



unibz Freie Universität Bozen
Libera Università di Bolzano
Università Liedia de Bulsan

Lo sviluppo demografico in Sudtirolo e nell'Euregio. Scenari per una Regione alpina nell'Europa centrale

Giulia Cavrini, Federica Viganò
*Facoltà di Scienze della Formazione
Libera Università di Bolzano*

13.10.2016



A Introduzione generale

B Cambiamenti nella famiglia: Come cambieranno le reti di aiuto familiare?

C Invecchiamento: Chi assisterà il numero crescente di persone anziane?

D Salute: Possiamo prevenire le malattie croniche con stili di vita salutari?

E Immigrazione: La migrazione ci serve?

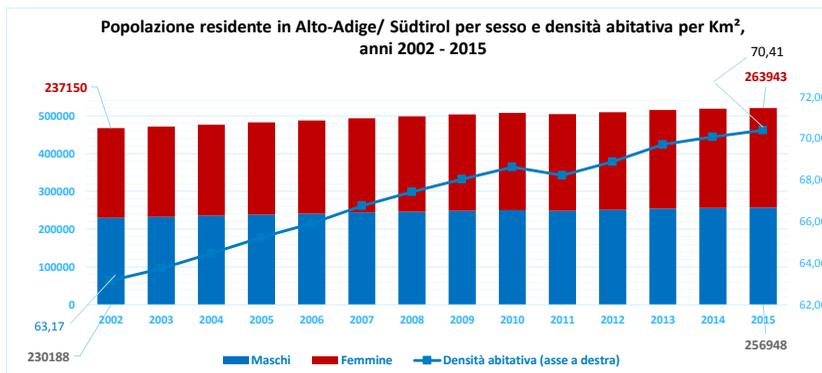


A Introduzione generale



Popolazione in Alto Adige

Popolazione residente in Alto Adige, distintamente per sesso, e densità abitativa degli ultimi 14 anni: l'incremento demografico del 2015 è il più basso dell'ultimo decennio (a parte quello del 2011, in cui si è registrato un decremento vero e proprio, ma che potrebbe essere imputabile ad una correzione dovuta alla revisione anagrafica post-Censimento del 2011).



Popolazione

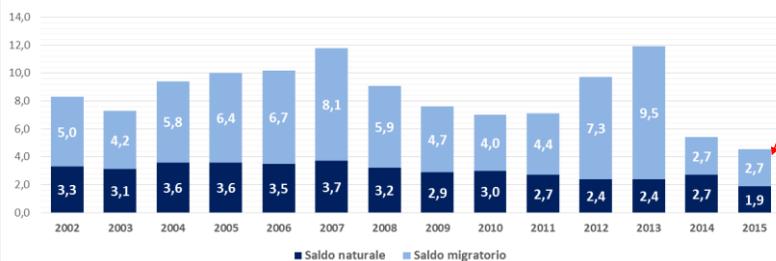
Saldo migratorio per Trento nel 2015: 1,9 x 1000 ab.

Dinamica generale della popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol suddivisa per saldo naturale e saldo migratorio, anni 2002-2014. (Dati per mille abitanti)

Anno	Saldo naturale (per mille abitanti)	Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	Tasso di crescita totale (per mille abitanti)
2002	3,3	5,0	8,3
2003	3,1	4,2	7,3
2004	3,6	5,8	9,4
2005	3,6	6,4	10,0
2006	3,5	6,7	10,2
2007	3,7	8,1	11,8
2008	3,2	5,9	9,2
2009	2,9	4,7	7,6
2010	3,0	4,0	7,0
2011	2,7	4,4	7,1
2012	2,4	7,3	9,7
2013	2,4	9,5	11,9
2014	2,7	2,7	5,4
2015	1,9	2,7	4,6

Fonte: Istat

Tasso di crescita della popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol, diviso per saldo naturale e saldo migratorio, anni 2002-2014. (Dati per mille abitanti)

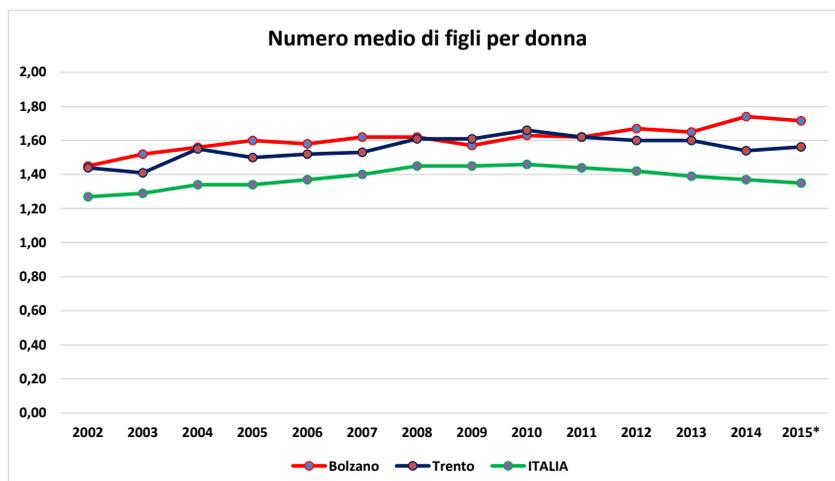


B Cambiamenti nella famiglia



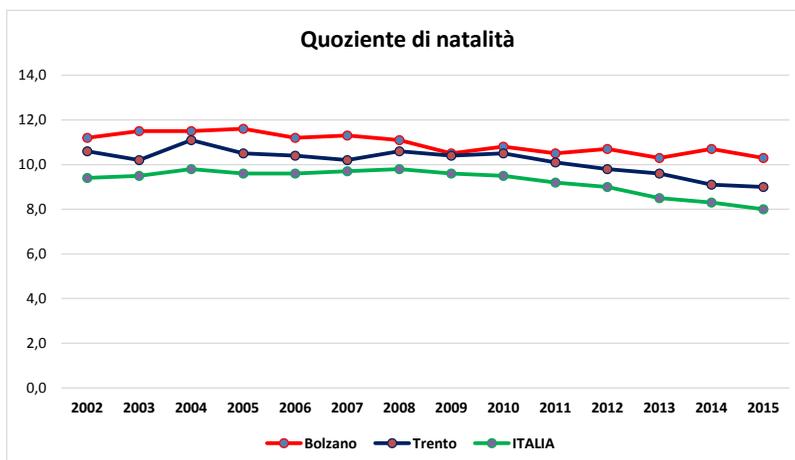
Bolzano e Trento

A partire dal 2008, con l'avvio della crisi economica in Italia si inverte il trend di crescita della natalità e della fecondità, in atto dal 1995.



