

# *La non autosufficienza in Italia: lo stato dell'arte e il confronto europeo*

---

MILANO 18 APRILE 2019

Isabella Mastrobuono  
*isabella.mastrobuono@gmail.com*

# Rapporto ISTAT 2017

- la quota di individui di 65 anni e oltre ha raggiunto il 22 per cento. **Anche la struttura per età degli stranieri (5 milioni) mostra segnali di invecchiamento.**
- gli anni di vita guadagnati in salute sono scesi di 4,5 anni negli ultimi 10 anni (contro un aumento di 10 anni della Svezia!)
- Sono 3,5 milioni i non autosufficienti nel nostro Paese di cui oltre 1,4 milioni molto gravi
- **si è registrato un nuovo minimo delle nascite (474 mila).** Il numero medio di figli per donna si attesta a 1,34 (1,95 per le donne straniere e 1,27 per le italiane).
- **3,6 milioni famiglie sono senza redditi da lavoro.** Non ci sono occupati o pensionati da lavoro, si tratta del 13,9 per cento del totale delle famiglie (con percentuali più alte al sud con il 22,2 per cento).
- **numero più elevato di Neet dell'Unione Europea.**  
I Neet (acronimo inglese di Not in Education, Employment or Training) sono i giovani tra i 15 e i 29 anni che non lavorano e non studiano: nel 2016 sono 2,2 milioni e rappresentano la quota «più elevata tra i paesi dell'Unione Europea».

# Le Raccomandazioni europee in sanità

- Migliorare la governance dei sistemi sanitari attraverso il rafforzamento della cooperazione tra autorità incaricate della politica fiscale e sanitaria, sviluppando e potenziando i sistemi informativi e di gestione dei dati che favoriscano il monitoraggio e la governance, valutando formalmente e sistematicamente, ex-ante ed ex-post, le riforme sanitarie e utilizzando strumenti di pianificazione per una gestione efficace e strategica delle risorse umane.
- Migliorare la sostenibilità finanziaria e il rapporto costo-efficacia della spesa **riducendo la prevalenza delle cure ospedaliere e migliorando l'efficienza degli ospedali, migliorando la performance dei sistemi di assistenza primaria** (non autosufficienza e cronicità) rafforzando il ruolo di "gatekeeping" e promuovendo un uso dei farmaci basato sul rapporto costi-efficacia. **Secondo OMS, l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità.**

Fonte: Joint Report on Health Care and Long-term Care systems & Fiscal Sustainability" (JRHC, EU Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee (Ageing Working Group), 2016

