Innovare l'offerta, governare le trasformazioni

Benchmark tra policies e prassi nel campo delle fragilità e delle non autosufficienze delle persone anziane

LABORATORIO INTERREGIONALE

FIRENZE, 4 DICEMBRE 2018
Ore 10.00 - 16.30

EDUCATORIO DI FULIGNO, via Faenza 48, Sala Blu
a 200 m dalla Stazione ferroviaria di Santa Maria Novella

UP UMANA PERSONE
Semplice. Attenta. Conveniente. Umana.

Politiche per le non autosufficienze: modelli regionali e trend evolutivi nell'offerta e nella governance

Massimo Campedelli
UP Umana Persone

INDICE

Premessa
1. I nodi
2. Profili regionali
3. La crescente monetizzazione della spesa pubblica per protezione sociale
4. Dell'emianopsia – il welfare sociosanitario delle famiglie
5. Variabilità dei modelli sociosanitari

Premessa

Finalità:

offrire una serie di informazioni/dati/indicatori utili ad introdurre il Laboratorio ed inquadrare la presentazione dei casi regionali, su alcuni principali fattori/determinanti in tema di servizi per fragili e non autosufficienti

Fattori/determinanti considerati:

le principali differenze relative alle 6 regioni partecipanti – ricchezza, benessere regionale, qualità della PPAA, qualità dei SSR, spesa privata sociosanitaria, rinunce a prestazioni sanitarie e sociosanitarie, le diverse coperture sociosanitarie regionali

Due carotaggi:

la monetizzazione della spesa pubblica e il welfare sociosanitario gestito dalle famiglie

Cosa non si dice:

non si affrontano, se non comparativamente, le informazioni/dati/indicatori che verranno sviluppati dalle presentazioni regionali

non si indicano le sfide per l'innovazione

Il “perimetro” delle policies in-kind nazionali

Fondo nazionale per la non autosufficienza 2006

Piano Nazionale Demenze 2014

Piano Nazionale Cronicità 2016

DPCM 12 gennaio 2017 Nuovi Lea

Fondo nazionale per la non autosufficienza 2006

Ha l'intento di fornire sostegno a persone **con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti** al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per **garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali**.
Tali **risorse sono aggiuntive** rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni nonché da parte delle autonomie locali e sono finalizzate **alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria.**

Dal 2015 il fondo è individuato come **strutturale per gli anni a venire**, portando a 400 milioni di euro la dotazione.

Le risorse sono attribuite alle Regioni in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e degli indicatori socio-economici. Dal 2014 è individuata una quota pari a 10 milioni di euro, attribuita al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai fini della promozione di interventi innovativi **in materia di vita indipendente**.

Nel 2013 sono state pubblicate le prime Linee Guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, al fine di orientare il lavoro delle istituzioni, in collaborazione con le associazioni rappresentative delle persone con disabilità, verso modelli di intervento condivisi in materia. Complessivamente sono stati coinvolti circa 200 ambiti territoriali.

Piano Nazionale Demenze 2014

- **Presidenza del consiglio dei ministri conferenza unificata - Provvedimento 30 ottobre 2014**

Totale dei malati di demenza e stimato in **oltre un milione, di cui circa 600mila con Alzheimer**

Stime di calcolo ipotizzano cifre complessive pari **a circa 10-12 miliardi di euro annui e di questi 6 miliardi per la sola malattia di Alzheimer**

- **Quattro obiettivi e una serie di "azioni"** per realizzare una presa in carico adeguata e appropriata del paziente con demenza:

1. Interventi e misure di politica sanitaria e sociosanitaria;
2. Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata;
3. Implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure;
4. Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualià della vita.

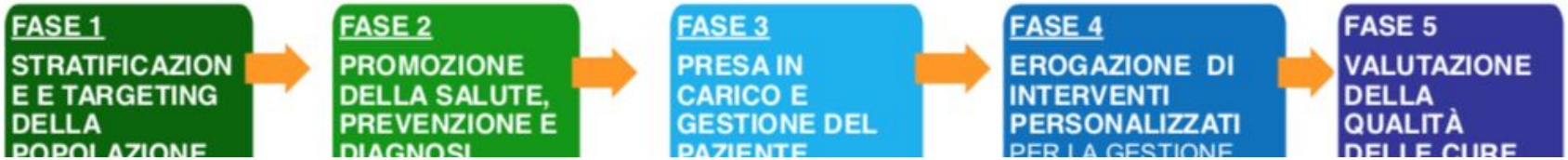
- **Tra le "azioni":** strategie di prevenzione; promozione della ricerca in ambito di sanità pubblica;realizzazione di un flusso informativo sulle demenze;individuazione dei servizi appropriati; messa in rete delle professionalità necessarie (Mmg, geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapista occupazionale, fisioterapista, operatore sociosanitario, ecc...); condivisione e potenziamento dei Pdta; sviluppo di linee guida sull'appropriatezza; adozione di misure omogenee in ogni regione;formazione al supporto ai caregiver.

Piano Nazionale Cronicità 2016

Ministero della Salute

I macro-processi di gestione della persona con malattia cronica

Il Piano, nella declinazione degli obiettivi specifici e delle linee di intervento, ha utilizzato una metodologia che, disegnando il percorso del malato cronico suddiviso in fasi, ne descrive gli aspetti peculiari e le macroattivita', proponendo uno o più obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi.



DPCM 12 gennaio 2017 Nuovi Lea

- Negli **articoli da 21 a 35 si stabiliscono i nuovi Lea Sociosanitari**, sostituendo quando indicato dall' allegato 1C del Dpcm del 2001.
- Art. 21 – si stabiliscono **Linee di indirizzo**, da emanarsi con specifico Accordo Stato Regioni, per realizzare percorsi assistenziali integrati. Il SSN deve garantire **l'accesso unitario** ai servizi sanitari e sociali, la **presa in carico** e la **valutazione multidimensionale** del bisogno (anche sociale) con il **Progetto di assistenza individuale** (PAI).
- Art. da 22 a 28 – si prevede **l'assistenza domiciliare e territoriale** rivolta alle **persone non autosufficienti**, ai malati in fase **terminale**, ai **minori**; sono inoltre previsti Lea relativi **alle dipendenze, al gioco d'azzardo patologico** e tra le prestazioni la "riduzione del danno".
- Art. da 29 a 35 – si affrontano i **servizi residenziali e semiresidenziali**; per i differenti target di utenza sono previsti diversi gradi di intensità assistenziale.

1 - I nodi

1. Non chiara **separazione tra interventi** per le cronicità, le fragilità e le n. autosufficienze
2. P**roblemi tecnico metodologici di rilevazione**: difficile la comparabilità e utilizzabilità dei dati regionali disponibili raccolti a livello nazionale
3. Indiscutibili differenze tra i modelli regionali/coperture (**eterogeneità esplicita**); somiglianze tra i diversi contesti (**convergenza implicita**); **ibridazione** dei modelli
4. Rischio scarsa appropriatezza **offerta pubblica** – rigidità del paniere di prestazioni, difficoltà di integrazione tra *cash* e *in kind*, ovvero tra assistenziale monetario, assistenziale in servizi, sanitario e sociosanitario, altalenanza dei finanziamenti disponibili, ecc.
5. **Riconfigurazione della spesa pubblica,** di cui però non è chiaro **se a saldi positivi oppure negativi** – in particolare: tra trasferimenti monetari e servizi; tra ospedale e territorio; tra residenziale, semiresidenziale e domiciliare
6. Tendenziale i**ncremento della spesa privata oop** proporzionalmente maggiore a quello proporzionato dall'aumento della popolazione target, correlato all'aumento della spesa irregolare (**evasione fiscale**)
7. Il **potenziale impatto dell'ICT/AAL**, sembra scarsamente considerato dalla "visione ordinaria" nella determinazione delle scelte di policies.

2 - Profili regionali

- La ricchezza regionale
- Il benessere regionale
- La qualità della PPAA
- La qualità dei SSR
- La spesa privata sanitaria
- Le rinunce

RAPPORTO SVIMEZ 2018 SULL'ECONOMIA E LA SOCIETÀ DEL MEZZOGIORNO

Pil pc regionale (2015) e impatto della crisi

Migl€ ^ 18.700€

Lombardia	35,9
Lazio	31,0
Veneto	30,8
Toscana	29,4
Piemonte	28,9
Campania	17,2

Tab. 5. *Variazione del PIL nelle regioni italiane nel periodo 2001-2017 (tassi medi annui di variazione %) (a)*

Regioni e ripartizioni	2001-2007		2008-2014		2015	2016	2017
	M.a.	Cum.	M.a.	Cum.		M.a.	
Piemonte	1,1	7,9	-1,7	-11,3	1,1	1,5	1,3
Valle d'Aosta	1,0	7,3	-1,7	-11,2	-1,1	-0,8	2,6
Lombardia	1,3	9,5	-0,5	-3,3	1,3	1,1	2,2
Trentino Alto Adige	1,0	7,5	0,5	3,5	0,8	2,3	2,5
Veneto	1,3	9,2	-1,2	-8,3	1,3	1,3	1,6
Friuli Venezia Giulia	0,9	6,7	-1,6	-10,7	1,9	0,4	1,0
Liguria	0,7	4,9	-1,8	-12,2	-0,1	0,9	1,8
Emilia-Romagna	1,4	10,3	-0,8	-5,6	0,8	1,6	1,1
Toscana	1,1	8,1	-1,0	-6,7	0,5	1,2	0,9
Umbria	0,8	6,1	-2,6	-17,1	2,6	-0,7	-1,0
Marche	1,7	12,3	-1,7	-11,3	-0,6	-0,7	-0,2
Lazio	2,0	14,9	-1,4	-9,3	-0,3	-0,4	1,6
Abruzzo	0,6	4,2	-1,1	-7,2	0,3	0,2	1,2
Molise	0,7	5,0	-3,4	-21,5	1,3	1,1	-0,1
Campania	0,8	5,4	-2,3	-15,2	1,7	1,5	1,8
Puglia	0,3	2,1	-1,6	-10,7	1,0	0,2	1,6
Basilicata	-0,1	-0,5	-1,6	-10,6	8,9	1,3	0,7
Calabria	0,5	3,6	-2,2	-14,1	1,2	0,8	2,0
Sicilia	0,8	5,9	-2,3	-15,0	0,9	1,0	0,4
Sardegna	0,9	6,7	-1,7	-11,4	2,3	-0,6	1,9
Mezzogiorno	0,6	4,5	-2,0	-13,2	1,5	0,8	1,4
Centro - Nord	1,3	9,7	-1,1	-7,2	0,8	0,9	1,5
- Nord-Ovest	1,2	8,7	-0,9	-6,3	1,1	1,1	2,0
- Nord-Est	1,3	9,2	-0,9	-6,4	1,1	1,4	1,5
- Centro	1,6	11,9	-1,4	-9,3	0,1	0,0	1,0
Italia	1,2	8,5	-1,3	-8,6	1,0	0,9	1,5

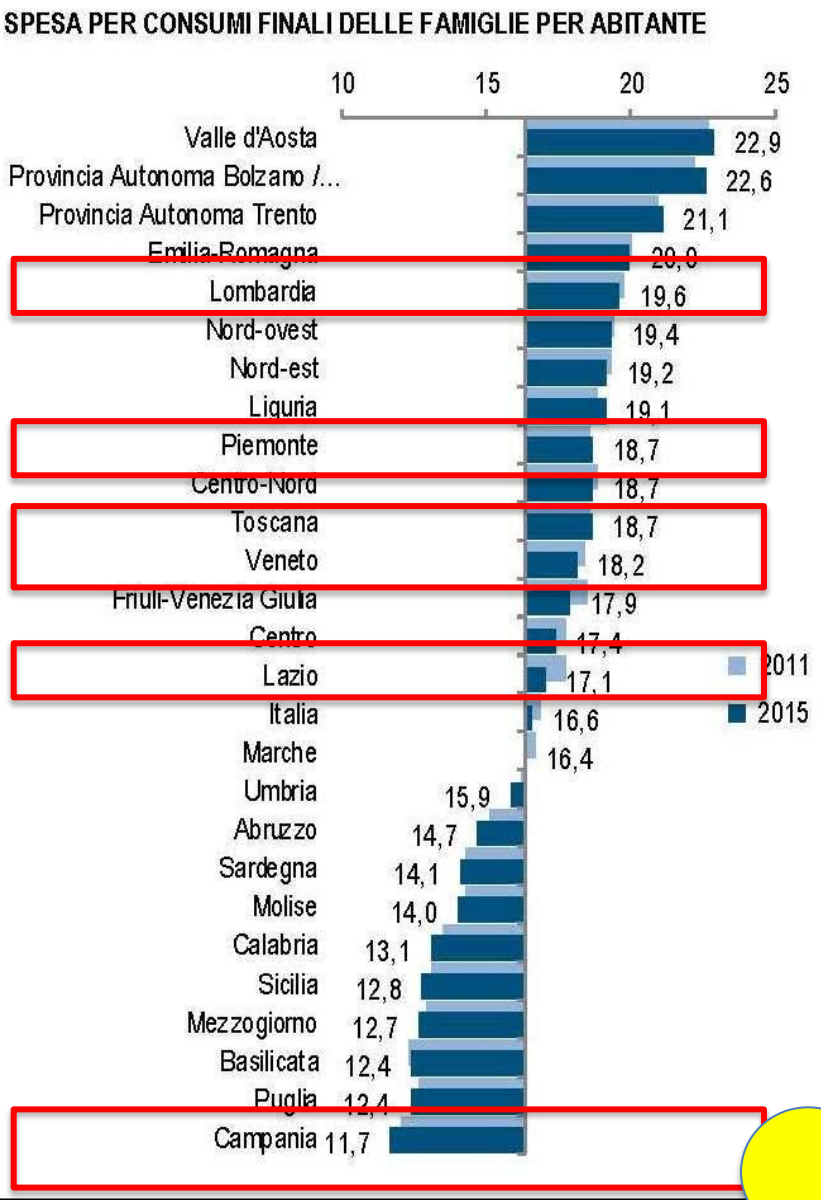
(a) Calcolati su valori concatenati, anno di riferimento 2010.

Fonte: Rapporto SVIMEZ 2018 sull'economia del Mezzogiorno.