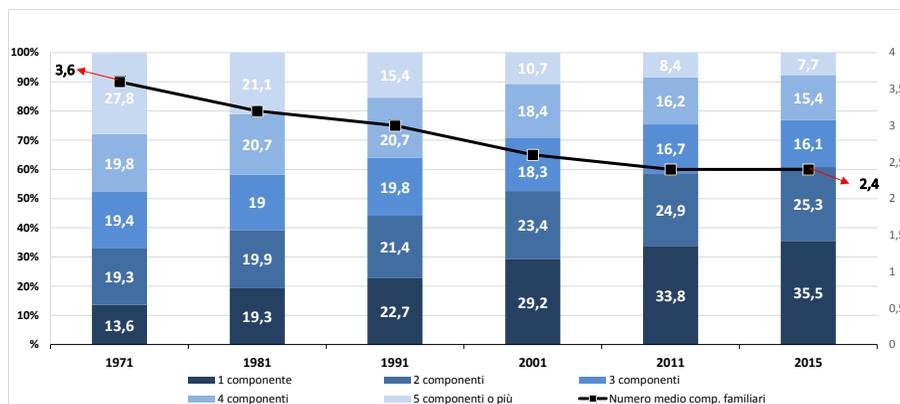
Bolzano e Trento

Va segnalato che il calo della natalità negli ultimi cinque anni è ravvisabile in quasi tutti i paesi europei, seppur con ritmi e intensità diverse, e viene messo in relazione con la crisi economica, anche se non è possibile stabilire con certezza un legame causale.



Bolzano

Negli ultimi decenni, accanto ad un aumento del numero di famiglie (dalle 111.176 famiglie al censimento del 1971 alle 204.416 del censimento del 2011), si è osservata una sensibile riduzione della dimensione familiare che è passata da **3,6 persone per famiglia** al censimento 1971 alle **2,4 persone del censimento 2011**. Quest'ultimo dato viene confermato anche dai dati del 2015.



Tuttavia, alcune famiglie si ricompattano. Un fenomeno emergente, in controtendenza rispetto ai processi di semplificazione della struttura familiare in atto da alcuni decenni, è proprio la crescita delle famiglie con due o più nuclei.

Famiglie ricostituite in Alto-Adige/Südtirol per tipologia, anni 2001 e 2011 (Censimento)			
Anno di Censimento	2001	2011	Variazione %
Famiglie ricostituite con figli da precedenti relazioni	645	698	8,2
Famiglie ricostituite con figli dalla corrente relazione	2115	3679	73,9
Famiglie ricostituite con figli da precedenti e dalla corrente relazione	397	674	69,8
Famiglie ricostituite senza figli	2315	4331	87,1
Totale	5472	9382	71,5

Fonte: Istat (Censimento 2001 e 2011)

Negli ultimi anni si nota una rilevante crescita della quota dei nati al di fuori del matrimonio: se nel 1965 era solamente il 5,4% dei neonati ad avere genitori non sposati al momento della nascita, questa quota, nell'anno 2015, è salita al 47,2.

L'Alto Adige si posiziona così al vertice della classifica italiana.

La rete di parentela si modifica e sarà sempre meno in grado di fornire aiuti.

Nel nostro Paese le reti di aiuto informale svolgono un ruolo molto importante nel sostenere gli individui nei momenti della vita caratterizzati da maggiore vulnerabilità: i giovani che non hanno un lavoro, le madri lavoratrici con figli piccoli, gli anziani non autosufficienti, le persone disabili.

Negli ultimi decenni, tuttavia, è aumentata in misura considerevole la quota di popolazione anziana e quella dei grandi anziani. Questo ha comportato, da un lato, grazie anche alle migliori condizioni di vita raggiunte da questa fascia di popolazione, un incremento della quota di anziani che si attiva all'interno delle reti di aiuto informale; dall'altro, ha determinato la crescita di nuovi bisogni da parte dei grandi anziani ultraottantenni.

Inoltre, è cresciuta la presenza delle donne nel mercato del lavoro, anche se il carico di lavoro di cura continua a essere particolarmente elevato e le politiche di conciliazione dei tempi di vita non hanno ancora realizzato la necessaria flessibilità organizzativa caratteristica di molti altri paesi europei. Infine, si è ridotto il numero di componenti della famiglia a causa della diminuzione delle nascite, ma anche per effetto dell'instabilità coniugale.

La rete di parentela si modifica diventando sempre più "stretta e lunga".

B Invecchiamento



In Italia ...

Si accentua l'invecchiamento della popolazione. La vita media in continuo aumento, da un lato, e il regime di persistente bassa fecondità, dall'altro, ci hanno fatto conquistare a più riprese il primato di Paese con il più alto indice di vecchiaia del mondo: al 1° gennaio 2016 nella popolazione residente si contano 161,4 persone di 65 anni e oltre ogni 100 giovani con meno di 15 anni.

... in Trentino-Alto Adige

Principali indici di dipendenza della popolazione residente in Alto-Adige/Südtirol, anni 2002-2014 (valori in percentuale)

Anno	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia
2002	48,90%	23,50%	92,10%
2003	49,40%	23,80%	93,30%
2004	49,90%	24,20%	94,50%
2005	50,40%	24,70%	96,20%
2006	50,90%	25,20%	97,60%
2007	51,70%	25,90%	100,40%
2008	52,10%	26,40%	102,70%
2009	52,80%	27,10%	105,10%
2010	53,00%	27,50%	107,50%
2011	53,00%	27,60%	108,50%
2012	53,30%	28,10%	111,80%
2013	53,40%	28,40%	113,80%
2014	53,70%	28,80%	115,80%