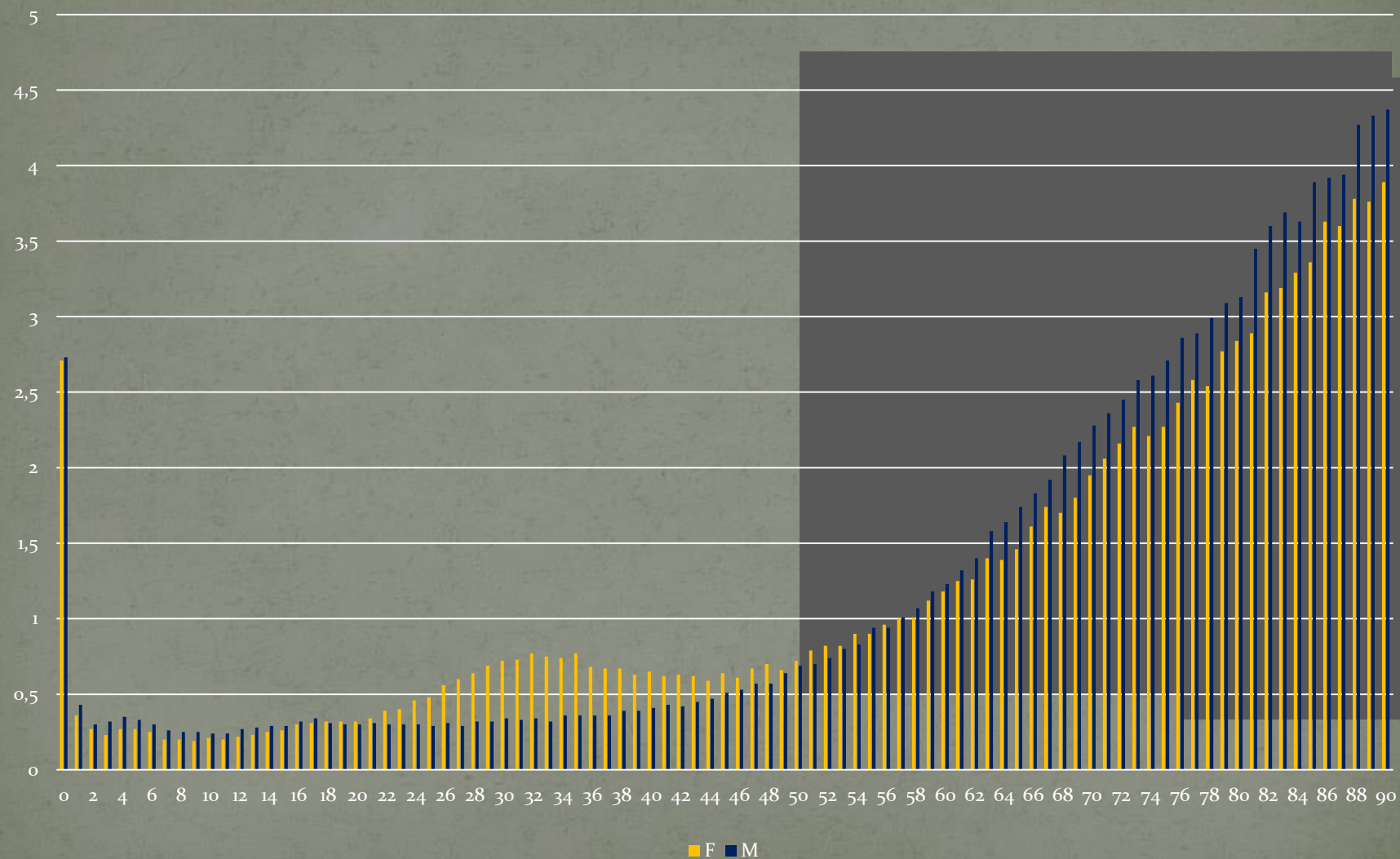


# Profilazione della popolazione. PA Bolzano, 2017

PROFILO	Popolazione	%	Età media	Spesa complessiva (Mio €)	Spesa media (€)	Carico assistenziale
Non utente	106,475	20.3%	35.3	-	-	-
Occasionale	229,758	43.7%	33.5	28.9	€ 126	0.11
Cronico s/ricovero	128,013	24.4%	61.2	115.6	€ 903	0.81
Materno-infantile	10,647	2.0%	32.2*	27.9	€ 2,620	2.35
Acuto c/ricovero	16,714	3.2%	37.0	65.7	€ 3,931	3.52
Cronico c/ricovero	30,687	5.8%	65.7	304.6	€ 9,920	8.89
Cronico termine vita	2,875	0.5%	79.7	43.7	€ 15,231	13.64
TOTALE	525,169	100.0%	42.5	586.4	€ 1,117	1

