3	97,0	83,9	500,5	100,9	203,0
Lombardia	26,5	94,7	55,6	330,3	63,0	281,9
P.A. Bolzano	24,9	93,4	81,6	372,9	89,5	304,0
P.A. Trento	19,2	97,9	70,1	294,7	79,2	240,1
Veneto	25,0	95,8	70,2	338,8	69,0	280,2
Friuli V.G.	21,0	94,2	72,4	301,3	63,1	289,7
Liguria	31,5	95,5	90,4	279,6	63,6	202,6
Emilia Romagna	24,2	93,7	68,0	284,8	69,6	211,6
Toscana	27,9	95,3	42,2	279,0	72,0	184,7
Umbria	26,1	92,0	55,5	330,0	74,7	243,7
Marche	32,3	92,1	54,9	355,0	61,1	231,2
Lazio	36,4	95,1	30,4	341,1	49,6	207,6
Abruzzo	33,8	92,5	43,4	372,4	57,4	240,0
Molise	38,0	93,3	32,6	285,8	51,6	191,6
Campania	50,3	93,5	20,2	246,5	47,5	199,2
Puglia	39,7	94,7	19,4	295,5	45,0	255,4
Basilicata	33,2	93,5	32,8	184,9	41,2	200,6
Calabria	38,6	93,0	17,7	206,4	37,2	221,2
Sicilia	40,5	94,7	44,4	360,4	50,5	248,8
Sardegna	37,1	95,2	46,8	304,2	55,7	99,4
ITALIA	33,0	94,4	48,1	319,8	57,8	237,6

tassi di ospedalizzazione: per 100 000 abitanti

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Ministero Salute.

Per quanto riguarda la **qualità dell'assistenza**, il rapporto del Ministero prende in esame altri cinque indicatori: il tasso di ospedalizzazione per malattie polmonari croniche ostruttive, quello per il diabete con complicanze, quello per l'amputazione dell'arto inferiore in pazienti dia-

betici, oltre alle percentuali di riammissioni non programmate per schizofrenia e di riammissioni non programmate per disturbi bipolari sul totale delle dimissioni per la stessa diagnosi. Tassi più elevati evidenziano una qualità inferiore dell'assistenza. La regione Campania ha generalmente indicatori inferiori alla media nazionale, ad eccezione però dei trattamenti delle complicanze da diabete, e quindi **maggiore qualità dell'assistenza**.

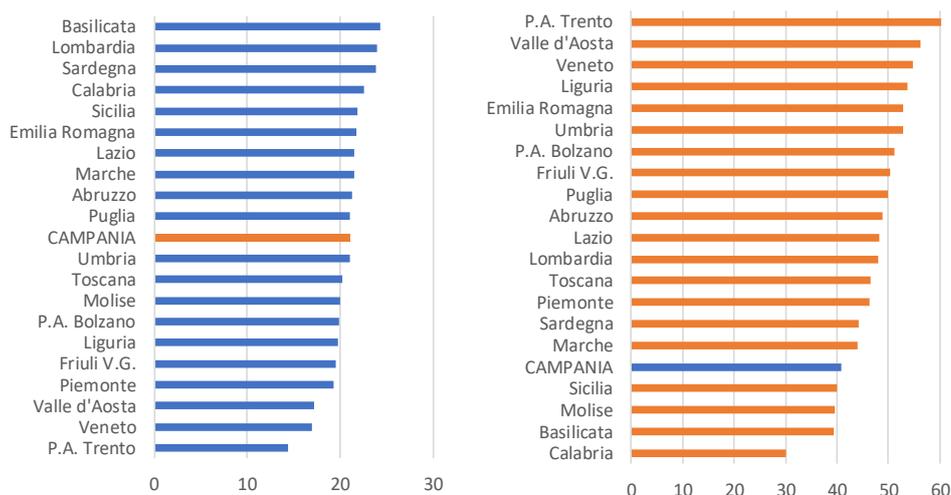
Gli indicatori di **rischio clinico in ambito ospedaliero** (incidenza delle infezioni dovute a cure mediche, di embolia polmonare o trombosi venose profonde post-chirurgiche, di infezioni post-chirurgiche, tassi di ospedalizzazione per prostatectomia e per appendicectomia) segnalano, per la regione Campania, un **minore grado di rischio** rispetto alla media nazionale.