FIGURA 1. PRODOTTO INTERNO LORDO E SPESA PER CONSUMI FINALI DELLE FAMIGLIE[1] A PREZZI CORRENTI PER ABITANTE
Anni 2011 e 2015, valori in migliaia di euro

Spesa pc consumi finali famiglie Migl€ ^ 7,9

Lombardia	**19,6**
Toscana	**18,7**
Piemonte	**18,7**
Veneto	**18,2**
Lazio	**17,1**
Campania	**11,7**



Tab. 8 – Confronto fra i posizionamenti ottenuti dal fattore F1 e il PIL pro capite

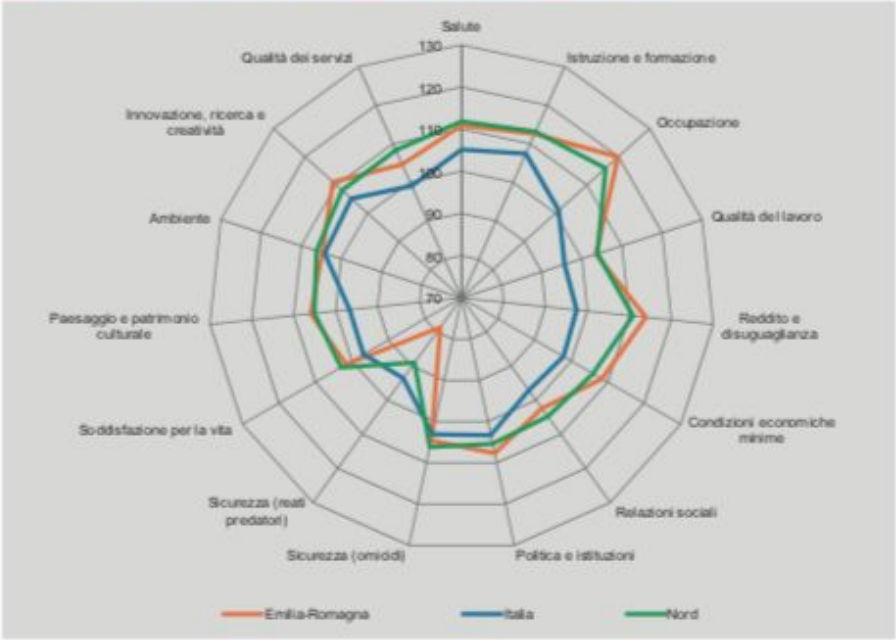
Regioni	F1	PIL 2015
PA Bolzano	1	1
Trentino Alto Adige	2	2
PA Trento	3	4
Valle d'Aosta	4	5
Friuli-Venezia Giulia	5	11
Veneto	6	8
Lombardia	7	3
Piemonte	8	12
Emilia-Romagna	9	6
Toscana	10	10
Liguria	11	9
Marche	12	13
Umbria	13	15
Lazio	14	7
Abruzzo	15	14
Sardegna	16	17
Molise	17	18
Basilicata	18	16
Puglia	19	20
Sicilia	20	21
Campania	21	19
Calabria	22	22

Bes 2016 e Pil 2015 a confronto Posizionamenti

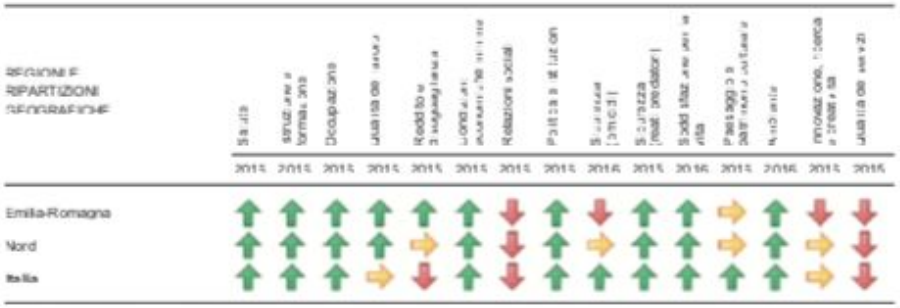
Veneto	06/08
Lombardia	07/03
Piemonte	08/12
Toscana	10/10
Lazio	14/07
Campania	21/19

EMILIA-ROMAGNA

Indici compositi per Emilia-Romagna, Nord e Italia. Anni 2015/2016. Italia 2010=100 (a)



Andamento degli indici compositi tra l'ultimo anno disponibile e l'anno precedente per Emilia-Romagna, Nord e Italia. Anni 2015/2016 (b)

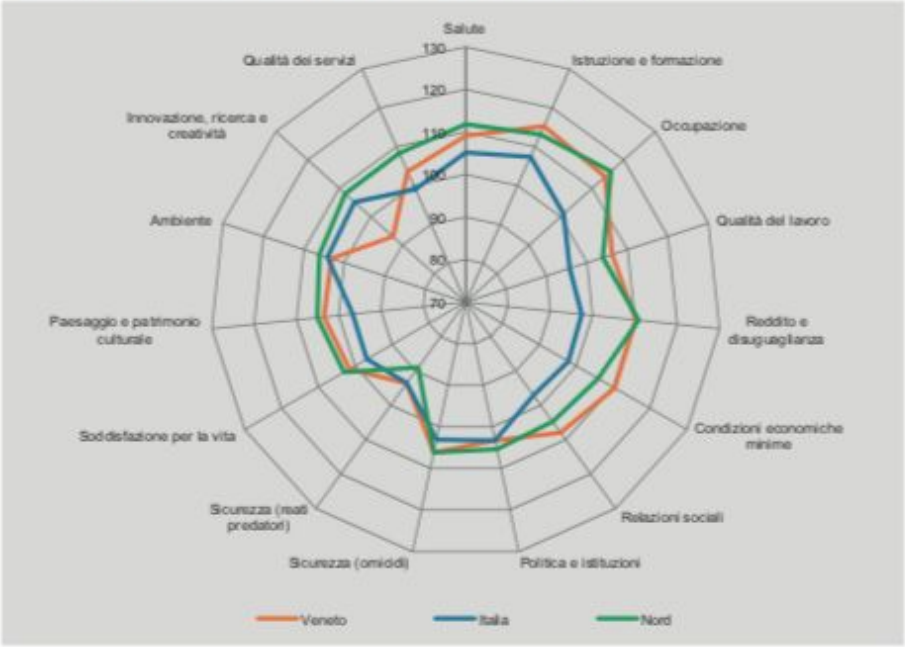


(a) Per gli indici compositi di Reddito e disuguaglianza, Sicurezza (reati predatori) e Qualità dei servizi l'ultimo aggiornamento è riferito al 2015.

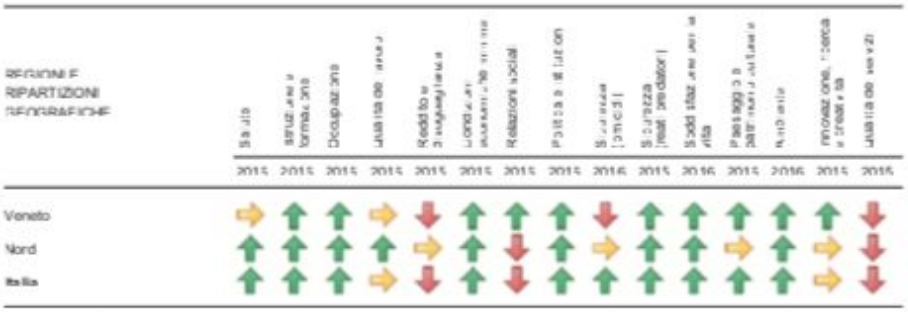
(b) Se la differenza tra i due anni è maggiore o uguale a 0,5 la variazione è considerata positiva; se minore o uguale a -0,5 si considera negativa. Nell'intervallo (-0,5;+0,5) il valore è considerato stabile.

VENETO

Indici compositi per Veneto, Nord e Italia. Anni 2015/2016. Italia 2010=100 (a)



Andamento degli indici compositi tra l'ultimo anno disponibile e l'anno precedente per Veneto, Nord e Italia. Anni 2015/2016 (b)

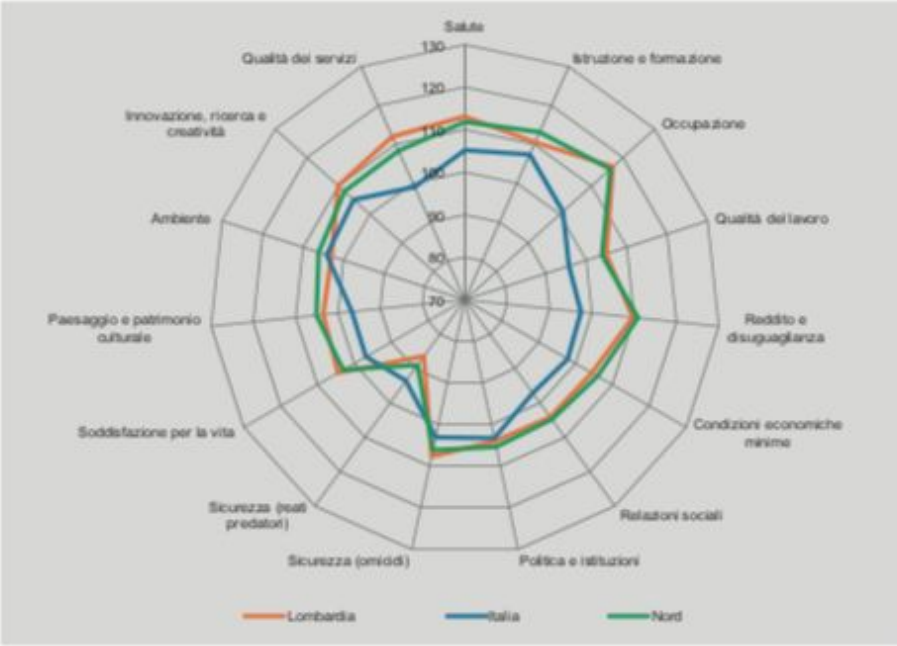


(a) Per gli indici compositi di Reddito e disuguaglianza, Sicurezza (reati predatori) e Qualità dei servizi l'ultimo aggiornamento è riferito al 2015.

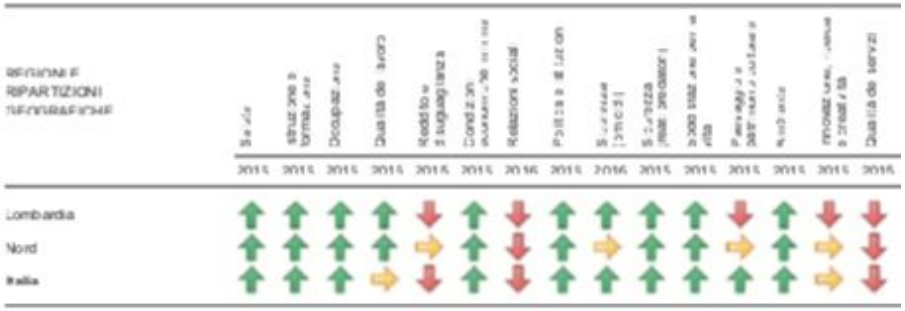
(b) Se la differenza tra i due anni è maggiore o uguale a 0,5 la variazione è considerata positiva; se minore o uguale a -0,5 si considera negativa. Nell'intervallo (-0,5;+0,5) il valore è considerato stabile.

LOMBARDIA

Indici compositi per Lombardia, Nord e Italia. Anni 2015/2016. Italia 2010=100 (a)



Andamento degli indici compositi tra l'ultimo anno disponibile e l'anno precedente per Lombardia, Nord e Italia. Anni 2015/2016 (b)

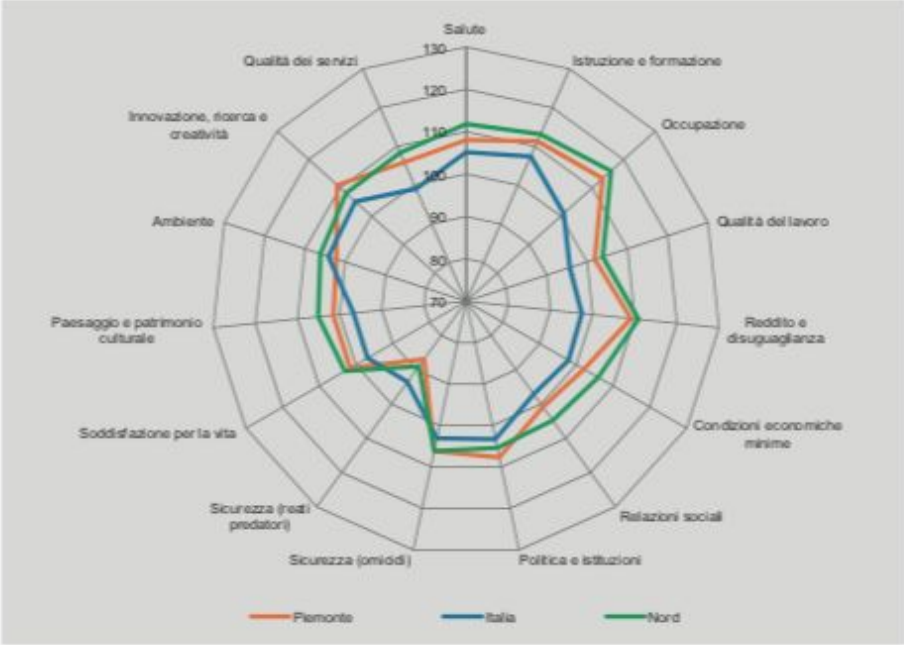


(a) Per gli indici compositi di Reddito e disuguaglianza, Sicurezza (reati predatori) e Qualità dei servizi l'ultimo aggiornamento è riferito al 2015.

(b) Se la differenza tra i due anni è maggiore o uguale a 0,5 la variazione è considerata positiva; se minore o uguale a -0,5 si considera negativa. Nell'intervallo (-0,5;+0,5) il valore è considerato stabile.

PIEMONTE

Indici compositi per Piemonte, Nord e Italia. Anni 2015/2016. Italia 2010=100 (a)



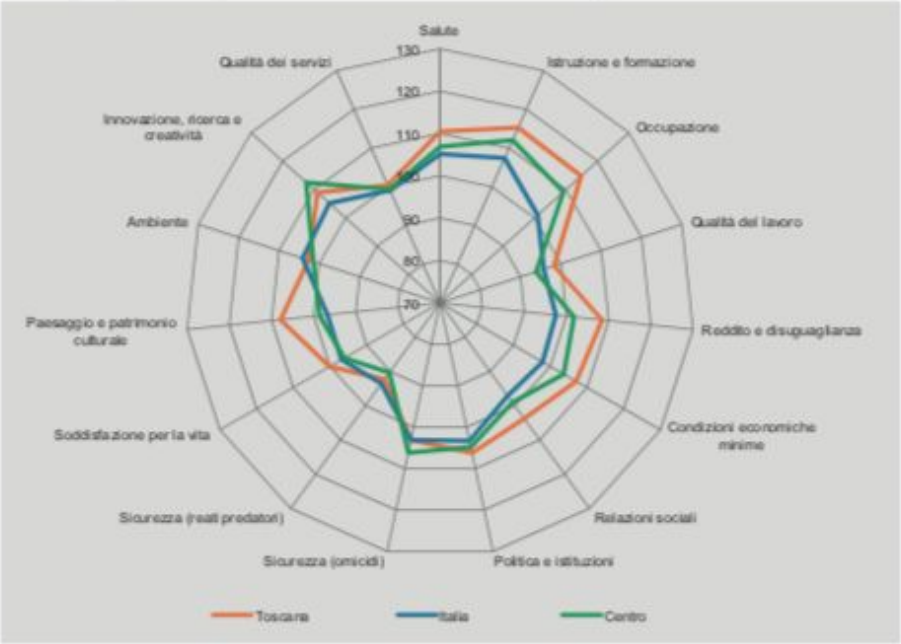
Andamento degli indici compositi tra l'ultimo anno disponibile e l'anno precedente per Piemonte, Nord e Italia. Anni 2015/2016 (b)

(a) Per gli indici compositi di Reddito e disuguaglianza, Sicurezza (reati predatori) e Qualità dei servizi l'ultimo aggiornamento è riferito al 2015.

(b) Se la differenza tra i due anni è maggiore o uguale a 0,5 la variazione è considerata positiva; se minore o uguale a -0,5 si considera negativa. Nell'intervallo (-0,5;+0,5) il valore è considerato stabile.