\* adulti

# Carico assistenziale per genere ed età PA Bolzano, 2017



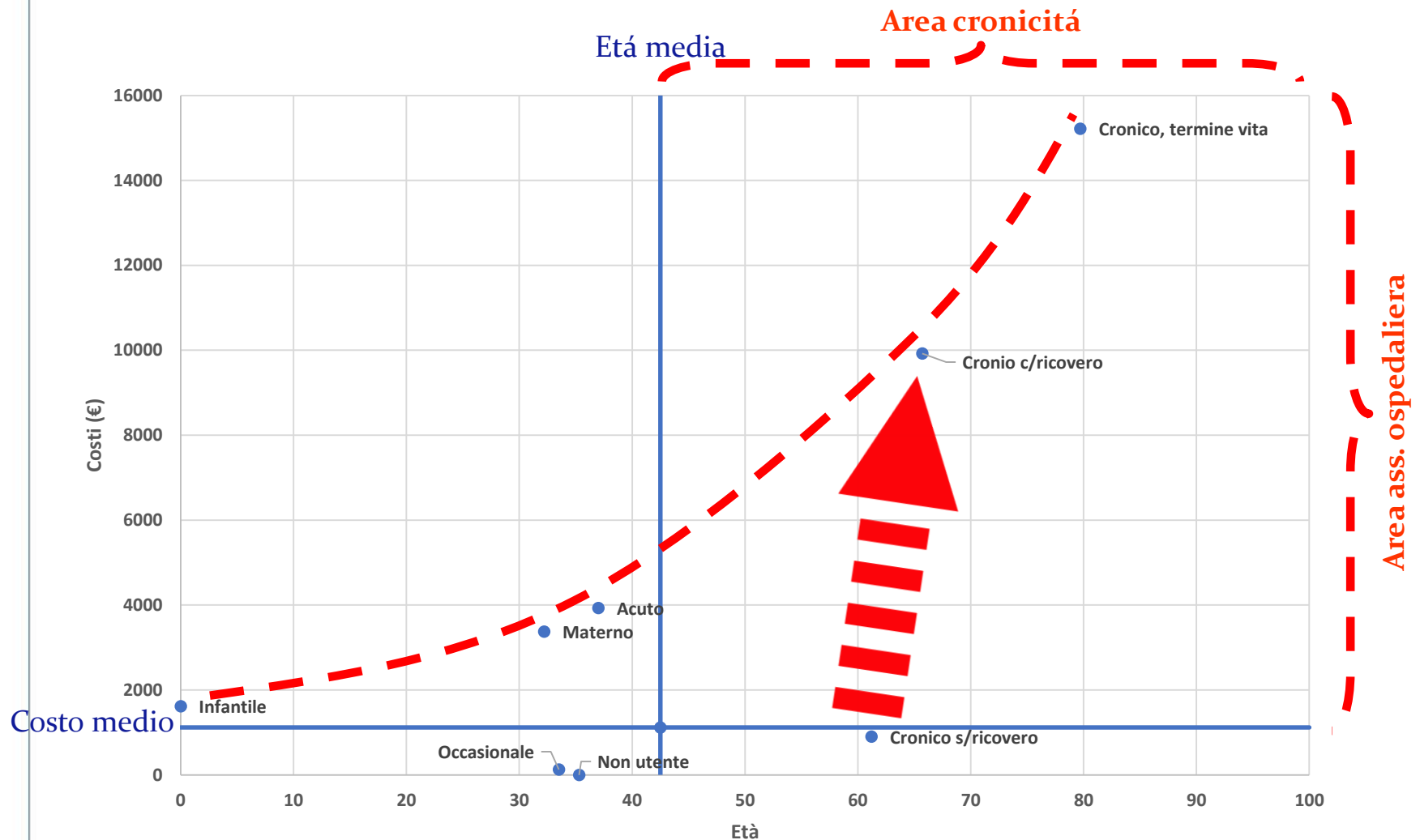
# Costi medi dell'assistenza per profilo PA Bolzano, 2017

## Valori in Euro

PROFILO	Ricoveri	Farmaci	Specialistica	Presidi	Hospice	Totale	N
Non utente	-	-	-	-	-	-	106,475
Occasionale	-	47	111	200	-	126	229,758
Cronico s/ricovero	-	532	360	596	-	903	128,013
Materno-infantile	2,224	105	350	235	-	2,620	10,647
Acuto c/ricovero	3,639	74	251	260	-	3,930	16,714
Cronico c/ricovero	7,774	957	1,020	750	-	9,920	30,687
Cronico termine vita	12,411	971	1,263	669	6,377	15,231	2,875
TOTALE	5,880	352	278	585	6,377	1,117	525,169

I costi sono calcolati rispetto alle tariffe SDO, Specialistica, Farmaceutica, Presidi, Hospice

# Costi ed età media per profilo, PA Bolzano, 2017





# Posti letto e assistenza primaria in Europa

*L'assistenza primaria è un “sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure”.*

*Tra il 2008 e il 2014, il numero di posti letto negli ospedali della Ue28 è sceso da 2.81 a 2.65 milioni, una diminuzione del 5,9%. L'Italia è tra i paesi con il minor numero di letti ospedalieri (331 per 100 mila abitanti contro il valore medio di 500), e di posti letto per l'assistenza residenziale (18,1 per mille cittadini over 65 contro 81,7 della Svezia). La Germania il paese con più posti letto (823 per 100 mila abitanti).*

Agenas ha terminato i lavori ai sensi del DM 70 per la predisposizione di un documento nazionale di linee di indirizzo per il potenziamento e l'armonizzazione dei modelli organizzativi di assistenza primaria, con particolare riferimento alla cronicità



# MALATTIE CRONICHE

Il 39,1 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato poi di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche), un dato in lieve aumento rispetto al 2015 (+0,8 punti percentuali).

