



UNA POLICY REGIONALE PER IL GOVERNO DELLA SPESA SOCIOSANITARIA PRIVATA, OUT OF POCKET ED INTERMEDIATA

Report finale ¹

“Sebbene tutti sappiamo che le condizioni di vita degli uomini non migliorano di anno in anno imprevedibilmente, si aspetta fino a che le casse siano effettivamente vuote prima di vedersi costretti a delle limitazioni. Questo è il quasi inevitabile rovescio della legittimazione democratica, e allora ci si deve chiedere se la democrazia debba realmente significare che si può praticare la politica solo come tardivo adattamento alle conseguenze dello sviluppo economico e sociale.”

[N. Luhmann
Teoria politica nello stato del benessere”
F. Angeli, Milano, 1983, pag. 173)

a cura di
Massimo Campedelli

Questo documento è scaricabile dal sito www.uscitadisicurezza.grosseto.it
Per commenti, osservazioni ed ulteriori richieste in merito a quanto qui presentato si può scrivere a
m.campedelli@uscitadisicurezza.grosseto.it

¹ Progettualità di analisi su fondi mutualistici e sistemi di assistenza integrativi, in ambito socio sanitario – RT, Dgr 1198/14

Il progetto è stato realizzato insieme a:

Chianti Mutua, Monteriggioni (SI)
Cisl Toscana, Firenze
Confcooperative Toscana, Firenze
Coap – Cciaa, Grosseto
Coeso Sds, Grosseto
Co.ge.f.i.s., Prato
Confindustria Toscana Sud, Grosseto
Federsanità Anci Toscana, Firenze
Insieme Salute Toscana sms, Firenze
Legacoop Toscana, Firenze
Mutua per la Maremma, Grosseto
Sssup Sant'Anna, Istituto Dirpolis, Pisa
Irpel Toscana, Firenze

e grazie alla disponibilità al confronto con:

Cesvot Toscana, Firenze
Ires Cgil Toscana, Firenze
Misericordie e Anpas Toscana, Firenze

nonché al fattivo sostegno di:

Vinicio Biagi, Responsabile di settore Governance e programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, Regione Toscana;
Marco Brintazzoli, Capo segreteria Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, Regione Toscana;
Paolo Carrozza ed **Emanuele Rossi**, Ordinari di Diritto Pubblico e Costituzionale della Sssup Sant'Anna di Pisa;
Enrico Desideri, Direttore generale Area Vasta Sud Est, Regione Toscana e Presidente Federsanità Anci Toscana;
Monica Piovi, Direttore generale Assessorato al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, Regione Toscana
Mauro Soli, Consulente Regione Toscana

Un ringraziamento particolare va a **Stefania Saccardi**, Vicepresidente e Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana.

INDICE

seconda parte

III - WELFARE SOCIOSANITARI REGIONALI A CONFRONTO: RESILIENZA, DIVERGENZA, CONVERGENZA

IV - SPESA PUBBLICA SANITARIA E SOCIOSANITARIA TOSCANA

V - SPESA PRIVATA SANITARIA E SOCIOSANITARIA TOSCANA, RISORSE PROPRIE O RISORSE GESTITE IN PROPRIO?

VI - IMPATTO DELLA CRISI: RINUNCE, IMPOVERIMENTO E SPESE CATASTROFICHE

VII - ATTIVITÀ INTRAMOENIA NEL SSR TOSCANO

VIII - SPESA LONG TERM CARE IN TOSCANA

VERSIONE 4.10.2016

seconda parte

III - WELFARE SOCIO SANITARI REGIONALI A CONFRONTO: RESILIENZA, DIVERGENZA, CONVERGENZA

Premessa

Il sistema di welfare italiano, come è noto, è fortemente regionalizzato sul lato dell'offerta dei servizi sanitari e socio sanitari. Si tratta del risultato di un processo tutt'altro che lineare e denso di conflittualità istituzionale, iniziato negli anni '70 con la istituzione delle Regioni².

