

Report Osservatorio GIMBE n. 8/2019

La spesa sociale di interesse sanitario nel 2017



Ottobre 2019

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 8/2019. La spesa sociale di interesse sanitario nel 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/spesa-sociale-2017. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 8/2019. “La spesa sociale di interesse sanitario nel 2017” è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

CONFLITTI DI INTERESSE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel report.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report.

© Fondazione GIMBE, ottobre 2019.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Indice

1. Premessa.....	2
1.1 Le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale.....	2
1.2 Modalità di erogazione dei LEA.....	3
1.3 La spesa per la salute in Italia	5
2. La spesa sociale di interesse sanitario.....	7
2.1. Stato, Regioni e Province Autonome.....	9
2.2. INPS.....	10
2.3. Comuni.....	11
2.4. Spesa delle famiglie.....	12
3. Conclusioni.....	14

1. Premessa

Il presente report, che ha per oggetto l'analisi della spesa sociale di interesse sanitario, si apre con la ricognizione di tre elementi fondamentali: le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tramite i LEA, le modalità con cui questi vengono erogati e la spesa per la salute in Italia nelle sue tre componenti (sanitaria, sociale di interesse sanitario e fiscale).

1.1 Le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale

I LEA sono prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Nel DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, i tre macro-livelli di assistenza restano invariati¹:

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica.** Comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli, ed in particolare: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico-legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza distrettuale.** Include le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari erogati in ambito territoriale: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, protesica, termale, assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale e assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.
- **Assistenza ospedaliera.** Include attività di pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti, centri antiveleni.

Anche se formalmente i LEA dovrebbero essere integralmente coperti dalla spesa pubblica (oltre alle compartecipazioni), l'assistenza distrettuale socio-sanitaria (domiciliare e territoriale, residenziale e semiresidenziale) viene in realtà finanziata anche dalla spesa sociale di interesse sanitario (figura 1). Di conseguenza, i servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC) escono dal perimetro della spesa sanitaria, sfuggendo a tutte le analisi che non considerano la spesa sociale di interesse sanitario.

¹ Ministero della Salute. Cosa sono i LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.



Figura 1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da²)

In altre parole, accanto ai vari “silos” dell'assistenza sanitaria che già ostacolano i processi di disinvestimento e riallocazione, esiste un “silos” parallelo contenente varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario, in larga parte erogata dall'INPS tramite provvidenze in denaro e per una parte consistente a carico delle famiglie.

1.2 Modalità di erogazione dei LEA

Considerato che il centro del dibattito è spesso occupato da modelli regionali e strategie di management aziendale (difficilmente applicabili a contesti differenti), è fondamentale ripartire da un'estrema semplificazione delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria. Un denominatore comune, “sterilizzato” dalla variabilità dei modelli regionali e aziendali, per consentire a tutti gli stakeholder di riconoscere le criticità comuni che condizionano le attuali modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dell'assistenza sanitaria e sociale (figura 2).

Questo tentativo di estrema semplificazione nasce da presupposti generali che poggiano sia sul modello di Donabedian³, secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere misurata a tre livelli (struttura, processi, esiti), sia sui principi della *value-based healthcare*⁴ secondo i quali il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito in sanità non è uniforme:

- L'assistenza sanitaria e sociale viene erogata in setting differenti che, seppure generalmente identificati in “ospedale” e “territorio”, includono di fatto varie articolazioni

² 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

⁴ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

“ufficiali” (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.), nuovi setting (case della salute, ospedali di comunità, cure intermedie, etc.), nuovi modelli organizzativi (reti clinico-assistenziali, team multiprofessionali) e innovazioni tecnologiche (*telehealth*, *mhealth*).

- Ciascun setting è caratterizzato da differenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (“patrimonio STOP”), definiti dalle Regioni tramite i requisiti minimi di accreditamento, in grado di condizionare la qualità dell’assistenza, sia in termini di processi che di esiti di salute.
- L’erogazione dei LEA può avvenire con varie modalità:
 - singole prestazioni: preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, assistenziali, educazionali, palliative, etc.;
 - episodi di cura all’interno dei quali vengono erogate differenti prestazioni (es. ricovero per acuti, accesso domiciliare);
 - percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) all’interno dello stesso setting o integrati tra setting differenti.
- Il *value for money* in sanità è molto variabile sia per il sotto-utilizzo (*underuse*) di servizi e prestazioni da *value* elevato, sia per il sovra-utilizzo (*overuse*) di quelle dal *value* basso o addirittura negativo (rischi maggiori dei benefici).
- Indipendentemente dalle modalità di erogazione dei processi clinico-assistenziali-organizzativi, i risultati possono essere valutati in termini di:
 - output: misurano la capacità dell’organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie;
 - outcome: forniscono evidenze dal *real world* sul miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita.