**Il 20,7 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche**, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni.

Tra gli ultra settantacinquenni la comorbilità si attesta al 66,7 per cento (58,4 per cento tra gli uomini e 72,1 per cento tra le donne). Rispetto al 2015 aumenta la quota di chi dichiara due o più patologie croniche, soprattutto nella fasce di età 45-54 anni (+2,6 punti percentuali).

# Non autosufficienza

*La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le “normali azioni della vita quotidiana” ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva.*

**La Germania per 81 milioni di abitanti impegna per la *long term care* 75 miliardi di euro, il Regno Unito per 60 milioni di abitanti impegna 60 miliardi di euro, la Francia per 64 milioni di abitanti impegna 55 miliardi e l'Italia per 61 milioni di abitanti 33 miliardi (spesa pubblica). Se a questi valori aggiungiamo la spesa privata la Germania sale ad 81 miliardi di euro, la Francia a 78, il Regno Unito a 73 e l'Italia a 36. (Bocconi, 2014)**

In Italia sono 3.167.000 (il 5,5% della popolazione), di cui almeno 1,4 milioni gravi.

L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: *L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale*. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.



- La non autosufficienza “di tutti i giorni”: quelle difficoltà quotidiane che complicano la vita al 10% degli italiani over 65
- *In Italia ci sono circa 3,5 milioni di persone, ultrasessantacinquenni che hanno difficoltà nella cura della persona in attività quotidiane quali mangiare da soli, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona, o l'uso di ausili/apparecchi.*
- *E ce ne sono 6,3 milioni circa con “gravi difficoltà nelle attività domestiche” come preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.*



# PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie sono ricomprese nei LEA e comprendono:

- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale. Dette prestazioni di competenza delle AUSL e a carico delle stesse sono inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tale attività di competenza dei comuni sono prestate con compartecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.

- **prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria**, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
  - **ADI e RSA**





# Decreto ministeriale ottobre 2009

Art. 1 “Modifica del decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008”

