Manovra 2024: la nuova sanità territoriale e il finanziamento del welfare

Laura Pelliccia, | 21 novembre 2023

La programmazione sanitaria degli ultimi anni ha cercato di correggere un modello estremamente ospedalocentrico per far spazio ai servizi del territorio, specie a quelli domiciliari. Il Recovery Plan ha ulteriormente sancito tali principi. È utile verificare, con i dati oggi a disposizione, lo stato di avanzamento di questo processo.

Allo stesso tempo, è importante analizzare la manovra di bilancio oggi in discussione in chiave di capacità di dare continuità a questi processi; più in generale, è importante riflettere sulle prospettive future del welfare sociosanitario e sociale che si delineano con il DDL Bilancio 2024-2026.

Cosa sappiamo dell'avanzamento della nuova sanità territoriale?

A partire dal 2020 una serie di provvedimenti[note]Art. 1, comma 4, DL 34/2020 – Assistenza Domiciliare 265.028.624 €; Art. 1, comma 5, DL 34/2020 - IFoC 480.000.000 di cui 235 per l'assistenza domiciliare di base (dm 23/1/2023); Art. 1, comma 274, LB 2022 – Riforma assistenza territoriale 1.015.253.160 €, di cui 90,9 mln per il 2022, 150,1 mln per il 2023, 328,3 mln per il 2024, 591,5 mln per il 2025,1.015,3 mln dal 2026[/note] ha dato centralità e impulso allo sviluppo della nuova sanità territoriale, dedicando risorse aggiuntive per costruire quelle che poi sarebbero divenute le nuove articolazioni organizzative del DM77. A questo processo si è poi affiancato il Recovery Plan (Missione 6), finanziando la realizzazione delle opere strutturali (CDC, ODC e COT) e la spesa corrente per potenziare l'assistenza domiciliare fino al 2025[note]85,4 mln per il 2022, 540,3 mln per il 2023, 994,4 mln per il 2024 e 1,1 mld per il 2025[/note].

Qual è lo stato dell'arte di tale percorso? **Quante risorse correnti sono già state finalizzate dalle regioni ai servizi della nuova sanità territoriale?** È ancora prematuro farne una ricognizione puntuale, non essendo ancora disponibili sufficienti dati di dettaglio sulla spesa sanitaria delle regioni nel 2022 per isolare le risorse per gli interventi del DM77, né quantomeno evidenze sulla destinazione del personale tra i diversi servizi. Abbiamo in ogni caso cercato di offrire un aggiornamento sulla base delle statistiche disponibili (Tab. A), nello specifico confrontando le dinamiche tra il 2019 e il 2022 della spesa sanitaria per funzione, secondo la ricostruzione dell'Istat dei conti della sanità (componente a carico della Pa).

Rispetto alla situazione pre-pandemia la sanità pubblica nel 2022 ha sperimentato un aumento complessivo della spesa del 14%, con un impatto molto differenziato a seconda delle tipologie di assistenza sanitaria (Tab. A). In generale, l'area che ha beneficiato di maggiori incrementi in assoluto nel triennio è quella della prevenzione, presumibilmente per effetto dell'introduzione delle vaccinazioni Covid (+60%). A confronto i servizi tradizionali per le acuzie/riabilitazione sono aumentati dell'11%, mentre di più ridotta portata è l'incremento per gli interventi sanitari di LTC (7%). In particolare, la spesa per l'Adi di lunga durata è aumentata dell'11%, continuando in ogni caso ad assorbire solo il 2,4% delle risorse complessive. Insomma, per quanto risulti un evidente processo in atto di rafforzamento degli interventi innovativi della nuova sanità territoriale, la relativa portata è ancora modesta rispetto al peso degli interventi sanitari tradizionali.