TOSCANA

Indici compositi per Toscana, Centro e Italia. Anni 2015/2016. Italia 2010=100 (a)



Andamento degli indici compositi tra l'ultimo anno disponibile e l'anno precedente per Toscana, Centro e Italia. Anni 2015/2016 (b)

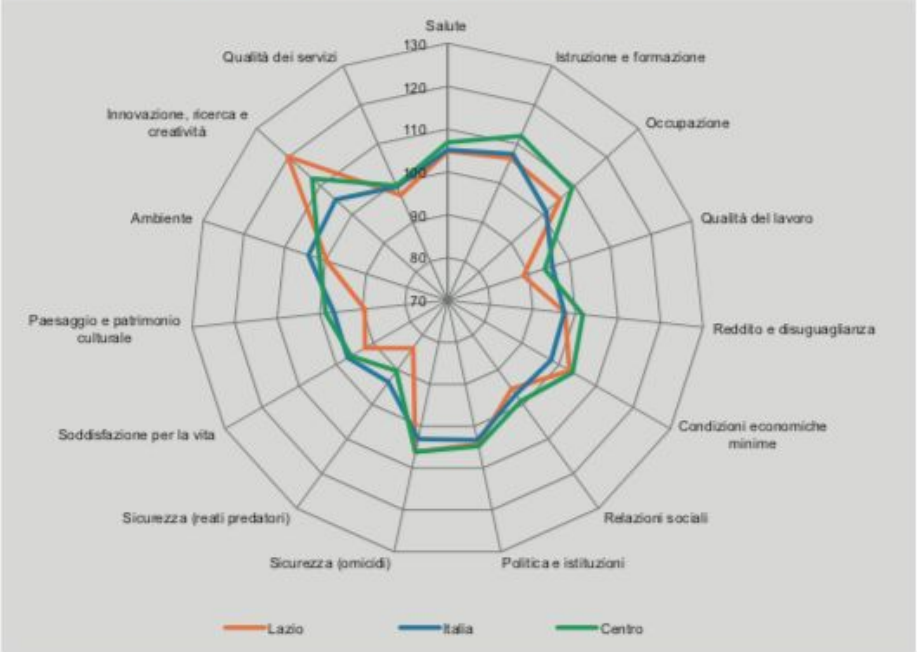
REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Salute	Istruzione e formazione	Occupazione	Qualità del lavoro	Reddito e disuguaglianza	Condizioni economiche minime	Relazioni sociali	Politica e istituzioni	Sicurezza (omicidi)	Sicurezza (reati predatori)	Soddisfazione per la vita	Paesaggio e patrimonio culturale	Ambiente	Innovazione, ricerca e creatività	Qualità dei servizi
	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2015	2016	2015	2015	2015	2015	2015	2015
Toscana	⇨	↑	↑	⇨	↓	↑	↓	↑	↓	⇨	↑	↑	⇨	⇨	↓
Centro	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↑	↑	↑	↑	⇨	↑	⇨	↓
Italia	↑	↑	↑	⇨	↓	↑	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	⇨	↓

(a) Per gli indici compositi di Reddito e disuguaglianza, Sicurezza (reati predatori) e Qualità dei servizi l'ultimo aggiornamento è riferito al 2015.

(b) Se la differenza tra i due anni è maggiore o uguale a 0,5 la variazione è considerata positiva; se minore o uguale a -0,5 si considera negativa. Nell'intervallo (-0,5;+0,5) il valore è considerato stabile.

LAZIO

Indici compositi per Lazio, Centro e Italia. Anni 2015/2016. Italia 2010=100 (a)



Andamento degli indici compositi tra l'ultimo anno disponibile e l'anno precedente per Lazio, Centro e Italia. Anni 2015/2016 (b)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Salute	Istruzione e formazione	Occupazione	Qualità del lavoro	Reddito e disuguaglianza	Condizioni economiche minime	Relazioni sociali	Politica e istituzioni	Sicurezza (omicidi)	Sicurezza (reati predatori)	Soddisfazione per la vita	Paesaggio e patrimonio culturale	Ambiente	Innovazione, ricerca e creatività	Qualità dei servizi
	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2016	2015	2015	2015	2015	2015	2015
Lazio	↑	⇨	↑	↑	⇨	↑	↓	↑	↑	↑	↑	↓	⇨	↓	↓
Centro	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↑	↑	↑	↑	⇨	↑	⇨	↓
Italia	↑	↑	↑	⇨	↓	↑	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	⇨	↓

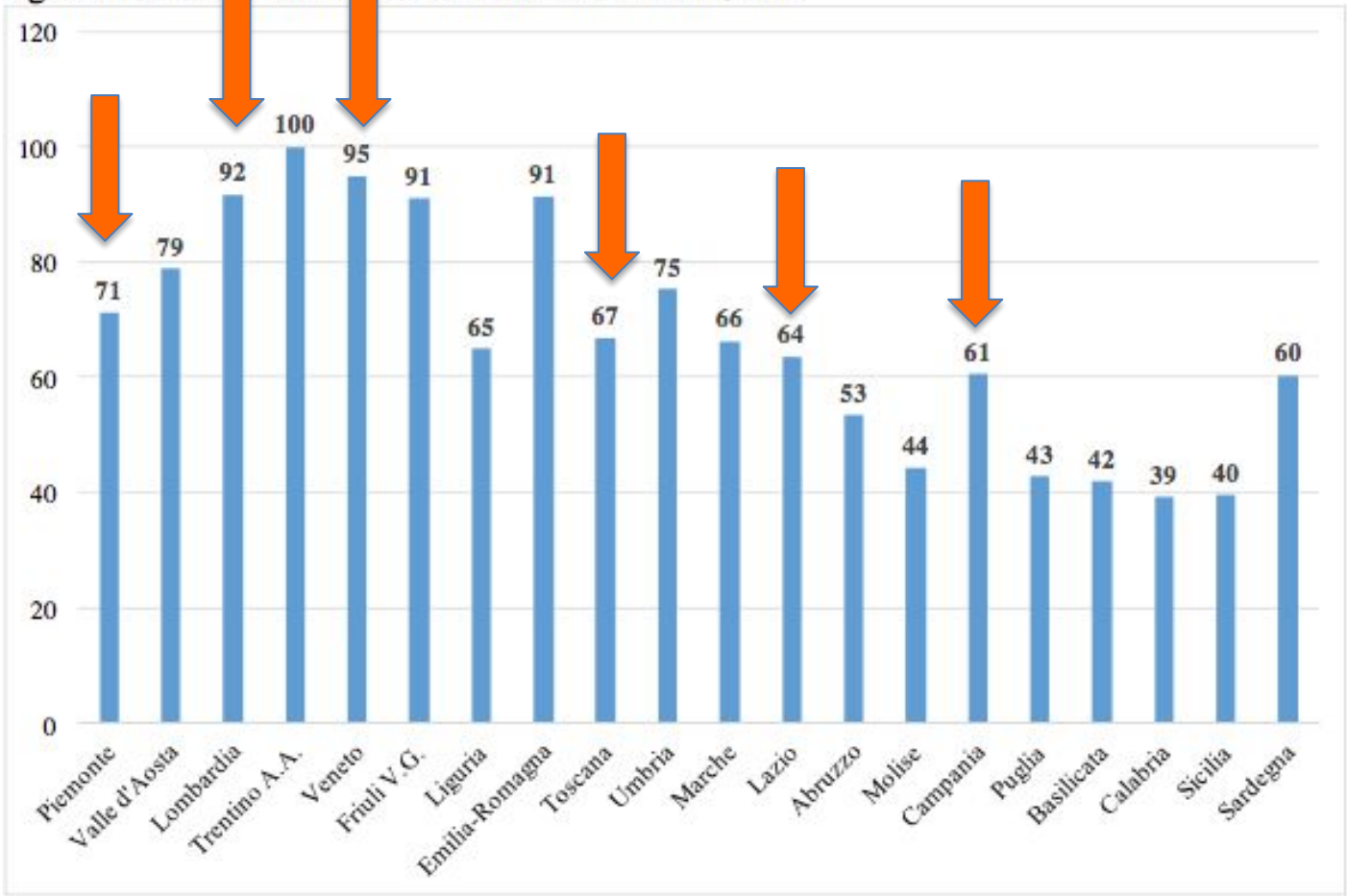
(a) Per gli indici compositi di Reddito e disuguaglianza, Sicurezza (reati predatori) e Qualità dei servizi l'ultimo aggiornamento è riferito al 2015.

(b) Se la differenza tra i due anni è maggiore o uguale a 0,5 la variazione è considerata positiva; se minore o uguale a -0,5 si considera negativa. Nell'intervallo (-0,5;+0,5) il valore è considerato stabile.

RAPPORTO SVIMEZ 2018 SULL'ECONOMIA E LA SOCIETÀ DEL MEZZOGIORNO

Offerta pubblica e valutazione sintetica della PP.AA. regionale

Fig. 6. *Indice sintetico della Pubblica Amministrazione**



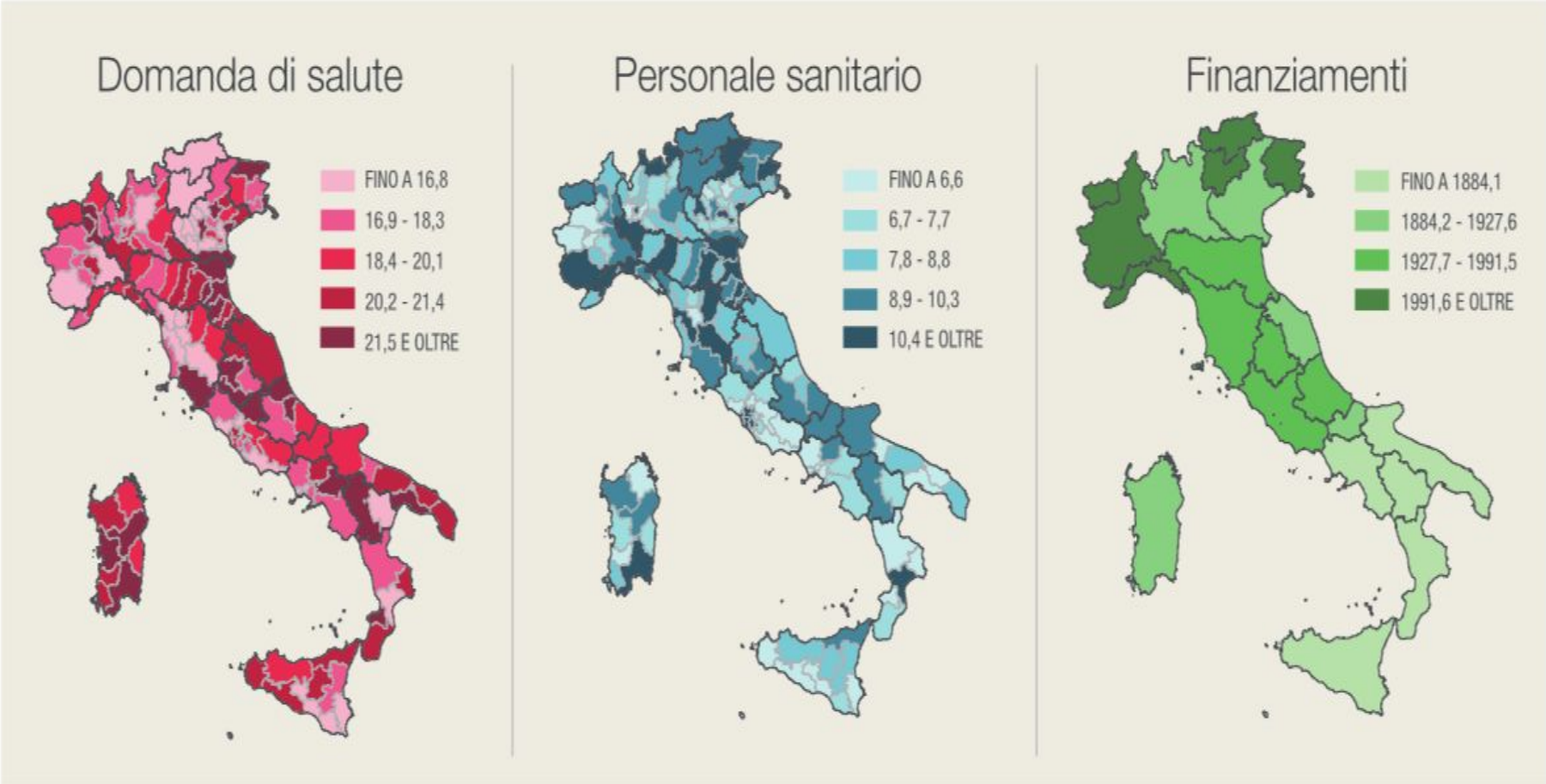
*Servizi considerati: % di rifiuti urbani smaltiti in discarica sul totale dei rifiuti urbani raccolti; % di rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata sul totale; indicatori di efficienza negli uffici: Anagrafe, ASL e Poste; indicatori di qualità delle infrastrutture di rete: acqua, elettricità e gas; persone molto soddisfatte assistenza medica, infermieristica e dei servizi igienici ospedalieri; indice di attrattività delle Università; indice di attrattività dei servizi ospedalieri; presa in carico ponderata dell'utenza dei servizi per l'infanzia; presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata; assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari nell'area anziani nei comuni.

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT.