Basti pensare, solo per citare eventi/atti tra i più rilevanti, che in questo lasso di tempo sono state approvate tre riforme sanitarie (quattro, se si considera anche la cd *Riforma Balduzzi*, legge 158/2012): la riforma socioassistenziale con la legge 328 del 2000³, la riforma del Titolo V della Costituzione con conseguenze rilevanti su questa ultima norma a pochissimi mesi dalla sua approvazione⁴, il cd federalismo fiscale⁵, e gli interventi di *spending review*⁶ fortemente centrati sulla messa sotto controllo della spesa pubblica regionale e degli enti locali⁷ approntati negli ultimi anni con le varie leggi di stabilità, ecc. Parallelamente vi è stata la normazione delle singole *policies*, dal contrasto alla povertà alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza o a quelle di cura delle dipendenze o all'implementazione della normativa sanitaria non senza un convulso gioco di attribuzioni/revisioni/riattribuzioni delle competenze tra i diversi livelli di governo.

Un risultato, quello della regionalizzazione, da più parti criticato per aver causato, ovvero di non essere riuscito ad eliminare, gli esiti di disuguaglianza nell'esigibilità/effettività dei diritti sociali e sanitari da garantire, le differenze di copertura/offerta reale, le differenze di efficienza/efficacia/economicità/qualità delle prestazioni erogate, ecc. rispetto al quale la crisi ne ha accentuato le problematicità⁸ ma anche la resilienza⁹.

² Per una analisi comparata con altri paesi europei, Y. Kazepov, a cura di, (2010), *RESCALING SOCIAL POLICIES:TOWARDS MULTILEVEL GOVERNANCE IN EUROPE*, Ashgate, Vienna

³ Sul tema, la letteratura è a dir poco particolarmente estesa e multidisciplinare; rinviamo pertanto alle diverse scuole di pensiero che si sono raccolte attorno alle principali riviste del settore, tra cui: *La rivista delle politiche sociali*; *Politiche sociali*; *Prospettive sociali e sanitarie*; *Studi Zancan*

⁴ M. Campedelli, P. Carrozza e L. Pepino, a cura di, (2010), *DIRITTO DI WELFARE. MANUALE DI CITTADINANZA E DELLE ISTITUZIONI SOCIALI*, Il Mulino, Bologna

⁵ M. Campedelli, P. Carrozza e G. Tognoni, (2011), *FEDERALISMO E SISTEMA DI WELFARE SOCIO SANITARIO: SCENARI E IMPATTO*, in *Ricerca & pratica*, 152/2011, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

⁶ C. Cottarelli, (2015), *LA LISTA DELLA SPESA. LA VERITA' SULLA SPESA PUBBLICA ITALIANA E SU COME SI PUO' TAGLIARE*, Milano, Feltrinelli

⁷ Considerando nello specifico la spesa per il personale del pubblico impiego, in particolare quello delle amministrazioni regionali e degli ee.ll., Corte dei Conti – Sezioni riunite in sede di controllo, (2016), *RELAZIONE 2016 SUL COSTO DEL LAVORO PUBBLICO (ART. 60 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 MARZO 2001, N.165)*, Roma, maggio 2016, www.cortedeiconti.it

⁸ V. Fargion e E. Gualmini, a cura di, (2012), *TRA L'INCUDINE E IL MARTELLO. REGIONI E NUOVI RISCHI SOCIALI IN TEMPI DI CRISI*, Il Mulino, Bologna; M. Campedelli, (2012), *LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE DI FRONTE ALLA CRISI. NOTE A PARTIRE DA UN CASO DI ECCELLENZA*, in *La Rivista delle politiche sociali*, 4/2012, Ediesse, Roma

⁹ Ci riferiamo, in particolare, a tre tipologie/livelli decisionali: decisioni assunte a *livello comunitario e dello stato centrale* con misure che intervengono sui vincoli bilancio pubblico, in tema di distribuzione delle competenze e di ridefinizione implicita o esplicita delle dinamiche federali, nella ripermetrazione dei lea, nello stanziamento di fondi finalizzati, ecc.; decisioni *concorrenti*, quali possono essere i criteri di distribuzione del Fondo sanitario nazionale, le misure di efficientamento/razionamento/qualificazione offerta, il riordino professioni sanitarie, i vincoli negli acquisti

Dobbiamo poi considerare che, mentre scriviamo, sono all'orizzonte cambiamenti che potranno determinarsi con l'approvazione referendaria della Riforma Costituzionale, dalla quale potrebbero scaturire dinamiche di riaccentramento, almeno di alcune funzioni fondamentali nel governo del welfare italiano¹⁰.

A tutt'oggi, comunque, la sanità è materia concorrente Stato-Regioni e in capo solo a quest'ultime dal punto di vista dei modelli di organizzazione, programmazione ed erogazione, mentre l'assistenza *in kind* è materia residuale regionale ed in capo agli enti locali dal punto di vista della sua gestione¹¹. Dal punto di vista del bilancio regionale si tratta, a seconda dei casi, di una quota complessiva che ruota attorno al 75-80% delle risorse gestite.