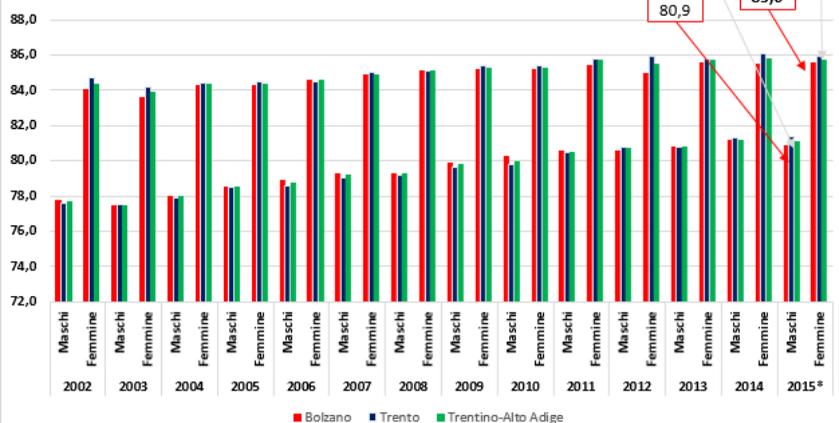
Fonte: Istat

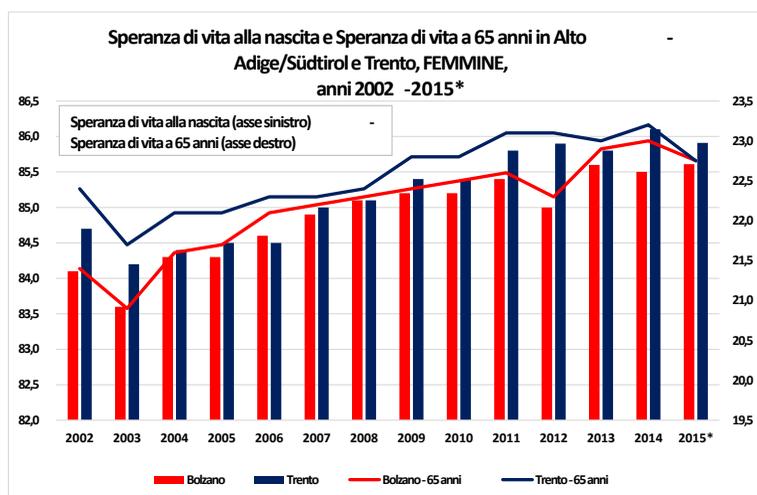
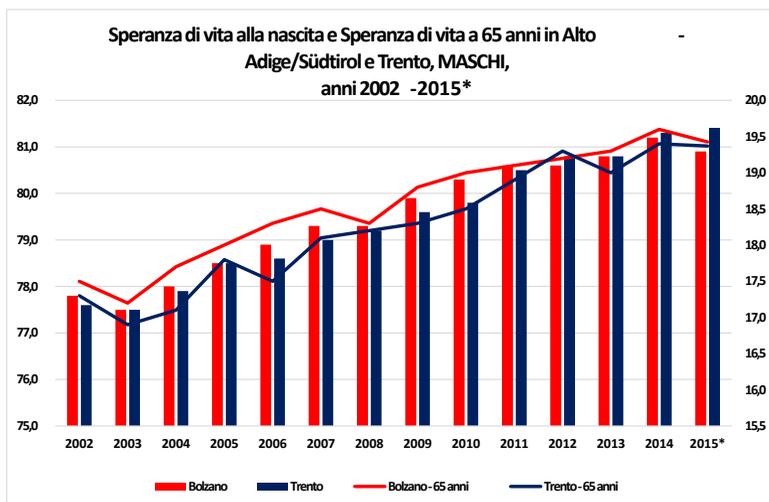
	Indice di vecchiaia	Età media
Bolzano	119,9	42,3
Trento	142,1	43,9
Trentino-Alto Adige	130,8	43,1
Italia	161,4	44,7

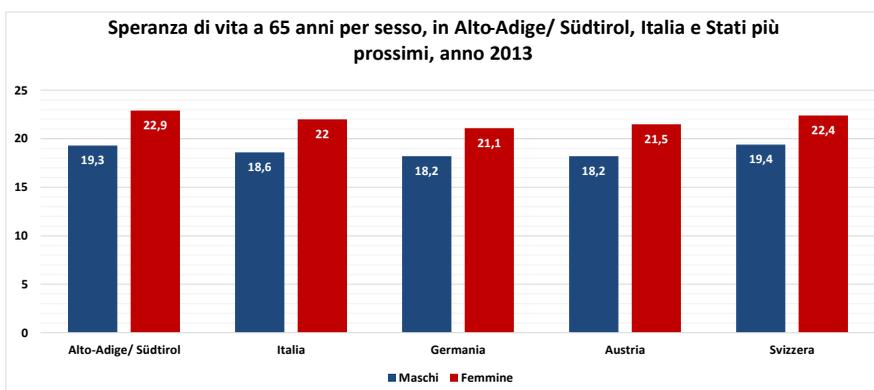
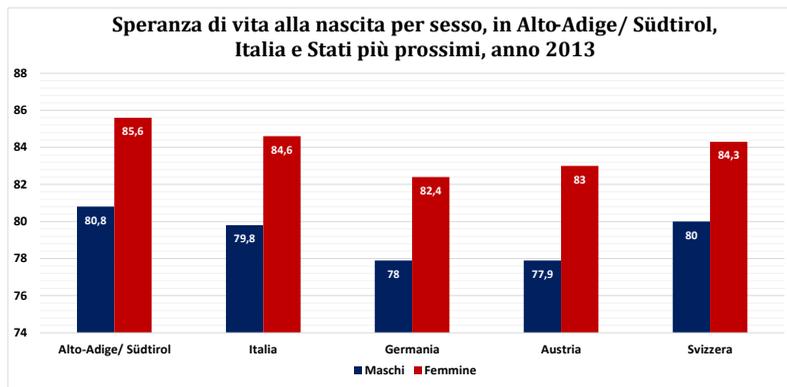
La speranza di vita rappresenta il **numero medio di anni che una persona può attendersi di vivere ad una determinata età** in quel territorio in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno considerato.

In particolare, la speranza di vita alla nascita costituisce uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche e sanitarie di un paese, configurandosi, quindi, non solo come un indicatore demografico ma anche di sviluppo di un paese.

Speranza di vita nelle province di Bolzano e Trento dal 2002 ad oggi, distintamente per sesso





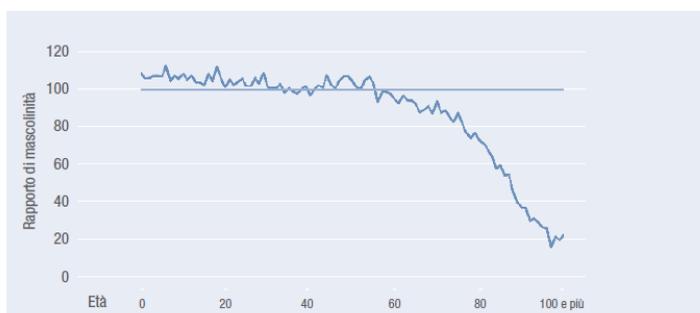


Il vantaggio in termini di sopravvivenza di cui godono le donne si riscontra anche nel rapporto di mascolinità, che mette in evidenza l'aumento delle donne nella popolazione anziana.

Il rapporto di mascolinità è il rapporto tra il numero di maschi e il numero di femmine moltiplicato per 100; quando assume valore uguale a 100 significa che esiste una parità numerica tra i due sessi, valori inferiori a 100 indicano invece un numero di femmine superiore ai maschi.

Analizzando lo scostamento percentuale tra maschi e femmine distinto per età in Provincia di Bolzano si nota come le femmine siano più numerose dei maschi a partire dai 56 anni. All'aumentare dell'età questo fenomeno si accentua ancora di più. Al 31 dicembre 2014 su un totale di 123 ultracentenari, 100 sono di sesso femminile (81,3 %).