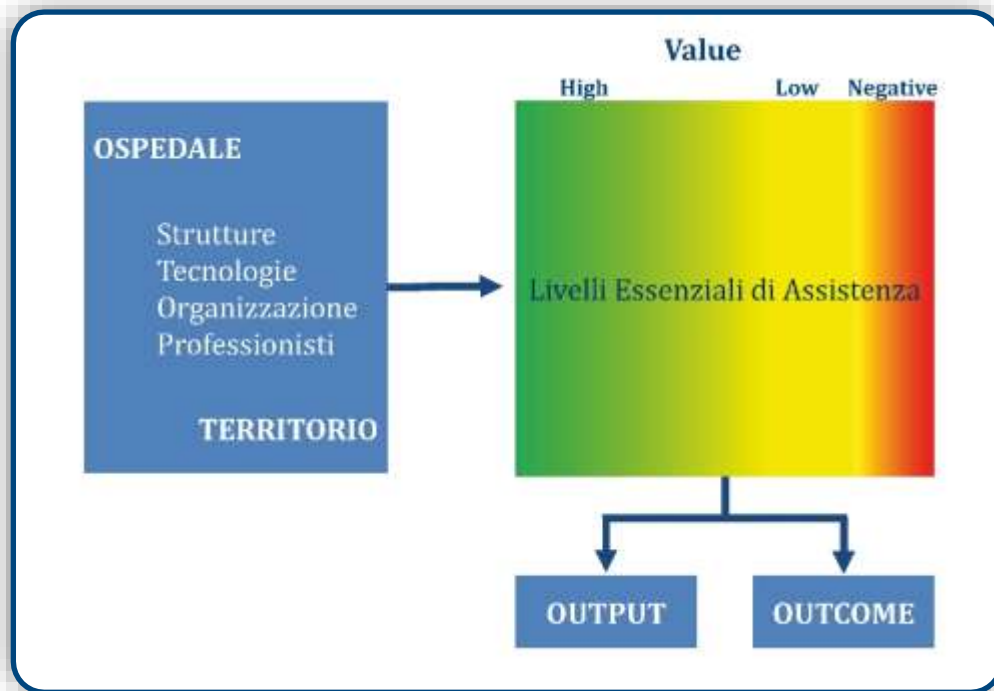


Figura 2. Modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria e sociale

Sulla base di questi presupposti è possibile delineare numerose macro-criticità che, oltre a condizionare la qualità di strutture, processi ed esiti, rendono molto complesso attuare azioni di governance e innovazioni organizzative senza ripensare profondamente l'attuale modello di finanziamento, organizzazione e valutazione del SSN.

1.3 La spesa per la salute in Italia

Secondo le stime del 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN⁵, nel 2017 la spesa complessiva per la salute ammonta a € 204.034 milioni (tabella 1), di cui 75,9% di spesa sanitaria, 20,5% di spesa sociale di interesse sanitario e 3,5% di spesa fiscale (figura 3). Le stime effettuate per la spesa sommersa (es. badanti irregolari) non sono state inserite nel computo totale.

Spesa	Tipologia	Importo	Totale
Sanitaria	• Pubblica	€ 113.131	€ 154.920
	• Out-of-pocket	€ 35.989	
	• Intermediata	€ 5.800	
Sociale di interesse sanitario	• Fondo nazionale non autosufficienza	€ 513	€ 41.889
	• Fondi regionali non autosufficienza	€ 435	
	• INPS	€ 27.853	
	• Comuni	€ 3.977	
	• Famiglie	€ 9.109	
Fiscale	• Spese sanitarie	€ 3.864	€ 7.225
	• Fondi sanitari integrativi	€ 3.361	
TOTALE			€ 204.034

Tabella 1. La spesa per la salute in Italia, anno 2017 (dati in milioni)