Tab. A - Spesa sanitaria per funzione (quota a carico pubblica amministrazione)

	variazione 2019-2022	incidenza 2019	incidenza 2022
assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	**11%**	**58,4%**	**56,8%**
di cui assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	13%	34,7%	34,4%
di cui assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	-5%	3,9%	3,3%
di cui assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	9%	19,3%	18,6%
di cui assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	28%	0,4%	0,5%
assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	**7%**	**10,5%**	**9,9%**
di cui assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	5%	5,1%	4,7%
di cui assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	0%	0,7%	0,6%
di cui assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	11%	2,1%	2,1%
di cui assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	11%	2,5%	2,4%
servizi ausiliari (non specificati per funzione)	**24%**	**8,4%**	**9,1%**
prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	**8%**	**16,1%**	**15,2%**
prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	**8%**	**15,3%**	**14,6%**
apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli(non specificati per funzione)	**-11%**	**0,8%**	**0,6%**
servizi per la prevenzione delle malattie	**60%**	**5,7%**	**8,0%**
governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	**15%**	**1,0%**	**1,0%**
altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)		**0,0%**	**0,0%**
totale	**14%**	**100,0%**	**100,0%**

A che punto è l'avvio dei servizi del DM77?

Nella tabella 1 è riportato in sintesi lo stato dell'arte delle nuove strutture organizzative previste dal DM77, secondo l'aggiornamento di Agenas relativo al primo semestre 2023.

Per quanto riguarda le Case di Comunità, delle 1546 previste dal Pnrr e dalle regioni, ad oggi ne sono state implementate 187. Occorre prudenza nel considerarle realizzate in toto, in quanto l'attivazione si concretizza solo in una parte dei servizi previsti dal DM77 (Tab. 2): ad esempio, la maggior parte di questi nuovi centri (64 casi) sembra essere al momento attivo meno di 12 ore e meno di 6gg/7. Si ricorda che il DM 77 prevedeva, anche solo per il livello di Cdc Spoke la presenza obbligatoria 12 h/die su 6 giorni alla settimana di medici e infermieri (nel caso delle Hub la copertura arriva a H24, 7gg su 7).

Gli MMG, la cui presenza tramite le AFT è prevista in tutte le CDC spoke, sono al momento attivi solo in 102 Cdc; inoltre solo 137 Cdc hanno attivato la presenza dell'equipe multiprofessionale minima[note]Il Dm 77 definisce tale equipe quella composta da MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti AmbulatorialiInterni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie)[/note] e non in tutte le CDC già attivate è presente un PUA (Tab 3).

Infine si sottolinea che l'avanzamento delle Cdc sta interessando solo poche regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Molise, Piemonte, Toscana e Umbria) e a velocità diverse, mentre nel resto del Paese al momento si attende ancora l'apertura anche di un solo di questi centri (per i dettagli per regione si rimanda al rapporto Agenas.

Tabella 1- Stato di attuazione di CDC/COT/ODC, totale regioni

Target 2026 ulteriori vs Implementazione a

	Pnrr	Pnrr	giugno 2023
Cdc	1430	116	187
Cot	611	43	77
Odc	434	106	76

Ns elaborazione su dati Agenas

Tabella 2. Giorni e orari di funzionamento delle Case della Comunità dichiarate funzionalmente attive

Orari/Giorni di funzionamento	7gg/7	6gg/7	meno di 6gg/7	Totale
H24	33	2	-	35
H12	19	26	23	68
meno di H12	7	13	64	84
Totale	59	41	87	187

Fonte: Agenas

Tabella 3. Numero di Case della Comunità attive con presenza di figure professionali e orario settimanale coperto

Numero di CdC con presenza MMG	Numero di CdC con presenza PLS	Numero di CdC con orario settimanale globale coperto dall'attività dei MMG/PLS presenti			Numero di CdC con presenza equipe multiprofessionale minima	Numero di CdC con presenza ambulatorio infermieristico per la gestione della cronicità	Numero di CdC con presenza PUA
		Meno di 30 ore settimanali	Tra 30 e 49 ore settimanali	Tra 50 e 60 ore settimanali			
102	53	49	32	26	137	155	155

MMG=Medico di Medicina Generale; PLS =Pediatra di Libera scelta; PUA= Punto Unico di Accesso

Fonte: Agenas

Infine, le più recenti ricognizioni in materia di infermieri di comunità segnalano ritardi nella reale implementazione di queste figure rispetto alle previsioni normative: a giugno 2021, rispetto ai 9.552 IFEC previsti, risultano inseriti nei servizi 1380 unità con una disomogenea distribuzione sul territorio nazionale.