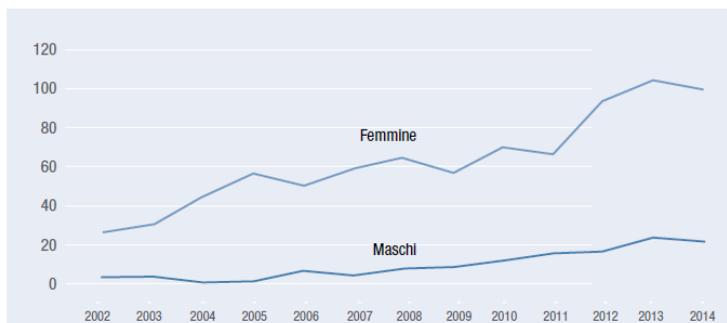
Scostamento percentuale tra maschi e femmine – Provincia di Bolzano – Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

Le/gli ultra-centenari residenti in Provincia di Bolzano nel 2002 erano 31, di cui 27 di sesso femminile. Nell'ultimo decennio si è quindi assistito ad un incremento del numero delle/dei centenari pari al 297 per cento.

Andamento del numero dei centenari nella provincia di Bolzano dal 2002 al 2014



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

Le condizioni di salute e la disabilità sono sicuramente due criticità che contribuiscono a complicare il quadro futuro, infatti l'incremento costante degli anziani aumenta la fascia di popolazione più esposta a problemi di salute di natura cronico-degenerativa.

Nel 2013 si è svolta l'ultima edizione dell'indagine Multiscopo relativa allo stato di salute della popolazione ed al ricorso ai servizi sanitari, realizzata dall'ISTAT a livello nazionale e dall'ASTAT a livello locale.

Si tratta di un'indagine quinquennale volta ad indagare tutti gli aspetti legati direttamente o indirettamente alla salute degli italiani.

Alla domanda "Come va in generale la Sua salute?", tratta da questa indagine, oltre l'80% (**81.9%**) degli abitanti della Provincia di Bolzano ha dichiarato di godere di buona salute, rispondendo "molto bene" o "bene".

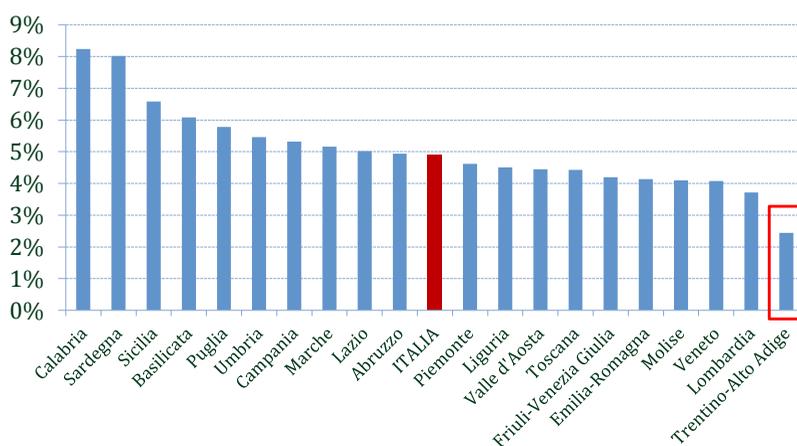
Rispetto alla precedente edizione dell'indagine svoltasi nel 2005, si registra un lieve miglioramento dello stato di salute percepito: la percentuale di persone che dichiara di stare "male" o "molto male" passa da 3,5 % a 3,4 %. Il corrispondente valore nazionale è del 7,3 %.

Secondo quanto riportato dall'ASTAT, il 3,2 % degli uomini sta male o molto male, contro il 3,7 % delle donne.

Questa differenza è però unicamente dovuta al fatto che la popolazione anziana è a maggioranza femminile: i valori standardizzati sono identici (3,4 %).

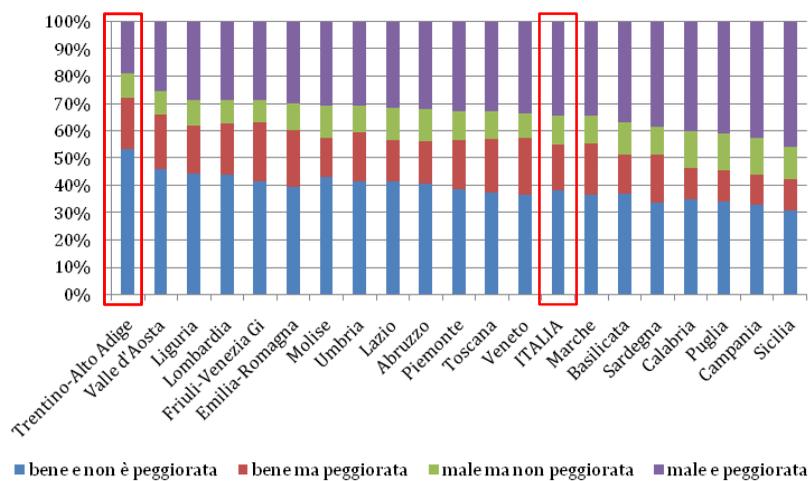
A tale proposito, dai confronti nazionali, si è notato che Bolzano e Trento sono le uniche regioni dove le donne non stanno peggio degli uomini.

La cattiva salute in Italia per regione di residenza (media del periodo 2007-13, %, casi pesati)

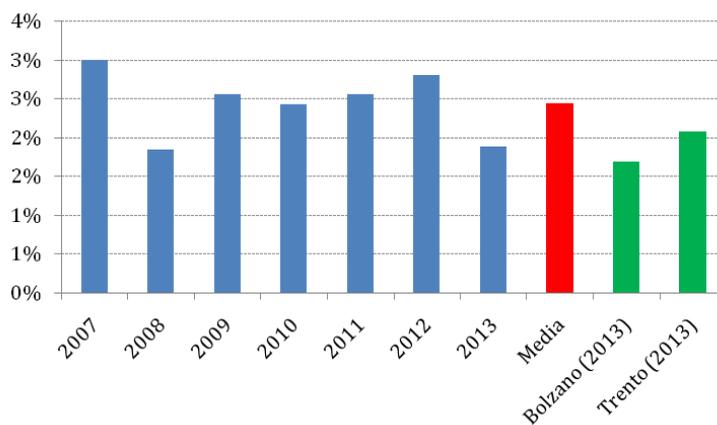


Elaborazioni da Aspetti della vita quotidiana, Anni 2007-2013 ISTAT

Condizione economica delle famiglie per regione di residenza (media del periodo 2007-13, casi pesati)