⁵ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

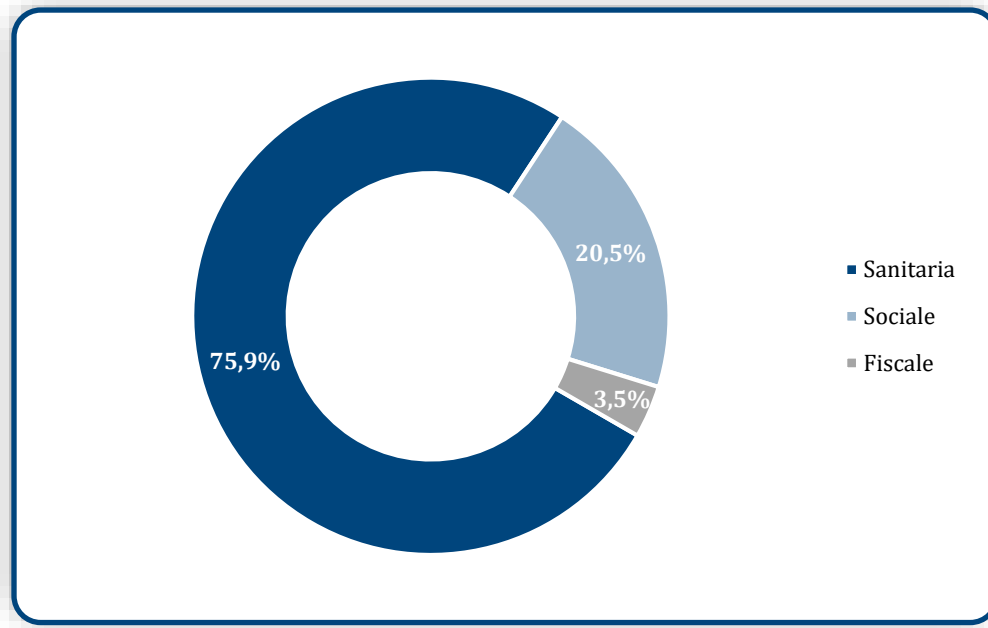


Figura 3. Composizione della spesa per la salute in Italia (anno 2017)

2. La spesa sociale di interesse sanitario

La salute e la qualità di vita delle persone sono condizionate, oltre che dall'assistenza sanitaria, anche da tutte le prestazioni sociali finalizzate a soddisfare i bisogni legati a patologie e condizioni che determinano non solo disabilità, ma anche limitazioni funzionali o parziale non-autosufficienza. Tali prestazioni sono in larga parte riconducibili al grande contenitore della LTC.

Secondo la definizione dell'OCSE "la LTC (sanitaria e sociale) consiste in una serie di servizi di assistenza medica, personale e di assistenza finalizzate principalmente ad alleviare il dolore e ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute nelle persone con un grado di non autosufficienza a lungo termine, assistendole nella loro cura personale [aiuto per le attività quotidiane – *activities of daily living* (ADL): alimentarsi, lavarsi, vestirsi] e a vivere in modo indipendente [aiuto per le attività strumentali della vita quotidiana – *instrumental activities of daily living* (IADL): cucinare, fare spese e gestire le finanze]"⁶. Questa definizione è allineata con la definizione di LTC (sanitaria e sociale) del Sistema dei conti ISTAT-SHA⁷: in particolare il codice HC.3 corrisponde alla componente sanitaria e quello HCR.1 alla componente sociale.

La componente sanitaria della spesa per LTC comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente include, oltre all'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto⁸. La spesa associata a queste prestazioni secondo i conti ISTAT-SHA (HC.3) nel 2017 ammonta a € 15.511 milioni, di cui € 11.757 milioni (75,8%) di spesa pubblica, € 3.618 milioni (23,3%) a carico delle famiglie e € 136 milioni (0,9%) di spesa intermediata.

Il presente report, raffrontando e integrando varie fonti, analizza esclusivamente la spesa sociale di interesse sanitario destinata formalmente alla LTC e composta da diverse tipologie di prestazioni in natura o in denaro erogate da Amministrazioni pubbliche centrali e locali (Stato, Regioni e Province autonome, Comuni) e dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), sostenute in maniera diretta o indiretta dalle famiglie, o riconosciute sotto forma di agevolazioni fiscali (tabella 2, figura 4).

⁶ OECD Health Statistics 2019. Definitions, Sources and Methods. Definition of long-term care. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

⁷ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

⁸ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Rapporto n. 19. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Roma, luglio 2018. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2018/Rapporto_n19.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

Erogatore	Prestazione	Valore
Stato	• Fondo nazionale per la non autosufficienza	€ 513,6
Regioni e Prov. aut	• Fondi regionali per la non autosufficienza	€ 435,5*
INPS	• Pensioni di invalidità previdenziale	€ 8.475,9
	• Prestazioni assistenziali	€ 17.326,3
	• Permessi retribuiti (L. 104/1992)	€ 2.051,2 [§]
Comuni	• In denaro	€ 1.591,0
	• In natura	€ 2.386,0
Famiglie (diretta)	• Servizi di badantato regolari [#]	€ 5.009,0 [§]
Famiglie (indiretta)	• Mancato reddito caregiver	€ 4.100,0 [§]
Totale		€ 41.888,5
*Cifra relativa solo al fondo della Regione Emilia Romagna		
[§] Stime		
[#] La stima per le badanti irregolari è compresa tra € 3.492 e € 7.082 milioni		