Altri indicatori di esito fanno riferimento allo stato di salute della popolazione, che risentono in parte dell'attività di prevenzione sanitaria. Nel 2020 la quota di persone in buona salute in Campania era lievemente superiore a quella riscontrata nella media nazionale; va però rammentato che la popolazione campana è tendenzialmente più giovane di quella italiana (l'età media, nel 2018, era di 42,3 anni contro i 45,2 nazionali), e quindi relativamente meno soggetta ai problemi connessi all'invecchiamento demografico. È inferiore la quota di persone avente almeno una malattia cronica, ma tra le persone con malattie croniche è inferiore la quota di coloro che sono comunque in buona salute, evidenziando così un'area dove sarebbe necessario intervenire. Questo, inoltre, si riflette in una minore speranza di vita, sia alla nascita che a 65 anni, dato che **la maggior presenza di malattie croniche** (è maggiore la quota di popolazione affetta dal due o più malattie rispetto alla media nazionale) **si associa più frequentemente a stati di salute non buoni** (Grafico 23).

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

Grafico 23: Stato di salute della popolazione nel 2020

% persone con almeno due malattie croniche e % persone con malattie croniche in buona salute (su pop. con malattie croniche)



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Istat

Ulteriori informazioni circa l'esito dei servizi sanitari offerti sul territorio sono fornite dalla valutazione circa i LEA: le regioni sono difatti sottoposte ad un monitoraggio circa l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, al fine di promuovere e garantire l'effettiva erogazione e l'uniformità sul territorio. L'adempimento viene certificato attraverso l'utilizzo di un set di indicatori (che riguardano l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera), raccolti in una griglia che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza.

La Griglia LEA per il 2019 è composta da 33 indicatori, ripartiti tra le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera erogate dalle regioni. Tali indicatori sono sintetizzati in un punteggio finale, che permette di determinare il livello raggiunto dalla singola regione in termini di performance dei si-

stemi sanitari regionali. Nel 2019 la regione Campania ha ottenuto un punteggio di 168; dato che il punteggio minimo accettabile è stato fissato a 160, la Campania è stata valutata positivamente per il 2019. È però, tra le regioni “promosse” quella con il punteggio più basso e vicino alla soglia. Va altresì rilevato come nel corso degli anni, nonostante il contenimento alla crescita della spesa attuato, la valutazione della regione Campania abbia mostrato un trend in miglioramento.

Dal 2020 la griglia LEA è stata sostituita con il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che tiene conto di 88 indicatori allo scopo di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza. Affinché una regione sia ritenuta adempiente deve ottenere un punteggio superiore a 60 in ciascuna area di assistenza (Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliera). La sperimentazione attuata sui dati 2019 evidenzia come la Campania risulti adempiente anche secondo questo nuovo strumento di valutazione, ma con valori molto vicini alla soglia minima nell'area Ospedaliera e, in misura meno marcata, in quella Distrettuale.

Dal punto di vista degli esiti, quindi, il quadro della sanità campana è caratterizzato da luci e ombre, evidenziando in molti casi un divario da colmare rispetto alla media nazionale, ma anche un miglioramento nel tempo, nonostante i vincoli finanziari, e l'esistenza di punti da preservare, come il basso rischio clinico e la tutto sommato discreta accessibilità ai servizi territoriali.

Nel documento di indirizzo strategico per l'attuazione del nuovo ciclo FESR si afferma la volontà di investire in azioni mirate per migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi anche di prevenzione, potenziando le infrastrutture ma anche riorganizzando il sistema, utilizzando le potenzialità della digitalizzazione dei servizi sanitari. Si intende lavorare per assicurare servizi omogenei sul territorio (mentre attualmente la distribuzione è piuttosto disomogenea) e puntare sui segmenti di eccellenza in ricerca e innovazione in ambito sanitario, aumentandone anche la fruibilità per il cittadino.

I divari territoriali e la mobilità sanitaria

Un ulteriore modo per valutare la presenza di divari territoriali nei servizi sanitari è dato dai flussi di mobilità sanitari interregionali. Una

analisi recente (Beraldo, Collaro e Marino, 2020) ha evidenziato come i flussi di mobilità in uscita siano un riflesso delle limitazioni alla spesa sanitaria, in particolare nelle regioni sottoposte a Piani di rientro. In altre parole, la migrazione sanitaria potrebbe dipendere da un'inadeguata copertura dei bisogni nella regione di residenza.