A che punto è lo sviluppo dell' ADI?

Per quanto attiene lo specifico target ADI di copertura del 10% degli anziani previsto dal PNRR, va sottolineato che, nonostante se ne prevedesse l'avvio dal 2022, i veri e propri documenti attuativi sono stati approvati solo a inizio 2023. Le regioni sono venute a conoscenza dei propri obiettivi per il 2022 solo all'inizio dell'anno successivo[note]DECRETO 23 gennaio 2023 Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).[/note]. Secondo gli strumenti ufficiali di monitoraggio, l'Italia[note]Non è disponibile il dettaglio per regione[/note] nel primo anno di operatività del PNRR avrebbe conseguito il 66% del target cui si era impegnata per il periodo in questione (incremento effettivo di anziani presi in carico in ADI rispetto all'incremento atteso).

Che ci siano difficoltà a stare al passo col cronoprogramma è testimoniato anche dalla recente adozione di provvedimenti di revisione dei criteri temporali di finanziamento del PNRR ADI.

Proprio in questi giorni la Corte dei Conti, nella propria relazione di monitoraggio al PNRR, ha segnalato il mancato conseguimento dell'obiettivo dell' ADI tra le aree di maggior criticità attuative del Recovery Plan (rispetto ai 292.000 nuovi assistiti attesi nel 2022, sarebbero state attive 193891 nuove prese in carico)[note]Relazione sullo Stato di Attuazione del Piano Ripresa e Resilienza, Corte dei Conti, Novembre 2023[/note].

Non sono state invece modificate le regole di monitoraggio, ovvero i criteri con cui valutare, ai fini del PNRR i livelli di servizio dell'Adi. Una metodologia con evidenti limiti[note]Si veda l'articolo: L'Adi alla prova del PNRR[/note], stante che le verifiche attengono esclusivamente il numero degli assistiti, a prescindere dalla durata e frequenza degli interventi. Gli sforzi degli

attori coinvolti saranno infatti catturati esclusivamente dalla proliferazione degli assistiti, con il rischio di polverizzazione dell'assistenza; un'enfasi che potrebbe peggiorare la già ridotta intensità dell'ADI (si ricorda che la legge delega sulla riforma agli anziani, obiettivo del recovery plan, prevede invece la necessità di assicurare ai servizi domiciliari adeguata intensità e durata). A programmazione invariata, l'investimento PNRR sulla domiciliarità difficilmente si tradurrà nella presa in carico incisiva e integrata delle persone non autosufficienti, mentre è più probabile che serva per attivare servizi di bassa intensità per la prevenzione della cronicità.

Cosa cambierà per l'assistenza sanitaria con la manovra di bilancio?

È noto lo storico sottodimensionamento delle risorse che il nostro Paese dedica alla sanità (specie a confronto con gli altri referenti internazionali). Rispetto a questo quadro, la nota di aggiornamento al Def aveva definito un percorso di progressiva riduzione della quota di Pil dedicata alla sanità (dal 6,7% del 2022; 6,6% nel 2023; 6,2% nel 2024-2025, fino al 6,1% del 2026).