Tabella 2. Stima della spesa sociale di interesse sanitario, anno 2017 (dati in milioni)

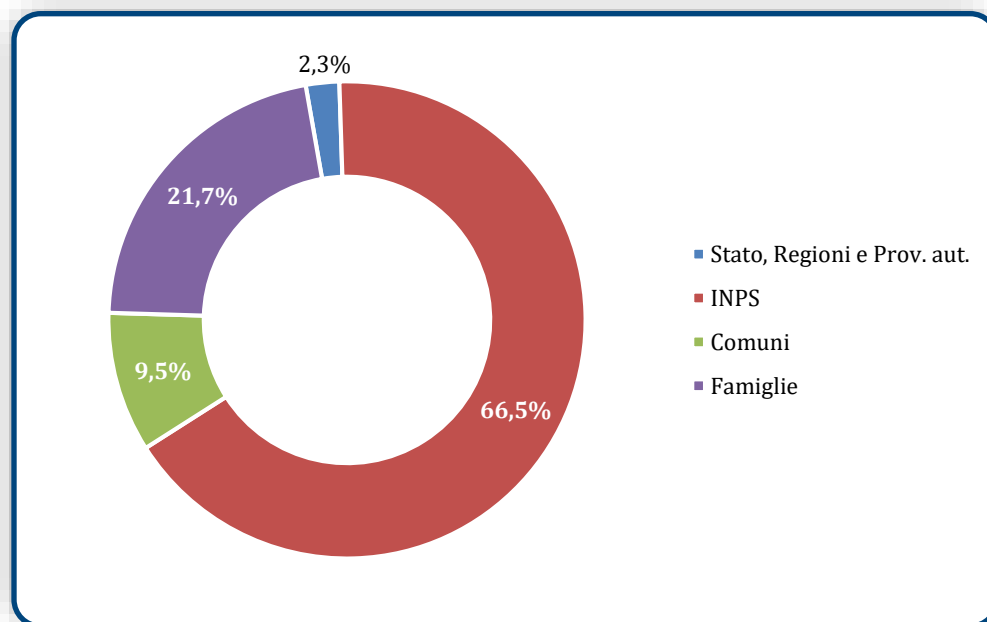


Figura 4. Composizione della spesa sociale di interesse sanitario (anno 2017)

2.1. Stato, Regioni e Province Autonome

Fondo nazionale per la non autosufficienza. Il fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA) è stato istituito nel 2006⁹ con l'obiettivo 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 su tutto il territorio nazionale l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali¹⁰. Il FNA si aggiunge alle risorse già destinate da parte di Regioni ed enti locali finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria.

Il FNA viene attribuito alle Regioni in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e degli indicatori socio-economici e quindi ripartito tra gli enti territoriali che stabiliscono i criteri con cui erogare i fondi. Il FNA, oltre ad essere largamente insufficiente per coprire i bisogni, non costituisce una voce di bilancio stabile¹¹ (figura 5).