Guardando al caso specifico della regione Campania, gli indicatori sugli esiti finora considerati (soddisfazione, indicatori di appropriatezza, rischio clinico, stato di salute, punteggi LEA) non hanno dato segnali allarmanti; diversa è però l'indicazione proveniente dall'indicatore composito sull'offerta sanitaria, che ha evidenziato una posizione arretrata, soprattutto per quanto riguarda i posti letto e la dotazione di personale infermieristico.

I dati sulla mobilità evidenziano una mobilità passiva piuttosto elevata per la Campania: nel 2019 il 9,7% dei residenti che ha subito un ricovero con degenza lo ha fatto in un'altra regione (principalmente Lazio e Lombardia). Il tasso di mobilità passiva è elevato ma non è massimo: livelli più alti si osservano in Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria, regioni più piccole dove alcune prestazioni specialistiche sono più difficili da ottenere. Ci sono anche flussi in entrata; per alcune regioni, quelle maggiormente attrattive (tipicamente, Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e in misura minore Veneto e Provincia di Bolzano) il saldo è positivo, ovvero sono più numerosi i ricoveri di non residenti che quelli di residenti andati altrove. Per la maggioranza di regioni, però, il saldo è negativo; sebbene Calabria e Basilicata restino quelle dove il saldo negativo, rapportato al numero di residenti ricoverati nel corso dell'anno, è più ampio, la Campania si posiziona al terzo posto. In altre parole, il tasso di fuga regionale è elevato, segnale di una scarsa capacità del sistema sanitario regionale di rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione (Tavola 10).

**Tavola 10: Indicatori di mobilità interregionale per ricoveri ospedalieri
2019**

	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Saldo ricoveri
Piemonte	6,6	6,4	-0,2
Valle d'Aosta	15,9	11,1	-5,3
Lombardia	4,5	11,1	7,5
P.A. Bolzano	4,9	5,9	1,1
P.A. Trento	14,5	10,4	-4,7
Veneto	6,1	8,6	2,7
Friuli V.G.	7,0	8,0	1,0
Liguria	13,5	9,4	-4,5
Emilia Romagna	5,7	14,7	10,5
Toscana	6,3	9,4	3,4
Umbria	11,7	13,5	2,0
Marche	13,1	10,7	-2,7
Lazio	9,1	8,6	-0,5
Abruzzo	16,7	10,8	-6,6
Molise	28,6	29,7	1,6
Campania	9,7	2,9	-7,0
Puglia	9,0	4,8	-4,4
Basilicata	24,7	16,6	-9,8
Calabria	19,6	2,6	-17,5
Sicilia	7,5	1,8	-5,9
Sardegna	5,6	1,9	-3,8

mobilità passiva: ricoveri in altre regioni su tot. ricoveri dei residenti

mobilità attiva: ricoveri di non residenti su tot. ricoveri erogati

saldo ricoveri: ricoveri di non residenti - ricoveri in altre regioni di residenti, in % ricoveri di residenti

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Ministero Salute.

Gli interventi del PNRR

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macroeconomica dei servizi sanitari pubblici. Ha altresì evidenziato alcuni aspetti critici del SSN, come le disparità territoriali, l'integrazione inadeguata tra servizi territoriali, servizi ospedalieri e servizi sociali, i tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni e una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. Pertanto, nella definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è stata data particolare attenzione al tema sanitario, mediante la Missione 6, che prevede interventi nel

Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle politiche di coesione della Regione Campania

settore. La dotazione finanziaria è importante, 15,63 miliardi di euro (l'8,2% delle risorse totali messe a disposizione dal NGEU).

Le componenti della Missione sono due. La prima riguarda le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza territoriale; si intende rafforzare i servizi territoriali, potenziando e creando nuove strutture e presidi territoriali, oltre a sviluppare la telemedicina e a consentire una maggiore integrazione dei servizi sociosanitari. La seconda componente della Missione, invece, riguarda l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del sistema sanitario nazionale; l'obiettivo è il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, aumentare la capacità di erogazione e monitoraggio, il rafforzamento della ricerca scientifica, del trasferimento tecnologico e in generale delle competenze.