Ridefinizione  
della quota  
del 20% di  
risorse  
vincolate

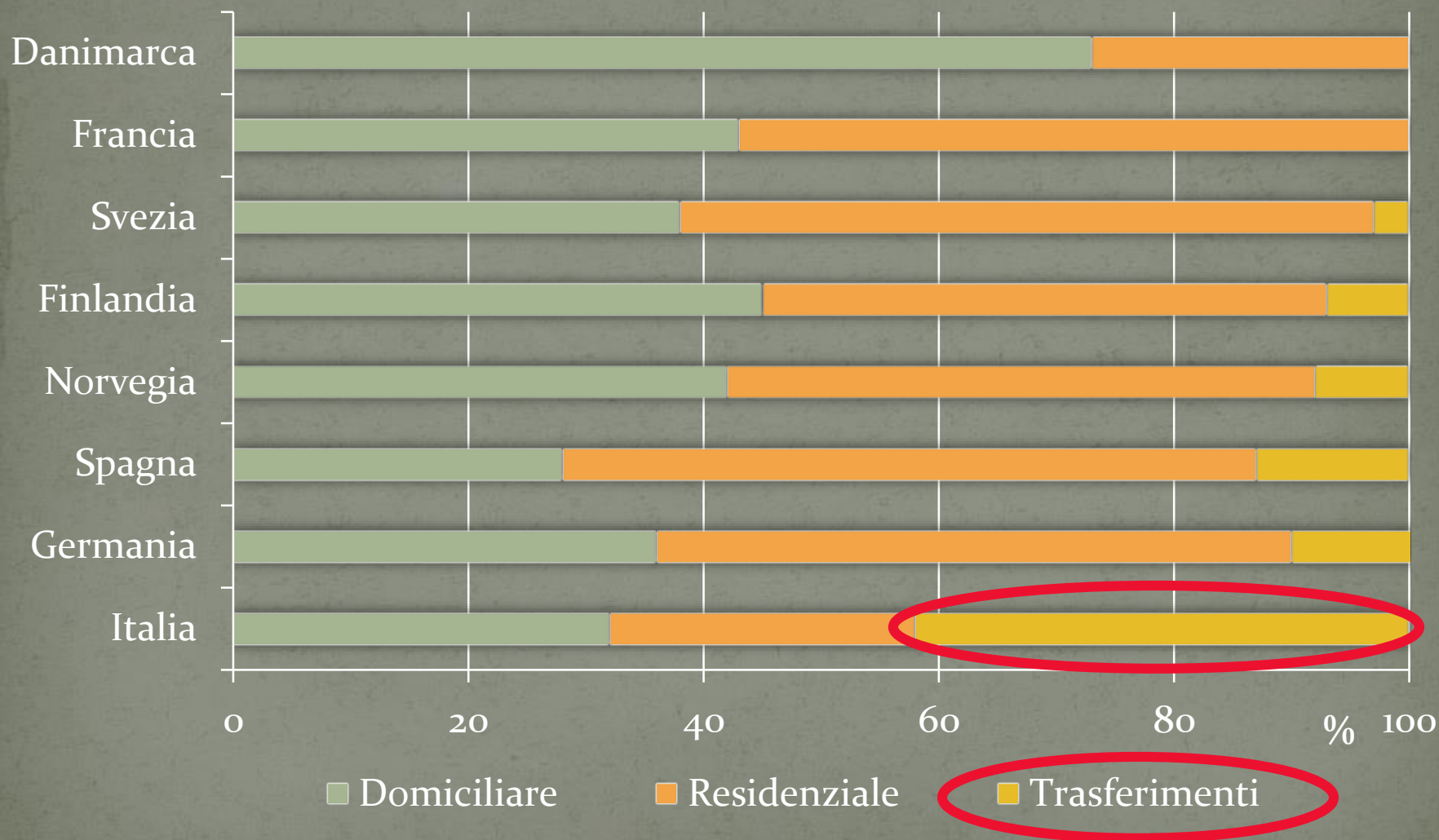
**È stabilito che le prestazioni rientranti nella quota del 20% di risorse vincolate prevista dal D.M. 31 marzo 2008, siano esclusivamente:**

- assistenza odontoiatrica;**
- assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti o temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio.**

Art. 2 Definizione delle prestazioni vincolate

- ✓ Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio;
- ✓ Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale ;
- ✓ Prestazioni finalizzate al recupero della salute dei soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio;
- ✓ Assistenza odontoiatrica compresa fornitura di protesi dentarie.

## Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa



## La spesa per la non autosufficienza

In Italia a differenza di altri Paesi è composta da voci della sanità e dell'assistenza ed è tutt'altro che trascurabile: secondo le stime CREA nel 2012 ammonterebbe a 27.742 milioni di euro, di cui il 7.5% imputabile alla spesa privata *out of pocket* (dato certamente sottostimato); in particolare, il 28.5% di questa spesa riguarda prestazioni sanitarie (7.6 Mld) e il resto quelle sociali e in denaro (indennità).



Anziani. Solo il 2,7% assistito a domicilio (nel 2018 il 3,2).  
E in qualche parte d'Italia l'ADI non esiste affatto

*I dati presentati alla II Edizione degli Stati Generali dell'assistenza a lungo termine, organizzati da Italia Longeva al ministero della Salute l'11 e 12 luglio 2017 Oltre alla tipologia di assistenza erogata, forti differenze anche sul numero di ore dedicate a ciascun paziente: si va dalle oltre 40 ore annuali di Potenza alle 9 ore di Torino. Per gli oltre 700.000 assistiti secondo i dati ministeriali la media di ore annue è pari a 18, numero di ore mensili per alcuni Paesi!*

*La spesa si aggira intorno ai 2,6 miliardi (nel 2018 solo 2,3 miliardi pari al 2,2% del FSN)*