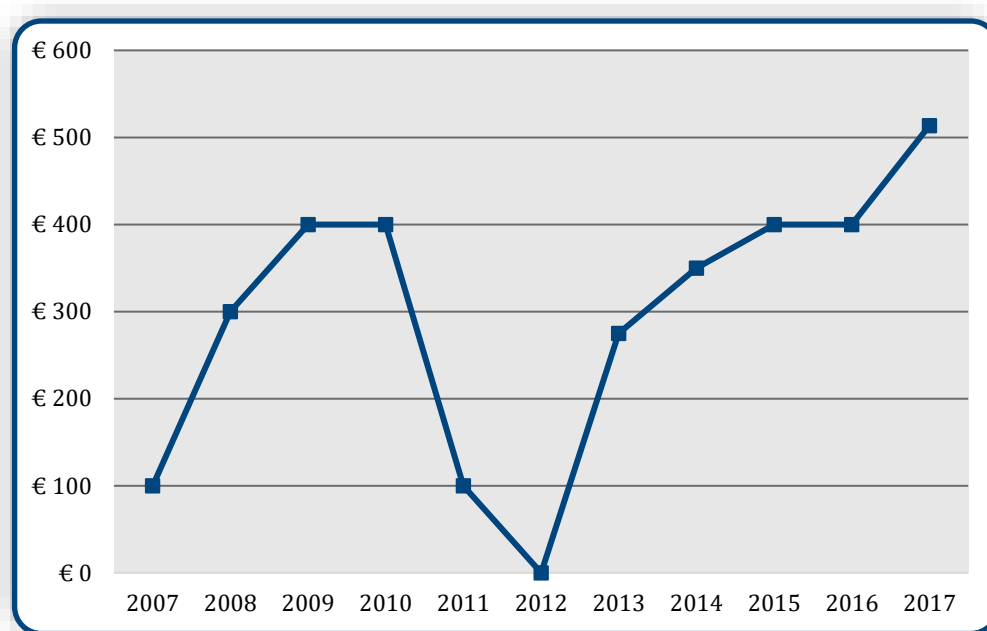


Figura 5. Fondo Nazionale per la non autosufficienza: trend 2007-2017 (dati in milioni)

Per il 2017 il FNA ammonta a € 513,6 milioni: partito da una base di € 500 milioni di euro stanziati progressivamente per effetto delle Leggi di stabilità 2015 e 2016 e della Legge di Bilancio 2017 e del DL 243/2016, è stato ridimensionato di € 50 milioni a seguito dell'Intesa del 23 febbraio 2017¹², quindi reintegrato con lo stesso importo dalle Regioni e infine incrementato di € 13,6 milioni per effetto dell'applicazione della L. 228/2012. Il 50% del FNA è destinato a persone in condizioni gravissime (es. dipendenza vitale da macchinari).

⁹ Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007), art. 1, c. 1264.

¹⁰ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Fondo per la non autosufficienza. Disponibile a: www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Pagine/default.aspx. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

¹¹ Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Monitoraggio fondi per le politiche sociali (tabelle aggiornate al 7 settembre 2017). Disponibile a: www.regioni.it/download/news/531636. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

¹² Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 1, commi 680 e 682, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Disponibile a: www.regioni.it/download/news/503219. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

Fondi regionali per la non autosufficienza. Il reperimento dei dati è ostacolato da vari fattori: innanzitutto non esiste alcuna ricognizione recente effettuata da enti pubblici o privati; in secondo luogo, tranne alcune lodevoli eccezioni, le risorse non sono stanziare dalle Regioni in maniera continuativa in quanto il fondo non è strutturale; infine, le delibere regionali non sono facilmente accessibili. Per l'anno 2017 è stato identificato solo il fondo istituito dalla Regione Emilia Romagna (€ 435,45 milioni)¹³, determinando una verosimile sottostima dei fondi regionali per la non autosufficienza, seppur non quantificabili.

2.2. INPS

Le provvidenze erogate dall'INPS per finalità sociali di interesse sanitario appartengono a tre categorie:

- Pensioni di invalidità previdenziale: assegni di invalidità, pensioni di inabilità e pensioni di invalidità (ante L. 222/84)
- Prestazioni assistenziali: indennità di accompagnamento e pensioni agli invalidi civili
- Permessi retribuiti (L. 104/92)

Pensioni di invalidità previdenziale e prestazioni assistenziali. Nel 2017 l'INPS ha erogato complessivamente € 25.802,2¹⁴ milioni, di cui € 8.475,9 milioni per pensioni di invalidità previdenziale e € 17.326,3 milioni per prestazioni assistenziali¹⁵ (tabella 3).

Categoria	Tipologia	Importo
Pensioni di invalidità previdenziale	Assegno di invalidità	€ 3.968,3
	Pensione di inabilità	€ 1.150,2
	Pensione di invalidità (ante L. 222/84)	€ 3.357,4
Prestazioni assistenziali	Indennità di accompagnamento	€ 13.802,0*
	Pensioni agli invalidi civili	€ 3.524,3
TOTALE		€ 25.802,2
* Dato da "Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) 2017 della Corte dei Conti" ¹⁶ , anziché dato INPS di € 12.531,5 milioni.		

Tabella 3. Provvidenze erogate dall'INPS per finalità sociali di interesse sanitario (dati in milioni)

¹³ Regione Emilia Romagna. Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali per la non autosufficienza 2017. Disponibile a: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/frna-relazione-2017.pdf/@download/file/FRNA%20RELAZIONE%202017.pdf>. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

¹⁴ INPS. Statistiche in breve. Pensioni vigenti all'1.1.2018 e liquidate nel 2017 erogate dall'Inps. Marzo 2018. Disponibile a: www.inps.it/docallegatiNP/Mig/AllegatiNews/StatInBrevePensioni2018.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