Con decreto ministeriale di gennaio 2022, sono state ripartite le risorse a diretta gestione regionale per gli interventi per i quali Regioni e Province autonome si configurano come soggetti attuatori; si tratta di 8,42 miliardi di euro (che includono però anche interventi del Piano per gli investimenti complementari, finanziato nazionalmente), di cui il 41% è destinato a regioni del Mezzogiorno. Alla regione Campania sono destinati quasi 916 milioni di euro (l'11,4% delle risorse totali ripartite tra le regioni); di questi, 161 milioni di euro sono da Piano complementare. Nella tavola allegata si riporta la Suddivisione per interventi: quello con maggiore dotazione finanziaria è quello per la realizzazione delle Case di Comunità (l'obiettivo regionale è di 169 Case) con l'obiettivo di rafforzare la capacità del SSN sul territorio, potenziandone e migliorandone i servizi. Grazie ai 161 milioni di finanziamento nazionale, il secondo progetto per importanza è quello della messa in sicurezza degli ospedali, che ha a disposizione quasi 232 milioni di euro per interventi di adeguamento alle normative antisismiche. Rilevanti anche gli interventi di aggiornamento tecnologico e digitale, per i quali complessivamente sono disponibili 293 milioni di euro (Tavola 11).

Divari territoriali di qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi

Tavola 11: Risorse per Missione 6 PNRR ripartite regionalmente

<i>milioni di euro</i>		Campania	tot ripartito
Componente 1	Case di Comunità	249,7	2000,0
	Centrali Operative Territoriali	10,0	103,8
	Interconnessione aziendale	4,1	42,6
	Device	5,6	58,0
	Ospedali della Comunità	111,0	1000,0
Componente 2 e PNC	Digitalizzazione DEA I e II	160,9	1450,1
	Grandi apparecchiature	132,0	1189,2
	Verso un ospedale sicuro	231,8	2088,9
	Adozione nuovi flussi informativi nazionali	3,4	30,3
	Corso di formazione infezioni ospedaliere	7,2	80,0

1.3. Bibliografia

Anpal (2021). *La programmazione dei fondi europei per i servizi sociali. Intervento della Commissione Europea: Servizi sociali e Housing – Programmazione 2021-2027*. Roma, Agenzia Nazionale per le Politiche Attive del Lavoro, disponibile su www.anpal.gov.it.

Beraldo S., Collaro M., Marino I. (2020). *Do Harder Local Budget Constraints Affect Patient Mobility?*, CSEF - Centre for Studies in Economics and Finance, Working Paper n. 580.

Campania, Giunta Regionale (2021). *Allegato A – avviso pubblico per manifestazione di interesse “Progettualità di cui alla Missione 5, Componente 2, Sottocomponente 1, Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n. 627 del 28/12/2021*, disponibile sul sito della Regione Campania.

Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie, (2019). *Delibera della Giunta Regionale n. 897 del 28/12/2018, Piano sociale della Regione Campania 2019-2021*, disponibile su <http://burc.regione.campania.it>.

Linea Amica, (2021). *Il PNRR: le opportunità per i Comuni italiani*. Roma: Formez PA – Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l’ammodernamento delle P.A., disponibile su <https://lineamica.gov.it/pnrr/le-10-guide>.

Linea Amica, (2021). *Il PNRR per il Mezzogiorno*. Roma: Formez PA – Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l’ammodernamento delle P.A., disponibile su <https://lineamica.gov.it/pnrr/le-10-guide>.

Ministero della Salute (2020). *Rapporto Annuale sull’attività di ricovero ospedaliero*, ottobre 2020.

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2021). *Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*.

Pesaresi F., (2021). *Il settore sociale nel PNRR*. *Welforum.it*. [Consultato il 28 aprile 2022], disponibile su <https://welforum.it/il-punto-verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/il-settore-sociale-nel-pnrr/>.

Divari territoriali di qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi

Ragioneria Generale dello Stato (2021). *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 8*, settembre 2021.

Istat, (2021). *La spesa dei comuni per i servizi sociali | Anno 2018*. Roma: Istituzionale Nazionale di Statistica.



SVIMEZ

Associazione per lo sviluppo
dell'industria nel Mezzogiorno

via di Porta Pinciana, 6
00187 Roma
Tel. +39 06 478501
segreteria@svimez.it
www.svimez.it