Il DDL bilancio modifica lo stanziamento tendenziale definito dalle precedenti manovre, disponendo un incremento del FSN di 3 mld nominali per il 2024 (fino a 4,2 nel 2026). Innanzi tutto, considerati i trend inflativi, l'aumento del fondo non significa per il SSN una reale maggiore disponibilità di risorse per l'erogazione di assistenza. Da notare inoltre che non si tratterà di risorse aggiuntive a libera destinazione da parte delle regioni: infatti, oltre alla quota che necessariamente dovrà finanziare il rinnovo dei contratti del personale dipendente e quello della medicina generale, l'incremento di FSN dovrà prioritariamente finanziare una serie di misure definite dal DDL:

- l'incremento delle tariffe per il ricorso al lavoro straordinario di medici/infermieri per la riduzione delle liste d'attesa (280 milioni);
- misure espansive per l'assistenza farmaceutica (Rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica e modifiche alle modalità di distribuzione dei medicinali, con un vantaggio per le farmacie di 227 milioni annui[note]Come stimato dalla Relazione Tecnica accompagnatoria del DDL[/note]);
- la possibilità di maggior ricorso a erogatori privati per abbattimento delle liste d'attesa (fino al 0,4 per cento del FSN indistinto, con contestuale innalzamento dei tetti di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati[note]Il tetto rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026 , fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale[/note] rispetto ai limiti introdotti in epoca di spending review per limitare l'eccessivo ricorso a tale spesa (con un incremento di acquisti da privati che nel 2026 arriverà a 490 milioni).

Si tratta di interventi a favore perlopiù dei servizi sanitari tradizionali (farmaci, ricoveri, specialistica ambulatoriale). Gli unici interventi espressamente finalizzati al potenziamento della nuova sanità territoriale consistono nell'incremento del budget per l'assunzione di personale dipendente per le nuove strutture previste dal DM 77 (250 mln nel 2025 e 350 nel 2026). La misura mira a rafforzare la numerosità di personale delle nuove articolazioni rispetto a quanto definito con la legge di bilancio per il 2022 e alle previsioni del PNRR. La norma in discussione, a differenza delle precedenti, si limita a stanziare risorse senza ridefinire gli standard previsti in termini di infermieri/medici per abitanti. Non è scontato che, pur potendo contare su risorse aggiuntive, il finanziamento si traduca in effettivo potenziamento di risorse umane dedicate al territorio. Oltre alla sfida di riuscire a trovare personale da assumere (sono noti i gap tra domanda dal SSN e disponibilità di nuovi professionisti), ci sarà bisogno di politiche locali che, nell'allocazione delle nuove leve tra i vari servizi, privilegino i servizi innovativi (il rischio è che il personale continui ad essere allocato sui servizi ambulatoriali e ospedalieri).

Quanto invece alle criticità di reperimento di personale da parte delle strutture sociosanitarie derivante dalla minore attrattività del lavoro in questo comparto rispetto alle strutture pubbliche, la manovra non interviene. Ciò potrebbe ulteriormente compromettere i livelli qualitativi di servizio dell'assistenza sociosanitaria.

Occorre infine segnalare che la sola tipologia di servizi sociosanitari a beneficiare grazie al DDL di risorse aggiuntive è quella delle cure palliative, area per cui vengono stanziati 10 mln in più a livello nazionale rispetto ai 100 milioni previsti dalla L. 38/2010. In ogni caso, il suddetto incremento, rispetto agli attuali volumi di spesa delle regioni per rispondere a questo bisogno (680 milioni[note]Spesa 2021 per il complesso del setting residenziale e domiciliare, riportata qui[/note]) risulta pressoché irrisorio, ragion per cui difficilmente la manovra servirà a contribuire in maniera significativa allo sviluppo quali-quantitativo dell'assistenza in questione.

Quali prospettive si aprono con la manovra 2024 per il finanziamento del welfare sociale?

La legge di bilancio non sembra occuparsi dei fondi tradizionali per il welfare territoriale. Si limita infatti a prevedere due micro-investimenti (5 milioni per il neo fondo per la lotta alla droga e 6 milioni per il fondo per le donne vittime di violenza), concentrando le proprie attenzioni al riordino del finanziamento del fondo unico per le persone con disabilità, il canale per sostenere la legge delega di riforma sulla disabilità (L. 227/2021), peraltro obiettivo del PNRR.