¹⁵ INPS. Statistiche in breve. Pensioni vigenti all'1.1.2018 e liquidate nel 2017 erogate dall'Inps. Marzo 2018. Disponibile a: www.inps.it/docallegatiNP/Mig/AllegatiNews/StatInBrevePensioni2018.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

¹⁶ Corte dei Conti. Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) 2017. Dicembre 2018. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sez_controllo_enti/2018/delibera_132_2018.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

A questi vanno ad aggiungersi i permessi retribuiti (L. 104/1992)¹⁷ che spettano ai lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato¹⁸, per i quali non esistono dati ufficiali ma solo stime effettuate da diversi soggetti^{19,20}. Nel presente Rapporto è stata presa in considerazione quella elaborata da CREA²¹ che stima per il 2017 € 2.051,2 milioni così calcolati:

- dipendenti del settore pubblico: retribuzione media giornaliera 2016 (rapporto tra lo stipendio annuale medio 2016 e 260 giorni lavorativi) moltiplicata per il totale dei permessi retribuiti a norma della L. 104/92;
- dipendenti del settore privato: numero giornate di permesso (ipotesi: 3 gg/mese per ciascun beneficiario) moltiplicata per la retribuzione media giornaliera dei contribuenti INPS nell'anno 2016 (€ 88,6).

Tali stime suppongono invarianza di dati tra 2016 e 2017.

È utile rilevare che per il sistema di classificazione ISTAT-SHA la voce HCR.1.2, riferita alla componente sociale della LTC, tra le varie provvidenze erogate dall'INPS include nella spesa pubblica solo le indennità di accompagnamento.

2.3. Comuni

La componente denominata "Altre prestazioni LTC" del sistema ISTAT-SHA inquadrabile nella voce HCR.1.1 comprende prestazioni in natura o in denaro, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe.

Le prestazioni in natura possono essere:

- Residenziali: erogate in specifiche strutture residenziali (es. residenze socio-sanitarie per anziani, comunità socio-riabilitative).
- Non-residenziali: effettuate in strutture semi-residenziali (es. centri diurni, centri di aggregazione, domicilio).

Secondo le stime ricavate dai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato le risorse erogate dai comuni per l'anno 2017 ammontano a € 3.977 milioni²²:

- in denaro: € 1.591 milioni per voucher²³, contributi erogati per agevolazioni sui ticket o sulle rette per centri diurni, assistenza residenziale e semi-residenziale;

¹⁷ L. 104/1992 art. 33 - D.lgs 151/2001 artt. 33 e 42, come modificati dalla L. 183/2010 e dal D.lgs. 119/2011

¹⁸ Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS). Permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33 della legge n. 104/92. Disponibile a: www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46180. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

¹⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

²⁰ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

²¹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

²² Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Rapporto n. 19. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Roma, luglio 2018: pag. 144. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita di prevision RGS/2018/Rapporto n19.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

²³ Strumento di sostegno economico con destinazione vincolata, ovvero destinato all'acquisto di prestazioni in natura (es. di tipo domiciliare o residenziale). Sono noti anche con altre denominazioni: "assegni di cura", "buoni socio-sanitari", etc.

- in natura: € 2.386 milioni per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata) con servizi sanitari di competenza comunale.

Tale importo corrisponde al 56,4% dei € 7.056 milioni di spesa totale dei comuni per i servizi sociali (dato 2016)²⁴.

2.4. Spesa delle famiglie

Spesa diretta delle famiglie. Oltre alla spesa sanitaria per LTC (€ 3.618,0 milioni, dato ISTAT-SHA HC.3), include i servizi di badantato per i quali non esistono dati ufficiali ma solo stime effettuate da diversi soggetti^{25,26,27,28}. Nel presente report sono stati presi in considerazione:

- i dati INPS 2017 per il numero di badanti regolari²⁹;
- il metodo CREA³⁰ per stimare la spesa delle famiglie in badanti regolari, tenendo conto che una quota dell'indennità di accompagnamento è destinata a questo fine;
- per le badanti irregolari
 - la stima effettuata da Fosti e Notarnicola³¹ tramite il metodo Pasquinelli-Rusmini³², secondo il quale il rapporto tra badanti regolari e irregolari si attesta intorno al 40:60;
 - la stima riportata da Domina³³.

In dettaglio, per le badanti regolari la stima è di 393.478 soggetti con una retribuzione media annua di € 12.730³⁴ al netto dei contributi, per una spesa complessiva di € 5.009 milioni. Ipotizzando che l'indennità di accompagnamento venga impiegata *in toto* per coprire la spesa per le badanti, moltiplicando l'importo medio annuo dell'indennità di accompagnamento per il numero di badanti impiegate, se ne ricava che della spesa totale il 46,2% (€ 2.315,3 milioni) è coperto dal gettito delle indennità di accompagnamento, mentre il 53,8% (€ 2.693,7 milioni) rimane a totale carico delle famiglie.