Squilibri del sistema sanitario tra bisogni e risorse

PERSONE IN CATTIVE CONDIZIONI DI SALUTE, PERSONALE PER ASL, FINANZIAMENTO DEL SSN PER REGIONE

Incidenze e valori pro-capite. Anni 2012-2013



Fonte: Istat, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari; Ministero della salute, Nuovo sistema informativo sanitario, Banca dati SSN; Ministero economia e finanze, Relazione sulla situazione economica del Paese 2014

Tab. 19. *Mobilità ospedaliera: saldo ricoveri provenienti da altre regioni per ricoveri acuti verso altre regioni, 2016*

	Emigrazione netta per ricoveri acuti		Emigrazione netta per ricoveri acuti
Piemonte	-713	Marche	-4.126
Valle D'aosta	-228	Lazio	-2.867
Lombardia	84.963	Abruzzo	-7.881
P. A. Bolzano	3.595	Molise	729
P. A. Trento	-1.877	Campania	-32.098
Veneto	15.626	Puglia	-11.071
Friuli-Venezia Giulia	4.867	Basilicata	-3.422
Liguria	-7.143	Calabria	-33.922
Emilia-Romagna	52.288	Sicilia	-21.650
Toscana	29.854	Sardegna	-4.998
Umbria	5.176		

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Sistema Informativo Sanitario – Ministero della Sanità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

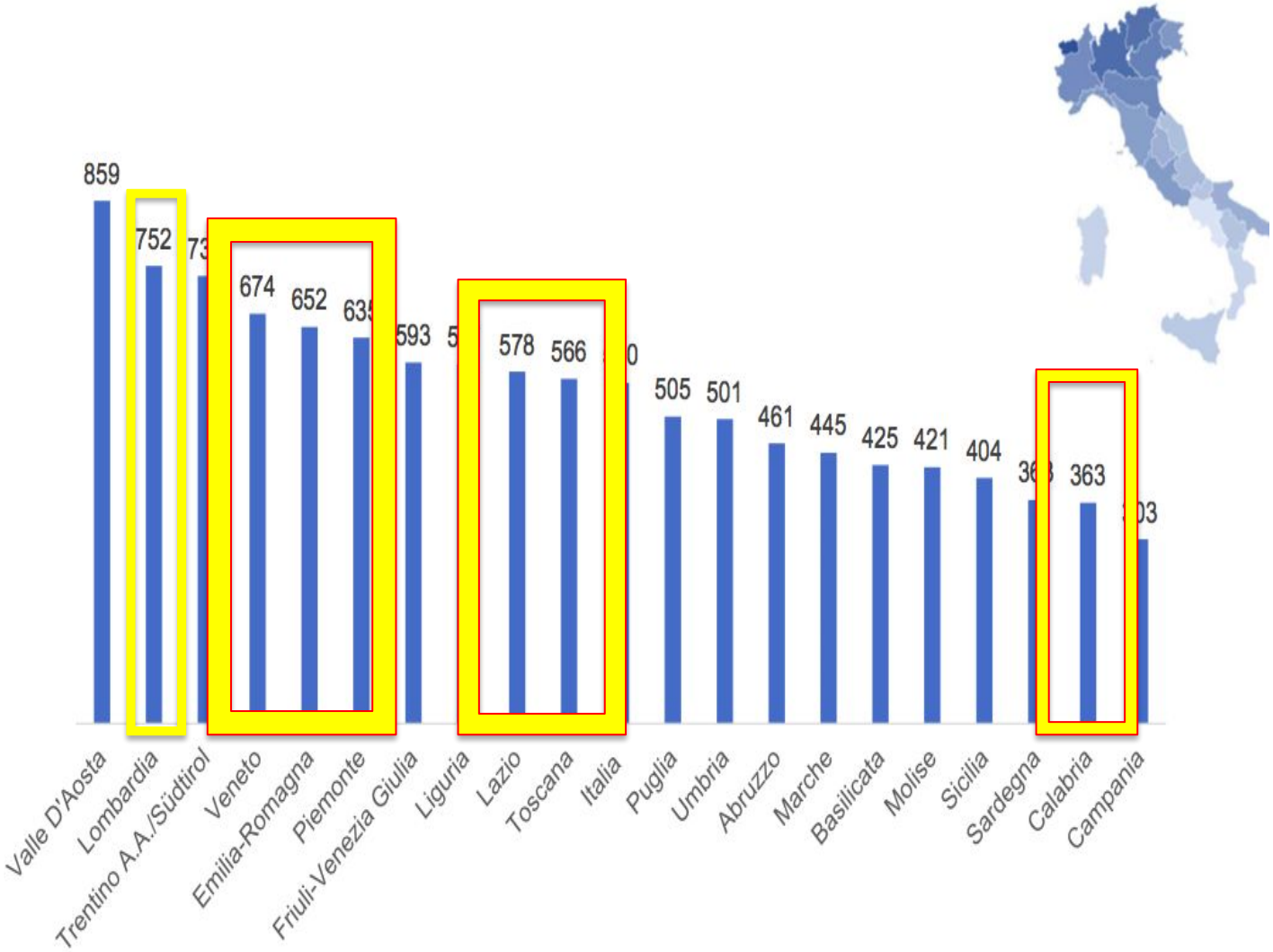
Mobilità ospedaliera come indicatore di qualità percepita del Ssr

RAPPORTO SVIMEZ 2018 SULL'ECONOMIA E LA SOCIETÀ DEL MEZZOGIORNO

I consumi sanitari

- nel 2013 i 9/10 della popolazione italiana ha usufruito **almeno una volta di un prodotto-servizio sanitario;**
- nel 2014 la maggior parte della popolazione si è dichiarata **soddisfatta delle prestazioni sanitarie, sia pubbliche che private,** ricevute;
- la proporzione di persone che riportava **esigenze insoddisfatte, ovvero rinunce per costi eccessivi, distanza geografica o tempi d'attesa**:
  - per esami medici, era cresciuta dal 5 % nel 2009 al 7 % nel 2014, e **arrivava al 14% per persone nel gruppo di reddito più basso;**
  - nell'assistenza dentale, era cresciuta dal 7 % nel 2009 al 10 % nel 2014, ed era anch'essa **doppia (20 per cento) per le fasce meno abbienti**;
- nel 2012, per quanto riguarda le **erogazioni del solo Ssn**:
  - il livello di soddisfazione risultava **superiore alla sufficienza (voto medio 6/10)**, con una polarizzazione del molto soddisfatti al Nord e molto insoddisfatti al Sud;
  - **l'11,1% della popolazione dichiarava di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria pubblica, pur ritenendo di averne bisogno;** di questi, oltre la metà per ragioni economiche e 1/3 per le condizioni di erogazione;

LA SPESA SANITARIA ANNUALE DELLE FAMIGLIE, MEDIA DEI PRO CAPITE 2014 – 2016, PER REGIONE.

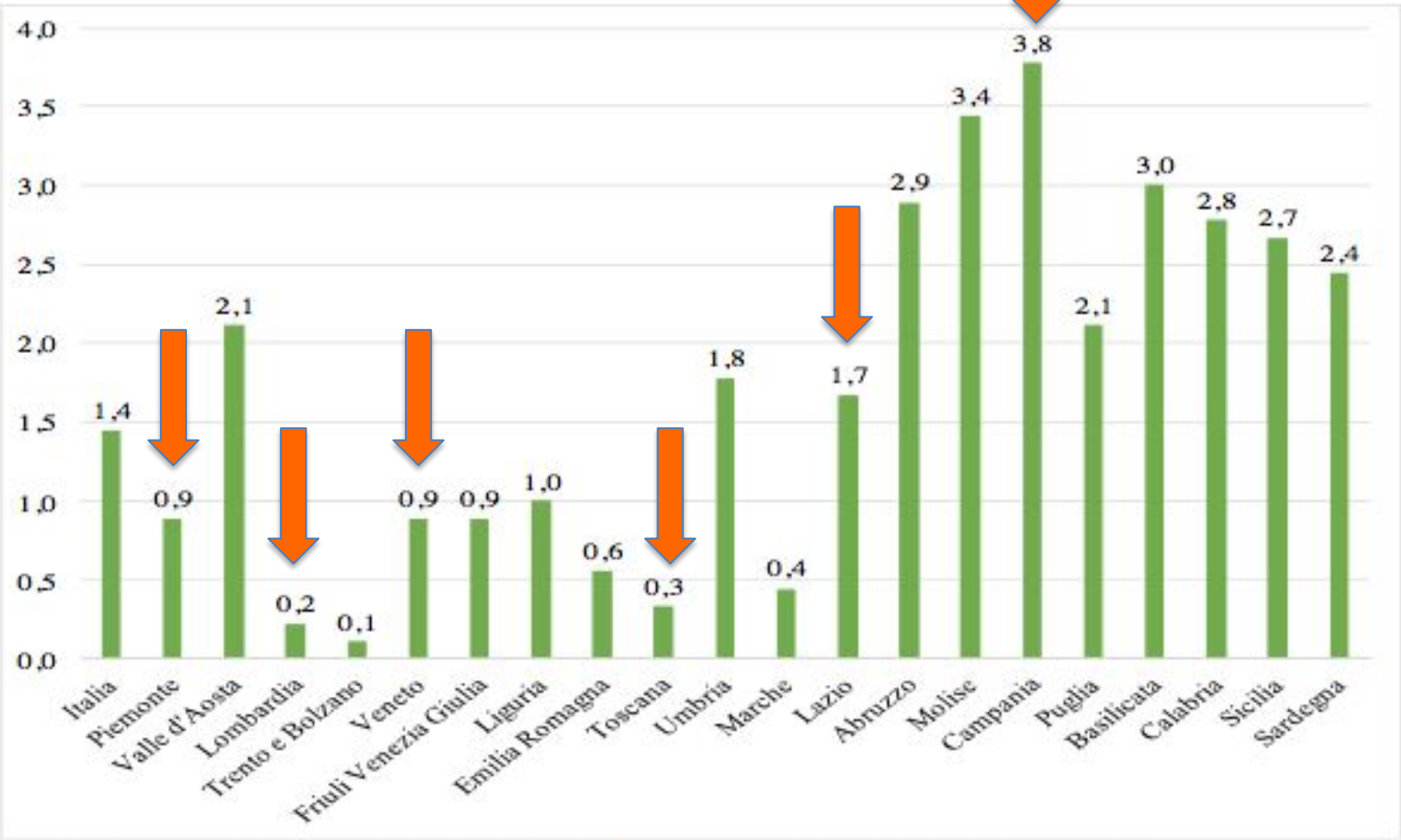


Le criticità riguardanti la spesa sanitaria privata: rinunce, impoverimento e spese catastrofiche

Si confermano negli anni:

- **il 77,0%** delle famiglie (dati 2014) ha effettuato spese sanitarie OOP (**58,0%** nel 2013);
- la maggiore frequenza del ricorso a spese private, risulta correlata alla **riduzione della spesa effettiva pro- capite**;
- **il 5,0% delle famiglie residenti in Italia, soprattutto quelle del Centro e del Sud, nonché quelle dei quintili di consumo medio-bassi, ha dichiarato di aver ridotto/annullato le spese sanitarie private**;
- la spesa privata oop è prevalentemente per **farmaci, visite ed esami diagnostici**;
- 316.402 (1,2%) risultano essere i **nuclei familiari impoveritisi per spese sanitarie oop**, soprattutto residenti nel Mezzogiorno (2,7 %);
- 781.108 sono le **famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche** (3,1%; nel Mezzogiorno il 5,5% delle famiglie residenti);
- quasi 280.000 famiglie (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie oop) risultano inoltre ad **alto rischio di impoverimento**; questi dati, peraltro, per la modalità con cui vengono costruiti, soffrono del problema "*della capacità delle soglie di povertà di cogliere l'eterogeneità dei bisogni (nel caso degli anziani, ad esempio, i costi della non autosufficienza)*", ovvero "***Seppur non sia un limite intrinseco, le scale esistenti tendono, inoltre, a ignorare o, quanto meno, a fortemente sottostimare i costi della non autosufficienza.***" (Granaglia e Bolzoni 2016, pag. 98 e pag. 23)

Fig. 5. Quota famiglie impoverite a causa della spesa sanitaria privata. Valori %, 2015



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati CREA Sanità, *Rapporto Sanità*, 2018.

Maggiore attrattività/qualità, minore povertà da spesa privata ….

Altra criticità: quota rilevante di evasione fiscale

(CORTE DEI CONTI 2017)

- Il peso dell'economia sommersa italiana sul Pil, senza considerare le attività criminali, arriva al 17%, contro una media europea del 14,5%;
- la legislazione fiscale prevede una detrazione del 19 per cento per le spese sanitarie, **ma non risulta esservi corrispondenza tra quanto dichiarato nelle denunce Irpef dai contribuenti italiani con i dati sopra riportati**;
- in particolare**, gli importi 2015 indicano un totale di 16,705 miliardi € di spese sanitarie denunciate**, corrispondenti **a 3,174 miliardi € di mancati introiti Irpef, ovvero la spesa privata denunciata risulterebbe inferiore del 50% della stima Istat,** alcuni motivi:
- gli importi sono al netto della franchigia prevista (129 € per contribuente) e sono **oltre 22,7 milioni di contribuenti che non espongono tale tipo di onere;**
  - rilevante in Italia è la quota degli "incapienti", mentre in calo risultano essere le cd. "spese dimenticate" o di cui il contribuente ha smarrito la documentazione, anche a ragione degli obblighi di comunicazione dei professionisti o degli operatori del settore;
  - la premialità fiscale esclude alcune prestazioni para sanitarie (es. cure preventive o riabilitative) non riconducibili entro prescrizione medica;
  - la spesa e la conseguente detrazione sono per circa il 59 % destinate a residenti delle Regioni del Nord, a cui è riconducibile il 55 per cento del reddito complessivo
- come proxy, si possono invece considerare i contribuenti che hanno indicato un importo su cui calcolare la detrazione anche se inferiore alla franchigia e ipotizzare che la franchigia possa aver inciso su una spesa media di 100 euro pro capite;

nell'insieme, questo porterebbe ad un delta di oltre 13 miliardi €, rendendo palese il fatto che l'incentivo fiscale non è in grado di contrastare l'interesse delle parti ad occultare al fisco i corrispettivi dei servizi resi;

Tavola 5 - *Persone (valori per 100) per presenza di disabilità che dichiarano di aver rinunciato a visite mediche o a trattamenti terapeutici pur avendone bisogno per motivi economici per regione - Anno 2014*

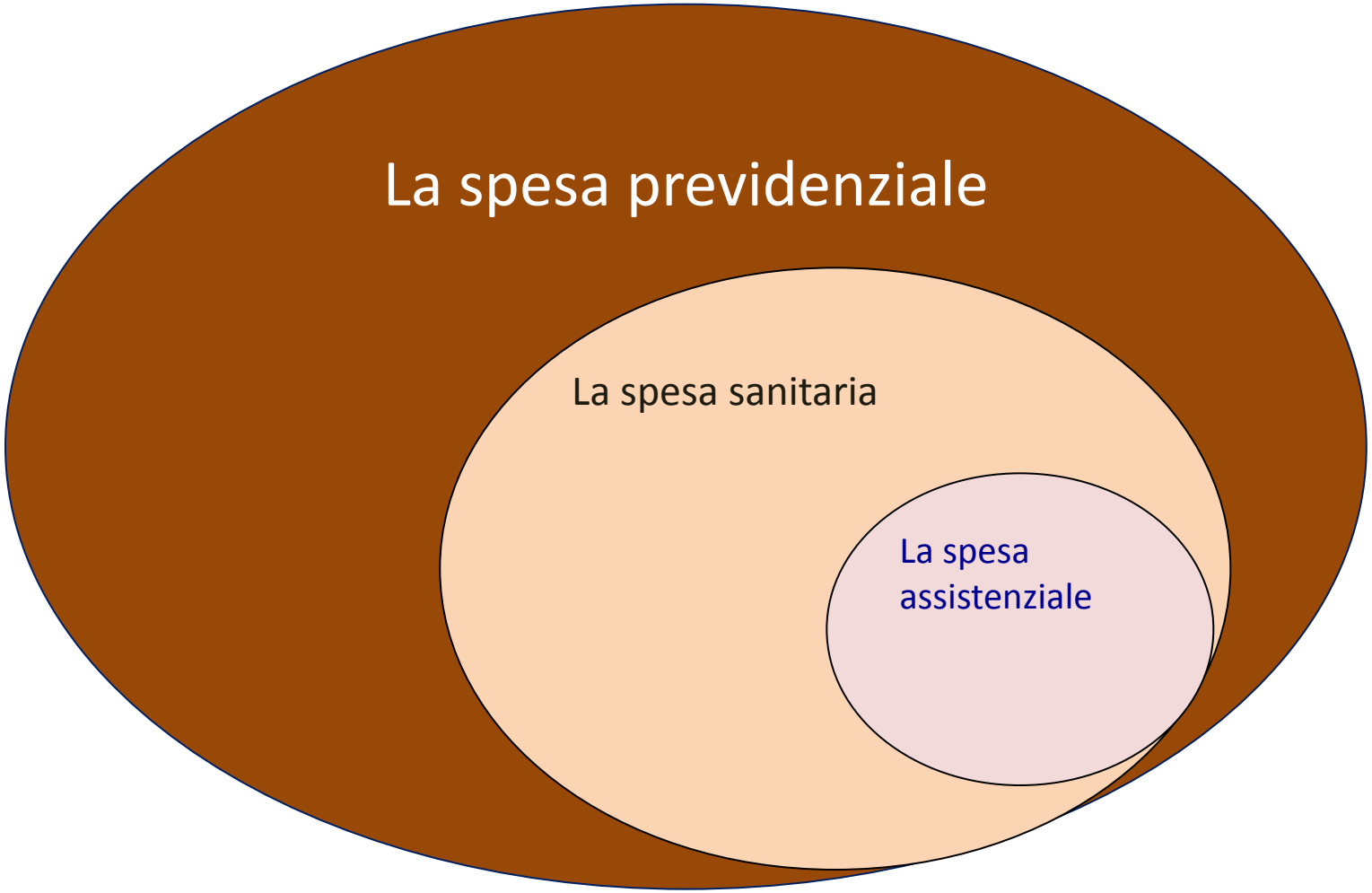
Regioni	Persone con disabilità	Persone senza disabilità
Piemonte	6,1	1,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,3	2,3
Lombardia	9,0	2,5
Bolzano-Bozen	*1,3*	*0,4*
Trento	*1,0*	*0,4*
Veneto	2,6	1,5
Friuli Venezia Giulia	5,6	2,8
Liguria	8,4	3,2
Emilia-Romagna	7,9	3,4
Toscana	2,9	1,1
Umbria	10,4	3,5
Marche	15,3	7,6
Lazio	16,1	6,5
Abruzzo	15,0	4,4
Molise	9,3	2,1
Campania	18,0	5,8
Puglia	30,4	7,5
Basilicata	8,0	2,0
Calabria	22,2	6,9
Sicilia	18,5	3,2
Sardegna	21,7	7,3
Italia	**14,0**	**3,7**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Indagine EUSILC. Anno 2016.