Per effetto esogeno (nazionale e comunitario) oppure endogeno (dove culture civiche e amministrative si sono mescolate alla volontà di marcare differenze politiche) – nonché per la pressione delle transizioni demografiche, sociali ed epidemiologiche che qui solo accenniamo – il combinato disposto di questi fattori ha fatto sì che in tema di welfare le regioni si possano rappresentare come *cantieri con lavori in corso* permanenti, dal punto di vista delle strutture/modelli complessivi come spesso per le singole *policies*.

Il tutto, ovviamente, è diventato ancora più evidente con la crisi scoppiata a partire dal 2008. I sistemi regionali, per quanto fosse *pro tempore* di loro competenza, hanno partecipato (a volte agito, ma soprattutto subito) alle dinamiche di mercato *retrenchment*¹² e debole *ricalibratura*¹³ dei loro welfare, in una dinamica al contempo convergente e divergente.

di beni e servizi comprese le procedure, la ridefinizione della struttura della offerta con il potenziamento cure primarie, ecc.; decisioni *autonome* da parte degli enti regionali o loro controllati/e attraverso l'implementazione dei cambiamenti con l'obiettivo di adattarli ai propri modelli di welfare, la riconversione strutture ospedaliere, gli interventi di riforma istituzionale come quelli degli ee.II. e delle ex ipab, l'integrazione offerta pubblica per determinate *policies*, come le non autosufficienze, i criteri di *copayment*, il ruolo del Terzo settore e del privato profit, ecc.

¹⁰ "Come è noto, la riforma del Titolo V della Costituzione prevede infatti la modifica dell'articolo 117, che disciplina il riparto di competenze tra Stato e Regioni, definendo i rispettivi ambiti di potestà legislativa. Gli elementi di interesse per la sanità sono almeno due. In primis, viene eliminato il cosiddetto istituto della "legislazione concorrente": la riforma prevede che spetti allo Stato non solo la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», ma anche le «disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare». Spetta alle Regioni la potestà legislativa in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali. In seconda battuta, la Riforma prevede la cosiddetta "clausola di supremazia", per la quale «su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale». La modifica del disposto costituzionale getta senza dubbio le basi per una possibile ridefinizione del bilanciamento delle competenze tra Stato e Regioni. Quale sarà l'effettivo impatto della riforma è difficile dire e dipenderà senz'altro dalla dialettica tra legislatore nazionale, legislatore regionale e giurisprudenza costituzionale". S. Nuti e F. Viola (2016), RIFORMA COSTITUZIONALE: GOVERNANCE SUL BILANCIO TRA EQUITÀ GEOGRAFICA E AUTONOMIA CLINICA, Sanità24 Ore, 21 aprile 2016 http://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2016-04-21/riforma-costituzionale-governance-bilancio-equita-geografica-e-autonomia-clinica-105647.php?uuid=AC5dZRC&refresh_ce=1; per un inquadramento giuridico complessivo, E. Rossi, (2016), UNA COSTITUZIONE MIGLIORE? CONTENUTI E LIMITI DELLA RIFORMA COSTITUZIONALE, Pisa University Press, Pisa

¹¹ Come poi meglio vedremo, dal punto di vista della spesa pubblica, si tratta di una quota marginale rispetto ai trasferimenti monetari *cash* (a seconda di come si aggregano le voci di spesa, siamo nell'ordine di un quinto se non un sesto della spesa sociale complessiva).

¹² U. Ascoli, e E. Pavolini, (2012) OMBRE ROSSE. IL SISTEMA DI WELFARE ITALIANO DOPO VENTI ANNI DI RIFORME, Stato e Mercato, 96/2012, Il Mulino, Bologna