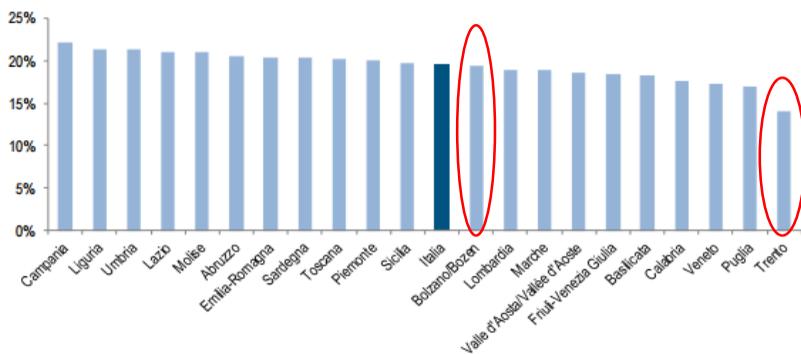


La cattiva salute nel tempo (media del periodo 2007-13, %, casi pesati)



Fumo

FIGURA 2. PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO PER REGIONE DI RESIDENZA. Anno-2015 (per 100 persone di 14 anni e più)



Obesità

I dati relativi a questo problema sono sicuramente positivi sia per Trento, con il 7,9% sia per la provincia di Bolzano con il 7,3%, che chiude la classifica italiana.

	Sovrappeso	Obesi	Consiglio perdere peso a persone in eccesso ponderale
Provincia di Bolzano	26.7	7.3	40.8
Provincia di Trento	29.2	7.9	53.0

Attività fisica

Anche questo dato, pur essendo molto positivo per Bolzano e la regione, in generale, ha subito un lieve decremento.

COME PREVENIRE MALATTIE CRONICHE?

 **Non abbassare la guardia!**

D Immigrazione



Un discorso a parte, data l'attualità dell'argomento, merita il movimento migratorio e, in particolare, **l'immigrazione**, data la rilevanza sociale che ha assunto negli ultimi anni.

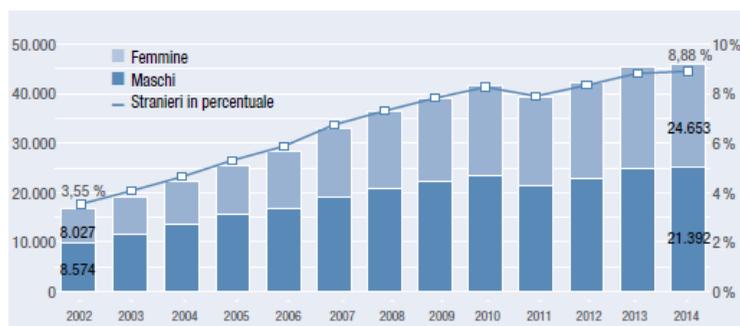
L'Alto Adige ha conosciuto un notevole incremento del flusso migratorio dall'estero a partire dagli anni '90 del secolo scorso.

Un'economia in stabile crescita e l'aumento della domanda di lavoro da parte del mercato altoatesino, insieme ad una legislazione sempre più aperta alla libera circolazione dei lavoratori, ha creato un ambiente favorevole all'aumento dei flussi migratori.

Questo è anche più vero nei confronti dei Paesi membri dell'Unione Europea, che nel frattempo ha allargato i propri confini.

Nel complesso, la popolazione straniera residente in Alto Adige è aumentata del 177 % dal 2002 al 2014, ovvero di circa 30.000 unità, in termini assoluti.

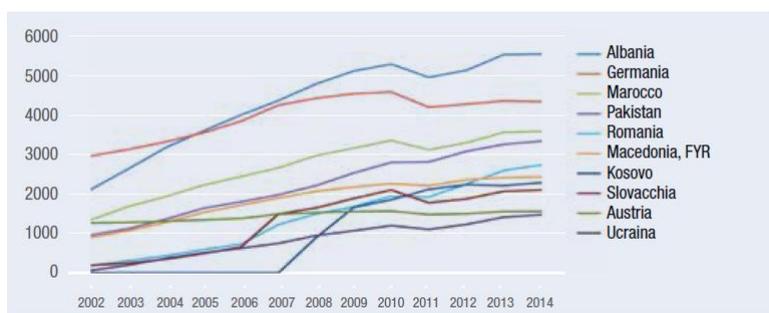
Popolazione straniera residente in Alto-Adige/Südtirol per sesso e percentuale complessiva sulla popolazione totale, anni 2002-2014. (Tutte le cittadinanze non italiane)



Fonte: elaborazione propria da dati Istat, Astat

Le comunità che hanno maggiormente incrementato la loro presenza dal 2002 ad oggi sono quelle albanesi (+5.572), rumene (+2.568), pakistane (+2.390), marocchine (+2.252) e slovacche (+1.918). Sebbene con flussi più stabili negli ultimi anni, sono comunque rilevanti le comunità tedesche ed austriache, testimonianza di uno scambio che affonda le proprie radici nel passato dell'Alto Adige.

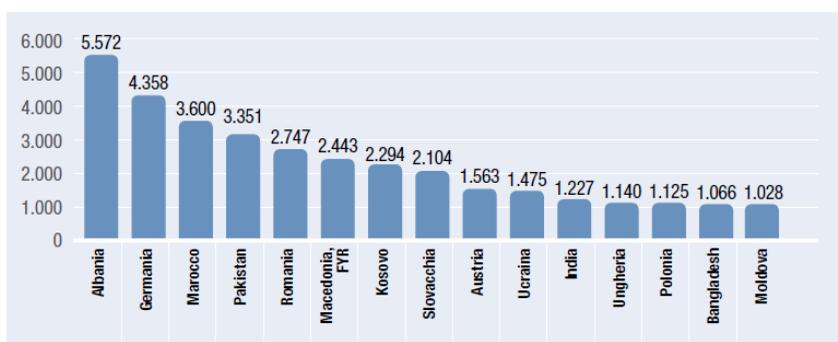
Dinamica della popolazione straniera residente in Alto-Adige/Südtirol per i primi 10 gruppi di cittadinanza, anni 2002-2014 (31 dicembre dell'anno)



Fonte: Istat, Astat

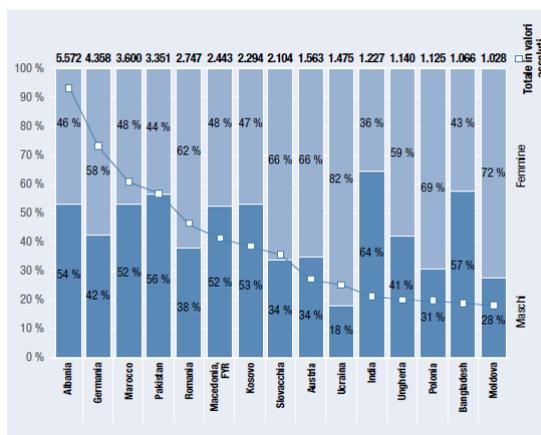
La comunità tedesca è la seconda per numerosità, mentre quella austriaca (che può contare su una popolazione di provenienza di 10 volte inferiore a quella tedesca [Fonte: Eurostat]) è al nono posto.

