



COMUNICATO STAMPA 12 DICEMBRE 2023

Presentato oggi al Senato il Rapporto 2024 “Salute e territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni italiani” elaborato da Federsanità e Ifel- Fondazione Anci.

Obiettivi del Rapporto quelli di analizzare, esaminandoli, i più recenti dati resi disponibili da Istat in relazione alla spesa sociale dei Comuni, arricchendoli di elementi di valutazione evidenziati da studi di settore sulle principali tematiche che riguardano le questioni sociali, sanitarie e socioassistenziali.

Questa edizione osserva, in particolare, i dati a partire del 2020 con un’attenzione a quanto registrato nei territori a causa della pandemia Covid 19 e, successivamente, prendendo in analisi i cambiamenti indotti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Ecco i dati principali:

- La spesa dei comuni per i servizi sociali è aumentata nel 2020 in modo significativo per fronteggiare i nuovi bisogni assistenziali derivanti dall’emergenza sanitaria esplosa con il Covid-19 e per la conseguente crisi economica e sociale, raggiungendo i 7,85 miliardi di euro, il 4,3% in più rispetto al 2019.
- Nel 2020 la spesa dei comuni per i servizi sociali per abitante è pari a 132 euro (era di 114 euro pro capite nel 2013) con differenze molto ampie a livello di ripartizione geografica: nel Mezzogiorno è pari a 87 euro, circa la metà del dato registrato al Nord (161 euro).
- Nel 2020 il 36% della spesa dei comuni per i servizi sociali è utilizzata per interventi e servizi, il 32% viene assorbita dalle strutture, mentre la restante parte (31%) è costituita dai trasferimenti in denaro
- Nel 2020 si registra un balzo improvviso della spesa erogata sotto forma di trasferimenti in denaro, aumentati rispetto all’anno precedente del 22,7%.
- Dal 2013 al 2020 si rileva un +95% della spesa dei comuni per i servizi sociali nell’area «povertà, disagio adulti e senza dimora» (effetto Covid: +73% solo nel passaggio dal 2019 al 2020).
- Nel 2020 la spesa sociale dei comuni è destinata prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (37%), alle persone con disabilità (25%) e agli anziani (16%), ossia ai residenti che abbiano compiuto almeno 65 anni di età.



Le spese sociali dei comuni e le numerose voci che le rappresentano mostrano una platea di utenti/cittadini e di servizi molto variegata. Molte spese “sociali” non hanno un evidente e immediato riscontro nel quotidiano: ad esempio l’effetto di una maggiore presenza di alberi in città è noto, ma non ha un risultato immediatamente visibile e misurabile, come al contrario un intervento chirurgico che ha riscontro immediato e misurabile nella guarigione del paziente.

Come si possono organizzare le azioni messe in campo dai Comuni perché possano essere omologhe a quelle sanitarie e con esse interagenti rispetto ai risultati ottenuti? Come si può intervenire per evitare che alcune attività vengano interrotte per mancanza di fondi o perché non immediatamente misurabili in quanto “sono utili ma non obbligatorie”? Come si riesce a creare un sistema di prevenzione che sia in grado di dare gambe e misurare gli effetti di salute dei Piani regionali di prevenzione?

Questo Rapporto ha provato a riflettere, attraverso la lettura critica dei dati, attorno ad alcuni aspetti particolari che caratterizzano questo momento storico contrassegnato da:

- riforme (DM77)
- investimenti (PNRR)
- questioni globalmente urgenti (cambiamento climatico e rigenerazione delle aree urbane)
- fragilità sociali (emergenze, cure primarie, sostenibilità)

Bisogna programmare il futuro guardando all’attuale situazione socio-sanitaria e alla condizione demografica del nostro Paese.

- L’ospedale è un sistema chiuso che si avvale di percorsi clinici codificati, che necessita di aggiornamenti dettati dai progressi della medicina e delle tecnologie. L’interazione tra ospedale e territorio, salvo casi isolati, avviene spesso solo attraverso l’arrivo del paziente in fase acuta in ospedale, condizione individuata come il segno di una possibile carenza di monitoraggio della situazione clinica dello stesso nelle strutture delle cure primarie e, quindi, sui territori.
- Il PNRR ha tracciato nelle Missioni 5 e 6 una mappa puntuale degli snodi necessari perché si possa gestire una popolazione in salute. Quello principale è l’unificazione dei linguaggi e delle competenze mettendo al centro il cittadino nelle sue diverse fasi dell’esistenza e nella sua collocazione abitativa (prossimità/DM77).
- Se si continuerà a considerare alcune spese come residuali o passibili di tagli (come, ad esempio, i centri anziani) non ci sarà modo di avvicinarsi alla costruzione di un “Servizio Socio Sanitario Nazionale”.
- I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, invocati da decenni, devono essere un modo per garantire servizi identici e lo stesso stato di salute e di benessere da Nord a Sud del Paese.