²⁴ ISTAT. La spesa dei comuni per i servizi sociali. 3 gennaio 2019. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2019/01/Report-spesa-sociale-2016.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

²⁵ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122-123. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

²⁶ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

²⁷ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

²⁸ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

²⁹ INPS. Statistiche in breve. Anno 2017: lavoratori domestici. Giugno 2018: pag. 7. Disponibile a: www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/domestici/StatInBreve.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³⁰ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122-123. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³¹ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³² Pasquinelli S, Rusmini G. Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche, Ediesse, 2013.

³³ Il valore del lavoro domestico: il ruolo economico e sociale delle famiglie datori di lavoro. Dossier 6. Domina – Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Roma, 2017: pag. 24. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/12/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-06.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³⁴ Paga base media dei livelli B super e C super per 13 mensilità + T.F.R. Da Tabella minimi retributivi 2017. Domina – Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Maggio 2017: pag. 24. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/05/MINIMI-RETRIBUTIVI_2017.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

Per il numero di badanti irregolari la stima è compresa tra 436.522³⁵ e 590.217³⁶: assumendo un costo annuo per badante tra € 8.000 e € 12.000, la stima totale della spesa sommersa si colloca tra € 3.492 e € 7.082 milioni.

Anche se nel riepilogo totale sono state prese in considerazione solo le badanti regolari, la stima della spesa totale a carico delle famiglie per i servizi di badantato oscillerebbe tra i € 6.185,9 e € 9.776,4 milioni: l'aver riferito le stime al costo di una badante a tempo pieno può portare ad una sovrastima dei costi, mentre il margine di incertezza sul numero delle badanti irregolari e della loro retribuzione reale ne può determinare sia una sovra- che una sotto-stima.

Spesa indiretta delle famiglie. Corrisponde al mancato reddito dei caregiver stimato per il 2013 in € 4.100 milioni³⁷. Alcune fonti³⁸ includono in questa voce anche i cosiddetti “trasferimenti informali” riportando i dati della ricerca Censis-ANIA consumatori 2015³⁹: 2,2 milioni di famiglie riceverebbero un aiuto mensile con regolarità per un importo annuale di € 9.100 milioni. Senza entrare nel merito dell'accuratezza di tale stima, il presente report non prende in considerazione questa voce per tre ragioni: innanzitutto, perché formalmente rappresenta una voce di entrata; in secondo luogo, non esiste alcun parametro per identificare la quota destinata alle spese sociali; infine, tale spesa potrebbe sovrapporsi ad altre voci, quale ad esempio i servizi di badantato.

³⁵ Il valore del lavoro domestico: il ruolo economico e sociale delle famiglie datori di lavoro. Dossier 6. Domina – Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Roma, 2017. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/12/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-06.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³⁶ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³⁷ CGIL-SPI Lombardia. Atti del Convegno: Sistemi di welfare in Europa: traiettorie evolutive e lezioni per l'Italia, Nuovi Argomenti 2013 n° 3/4. Disponibile a: www.spicgillombardia.it/wp-content/uploads/2013/05/NA-3-4.2013.pdf. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

³⁸ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

³⁹ Forum Ania Consumatori (a cura di), Censis (a cura di). Gli scenari del welfare. Verso uno stato sociale sostenibile. Franco Angeli Edizioni, 2015.

3. Conclusioni

Il presente report ha stimato in € 41.888,5 milioni l'entità della spesa sociale per LTC per l'anno 2017 raffrontando e integrando varie fonti. Per la loro interpretazione è indispensabile tenere conto che il totale è influenzato da vari fattori: variabile livello di precisione e accuratezza, rischio di sovrapposizione degli importi provenienti da fonti differenti, alcuni valori basati su stime.

Le analisi effettuate dimostrano che, se l'assistenza sanitaria è caratterizzata da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, la spesa sociale per la LTC (fatta eccezione per una piccola quota erogata in natura dai comuni) è per la maggior parte rappresentata da erogazioni in denaro senza vincolo di destinazione, né tantomeno sottoposte a verifica oggettiva, che sfuggono a qualsiasi meccanismo di governance pubblica. Di conseguenza, contrariamente alla spesa sanitaria, per la spesa sociale risulta impossibile stimare il ritorno in termini di salute delle risorse investite (*value for money*).