Disabilità e rinunce a prestazioni sanitarie per motivi economici

Campania 18,0/5,8
Lazio 16,1/6,5
Piemonte 6,1/1,7
Toscana 2,9/1,1
Veneto 2,6/1,5

(3) La spesa pubblica per protezione sociale



Spesa assistenziale … + trasferimenti e - servizi

- il 2009 e il 2015 la spesa complessiva per protezione sociale è leggermente aumentata di 14 miliardi €, pari al 3,2%
- grazie soprattutto ad un incremento della parte relativa ai trasferimenti monetari, sia pensionistici (+6 miliardi €) che assistenziali (+10 miliardi €),
- insieme ad una riduzione dei servizi assistenziali in natura di quasi il 40% (–5 miliardi € rispetto ai 13 del 2009) e ad una sostanziale stabilizzazione della

PANORAMICA DEI PRINCIPALI FONDI NAZIONALI 2008 - 2019 PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

(importi espressi in milioni di €)

Fondi interventi sociali (milioni Euro)	2008 Legge Finanziaria	2009 Legge Finanziaria	2010 Legge Finanziaria	2011 Legge di Stabilità	2012 Legge di Stabilità	2013 Legge di Stabilità	2014 Legge di Stabilità	2015 Legge di Stabilità	2016 Legge di Stabilità	2017 Legge di Bilancio	**2018 Legge di Bilancio**	**2019 Ddl Bilancio**
Fondo nazionale politiche sociali * L. 328/2000 aert. 20 co. 8	1.581,60	1.311,60	1.175,00	273,88	69,95	344,17	317,01	312,99	312,59	311,56	**276,00**	**401**
Fondo politiche per la famiglia DL 223/2006 art. 19 co. 1	276,00	186,60	185,28	51,48	31,99	19,78	20,91	18,26	**22,62	5,10	**4,50**	**104,7**
Fondi pari opportunità L.S. 208/2015 art. 1 c 417 DL 223/2006 art. 19 co. 3	50,00	30,00	3,30	17,16	10,47	10,80	***31,40	19,09	18,60	60,10	**69,21**	**62,3**
Fondo per le comunità giovanili L. 266/2005 art. 1 co. 556	5,00	5,00	3,00									
Fondo politiche giovanili DL 223/2006 art. 19 co. 2	137,40	79,80	81,08	12,79	8,18	6,20	16,77	5,76	5,56	4,80	**7,19**	**37,32**
Piano straordinario servizi socio-educativi per la prima infanzia ** L. 296/2006 art. 1 co. 1259**	170,00							100,00				
Fondo non autosufficienze ^* L. 296/2006 art. 1 co 1264	300,00	400,00	400,00	100,00		275,00	350,00	400,00	400,00	*****500	**450,00**	**573,2**
Fondo infanzia e adolescenza L. 285/1997 art. 1	43,90	43,90	39,96	39,21	39,96	39,59	30,68	28,70	28,79	28,80	**28,30**	**28,8**
Fondo "dopo di noi" L. 208/2015 art. 1 co 400									90,00	38,30	**51,00**	**51,1**
Fondo lotta alla povertà ^ L. 208/2015 art. 1 co. 386**									******600,00	1.180,00	**2.059,00**	**347**
Fondo "Caregivers" L.S. 205/2018 art. 1 c. 254											**20,00**	**19,46**
TOTALE^***	2.563,90	2.056,90	1.887,62	494,52	160,55	695,54	766,77	884,80	1.478,16	2.128,66	**2.965,20**	**1.624,88**
1) Fondo reddito di cittadinanza art. 21 co. 1 sez. 1 ddl bilancio 2019												**9.000**

Figura 2.1 La frammentazione nell'allocazione delle competenze e delle risorse

Spesa pubblica per interventi sociosanitari per tutti i target di intervento (2011 - Italia).	Milioni di euro	%
Prestazioni INPS (indennità, pensioni, assegni e rendite per invalidità e inabilità)	35.000	62%
Fondi Sanitari Regionali (20% per interventi non autosufficienza; 3% per interventi soc.san. legati alla dipendenze e materno infantile)	13.500	23%
Spesa dei Comuni (sociale e sociosanitaria)	7.200	13%
Compartecipazione degli utenti tracciata dai Comuni	930	2%
Stima della spesa sociosanitaria pubblica	56.630	

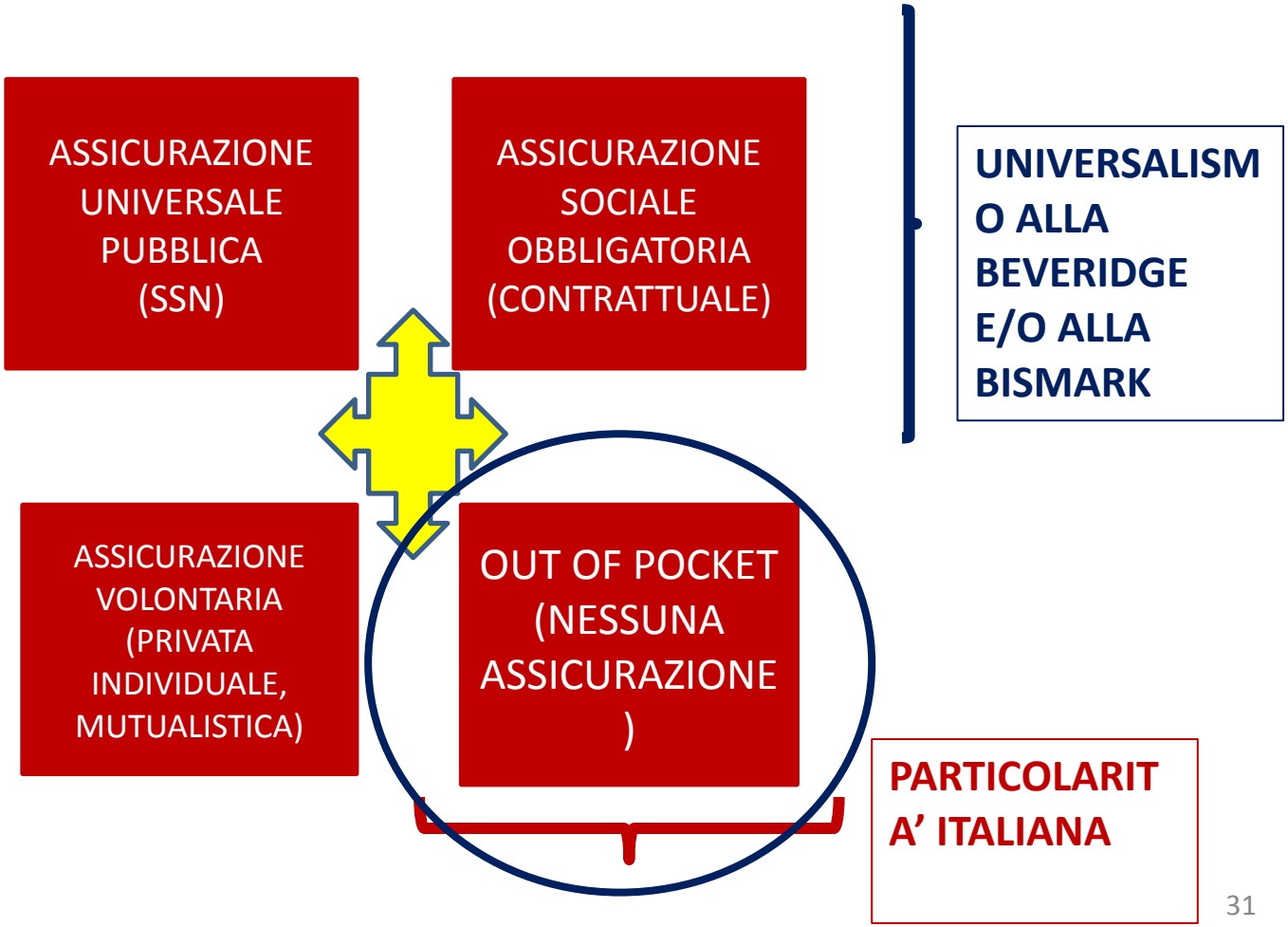
SPESA SOCIOSANITARIA PUBBLICA

- A) non solo Ltc
- B) senza L.104 e agevolazioni fiscali

(4) Della “emianopsia”

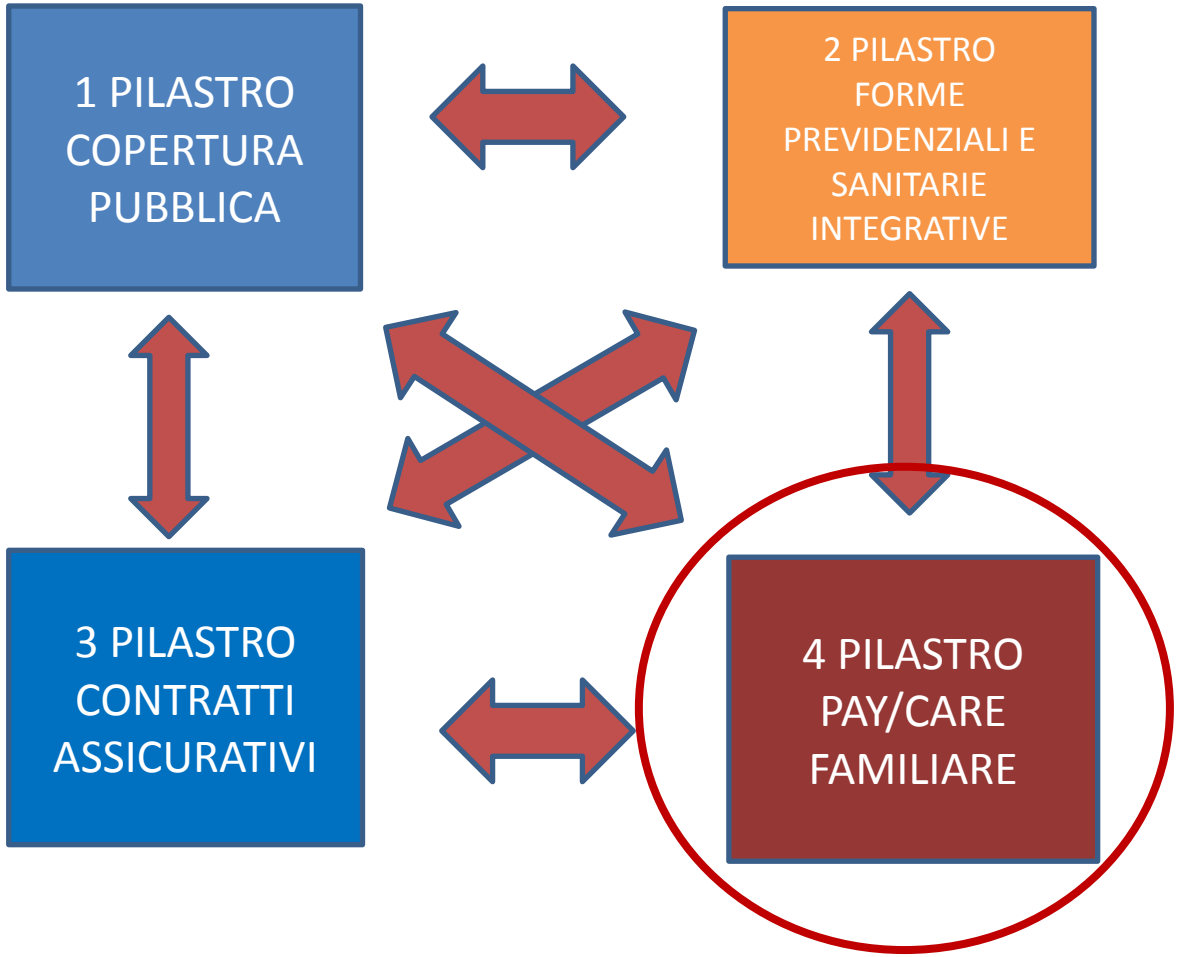
a. **I 4 pilastri del finanziamento sanitario e sociosanitario**
b. **L’ibridazione del sistema di finanziamento**
c. **Modelli di produzione sociosanitaria *ibridizzati***
d. **Il 4° pilastro – il welfare della “azienda famiglia”**
e. **La richiesta delle famiglie**