¹³ "Forse il termine che meglio sintetizza la direzione generale del cambiamento nel corso dell'ultimo quindicennio è quello di 'ricalibratura'. Con questo termine indichiamo un insieme di interventi e riforme caratterizzati da tre elementi: 1) la presenza di vincoli, connessi alle sfide sopra illustrate (soprattutto quelle di natura finanziaria), che condizionano la scelta delle politiche pubbliche e la loro evoluzione; 2) l'interdipendenza tra addizionali (o miglioramenti) e sottrazioni (i cosiddetti 'tagli') nel processo di riforma, per effetto dei vincoli suddetti: ad esempio, si possono alzare gli assegni famigliari o elevare i sussidi di povertà solo a patto di ridurre le pensioni; 3) lo spostamento deliberato del peso attribuito ai diversi strumenti e obiettivi di politica sociale, sulla scia di complesse dinamiche di apprendimento sociale e istituzionale. Così definito, il concetto di ricalibratura può essere ulteriormente articolato in quattro dimensioni più specifiche: funzionale, distributiva, normativa e politico-istituzionale". M. Ferrera, (2004), STATO DEL BENESSERE, Enciclopedia del Novecento Treccani, [http://www.treccani.it/enciclopedia/stato-del-benessere_\(Enciclopedia-del-Novecento\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/stato-del-benessere_(Enciclopedia-del-Novecento))

Comuni possono essere considerate le tendenze di distanziamento territoriale, specializzazione funzionale e riduzione/concentrazione della platea della *governance*¹⁴.

Molti sistemi regionali – facciamo riferimento in particolare a quello dell'Emilia Romagna, della Lombardia e del Veneto, oltre che, come poi meglio vedremo, quello della Toscana – hanno visto progressivamente semplificarsi/ridursi l'architettura dei loro sistemi sanitari. Solo per fare qualche esempio¹⁵:

- le aziende sanitarie sono passate da 330 nel 2001 a 244 nel 2015; ciò è avvenuto perché vi sono stati riaccorpamenti tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere, ovvero tra aziende sanitarie per ottenere dimensioni rilevanti;
- vi è stata poi, al loro interno, una riduzione delle strutture organizzative complesse e semplici, e una riduzione dei dipartimenti di coordinamento;
- vi è stato anche un rafforzamento del governo regionale attraverso strutture dedicate centralizzate;
- non necessariamente questo ha comportato che si riducesse anche il decentramento territoriale, ovvero il numero dei distretti e ambiti sociosanitari o sociali, ecc.;
- mentre, proprio sulla base di queste perimetrazioni territoriali, vi è stato il rilancio delle politiche di aggregazione degli ee.ll. (aziende partecipate, unioni, fusioni) o della delega alle aziende sanitarie, in tema di funzioni sociali, confermando così l'andamento pendolare che ha caratterizzato i processi di integrazione sociosanitaria istituzionale e gestionale.

Un welfare in movimento

Per quanto riguarda la Toscana (Tabella 1), basti considerare che negli ultimi sette anni sono state approvate quattro leggi sanitarie, il primo piano sociosanitario integrato, una legge per le non autosufficienze e una legge relativa alle politiche sociali. Ovviamente da questo elenco tralasciamo tutta la legislazione, altrettanto notevole, più specifica.

La tabella 1 ricostruisce, a partire dal 1997 (anticipando la legge 328/2000), le tappe principali di questo percorso.

¹⁴ Sul tema della *governance*, con particolare riferimento al sociosanitario, M. Campedelli, (2010), *LA GOVERNANCE DELLE POLITICHE PER LA SALUTE E IL BENESSERE IN EMILIA ROMAGNA. OPPORTUNITA' PER LO SVILUPPO E MIGLIORAMENTO*, Dossier 192.2010, Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia Romagna, Bologna, <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

¹⁵ Per un inquadramento dal punto di vista degli assetti aziendali dei processi di riconfigurazione dei sistemi sanitari regionali vedi M. Del Vecchio, (2014) *ASSETTI ISTITUZIONALI, CONFINI AZIENDALI E PROBLEMI DI GESTIONE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE*, in *Politiche sociali*, Focus, 1, 3/2014, settembre-dicembre

L. R. n. 72/97	Disposizioni sulla titolarità dei Comuni in materia socio-assistenziale, e dimensionamento su base zonale delle attività di programmazione e di intervento
L. R. n. 40/2001	Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di Comuni
L. R. n. 14/2003	Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000 n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale). Disposizioni in materia di aziende sanitarie.
L. R. n. 60/2003	Modifiche alla legge regionale 16 agosto 2001, n. 40 (Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di comuni)
L. R. n. 40/2005	Disciplina del servizio sanitario regionale
L. R. n. 41/2005	Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza
L.R. n. 60/2008	Legge di modifica alla 40/2005 (disciplina del Servizio Sanitario Regionale)
L.R. n. 66/2008	La legge regionale sulla non autosufficienza
L.R. n. 44/2014	Modifiche alla L.R. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale)
L.R. n. 45/2014	Modifiche alla L.R. 41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)