Il DDL bilancio dispone il riassorbimento in un unico fondo di alcuni canali di finanziamento oggi gestiti dal Ministero per la Disabilità, incluso quello espressamente dedicato alla riforma in questione, ovvero:

- Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilita (350 mln per il 2023, di fatto trasferiti con il decreto anticipi ad altre destinazioni, nelle more dell'implementazione della riforma[note]Il DL 18 ottobre 2023, n. 145 ha finanziato una serie di interventi straordinari di sostegno alla situazione economica contingente reindirizzando risorse originariamente destinate ad altre aree (ad esempio i 350 mln della riforma per la disabilità). Le politiche sociali hanno beneficiato solo per 10 milioni (incremento una tantum del FNPS 2023).[/note]);
- Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli alunni con disabilita' (200 mln per il 2023, di cui 100 da ripartire alle regioni);
- Fondo caregiver familiare (25,8 mln per il 2023);
- Fondo per l'inclusione delle persone sorde e con ipoacusia (6 mln per il 2023).

Dal 2024 queste dotazioni storiche del 2023 dovrebbero confluire in un unico stanziamento che - secondo la versione del DDL depositata in Senato il 31/10 - ammonta a 231 milioni (con un'integrazione di 85 milioni dal 2026). Le versioni del DDL circolate in precedenza indicavano uno stanziamento 2024 di 581 mln[note]Secondo il testo del DDL pubblicato il 24/10.[/note]. Sulla congruità dello stanziamento della manovra rispetto ai finanziamenti preesistenti si sono accese le proteste delle associazioni rappresentative della disabilità.

Oltre al quantum, vale la pena riflettere sull'effettiva capacità del provvedimento in discussione di riformare il sistema di finanziamento per la disabilità: il fondo unico unificherà alcuni microfondi comparsi negli ultimi anni in relazione alla proliferazione dei soggetti istituzionali competenti su questa materia (per una panoramica si rimanda a PDF articolo (welforum.it)). Tuttavia il nuovo canale resta distinto rispetto al fondo non autosufficienza e agli altri fondi gestiti dal MLPS (es. il Dopo di noi). Non si fa peraltro menzione del coordinamento con i fondi sanitari, un'altra importante partita che concorre alle politiche in favore delle persone disabili. Date queste premesse, l'attuazione della legge delega per la disabilità **sarà davvero una riforma sistemica, ossia sarà una reale ricomposizione degli interventi di questo settore?** Oppure i decreti attuativi si limiteranno a creare nuovi interventi che si stratificano sul già tanto complesso e poco coordinato sistema attuale?

Se la manovra si occupa in qualche modo della riforma sulla disabilità, **il grande assente nella definizione delle risorse per le future politiche di welfare sono gli anziani.** Anche per questo target il Paese con il PNRR si è impegnato a realizzare la storica riforma di settore, ma di questo imminente obiettivo (i decreti attuativi devono essere approvati entro gennaio 2024) i decisori sembrano essersi dimenticati nelle proprie scelte di allocazione delle risorse (non sono previsti stanziamenti né di tipo sociale, né di tipo sociosanitario).

Desta infine preoccupazione, per il futuro delle politiche di welfare, la prospettata **revisione della metodologia di calcolo dell'Isee**, in ordine all'esonero, dalla componente patrimoniale, dei titoli di Stato (fino a 50 mln). A parità di ogni altra condizione, il possesso da parte di un nucleo familiare di una specifica forma di investimento è indice di diversa condizione economica rispetto agli altri nuclei che hanno investito lo stesso livello di risparmio su altri strumenti finanziari? È difficile considerare questa modifica al calcolo dell'indicatore come un affinamento della capacità di assicurare selettività nell'accesso ai servizi; oltre alle preoccupazioni sul fronte dell'equità, la scelta potrebbe ridurre l'efficienza del sistema, nella misura in cui genera distorsioni nelle scelte di investimento.

Quali prospettive per il finanziamento dei Leps?