I 4 pilastri del finanziamento sanitario e sociosanitario



L'ibridazione del sistema di finanziamento

ASSICURAZIONE UNIVERSALE PUBBLICA + ASSICURAZIONE VOLONTARIA e/o PARA OBBLIGATORIA, OOP

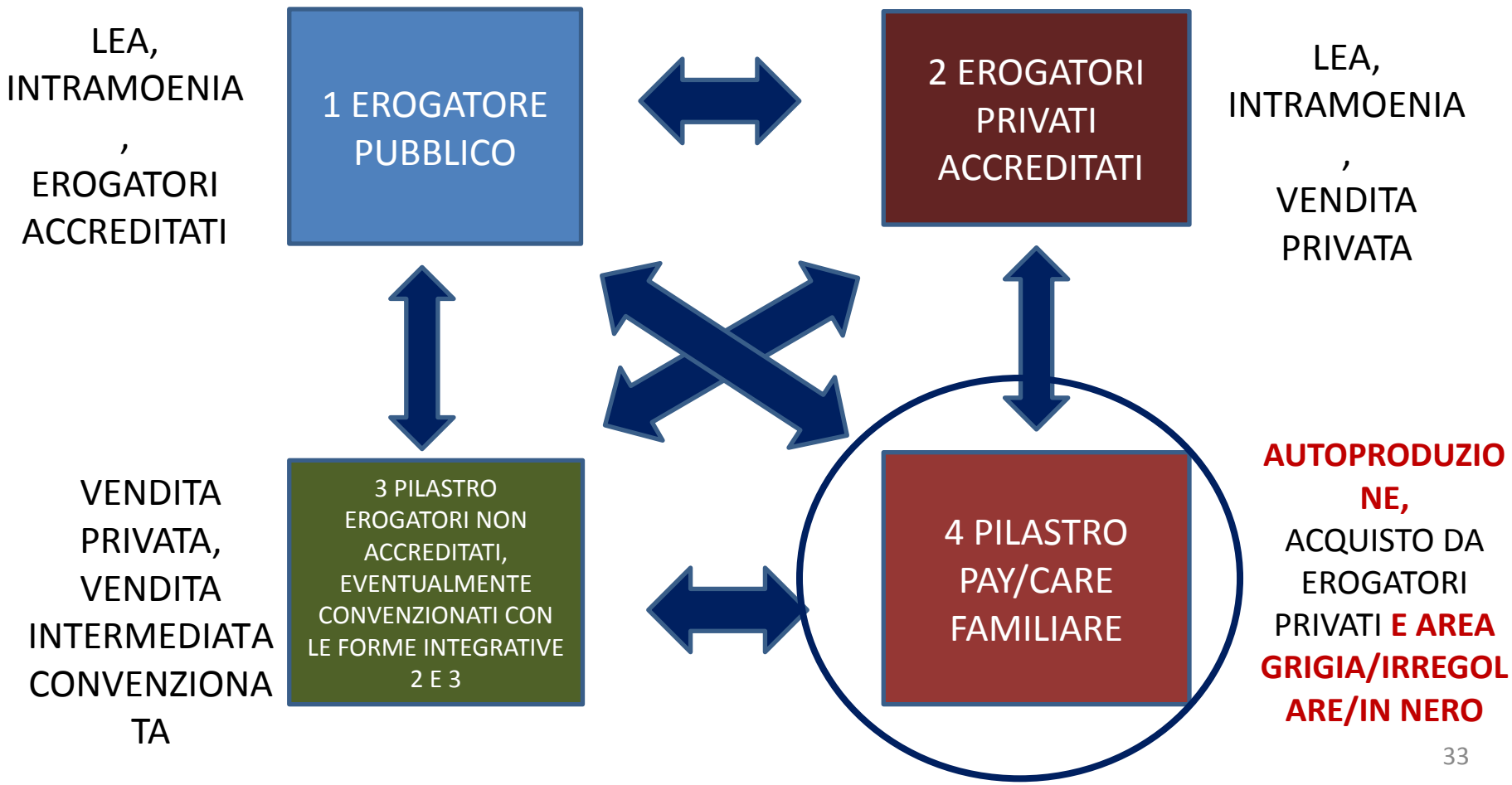


ASSICURAZIONE VOLONTARIA E PARA OBBLIGATORIA + RIASSICURAZIONE VERSO 3 PILASTRO + AGEVOLAZIONI FISCALI

ASSICURAZIONE VOLONTARIA PRIVATA INDIVIDUALE + ASSICURAZIONE VOLONTARIA e/o PARA OBBLIGATORIA COLLETTIVA+ AGEVOLAZIONI FISCALI W.A.

OOP, TRASF. MONETARI PUBBLICI+ AGEVOLAZIONI FISCALI E DI CONCILIAZIONE VITA LAVORO+ RIMBORSI DA FIS E ASSICUR.

Modelli di produzione sociosanitaria *ibridizzati*



Tab. 2 - Il 4° pilastro – il budget sanitario, sociosanitario e assistenziale della "azienda di welfare famiglia" (stima nazionale in mld €)

Area di consumi – autoproduzione – acquisti	Stima	Altra stima	Note
Prestazioni sanitarie pagate privatamente dalle famiglie *non intermediate* – oop[4]	29		
Assistenza familiare[5]	9	6	Altra stima basata sui dati Inps (badanti regolari) + il costo medio annuo Inps delle badanti regolari applicato al numero di badanti irregolari di derivazione Irs (55% del totale badanti).
Compartecipazione servizi sociali[6]	4,2	0	Questo valore, in parte, è inserito nei 29 mld di spesa sanitaria non intermediata
Autoproduzione (mancato reddito *care giver*)[7]	4,1		
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità[8]	4,5-5,2		

Tab. 2 - segue

Area di consumi – autoproduzione – acquisti	Stima	Altra stima	Note
Valorizzazione dei permessi ex L. 104/92 e 151/2001[9]	3,1		
Trasferimenti assistenziali "informali"[10]	9,1		Assumiamo questo valore, seppur sovrastimato, vista l'impossibilità di profilarlo in modo coerente con la finalità della analisi presentata
Totale	**63-63,7**	**55,8-56,5**	

4. Si tratta della spesa sanitaria privata (37,2 € nel 2016), decurtata dei mancati introiti statali da detrazioni Irpef (3,2 miliardi €) e della stima (5 miliardi €), della quota intermediata da fondi, mutue, assicurazioni, ecc., ovvero dall'insieme degli attori di quello che abbiamo identificato come secondo e terzo pilastro.

5. Riprende le stime relative al 2008, utilizzate nel Def del Governo Italiano del 2014, facenti riferimento alle ricerche del centro di ricerche Irs di Milano, realizzate in particolare da Pasquinelli e Rusmini (2008).

6. Riprende le stime di Rebba (2010).

7. Riprende la stima prodotta nell'ambito di una ricerca del Cergas Bocconi presentata al convegno promosso dallo Spi Cgil lombardo, i cui atti sono stati pubblicati nel numero monografico della rivista Nuovi Argomenti, Sistemi di *welfare in Europa. Traiettorie evolutive e lezioni per l'Italia*, 2013, n. 3-4.

8. È la somma di una stima volutamente prudenziale (1.5-2 miliardi €) ipotizzata grazie al confronto con alcuni operatori del settore e del ritorno in minori oneri Irpef per spese sanitarie (Corte dei Conti 2017).

9. Stima relativa alla valorizzazione di permessi e congedi 2015 (Inps 2016); riguarda circa 450.000 lavoratori del settore privato (1,5 giornate medie annue per un totale di costi di 1,3 mld) e circa 440.000 del settore pubblico (6 giornate medie annue per un costo di 1,8 mld).

10. Secondo Censis-Ania consumatori (2015), i flussi monetari che corrono lungo le reti informali di solidarietà riguardano 2,2 milioni di famiglie; si tratta di famiglie che ricevono un aiuto mensile con regolarità per un importo complessivo annuale pari a 9,1 miliardi.

Il budget sanitario, sociosanitario e assistenziale della "azienda famiglia" – stima RT

Area di consumi	Stima mld €	Altra stima	
Prestazioni sociosanitarie pagate privatamente dalle famiglie "non intermediate"	1,968		derivanti dai 304 mln di € di derivazione INPS (badanti regolari) + 371 mln € applicando il costo medio annuo INPS delle badanti regolari al numero di badanti irregolari di derivazione IRS (55% del totale badanti).
Assistenza familiare	0,864	0,675	
Compartecipazione servizi sociali comunali (anziani e disabili) 2012	0,050		
Autoproduzione (mancato reddito caregiver)	0,257		
Valorizzazione dei permessi ex L. 104/92 e 151/2001	0,122		
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	0,125		
Trasferimenti assistenziali "informali"	0,560		
Totale	3,946	3,757	

Il budget sanitario, sociosanitario e assistenziale della "azienda famiglia" – stima SUD EST

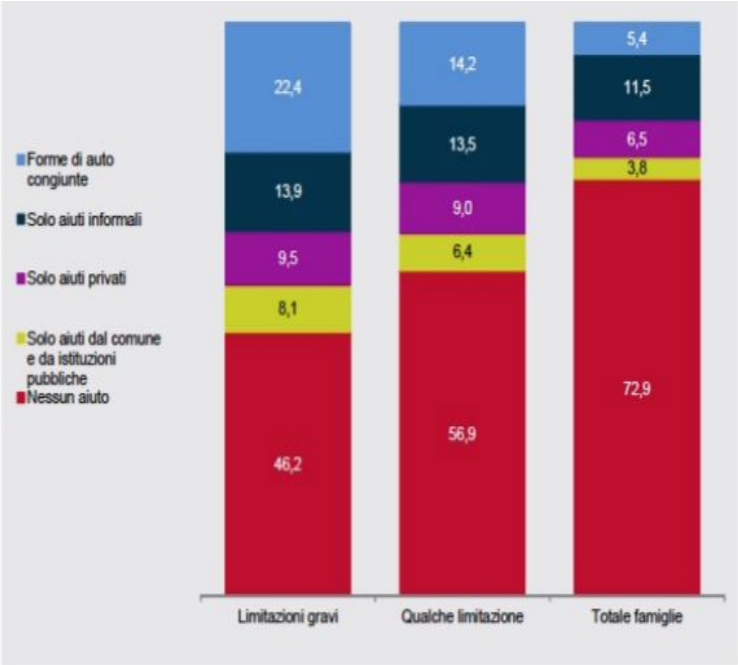
Area di consumi	Stima mld €	
Prestazioni sociosanitarie pagate privatamente dalle famiglie "non intermediate"	0,429	
Assistenza familiare	0,147	
Compartecipazione servizi sociali comunali (anziani e disabili) 2012	0,014	
Autoproduzione (mancato reddito caregiver)	0,062	
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	0,002	
Valorizzazione dei permessi ex L. 104/92 e 151/2001	0,027	
Trasferimenti assistenziali "informali"	0,008	
Totale	**0,689**	

Tavola 5.4 **Famiglie per tipo di aiuto ricevuto e presenza in famiglia di persone con limitazioni - Anno 2016** (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)

	Famiglie che hanno ricevuto almeno un aiuto	Tipo di aiuto (a)								
		Aiuto economico	Prestazioni sanitarie	Assistenza di adulti	Assistenza di bambini	Attività domestiche	Compagnia, accompagnamento, ospitalità	Espletamento di pratiche burocratiche	Lavoro extra-domestico	Aiuto nello studio
Limitazioni gravi	31,7	13,1	39,0	53,3	5,7	46,1	49,7	42,2	16,8	0,9
Qualche limitazione	24,6	14,8	32,2	38,6	5,5	45,6	45,4	41,9	15,6	1,3
Nessuna limitazione	14,5	24,9	14,1	9,0	31,1	29,2	20,0	17,2	8,4	3,9
Totale	**16,1**	**22,1**	**18,2**	**16,5**	**25,1**	**34,5**	**26,5**	**24,8**	**10,9**	**3,3**

Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita
(a) Per 100 famiglie che hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non coabitanti nelle quattro settimane precedenti l'intervista.

Fonte: Istat 2018



Famiglie per presenza di almeno una persona con limitazioni nelle attività, per tipo di aiuto ricevuto

L'aiuto delle reti familiari – Istat 2018

La richiesta delle famiglie – UP-Ipsos 2017

target 2) FAMIGLIE CON ANZIANI NON COMPLETAMENTE AUTOSUFFICIENTI

Rapporti di parentela con l'anziano

Il rapporto di parentela con l'anziano interessa varie casistiche, principalmente si tratta dei genitori (padre o madre). Mediamente si tratta di "grandi anziani", oltre 80 anni di età e per la maggior parte dei casi vivono in famiglia. **Tra i diversi tipi di non autosufficienza rilevati emergono impedimenti di tipo fisico non gravi (difficoltà motorie lievi), unitamente a impedimenti di tipo fisico piuttosto gravi (non si può alzare, ha necessità di accudimento per la cura quotidiana), ma in generale, le casistiche interessano anche ritardi cognitivi senili o problemi di salute sopraggiunti dopo malattie gravi**.

Complessivamente la coniugazione tra ménage quotidiano e gestione dell'anziano mostra il prevalere di situazioni **in cui non emergono gravi criticità (68%), sebbene circa un terzo delle famiglie con anziani lamenti un certo "affaticamento" nella conciliazione dei bisogni di cura (32%).**

I canali di supporto e orientamento

I canali di supporto cui ci si è rivolti vedono in prima istanza le strutture tradizionali, specie **il consiglio del medico di base (74%), quindi ASL (45%), Ospedale (39%)**. Anche il ricorso alla **"rete di prossimità" (amici e parenti) assume una rilevanza importante (27%)**. Le cooperative sociali sono citate solo da una minoranza (5%); sui motivi di mancato ricorso a questi soggetti emerge principalmente la preferenza per una struttura pubblica ma anche la mancata conoscenza del fatto che si offrano servizi di questo tipo. **In chiave positiva va letto il fatto che solo una quota marginale di rispondenti cita la mancanza di fiducia nelle competenze delle cooperative sociali sulla presa in carico di questi problemi.**

La valutazione sul supporto ricevuto è complessivamente soddisfacente (90%). **Come pure gradita sarebbe stata la formazione sul progredire della malattia nel momento in cui si è presentato il problema (62%)**

Supporto economico

La quasi totalità delle famiglie con anziani non autosufficienti a carico riceve un supporto economico di diversa natura; la valutazione sull'adeguatezza di questo supporto segmenta il campione: **il 54% non è del tutto soddisfatto,** mentre il 46% complessivamente non si lamenta. Tra chi viceversa, non riceve alcun supporto, emerge una certa disorganizzazione: **non sapevano che potevano averne diritto o nessuno glielo ha mai prospettato.**

Assicurazioni presenti in famiglia

Pressoché nessuno ha un'assicurazione privata (98%) e, tendenzialmente, non emerge un particolare interesse nello stipularla (71%). Tra chi si dichiara interessato (29%) la prevalenza è per una assicurazione individuale, sebbene la maggioranza (53%) non si pronunci.

Analogamente alle famiglie, neanche gli "assistiti" hanno un'assicurazione propria.

Prestazioni richieste

Tra i servizi cui si è fatto ricorso **prevalgono le prestazioni infermieristiche**, quindi attività **di supporto domestico ed, in misura residuale, prestazioni fisioterapiche o specialistiche**. Le prestazioni infermieristiche sono per lo più **ricevute a titolo gratuito**, mentre quelle di supporto domestico vedono una maggiore incidenza di prestazioni a pagamento. Riguardo il tipo di struttura che ha fornito il servizio, nel primo caso prevale una struttura pubblica, nel secondo l'attività fornita da operatori privati. Mediamente i livelli di soddisfazione per le prestazioni ricevute soddisfano le aspettative.

Laddove si è usufruito di un servizio o una prestazione fornita da un professionista, nella quasi totalità dei casi l'intervento ha riguardato **la sola presa in carico del familiare (91%)**

La badante

Oltre due famiglie su cinque si avvalgono dei servizi di una badante (43%); tra questi il 26% in modo continuativo. In generale si ha solo una badante, anche se una minoranza ne ha più di una. Tra i canali di ricerca prevale senza dubbio il **passaparola (amici, parenti, conoscenti, persone nella stessa situazione), (84%) seguiti dal terzo settore e dalla ASL**.

Sugli orari coperti le casistiche sono varie: in prevalenza solo nei giorni feriali ma anche un servizio "completo" incluso i festivi, la notte e durante le vacanze. **Il costo del servizio della badante, per le famiglie che hanno un rapporto continuativo, supera i 900 euro, ed è una spesa che incide in misura sensibile sul bilancio familiare.**

Complessivamente la ricerca risulta abbastanza facile (71%), sebbene emerga qualche difficoltà per circa una famiglia su tre. **L'interesse per un servizio di disbrigo pratiche badanti, segmenta il campione esattamente a metà: il 50% lo ritiene utile e l'altra metà no.**

Tra chi non fa ricorso alla badante emerge principalmente la mancanza di necessità (44%), **seguita dalla convinzione che una persona di famiglia fornisca un accudimento migliore rispetto ad un estraneo.**

Formazione

L'interesse mostrato per corsi di formazione su come gestire problematiche quotidiane non appare particolarmente elevato; **maggiore è l'interesse per i corsi che riguardano le modalità di relazione con l'anziano stesso.**

Per ciò che attiene infine ai corsi che forniscano **supporto psicologico ai familiari dell'anziano**, il campione si divide a metà tra chi mostra interesse e chi, viceversa, non si dichiara interessato.