Considerato che uno dei punti del "Piano di Salvataggio del SSN"⁴⁰ elaborato dalla Fondazione GIMBE è "Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone" è fondamentale integrare la spesa sanitaria con quella sociale di interesse sanitario al fine di pervenire, nel medio termine, alla definizione di un fabbisogno socio-sanitario nazionale, perché, come recentemente ribadito dal report delle *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*⁴¹ "non può esistere assistenza sanitaria senza assistenza sociale"⁴².

A tal fine la Fondazione GIMBE ha formulato alcune raccomandazioni per favorire il dibattito pubblico sull'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria (box 1).

Box 1. Raccomandazioni per integrare l'assistenza sociale e assistenza sanitaria

Integrare l'assistenza sociale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria può migliorare gli esiti di salute e preparare il SSN alle ardue sfide che lo attendono

- Il miglioramento della salute e la riduzione delle disuguaglianze dipendono in parte dalla riduzione della vulnerabilità sociale e più in generale dal miglioramento delle condizioni sociali della popolazione.
- Cinque sono gli step per facilitare l'integrazione dell'assistenza sociale con l'erogazione dell'assistenza sanitaria:
 - Consapevolezza: identificare i rischi e le risorse sociali di specifiche categorie di popolazioni e pazienti.
 - Riorganizzazione: modificare l'assistenza clinica per superare gli ostacoli sociali identificati.
 - Assistenza: ridurre il rischio sociale connettendo i pazienti alle risorse di assistenza sociale.

⁴⁰ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/537/il-piano-di-salvataggio-del-servizio-sanitario-nazionale/articolo. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

⁴¹ The Lancet. No health care without social care. Lancet 2019;394:1206

⁴² National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving Upstream to Improve the Nation's Health September 2019. Disponibile a: <http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2019/integrating-social-care-into-the-delivery-of-health-care>. Ultimo accesso: 8 ottobre 2019.

- Allineamento: conoscere e valorizzare le risorse di assistenza sociale disponibili, facilitare le sinergie, allocare le risorse e distribuirle per migliorare gli esiti di salute.
- Advocacy: attraverso una partnership tra organizzazioni sanitarie e di assistenza sociale promuovere politiche volte a facilitare la creazione e la redistribuzione di risorse per soddisfare i bisogni sanitari e sociali.

Integrare l'assistenza sociale nell'erogazione di quella sanitaria richiede potenziamento e adeguata formazione delle risorse umane, tecnologie informatiche innovative e nuovi modelli di finanziamento.

- I team multiprofessionali dovrebbero sempre includere professionisti esperti in assistenza sociale: infermieri, infermieri di comunità, medici, operatori sociali, *navigator*, assistenti sociali, volontari esperti, badanti, familiari, caregiver, case manager, gerontologi, avvocati, etc.
- I membri di questi team multiprofessionali dovrebbero poter espletare le loro funzioni al meglio, previa rimozione di ostacoli nazionali, regionali e locali che limitano la pratica ed il completo impiego degli assistenti sociali e di altri operatori di assistenza sociale.
- Le modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria devono essere allineate per consentire ai team multiprofessionali una efficace gestione dell'assistenza sociale. Le attuali modalità di finanziamento dell'assistenza sociale e sanitaria non permettono una reale integrazione tra le due tipologie di assistenza.
- Le tecnologie informatiche possono contribuire a gestire i bisogni sociali correlati alla salute.

Decisori politici, responsabili della programmazione sanitaria, professionisti sanitari e operatori sociali hanno un ruolo chiave nell'integrazione dell'assistenza sociale con quella sanitaria.

- Decisori politici, responsabili della programmazione sanitaria nazionale e regionale, professionisti sanitari e operatori sociali dovrebbero sempre pianificare l'assistenza sanitaria integrandola con quella sociale.
- Gli operatori sociali dovrebbero essere parte integrante di un approccio basato sul team per pianificare ed erogare l'assistenza sanitaria e il loro ruolo dovrebbe essere riconosciuto a livello nazionale.
- Il legislatore e le associazioni professionali dovrebbero sviluppare, espandere e standardizzare l'ambito professionale degli assistenti sociali, dei gerontologi e di altri operatori sociali.
- Decisori politici e responsabili della programmazione sanitaria nazionale e regionale per ridurre le disuguaglianze sanitarie dovrebbero:
 - sostenere lo sviluppo di un'infrastruttura digitale interoperabile tra organizzazioni sanitarie e sociali
 - incoraggiare il finanziamento dell'assistenza sociale come parte dell'erogazione dell'assistenza sanitaria
 - identificare le opportunità politiche per rimuovere gli ostacoli legislativi e normativi all'integrazione dell'assistenza sociale con quella sanitaria



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org