Popolazione straniera residente in Alto-Adige/Südtirol per principali gruppi di cittadinanza, 31 dicembre dell'anno 2014 (Gruppi sopra i 1000 individui)



Dal punto di vista della composizione per genere, i gruppi rumeni, slovacchi, austriaci, ucraini, polacchi e moldavi risaltano per un forte sbilanciamento femminile. Al contrario, il gruppo indiano risulta caratterizzato da una composizione prevalentemente maschile.

Composizione sessuale percentuale dei principali gruppi di stranieri residenti in Alto-Adige/Südtirol per cittadinanza di origine, al 31 dicembre 2014. (Gruppi sopra i 1000 Individui)



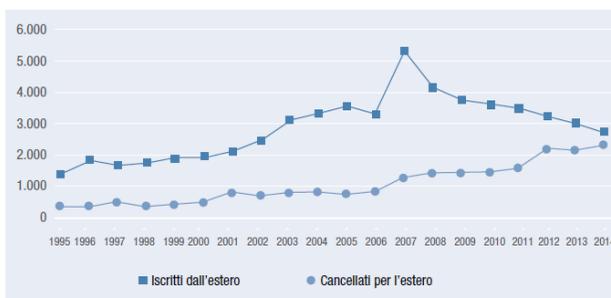
Fonte: Elaborazione propria su dati Istat, Astat

Nel complesso, la popolazione straniera residente in Alto Adige è aumentata del 177 % dal 2002 al 2014, ovvero di circa 30.000 unità, in termini assoluti. Questi sbilanciamenti sono tutt'altro che sorprendenti, rispecchiando le caratteristiche tipiche già riscontrate nei recenti flussi migratori verso l'Italia e spesso analizzati in letteratura. I gruppi provenienti da Romania, Ucraina e Moldavia sono infatti caratterizzati da donne chiamate in Alto Adige dal mercato dei lavori domestici e di cura degli anziani, mentre i gruppi provenienti dalla penisola indiana sono spesso costituiti da uomini ancora in funzione "esplorativa" o inseriti in un modello migratorio tutto dedicato al lavoro temporaneo e quindi non di lungo periodo. Ovviamente questo squilibrio non esclude successivi riequilibri in futuro per ricongiungimenti familiari.

Tornando ad una visione complessiva e passando da una analisi di “stock” ad una di “flusso”, la situazione delle migrazioni in Alto Adige presenta uno scenario in repentino cambiamento.

Escludendo gli eventi eccezionali della cronaca attuale, causati dalla fuga dei profughi dalle nuove zone di guerra in Siria, Iraq e Libia, le ultime tendenze indicano infatti due fenomeni nuovi: da un lato uno stabile rallentamento dell’immigrazione dall’estero e dall’altro un costante aumento dell’emigrazione verso l’estero.

Movimenti da e per l’estero registrati dalle anagrafi in Alto-Adige/Südtirol, anni 1995-2014. (Valori assoluti)



Fonte: Istat, Astat

Questi due movimenti, in controtendenza rispetto agli anni '90 e ai primi anni del duemila, hanno portato nel 2014 il saldo migratorio con l'estero (la differenza tra immigrati ed emigrati) a meno di 400: un tonfo rispetto al periodo 2002-2009 che aveva registrato in media 2.600 immigrati “netti” in più all'anno. In termini assoluti non si registrava un aumento simile nel numero di emigranti almeno dagli anni '80 del secolo scorso, mentre gli immigrati sono tornati ai livelli del 2002.

Seconda parte: Le trasformazioni del welfare nell'epoca del cambiamento demografico



INDICE

- La contrazione delle risorse pubbliche e il conseguente arretramento del welfare pubblico
- La riprogrammazione della spesa pubblica e la ricomposizione della spesa
- Le soluzioni di welfare mix e le dinamiche tra i nuovi attori del welfare: profit, privato sociale, nonprofit e attivazione dei cittadini
- Gli approcci di welfare locale: il caso del progetto pilota «Budget di salute»

Contrazione delle risorse e welfare pubblico

- La spesa sanitaria in Italia e Europa (Italia, Austria, Germania)
- La spesa sanitaria comprende la misura del consumo finale di beni e servizi inerenti la salute (spesa pubblica, terapie di cura e riabilitative, long-term care, beni sanitari) e servizi collettivi (prevenzione e SSN)
- La spesa sanitaria proviene da molteplici fonti di finanziamento: spesa pubblica, assicurazioni di natura pubblica provenienti da contrattazione collettiva o sindacale, assicurazioni volontarie di privati, “out-of-pocket”, welfare aziendale
- La misura é in % su PIL e PIL pro capite

49

Health spending Total / Public / Private, % of GDP, 2014

Source: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators



Health spending Public, % of GDP, 2014

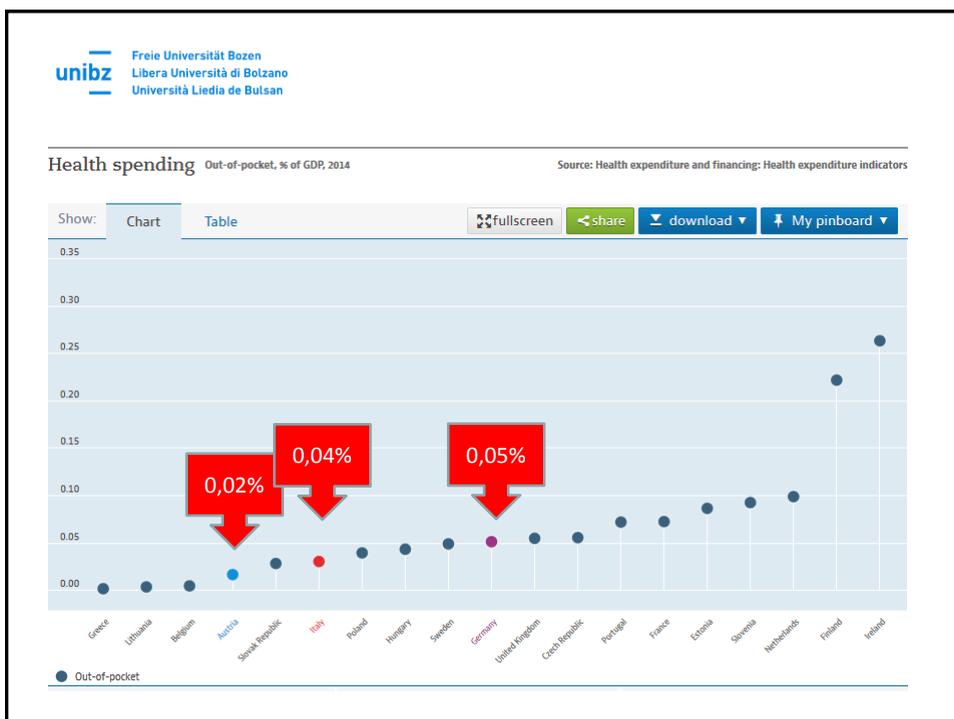
Source: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators



Health spending Private, % of GDP, 2014

Source: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators





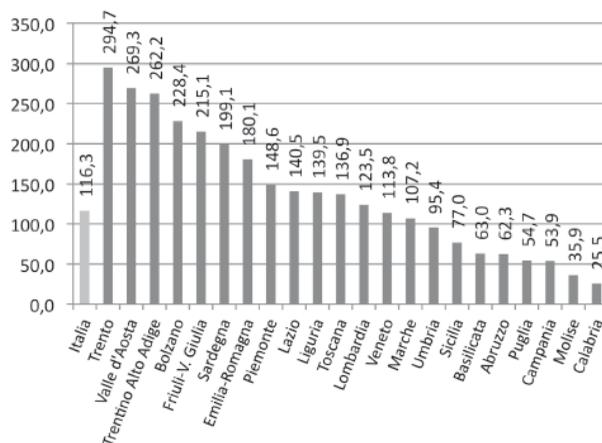

 Freie Universität Bozen
 Libera Università di Bolzano
 Università Liedia de Bulsan

Contração delle risorse e welfare pubblico

- La gestione degli interventi sociali in Italia é sostanzialmente affidata ai Comuni e alle Regioni, con una forte variabilità sul territorio nazionale (media italiana di spesa pro capite =116,3 euro)-> divario territoriale (dati Istat 2012)
- Trento 294,7 Euro
- Bolzano 228,4
- Lazio 140,5
- Lombardia 123,5
- Calabria 25,5

54

Contrazione delle risorse e welfare pubblico

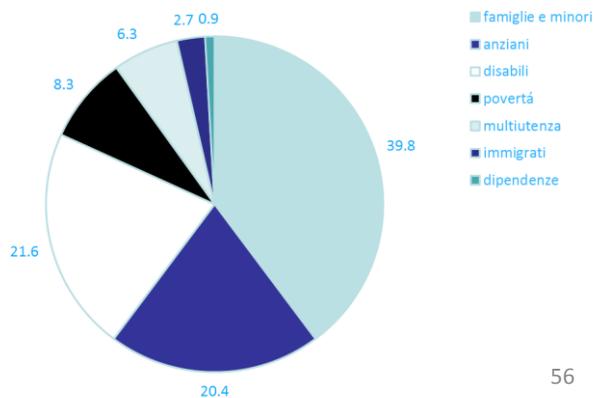


Fonte Istat 2012

55

Contrazione delle risorse e welfare pubblico

- Le risorse allocate alle seguenti aree di intervento sono pari all'80% della spesa sociale dei comuni.
- Aree di intervento:



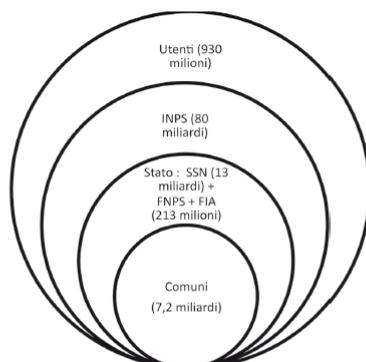
56

Riprogrammazione della spesa pubblica

- Complessità del sistema di offerta dei servizi sociali e sanitari alimentata dalla frammentazione degli operatori sul territorio (erogatori pubblici, privato profit, privato non profit o sociale, care giver informali)
- Come fare programmazione sociale nel tempo della crisi?
- Come sviluppare dinamiche di ricomposizione nell'ambito del welfare locale?

57

Riprogrammazione della spesa pubblica



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2008), INPS (2008), FIASO-CERGAS, IRS, ISTAT 2012.

58

Riprogrammazione della spesa pubblica

- La maggior parte delle risorse pubbliche sono nella **disponibilità diretta delle famiglie** attraverso i trasferimenti monetari (trasferimenti INPS). Una parte minoritaria è in capo a amministrazioni pubbliche, AUSL e Comuni
- > **PRIMO PARADOSSO**: Il pubblico che detiene la responsabilità istituzionale della spesa sanitaria detiene la quota minoritaria delle risorse
- > **CONSEGUENZA**: le famiglie acquistano parecchi servizi nel mercato informale della cura (es. badanti o baby sitter)
- > **SECONDO PARADOSSO**: si preferiscono soluzioni individuali e isolate che creano frammentazione sociale
- > **CONSEGUENZA**: I *care giver* informali non sono integrati

59

Riprogrammazione della spesa pubblica

- Integrazione o ricomposizione tra servizio pubblico strutturato (Comuni e AUSL) con la cura informale.
- Potenziamento del cosiddetto Terzo settore debitamente selezionato e accreditato presso l'attore pubblico nella logica della sussidiarietà orizzontale, ormai consolidata e rafforzata dalla riforma del terzo settore (L. 106/2016)
- Spesso il committente pubblico per tensioni finanziarie in atto chiede prestazioni a prezzi contenuti da parte dei soggetti del privato sociale con cui intende instaurare una collaborazione (questo è un punto critico!)

60

Le soluzioni di welfare mix e le dinamiche sulla privatizzazione del welfare

- Il “retrenchment del settore pubblico” ha comportato (con variabilità nei territori):
 - > aumento della privatizzazione
 - > aumento del privato sociale (terzo settore, cooperative)

Quali sono le principali formule esistenti del welfare mix?

1. Partenariati Pubblico-Privato (PPPs)
2. Mercato sociale- contracting out (esternalizzazione)
3. Rapporto sussidiario

61

Le soluzioni di welfare mix

Partenariati Pubblico-Privato (PPPs)

- Regolato da convenzioni
- Il pubblico controlla il privato
- Finanziato dal pubblico

Quasi mercato o mercato sociale
(contracting out)

- Esternalizzazione dei servizi
- Deresponsabilizzazione del pubblico
- Finanziato direttamente dai cittadini

Sussidiarietà

- ex. Art. 118 della costituzione
- Condivide la finalità di interesse generale del pubblico
- accreditamento

62

Il welfare locale a orientamento comunitario

- Nel solco della sussidiarietà orizzontale e della costruzioni di reti formali (e informali=capitale sociale), possono essere avviati esperimenti innovative, progetti pilota che delineano un paradigma di welfare “comunitario”
- Sul piano organizzativo occorre elaborare modelli di organizzazione a rete, costituire gruppi integrati e multidisciplinari (per es. università e ricerca + amministrazioni pubbliche + soggetti del terzo settore ecc.) in grado di elaborare sistemi con “opzioni di default” alternative
- Es. Budget di salute

63

L'esempio del «budget di salute»

Premessa

- Funzionamento della metrica in ambito sanitario
- Valutazione prestazionale
- Qualche alternative percorribile che porta sia all'obiettivo della cura sia alla costruzioni di capitale sociale e relazionale, sia ad un risparmio di tipo economico nella spesa sanitaria.
- Ambiti di applicazione: prestazioni socio-sanitarie nell'area materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie infettive o in fase terminale, disabilità conseguenti a patologie cronic-degenerative.