Tra i temi da affrontare nella sezione di bilancio quello del rapporto tra Lep e sistema di finanziamento dei comuni attraverso il Fondo di Solidarietà Comunale (FSC). Si tratta di una questione atavica, che risale all'avvio del percorso di federalismo municipale. Il settore dei servizi sociali è infatti da sempre quello in cui i lavori per misurare i livelli di servizio e i relativi costi standard sono risultati più controversi. Al massimo si è tentato di confrontare i Comuni sul servizio degli asili nido, mentre poco si è indagato sugli sforzi in tema di altri servizi per minori, anziani, disabili ecc.

Negli ultimi anni sono stati avviati processi nazionali per assicurare alcuni specifici obiettivi di servizio (es. standard di personale del servizio sociale professionale, posti nei nidi, trasporto degli studenti disabili) agganciando a questi target regole

del sistema di finanziamento dei comuni e del relativo sistema di perequazione. Si è trattato di un processo molto dibattuto, tanto da arrivare, su ricorso di alcune regioni, al vaglio della Corte Costituzionale: i ricorrenti hanno eccepito che secondo il disegno costituzionale la perequazione avrebbe dovuto assicurare la compensazione della ridotta capacità fiscale dei territori, mentre di fatto, per favorire l'introduzione dei predetti obiettivi di servizio, nel tempo sono stati assegnati ai comuni dei contributi vincolati al raggiungimento di tali obiettivi (pena la restituzione delle somme).

La Corte, lo scorso aprile, ha dichiarato incostituzionale questo meccanismo, poichè il sistema sanzionatorio previsto in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi (la restituzione del finanziamento allo Stato) non si traduce in garanzie per i cittadini all'effettiva erogazione dei Leps. In tal senso la Corte ha sollecitato il legislatore alla definizione dei Leps e all'individuazione di meccanismi, sulla stregua di quanto accade in sanità, per incentivare i territori alla reale garanzia dei servizi da assicurare, anche prevedendo, come rimedio estremo, l'ipotesi di commissariamento. La Corte ha anche auspicato che i finanziamenti per gli obiettivi di servizio fossero oggetto non del FSC, quanto di appositi altri Fondi.

Il DDL, per recepire le indicazioni della Consulta, ha istituito un apposito Fondo Speciale Equità Livello dei Servizi, per assicurare tre obiettivi in particolare:

- l'obiettivo di un assistente sociale ogni 6500 abitanti (con una dotazione di circa 850 mln nel 2025, in crescita fino al 2028 (1,8 mld), per poi ridursi a 763 mln nel 2030)[note]Si riportano i valori relativi alle Regioni a Statuto Ordinario, rimandando al DDL per le quote di Sicilia e Sardegna[/note];
- l'obiettivo del 33% dei posti nei nidi rispetto alla popolazione 0-36 mesi (con una dotazione crescente da 300 mln del 2025 a 1,1 mld del 2028);
- l'obiettivo di incrementare il numero degli studenti disabili (dalla scuola dell'infanzia alla primaria), assicurando loro il trasporto per raggiungere la sede scolastica (con una dotazione iniziale di 100 mln, fino ai 120 del 2028).

Sembrerebbe che il finanziamento del nuovo fondo avvenga tramite rimodulazione dell'originario FSC (non sembrano dunque risorse integrative); in caso di inerzia delle amministrazioni nel raggiungere gli obiettivi si prevede un processo di richiamo da parte del sistema centrale, fino all'ipotesi estrema di commissariamento.

Saranno misure sufficienti alle garanzie dei Lep? Cosa succederà al resto dei servizi sociali (si pensi agli altri servizi erogativi domiciliari, diurni e residenziali di cui non si fa menzione, al servizio di sostegno scolastico dei disabili ecc) per i quali mancano obiettivi di servizio? All'orizzonte, sulla base dei provvedimenti oggi in discussione, non sembrano prospettarsi meccanismi per il rafforzamento delle garanzie di esigibilità degli altri rami del welfare locale.