# Il mondo della cura informale

## Quante sono le badanti in Italia e dove vivono?

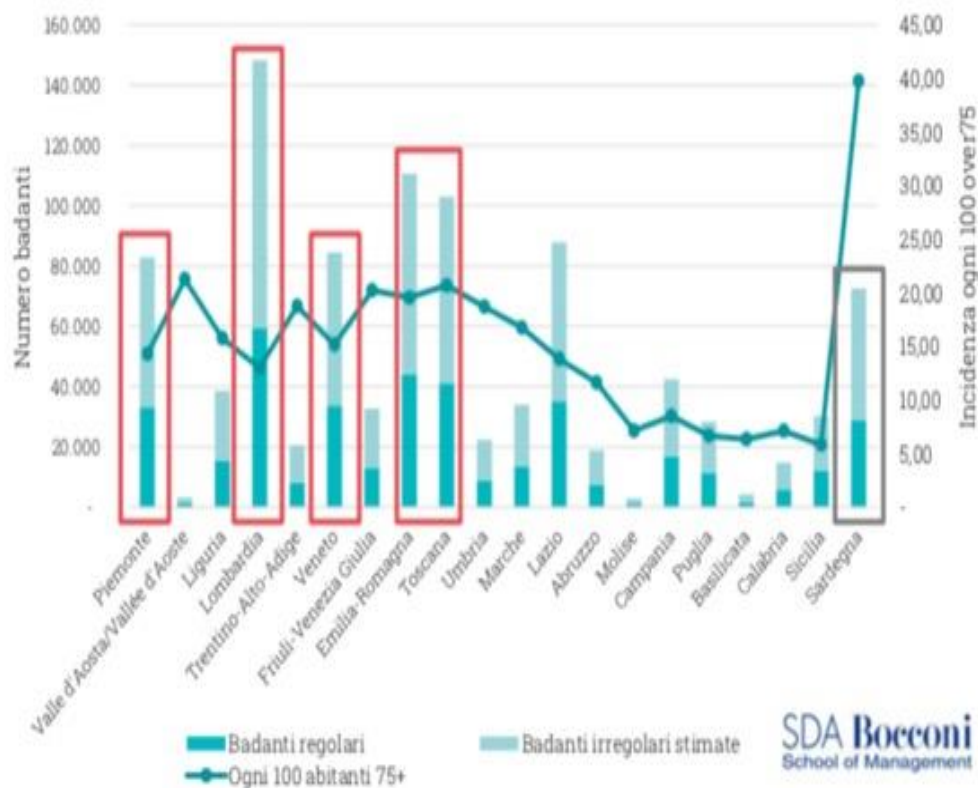
Numero delle badanti  
regolari ed irregolari  
presenti in Italia (2017)

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

# RSA

- 197.000 posti letto di RSA attuali (18,1 p.l per 100.000 ab. a livello europeo contro gli 81 della Svezia)
- Almeno 87.000 in più (su gli oltre 240.000 necessari)
- 1000 strutture, a 90.000 euro a posto letto
- Servono 7,8 miliardi di euro per costruire i posti letto ed almeno 3,9 miliardi di euro di spesa aggiuntiva per garantire assistenza ad almeno 1.200.000 pazienti non autosufficienti

**Dove trovare i finanziamenti?**



**TAVOLA 1. Spesa assistenziale 2014 con impegni di spesa al 2017 (milioni di €)**

Spesa assistenziale 2014		Aggiornamento al 2017	
Trasferimenti famiglia	18.921	Bonus bebè	1.212
Assegni familiari	6.409		
Detrazioni IRPEF	12.310		
Assegno maternità means tested	202		
Trasferimenti povertà	18.207	Fondo nazion. lotta povertà	1.304
Pensione sociale	4.462		
Integrazioni al minimo	13.036		
Carta acquisti	211	assorbita in FNLP	-211
Assegno per nuclei con almeno 3 minori	498		
Trasferimenti invalidità	17.868		
Indennità di accompagnamento	13.538		
Invalità civile	3.664		
Pensioni di guerra	666		
Totale prestazioni monetarie	54.996		
Spesa Comuni per serv. etrasf. e spesa sanitaria, altro	17.153		
Spesa sanitaria per non autosufficienza	4.782		
Servizi e trasferimenti monetari comuni	6.982	Fondi nazionali ed europei	450
Altre spese assistenza sociale	5.389		
<b>Totale</b>	<b>72.149</b>		<b>3.177</b>
<b>2014+2017</b>			<b>75.326</b>