Principali desiderata

Il 51% del campione ha evidenziato bisogni inevasi: in prima istanza si richiede un supporto economico, seguito dal supporto domestico. Quindi, più distanziati, estensione degli orari delle badanti, servizi di trasporto

5 – La variabilità dei modelli regionali

- I malati cronici
- Il sistema pubblico *in kind* : offerta, domanda evasa e copertura del bisogno
- La distribuzione delle indennità di accompagnamento
- Adi e pl in Rsa regionalizzati
- Adi: %ale in carico, per coefficiente di intensità assistenziale
- Sad
- I sei modelli Ltc
- Cargiving familiare: assistenti familiari per Regione, valore economico, pil regionalizzato per lavoro domestico
- Tabella riassuntiva (parziale) del sistema di offerta

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più che dichiarano di essere affette da almeno una malattia cronica grave o da tre o più malattie croniche - Anno 2015 *(per 100 persone con le stesse caratterstiche)*

Regioni	Tre o più malattie croniche (a)		Almeno una malattia cronica grave (b)	
	15 anni e più	65 anni e più	15 anni e più	65 anni e più
Piemonte	18,6	39,5	15,6	36,4
Valle d'Aosta	18,0	57,5	18,9	55,3
Liguria	23,5	49,1	17,9	40,3
Lombardia	18,7	46,6	16,8	42,2
Trentino Alto Adige	13,5	37,7	13,2	33,9
Bolzano	*10,9*	*34,3*	*13,0*	*33,7*
Trento	*15,9*	*40,8*	*13,3*	*34,1*
Veneto	17,1	42,0	14,6	38,0
Friuli-Venezia Giulia	21,3	44,4	19,8	46,3
Emilia-Romagna	21,1	46,4	17,1	40,4
Toscana	20,3	45,1	19,0	44,7
Umbria	28,8	60,6	22,8	52,7
Marche	20,9	50,1	18,6	45,9
Lazio	20,3	51,6	17,7	48,3
Abruzzo	21,8	53,6	18,6	48,6
Molise	22,8	49,2	20,8	48,5
Campania	20,9	57,1	18,3	49,9
Puglia	21,6	54,6	19,0	52,8
Basilicata	24,9	58,9	20,3	52,9
Calabria	26,2	61,0	18,8	51,7
Sicilia	23,9	59,2	18,8	49,7
Sardegna	26,0	59,0	18,6	43,7

Istat- Eurostat 2018 - *Rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea* (dati 2015)

Multicronicità over 65

Campania 57,1
Lazio 51,6
Lombardia 46,6
Toscana 45,1
Veneto 42,0
Piemonte 39,5

Il sistema pubblico *in kind* : offerta, domanda evasa e copertura del bisogno (Bocconi 2018)

Tabella 2.5 Capacità produttiva per tipo di servizio erogato, 2013-2015

Capacità produttiva complessiva del sistema			
Anno	**Tipo di servizio**	**Sociosanitario**	**Sociale**
2013	Residenziale	218.965	21.004
	Semiresidenziale	14.352	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	11.126.598*	n.d.
2014	Residenziale	269.065	22.257
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
2015	Residenziale	270.020	16.746
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.

*ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (2015, 2016) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Dati I.Stat riferiti agli anni 2013-2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Nota: con riferimento agli anni 2014 e 2015, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi semiresidenziali e domiciliari di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

Tabella 2.7 Utenti in carico per tipologia di servizio

		Utenti in carico	
Anno	**Tipo di servizio**	**Sociosanitario**	**Sociale**
2013	Residenziale	260.028	18.443
	Semiresidenziale	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)	529.838	157.364
2014	Residenziale	271.052	18.540
	Semiresidenziale	24.111	291.532
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	149.995
2015	Residenziale	273.204	14.124
	Semiresidenziale	24.111	356.286
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	141.776

istero della Salute (2015, 2016) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; t riferiti agli anni 2013-2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

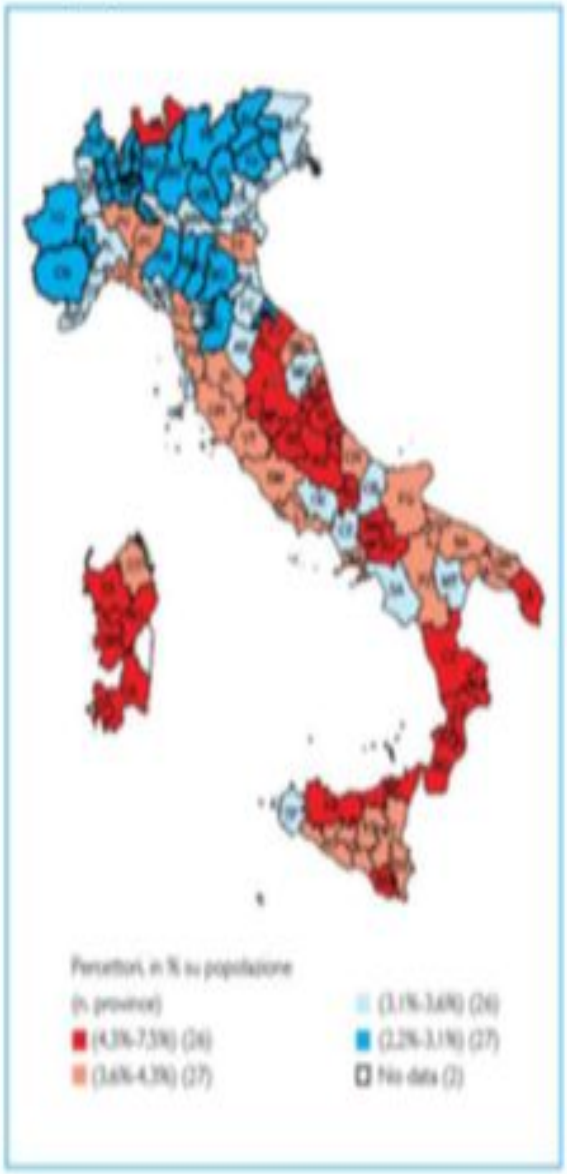
riferimento agli anni 2014 e 2015, non è stato possibile aggiornare i dati relativi cità produttiva di servizi residenziali e domiciliari di tipo sociosanitario alla luce della pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN

Tabella 2.10 Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari: anno 20

Vai alla pagina 35

Servizio	Stima del bisogno potenziale	Utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
Residenziale	2.847.814	287.328	9,6%	0,5%
Semiresidenziale		380.397	0,8%	12,5%
Domiciliare (ADI e SAD)		753.647	21,4%	5,0%
Totale	**2.847.814**	**1.421.372**	**31,8%**	**18,0%**

Fig. 2 - Distribuzione provinciale del numero di beneficiari Indennità di Accompagnamento in rapporto alla popolazione totale



Fonte: INPS (2016, 87).

Due indicatori di offerta sociosanitaria

	ADI(???)	RSA
Piemonte+	++	
Lombardia	=	+
Veneto	++	+
Toscana	+	-
Lazio	-	-
Campania	-	-

Tab. 17. *Il tasso di copertura di alcuni servizi socio-assistenziali nelle regioni italiane*

Regioni e ripartizioni	Bambini da 0 a 2 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (a)	Persone di 65 anni e più trattate in Assistenza domiciliare integrata (a)	Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (b)
	2014/2015	2016	2015
Piemonte	12,4	3,3	10,6
Valle d'Aosta	24,6	0,4	10,7
Liguria	14,6	3,4	11,0
Lombardia	15,5	3,0	7,9
Trentino-Alto Adige	18,8	....	12,5
Bolzano/Bozen	*13,4*	....	12,1
Trento	*24,4*	*3,8*	12,9
Veneto	10,0	5,1	8,2
Friuli-Venezia Giulia	21,9	2,7	10,1
Emilia-Romagna	25,6	4,2	9,1
Toscana	21,7	3,6	6,1
Umbria	15,2	2,2	5,1
Marche	16,5	2,1	7,8
Lazio	17,1	1,8	4,1
Abruzzo	10,1	3,6	4,0
Molise	10,7	5,4	5,5
Campania	2,6	1,9	1,7
Puglia	5,3	3,0	3,3
Basilicata	6,6	1,1	5,8
Calabria	1,2	1,6	3,4
Sicilia	4,6	3,5	5,3
Sardegna	10,7	0,3	5,1
Nord	16,0	3,5	9,1
Centro	18,3	2,5	5,3
Mezzogiorno	4,7	2,5	3,6
Italia	12,6	3,0	6,4

(a) Valori %.
(b) Per 1.000 abitanti.
Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT.

Istat- Eurostat 2018 - *Rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea* (dati 2015)

Due indicatori (???) di offerta sociosanitaria Sad/Adi over 65

Piemonte9,0/7,1
Lombardia 7,1/3,7
Veneto 5,7/3,5
Toscana 9,0/5,8
Lazio 8,2/5,0
Campania 11,6/8,8

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare - Anno 2015 (quozienti standardizzati per 100 persone)(*)

REGIONE	Assistenza domiciliare (a)	Assistenza domiciliare sanitaria	Assistenza domiciliare (a)	Assistenza domiciliare sanitaria
	15 ANNI E PIÙ		65 ANNI E PIÙ	
Piemonte	3,7	3,1	9,0	7,1
Valle d'Aosta	-	-	-	-
Liguria	2,5	2,2	7,2	6,1
Lombardia	2,2	1,1	7,1	3,7
Trentino - Alto Adige	2,0	1,8	6,1	5,6
Bolzano	-	-	-	-
Trento	-	-	-	-
Veneto	1,8	1,1	5,7	3,5
Friuli-Venezia Giulia	2,8	2,4	8,0	6,3
Emilia-Romagna	2,4	1,5	9,1	5,6
Toscana	2,7	1,8	9,0	5,8
Umbria	3,9	3,1	8,6	5,8
Marche	3,2	2,4	11,0	7,3
Lazio	2,7	1,9	8,2	5,0
Abruzzo	3,7	2,4	12,1	-
Molise	6,5	3,3	14,6	-
Campania	3,8	2,8	11,6	8,8
Puglia	3,9	2,5	12,9	7,1
Basilicata	2,8	-	11,0	-
Calabria	4,9	3,1	16,3	9,8
Sicilia	3,3	1,8	11,5	5,8
Sardegna	4,6	2,9	15,2	10,1

Regione	Prese in carico (PIC) 2017							Assistiti per 100 abitanti (65+ anni) 2017	Assistiti per 100 abitanti (75+ anni) 2017
	GdC 0*	CIA Base**	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4	Totale		
Piemonte	4.699	39.961	20.282	8.199	1.463	6.619	81.223	2,9	4,6
Valle d'Aosta	6	9	28	17	5	6	65	0,2	0,5
Lombardia	20.012	19.757	15.257	20.748	2.790	6.053	84.617	1,8	2,9
P. A. Bolzano - Bozen	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
P. A. Trento	521	4.150	2.769	1.120	256	1.011	9.827	3,9	6,4
Veneto	1.720	91.634	51.448	17.912	3.233	15.336	181.283	7,2	12,2
Friuli Venezia Giulia	743	7.250	7.176	2.539	283	1.116	19.107	3,1	5,0
Liguria	703	1.057	8.241	6.181	698	1.624	18.504	3,4	5,3
Emilia Romagna	13.179	67.566	31.470	12.176	2.037	8.113	134.541	4,6	7,4
Toscana	18.192	45.384	20.773	9.192	1.527	7.435	102.503	3,7	6,0
Umbria	359	2.374	3.912	1.960	341	1.270	10.216	3,1	5,0
Marche	553	2.769	5.954	3.908	447	1.753	15.384	2,9	4,6
Lazio	2.241	3.183	10.250	10.830	1.372	4.604	32.480	1,9	3,3
Abruzzo	774	1.391	3.176	4.770	945	1.814	12.870	3,1	5,0
Molise	322	1.315	2.500	2.534	456	1.501	8.628	8,4	13,2
Campania	1.144	2.062	6.539	15.673	2.779	8.117	36.314	2,7	4,7
Puglia	1.519	7.949	13.568	13.933	2.171	8.301	47.441	3,7	6,1
Basilicata	560	1.909	1.767	578	159	342	5.315	1,9	3,1
Calabria	925	2.904	3.477	2.484	221	518	10.529	1,4	2,4
Sicilia	1.802	4.274	10.901	25.923	4.108	10.859	57.867	4,4	7,1
Sardegna	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Italia	**69.968**	**306.898**	**219.486**	**160.677**	**25.289**	**86.394**	**868.712**	**3,2**	**5,3**

GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.
Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2017
Elaborazione a cura dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica
* in questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono.
** tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

Tabella 2.1 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) e intensità per utente anziano (media ore annuali per utente 65+) (anni 2007-2013)

Regioni	2007		2013		Δ 2007-2013	
	Utenti (%)	Ore per utente	Utenti (%)	Ore per utente	Δ Utenti (%)	Δ Ore per utente (%)
Piemonte	1,8	20	2,6	13	+0,8	-36
Valle d'Aosta	0,3	177	0,3	39	=	-78
Lombardia	3,7	16	3,8	18	+0,1	+13
Liguria	3,3	21	3,4	29	+0,1	+37
Trentino-Alto Adige	0,8	n.d.	2,0	n.d.	+1,2	n.d.
P.A. Bolzano	*0,6*	*n.d.*	*0,4*	*n.d.*	*-0,2*	*n.d.*
P.A. Trento	*1,0*	*21*	*3,5*	*12*	*+2,5*	*-41*
Veneto	6,4	9	5,7	9	-0,7	-1
Friuli-Venezia Giulia	7,3	7	6,9	7	-0,4	-6
Emilia-Romagna	5,7	21	10,4	12	+4,7	-41
Toscana	2,1	22	10,6	8	+8,5	-65
Umbria	4,4	35	4,3	23	-0,1	-34
Marche	3,9	27	2,9	27	-1,0	+1
Lazio	4,0	18	4,8	17	+0,8	-6
Abruzzo	3,7	21	5,4	31	+1,7	+48
Molise	3,8	19	3,9	50	+0,1	+161
Campania	1,7	44	3,1	32	+1,4	-28
Puglia	1,6	48	2,3	39	+0,7	-19
Basilicata	4,4	42	6,3	44	+1,9	+5
Calabria	2,8	14	2,9	22	+0,1	+54
Sicilia	1,0	31	4,1	27	+3,1	-14
Sardegna	1,2	68	2,7	23	+1,5	-66
ITALIA	**3,3**	**20**	**4,8**	**17**	**+1,5**	**-15**

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute (2016) e ISTAT (2015b, 2017a).