64

La metrica della valutazione in ambito sanitario

Quali sono i **criteri** con cui viene valutata la spesa sanitaria oggi?

L'impostazione „aziendale“ della gestione delle strutture ospedaliere si concentra prevalentemente su:

-Logica prestazionale e non percorso assistenziale

Tipologia di informazione raccolta: n° utenti annui, n° prestazioni erogate, n° risorse umane dedicate, standard di funzionamento, costi

-Costi della prestazione e non **investimenti in salute**

65

Modelli alternativi per la gestione di alcuni comparti sanitari

Il Libro Verde della CE del 2005 ha contribuito a chiarire l'importanza di adottare un'impostazione globale, al fine di promuovere la salute, prevenire le patologie ed affrontare le sfide connesse a stigmatizzazioni e diritti umani.

Tale impostazione dovrebbe **coinvolgere soggetti**, sia del settore sanitario che dei settori non sanitari, nonché tutti coloro che con le loro decisioni possono influire sullo stato di salute della popolazione.

Le organizzazioni di pazienti e la società civile dovrebbero svolgere un ruolo centrale nella ricerca di soluzioni.

66

Il budget di salute

Alcune regioni italiane tra cui Campania, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna hanno sperimentato il cosiddetto „Budget di salute“, la costruzione di **progetti terapeutico-riabilitativi individuali**, caratterizzati dalla **collaborazione tra pubblico e privato/sociale**.

Tali approcci sono sostanzialmente basati su **modalità di integrazione socio-sanitaria**.

Il termine budget di salute rappresenta l'insieme di *“risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un **funzionamento sociale** accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità”*.

Il budget di salute

Qual è l'**obiettivo di questo approccio?**

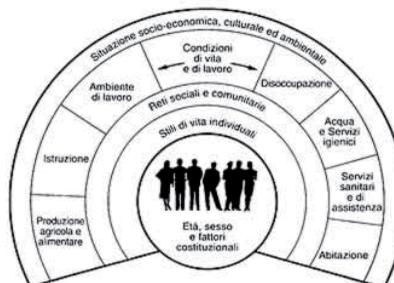
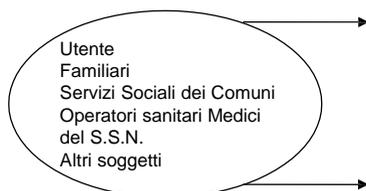
1. Rimettere al **centro dell'attenzione le persone** e la cura che esse richiedono, restituendo loro il diritto di cittadinanza, il loro essere cittadini attivi e agenti del proprio benessere
2. Operare in una logica di **condivisione** degli obiettivi tra operatori del servizio sanitario pubblico e comunità, famiglie, comuni, operatori sociali, cooperative
3. Concorrere agli **obiettivi di contenimento della spesa pubblica**

A determinare l'entità del budget, concorrono le risorse pubbliche, le AUSL, i Comuni e le risorse della persona, le organizzazioni del terzo settore e della comunità.

Il budget di salute

Determinanti della Salute

Unità di valutazione integrata



69

Effetti positivi diretti e indiretti del budget di salute

- >Reinserimento dei soggetti con problematiche di salute nella **società**
- >Coinvolgimento di una **pluralità di soggetti nel percorso assistenziale** famiglie, territorio, cooperative sociali e enti no profit qualificati nell'erogazione dei servizi
- >**Cabina di regia PUBBLICA**, la AUSL e il personale medico-sanitario guidano l'intero processo
- >**progettazione individualizzata**, che può essere meglio monitorata e seguita, e spesso ha costi più contenuti
- > Creazione di **capitale sociale** e costituzione di un tessuto sociale del territorio

Il budget di salute

Il budget di salute non viene predeterminato ex ante sulla base di una valutazione di soddisfacimento di un bisogno standardizzato, seguendo le logiche prestazionali, ma segue un percorso di valutazione del reale stato di bisogno, alla cui determinazione partecipano, attraverso un approccio multidisciplinare, i servizi pubblici, le organizzazioni private, la persona stessa e/o la famiglia.

Capacità del sistema di riqualificare la spesa sanitaria, attraverso contabilizzazione e rendicontazione delle prestazioni e delle azioni messe in campo, e includendo fornitori di servizi privati e no-profit, debitamente controllati dalla ASL.

Da costo per le prestazioni di cura a investimento per la salute.

Qualche evidenza contabile-finanziaria

ASL Caserta ha trasformato le rette corrisposte per l'assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali, in progetti individuali sostenuti attraverso budget di salute, mediante specifico atto contrattuale per ogni persona presa in carico dalle strutture pubbliche, da quelle private *non-profit* e dalla comunità.

I contratti dei budget di salute sono stati previsti sul triennio, durante il quale l'obiettivo progettuale è stato il passaggio degli utenti da una tipologia di contratto d'intensità maggiore ad un'altra di intensità minore.

L'investimento pro-capite è risultato minore rispetto a quello stimato in fase di avvio della sperimentazione (**€ 17.155 pro-capite**) ed è stata di gran lunga più basso rispetto ai prevedibili costi delle rette per prestazioni residenziali e semiresidenziali in centri accreditati, che si sarebbero pagati con le modalità tradizionali di cura (**€ 29.892 pro-capite**)

raggiungendo la quota di **€ 8649,00** pro capite.

E Spunti di riflessione



- **B Cambiamenti nella famiglia:** Come cambieranno le reti di aiuto familiare?

→ Progetti sull'intergenerazionalità: reti di aiuto familiare, attivazione degli anziani come risorse attive

- **C Invecchiamento:** Chi assisterà il numero crescente di persone anziane?

→ Osservatorio sulla longevità

→ Forme combinate di assistenza pubblica, privato e reti familiari

→ Nuove forme abitative in cui integrare i servizi (es. badante di condominio)

- **D Salute:** Possiamo prevenire le malattie croniche con stili di vita salutari?

→ Budget di salute: implementazione e monitoraggio dei progetti pilota e raccolta dei dati, elaborazione delle stime di spesa.

→ Interventi di educazione sanitaria

- **E Immigrazione:** Quale welfare per i migranti?

→ Osservatorio sui migranti. In collaborazione con il Ministero per le Politiche Sociali

Vi ringraziamo per la Vostra attenzione

Giulia Cavrini
Federica Viganò