**Fonte:** Elaborazione IRS su dati di contabilità nazionale.

Ai quali aggiungere i circa 6 miliardi del reddito di cittadinanza

Spesa per protezione sociale (sanità, previdenza e assistenza) in Italia (2012) pari a 454 miliardi di euro, il 29% del PIL (media UE 28,3%).

## Spesa sociale dei comuni

	2010	2011	2012	Diff.2010-2012
Spesa comuni	7.126.891.416	7.027.039.614	6.982.391.861	- 2%
Compartecipazio ni utenti	966.862.361	965.170.740	993.490.531	+ 2,8%
Compartecipazio ne SSN	1.220.840.949	1.179.962.175	1.171.498.752	- 4%
totale	9.314.594.726	9.172.172.529	9.147.381.144	- 1,8%

Si passa dai 277,1 euro per abitante della Valle d'Aosta ai 24,6 euro della Calabria

Secondo il Rapporto Istat sulla “Spesa dei Comuni per i servizi sociali”. Per ciascun residente i Comuni hanno speso in media 116 euro nel 2016, contro i 114 del 2015. **A livello territoriale le disparità sono sempre elevatissime: si passa dai 22 euro della Calabria ai 517 della Provincia Autonoma di Bolzano.**

La principale fonte finanziaria dei servizi sociali proviene da risorse proprie dei Comuni e dalle varie forme associative tra comuni limitrofi (61,8%). Al secondo posto vi sono i fondi regionali per le politiche sociali, che coprono un ulteriore 17,8% della spesa complessiva.

Il 16,4% della spesa è finanziata da fondi statali o dell’Unione europea. Tra questi il fondo indistinto per le politiche sociali, la cui incidenza è in progressiva flessione sulla copertura della spesa (dal 13% del 2006 al 9% nel 2016).



Diminuiscono gradualmente le risorse dedicate ai servizi per gli anziani, sia in valore assoluto che come quota sul totale della spesa sociale dei Comuni (dal 25% nel 2003 al 17% nel 2016). Nello stesso periodo di tempo l'incremento delle persone anziane residenti accentua la diminuzione della spesa pro-capite: da 119 euro nel 2003 si passa a 92 euro annui nel 2016. La quota per gli anziani sul totale della spesa sociale dei Comuni è in diminuzione già dagli anni precedenti, per una crescita meno sostenuta rispetto alle altre aree che ha portato la quota per gli anziani dal 25% del 2003 al 17% nel 2016.

# Le priorità in sanità

Le richieste di risorse sanitarie e sociali superano le risorse disponibili. Di conseguenza, i servizi da finanziare vengono individuati a scapito di altri. Il dilemma della scarsità esiste in ogni Paese, anche nei più ricchi. Indipendentemente dal mix di spesa privata e spesa pubblica o dall'«organizzazione» del sistema, ogni giorno i decisori razionano i servizi sanitari.

**Stabilire le priorità** in sanità non si traduce nel razionamento se non si sottraggono prestazioni e beni vitali e se si rispettano i tre i principi che caratterizzano la piattaforma etica:

*la dignità umana, il fabbisogno secondo solidarietà, l'efficienza della spesa.*

Non autosufficienza (assistenza domiciliare)

Oncologia

Diabete/patologie croniche

Patologie psichiatriche e demenze

Malattie cardiovascolari

Le ultime 4 valgono 87 miliardi di euro dei 115 del FSN

# La riforma dell'assistenza

- avviare una seria riforma del nostro sistema delle politiche sociali, e in particolare delle misure nazionali in atto per il contrasto della povertà, il sostegno alle famiglie con il sostegno a non autosufficienti e disabili, fondata su criteri di equità e di efficacia,
- ottimizzare l'uso delle risorse già oggi assegnate alle politiche sociali rivedendo l'ISEE che ad esempio per via degli attuali diversi criteri di selezione assegna il 25% dei quasi 56 miliardi di euro dei trasferimenti monetari nazionali alle famiglie che hanno l'Isee più elevato, con un reddito disponibile medio equivalente che va dai 23.621 euro ai 48.389 euro.