Copertura Adi utenti-ore medie erogate/comparazione con media nazionale 2013

Piemonte--	-	
Lombardia	-	+
Veneto	+	--
Toscana	++	--
Lazio	=	=
Campania	-	++

Copertura Sad utenti-spesa media/comparazione con media nazionale 2013

Piemonte--	--	
Lombardia	+	-
Veneto	+	--
Toscana	--	++
Lazio	--	++
Campania	--	=

Tabella 2.4 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) e intensità per utente anziano (spesa nominale media per utente 65+) (anni 2007-2013)

Regioni	2007		2013		Δ 2007-2013	
	Utenti (%)	Spesa per utente	Utenti (%)	Spesa per utente	Δ Utenti (%)	Δ Spesa per utente (%)
Piemonte	1,4	1.135	0,8	1.467	-0,6	+29
Valle d'Aosta	4,4	4.136	5,3	4.697	+0,9	+14
Lombardia	1,9	1.624	1,3	1.888	-0,6	+16
Liguria	1,3	1.877	1,1	1.880	-0,2	=
Trentino-Alto Adige	3,9	3.779	4,1	3.471	+0,2	-8
P.A. Bolzano	*4,2*	*3.340*	*4,8*	*2.979*	*+0,6*	*-11*
P.A. Trento	*3,6*	*4.219*	*3,5*	*4.069*	*-0,1*	*-4*
Veneto	1,7	1.582	1,4	1.438	-0,3	-9
Friuli-Venezia Giulia	2,7	2.026	2,2	2.135	-0,5	+5
Emilia-Romagna	1,6	2.296	1,3	1.631	-0,3	-29
Toscana	1,4	1.717	0,7	2.738	-0,7	+59
Umbria	0,6	1.500	0,4	1.477	-0,2	-2
Marche	0,9	2.070	0,7	2.631	-0,2	+27
Lazio	1,3	2.318	0,9	3.222	-0,4	+39
Abruzzo	2,4	1.357	1,3	1.730	-1,1	+27
Molise	3,2	818	2,1	1.068	-1,1	+31
Campania	2,2	1.169	0,8	2.046	-1,4	+75
Puglia	0,9	1.557	0,7	2.323	-0,2	+49
Basilicata	1,5	1.575	1,3	2.326	-0,2	+48
Calabria	1,4	815	0,9	966	-0,5	+19
Sicilia	2,5	1.557	1,5	1.804	-1,0	+16
Sardegna	2,5	2.928	2,7	3.165	+0,2	+8
ITALIA	**1,7**	**1.761**	**1,2**	**2.123**	**-0,5**	**+21**

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2010, 2017a, 2017c).

Posti letto trend/comparazione con media nazionale 2014

Piemonte	+
Lombardia	-
Veneto	-
Toscana	=
Lazio	=
Campania	-

Tabella 2.5 - Dotazione di posti letto per anziani (autosufficienti e non autosufficienti) nei residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – Anni 2010-2012-2014
(% su popolazione 65+)

Regioni	2010	2012	2014
Piemonte	3,9	3,9	4,1
Valle d'Aosta	6,6	3,8	3,7
Lombardia	3,0	2,9	2,9
Liguria	3,6	3,0	2,7
Trentino Alto Adige	4,6	4,4	4,4
P.A. Bolzano	4,3	4,4	*4,4*
P.A. Trento	4,8	4,4	*4,4*
Veneto	3,6	3,1	3,2
Friuli Venezia Giulia	3,8	3,5	3,2
Emilia-Romagna	3,2	3,3	3,0
Toscana	2,0	1,7	2,0
Umbria	1,3	1,2	1,3
Marche	2,3	2,1	2,2
Lazio	1,3	1,2	1,3
Abruzzo	1,7	1,5	1,3
Molise	2,3	1,8	2,0
Campania	0,9	0,6	0,7
Puglia	1,1	0,9	1,2
Basilicata	1,1	1,3	1,5
Calabria	1,0	0,8	1,0
Sicilia	1,5	1,1	1,4
Sardegna	1,4	1,3	1,7
ITALIA	**2,5**	**2,2**	**2,2**

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2017b, 2017c).

I sei modelli Ltc secondo NNA 2018

il *modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare*, in Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige. Si tratta di un *cluster* che comprende due Regioni a statuto speciale del Nord Italia, caratterizzate da un'offerta molto bassa di ADI e indennità di accompagnamento, ma con in- vestimenti elevati sia nelle strutture residenziali che nel SAD erogato dai Comuni;

il *modello dell'assistenza sanitaria domiciliare*, in **Emilia-Romagna e Toscana**. Nelle Regioni di questo *cluster* il tasso di anziani beneficiari di ADI è il più elevato in Italia (in media il 10,5%), mentre SAD e indennità sono poco sviluppati;

il *modello dell'assistenza mista*, in **Veneto** e Friuli-Venezia Giulia. Questo *cluster*, relativo a due Regioni del Nord-est, si caratterizza per livelli alti di erogazione dei servizi di ADI, SAD (solo in Friuli-Venezia Giulia) e resi- denze, ciascuno di essi superiore del 30-60% alla media nazionale;

Il *modello del cash-for care*, in Umbria, Campania, Puglia e Calabria. In queste quattro Regioni del Centro-sud il tasso di beneficiari dell'indennità di accompagnamento è il più elevato in Italia (16,4%). Di contro, tutti gli altri servizi domiciliari e residenziali registrano tassi sostanzialmente inferiori alla media nazionale (tra il -30 e -75%);

il *modello del cash-for-care misto*, in Marche, **Lazio**, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna. In queste Regioni del Centro-sud, il servizio prevalente rimane l'indennità di accompagnamento (in media del 15% su- periore al livello nazionale), con l'eventuale affiancamento di altri servizi piuttosto sviluppati come l'ADI (Abruzzo, Basilicata) o il SAD (Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna);

il *modello dell'assistenza residenziale*, in **Piemonte**, **Lombardia** e Liguria. Il Nord-ovest si caratterizza per un *cluster* prevalentemente orientato verso i servizi residenziali (media *cluster*: 2,4%), mentre ADI, SAD e indennità registrano tassi di utenti anziani piuttosto bassi (tra il -15 e il -45%).

Tabella 2.7 - Modelli di *Long-Term Care* per anziani non autosufficienti (analisi dei *cluster*, anno 2013)

Cluster	Copertura servizio	Media *cluster* (% utenti anziani)
1. Modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare		
Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento		
ADI	- - - - -	1,4
SAD	+++++++	4,5
Residenze	+++++++	4,0
Indennità	- - -	8,0
2. Modello dell'assistenza sanitaria domiciliare		
Emilia-Romagna, Toscana		
ADI	+++++++	10,5
SAD	- -	1,0
Residenze	+	1,8
Indennità	- -	10,1
3. Modello dell'assistenza mista		
Veneto, Friuli-Venezia Giulia		
ADI	+++	6,3
SAD	++++	1,8
Residenze	++++	2,6
Indennità	-	10,4
4. Modello del *cash-for-care*		
Umbria, Campania, Puglia, Calabria		
ADI	- - -	3,1
SAD	- - -	0,7
Residenze	- - - - -	0,6
Indennità	+++	16,4
5. Modello del cash-for-care misto		
Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna		
ADI	-	4,3
SAD	++	1,5
Residenze	- - - -	0,9
Indennità	+	13,5
6. Modello dell'assistenza residenziale		
Piemonte, Lombardia, Liguria		
ADI	- - -	3,3
6. Modello dell'assistenza residenziale		
SAD	-	1,1
Residenze	+++	2,4
Indennità	- -	9,5
Medie nazionali (2013)		
ADI		4,8
SAD		1,2
Residenze		1,7
Indennità		12,0

Legenda: variazioni rispetto a media nazionale (% utenti anziani)	
+ Maggiore dell'1-15%	- Inferiore dell'1-15%
++ Maggiore del 15-30%	- - Inferiore del 15-30%
+++ Maggiore del 30-45%	- - - Inferiore del 30-45%
++++ Maggiore del 45-60%	- - - - Inferiore del 45-60%
+++++ Maggiore del 60-75%	- - - - - Inferiore del 60-75%
++++++ Maggiore del 75-90%	
+++++++ Maggiore al 90%	

Fonte: ns. elaborazioni.

Il mondo della cura

familiare

Quante sono le badanti in Italia e dove vivono?

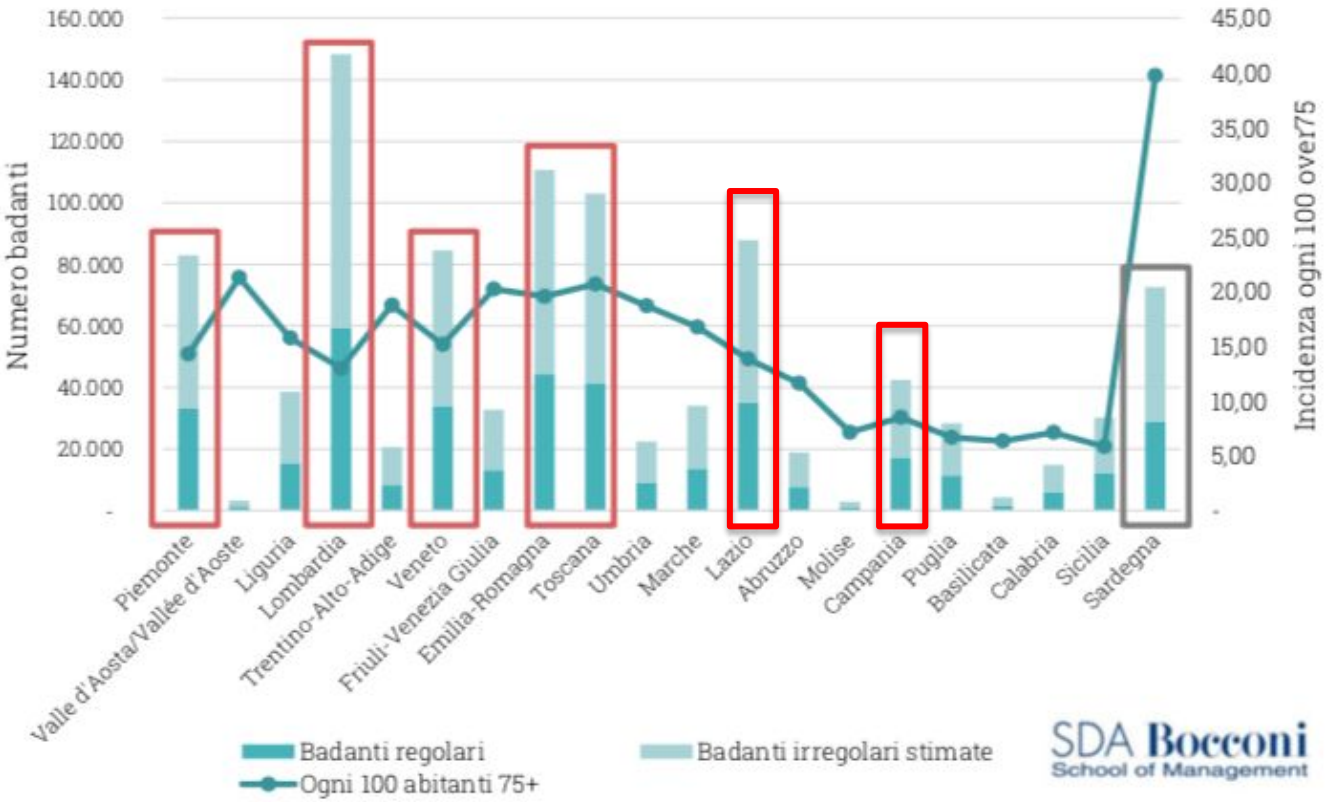
Numero delle badanti regolari ed irregolari presenti in Italia (2017)

983.695

Diffusione capillare sul territorio nazionale: **14,2 badanti ogni 100 over75**

Fonte: Elaborazione degli autori basata su Pasquinelli e Rusmini (2013)

Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75, anno 2017



Università Bocconi
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

IL VALORE DEL LAVORO DOMESTICO
IL RUOLO ECONOMICO E SOCIALE DELLE FAMIGLIE DATORI DI LAVORO
Ricerca DOMINA realizzata da Fondazione Leone Moressa

DOSSIER 6

Care economy:
datori di lavoro come attori economici

LAVORATORI DOMESTICI IN ITALIA

1,6 milioni totali
di cui 830 mila badanti
(inclusi irregolari)

CONTRIBUTO AL PIL (VALORE AGGIUNTO)

18,96 Miliardi di Euro
11.694 Euro pro-capite

SPESA DELLO STATO PER ASSISTENZA
(Long Term Care)

31,1 Miliardi (1,89% del PIL)
di cui 70% per over 65 anni

- **14,81** CASH
- **8,06** IN CASA
- **8,39** IN STRUTTURE

SPESA DELLE FAMIGLIE PER LAVORO DOMESTICO
(Colf e badanti)

6,9 Miliardi

- RETRIBUZIONI **5,6**
- **0,9** CONTRIBUTI
- **0,4** TFR

IL RISPARMIO PER LO STATO 15 Miliardi l'anno
Quanto spenderebbe lo Stato se le famiglie non contribuissero alla spesa per l'assistenza?
La permanenza degli anziani in strutture residenziali costa mediamente 19 mila euro pro-capite.
Moltiplicando per 830 mila anziani oggi assistiti da una badante, ci sarebbe una spesa aggiuntiva per lo Stato di 15 Miliardi di euro.

DOMINA
ASSOCIAZIONE NAZIONALE FAMIGLIE DATORI DI LAVORO DOMESTICO
Firmataria del C.C.N.L. sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico

flm
FONDAZIONE LEONE MORESSA

Il lavoro domestico di cura

Fig 1. Stima del contributo dei lavoratori domestici al PIL

Elaborazioni FLM su dati Inps e Istat

Fig 2. Stima della presenza e dell'impatto dei lavoratori domestici irregolari (2014)

Elaborazioni FLM su dati Istat

Tab 1. Stima del contributo al PIL dei lavoratori domestici (2014)

Regioni	Lavoratori domestici[6]	V.A. Lavoratori domestici (Miliardi euro)	Distrib. %	V.A. pro-capite
Lombardia	276.600	3,63	19,2%	13.132
Lazio	268.900	2,84	15,0%	10.560
Emilia-Romagna	113.700	1,55	8,2%	13.668
Campania	138.300	1,53	8,1%	11.087
Piemonte	123.200	1,51	8,0%	12.249
Toscana	101.500	1,30	6,8%	12.768
Veneto	101.900	1,28	6,8%	12.600
Sicilia	121.000	1,11	5,9%	9.187
Puglia	71.700	0,74	3,9%	10.278
Liguria	51.000	0,63	3,3%	12.345
Sardegna	56.000	0,50	2,6%	8.873
Calabria	42.200	0,44	2,3%	10.431
Friuli-Venezia Giulia	32.200	0,41	2,2%	12.705
Marche	30.200	0,39	2,1%	12.983
Umbria	26.100	0,31	1,6%	11.793
Abruzzo	27.300	0,30	1,6%	10.949
Trentino Alto Adige	21.500	0,29	1,5%	13.651
Basilicata	10.400	0,11	0,6%	10.385
Molise	4.900	0,05	0,3%	10.163
Valle d'Aosta	2.500	0,03	0,2%	13.640
Italia	**1.621.100**	**18,96**	**100,0%**	**11.694**

Elaborazioni FLM su dati Istat

“La difficoltà non sta nelle idee nuove, ma nell’affrancarsi da quelle vecchie, le quali, per coloro che sono stati educati come lo è stata la maggioranza di noi, si ramificano in tutti gli angoli della mente.”

J. M. Keynes (1935)

BUON LAVORO