## *Casse, Fondi e Società di mutuo soccorso*

*“Organizzazioni prevalentemente private, variamente denominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale a livello nazionale, regionale o locale, per fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario Nazionale e dal Sistema di protezione sociale, per finalità non orientate al profitto”.*

Mastrobuono I, Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza. Roma:Il Pensiero Scientifico Editore, 1999

Modificata maggio 2012

# Welfare aziendale (leggi di stabilità per il 2016 e per il 2017)

**Il tema regolato dagli artt. 51 e 100 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi è stato quindi rinnovato e “svecchiato” dalla nuova Legge con l'obiettivo di intercettare i nuovi “bisogni sociali” emergenti ed aggiornare quindi la normativa di conseguenza.**

A tal fine la Legge ha potenziato le agevolazioni fiscali per le aziende che concedono servizi e prestazioni di welfare aziendale ai dipendenti (asili nido, buoni pasto, assistenza sanitaria integrativa...); permette l'erogazione di premi di risultato in forma di servizi di welfare; introduce nuovi strumenti già sperimentati in altri paesi europei come il voucher dei servizi.



*– Ruolo complementare dei fondi integrativi al Servizio Sanitario Nazionale Bozza articolato*

- Per garantire la sostenibilità del sistema e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse pubbliche è opportuno mettere a fattor comune tutte le risorse che vengono a qualunque titolo impiegate per l'erogazione di prestazioni sanitarie; a tal fine si conviene di migliorare la funzione di complementarietà dei fondi sanitari integrativi nello scenario sanitario nazionale, in una logica di integrazione rispetto alle prestazioni garantite dai LEA da parte del Servizio Sanitario Nazionale, che ha la finalità primaria di tutelare la salute di tutta la popolazione.
- Si conviene quindi sulla necessità di aggiornare e rendere più organica la normativa che regola i fondi sanitari integrativi, che erogano in tutto o in parte prestazioni sanitarie integrative.
- Si conviene che la revisione della disciplina di settore attualmente in vigore è finalizzata a indirizzare e incrementare l'erogazione di prestazioni integrative rispetto a quanto garantito dal Servizio Sanitario Nazionale e la relativa quota di risorse vincolate, a superare la duplicità delle forme previste dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009, nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi, trasparenza della gestione, forme solidaristiche e senza scopo di lucro.



- Si conviene che i fondi sanitari integrativi, per la loro vocazione solidaristica d'inclusione sociale e di patto intergenerazionale, siano indirizzati, anche attraverso il ricorso alle agevolazioni fiscali, verso un ruolo di complementarietà dei LEA, in ambiti quali la prevenzione e gli stili di vita, soprattutto per le malattie croniche degenerative, l'implementazione della Long Term Care, e la compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini. Una revisione della normativa che si basi su linee guida ad indirizzo nazionale ha la finalità di ampliare l'ambito di copertura sanitaria della popolazione per le attività che sono complementari al Servizio Sanitario Nazionale. Va altresì prestata attenzione a che i fondi non divengano integrativi e che consentano di autorizzare prestazioni non appropriate.
- Si conviene che i fondi possano utilizzare anche le stesse strutture pubbliche per rispondere ai bisogni di salute dei loro iscritti.
- Si prevede inoltre, ai sensi dell'art. 3, comma 9, del decreto ministeriale 27 ottobre 2009, l'adozione di un decreto che individui più specificamente le modalità di funzionamento a regime dell'anagrafe del Ministero della salute, ai fini di garantire maggiore trasparenza e tutela ai cittadini iscritti ai fondi.
- A tal fine si conviene di istituire presso il Ministero della salute un apposito gruppo di lavoro misto, Ministero della salute e Regioni, che, dopo specifico riesame della normativa vigente, elabori un documento tecnico di proposta di revisione della normativa e definisca le modalità di istituzione dell'Osservatorio nazionale dei fondi sanitari integrativi. L'istituzione dell'Osservatorio non prevede nuovi o ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

*Grazie per l'attenzione*