L.R. n. 28/2015 Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR

PDL Gr novembre 2015 Modifiche alla l.r. 40/2005 e 3/2008 (istituto oncologico)

Tabella 1

Ultimo atto, l'approvazione della legge regionale n. 84 del 28 dicembre 2015¹⁶, con la quale si è dato:

- un nuovo assetto delle Aziende UsI dopo la fase di commissariamento avvenuta nell'anno 2015 – finalizzato ad uniformare la sanità toscana nell'organizzazione e nelle risposte ai bisogni della popolazione; evitare duplicazioni e sprechi; realizzare economie di scala; recuperare le risorse da investire in sanità – accorpando definitivamente le precedenti 12 aziende sanitarie in 3, corrispondenti alle aree vaste già istituite per i servizi di approvvigionamento; restano, invece, le quattro aziende ospedaliero-universitarie (AOU Careggi, AOU Meyer, AOU Pisana e AOU Senese) le quali vengono raccordate alle nuove aziende sanitarie attraverso la programmazione;
- un nuovo modello di programmazione, con il quale si intende rafforzare il livello di area vasta, e l'istituzione dei dipartimenti interaziendali, strumento organizzativo a supporto della programmazione coordinata per garantire le opportune sinergie e l'integrazione delle attività di programmazione della Azienda unità sanitaria locale e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria;
- una maggiore rilevanza del territorio attraverso una organizzazione dello

¹⁶ Ad esso ne è recentemente seguito, quasi a completamento, un altro relativo ad *ULTERIORI DISPOSIZIONI IN MERITO AL RIORDINO DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE. MODIFICHE ALLA L.R. 40/2005, ALLA L.R. 3/2008 ED ALLA L.R. 84/2015*, approvato dalla Consiglio Regionale, Commissione Terza, il 29 giugno 2016; con tale norma, insieme al riordino indicato, si intende riconfigurare il sistema delle zone distretto

- stesso che potenzia le zone distretto e le ridefinisce dal punto di vista dei loro confini (riduzione numero e allargamento della base demografica);
- l'istituzione dei dipartimenti delle professioni sanitarie (infermieristico-ostetriche, sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, del servizio sociale), per la valorizzazione delle competenze delle relative figure professionali;
 - il riordino della rete ospedaliera, valorizzando le specificità di ciascun presidio, con la garanzia di un coordinamento forte tra i vari presidi ospedalieri.

Gli strumenti confermati/riformati¹⁷ con tale norma sono:

- in tema di *governance*:
 - la Conferenza regionale,
 - la Conferenza di Area Vasta (che come accennato si concentrerà sulle reti ospedaliere, sul rapporto con le Università e le relative soglie di attività),
 - la Conferenza Aziendale (luogo della governance effettivamente praticata, dove le decisioni vengono deliberate secondo un sistema di pesi relativi tra comuni e azienda sanitaria);
 - la Conferenza dei Sindaci con ruolo orientato all'organizzazione delle attività territoriali e dell'integrazione sociosanitaria;
- in tema di *programmazione*:
 - il Piano integrato sociale e sanitario regionale,
 - il Programma di area vasta,
 - il Piano integrato di salute, portato a livello della Conferenza aziendale ed articolato per zone-distretto, con il compito di coordinare gli strumenti di programmazione zonale (PIZ, Atto per l'integrazione, Programma cure primarie,
 - il Piano integrato di zona, elaborato e approvato dalla Conferenza zonale dei Sindaci con cui si definisce anche l'integrazione sociosanitaria e i suoi rapporto con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca;

¹⁷ Per un confronto con la situazione precedente, M. Campedelli, P. Carrozza, E. Rossi, a cura di (2009), *IL NUOVO WELFARE TOSCANO: UN MODELLO? LA SANITÀ CHE CAMBIA E LE PROSPETTIVE FUTURE*, Il Mulino, Bologna

- in tema di *gestione sociosanitaria*:

- con Società della Salute operanti sia in gestione diretta che indiretta,
- con i comuni che attraverso le zone sociali possono scegliere di convenzionarsi per i servizi sociosanitari con il gestore unico ASL, ovvero che scelgono la convenzione sociosanitaria con gestori associati (unione di zona).

La Figura 1¹⁸ che segue rende viva l'articolazione tra governance, programmazione e gestione sociosanitaria.

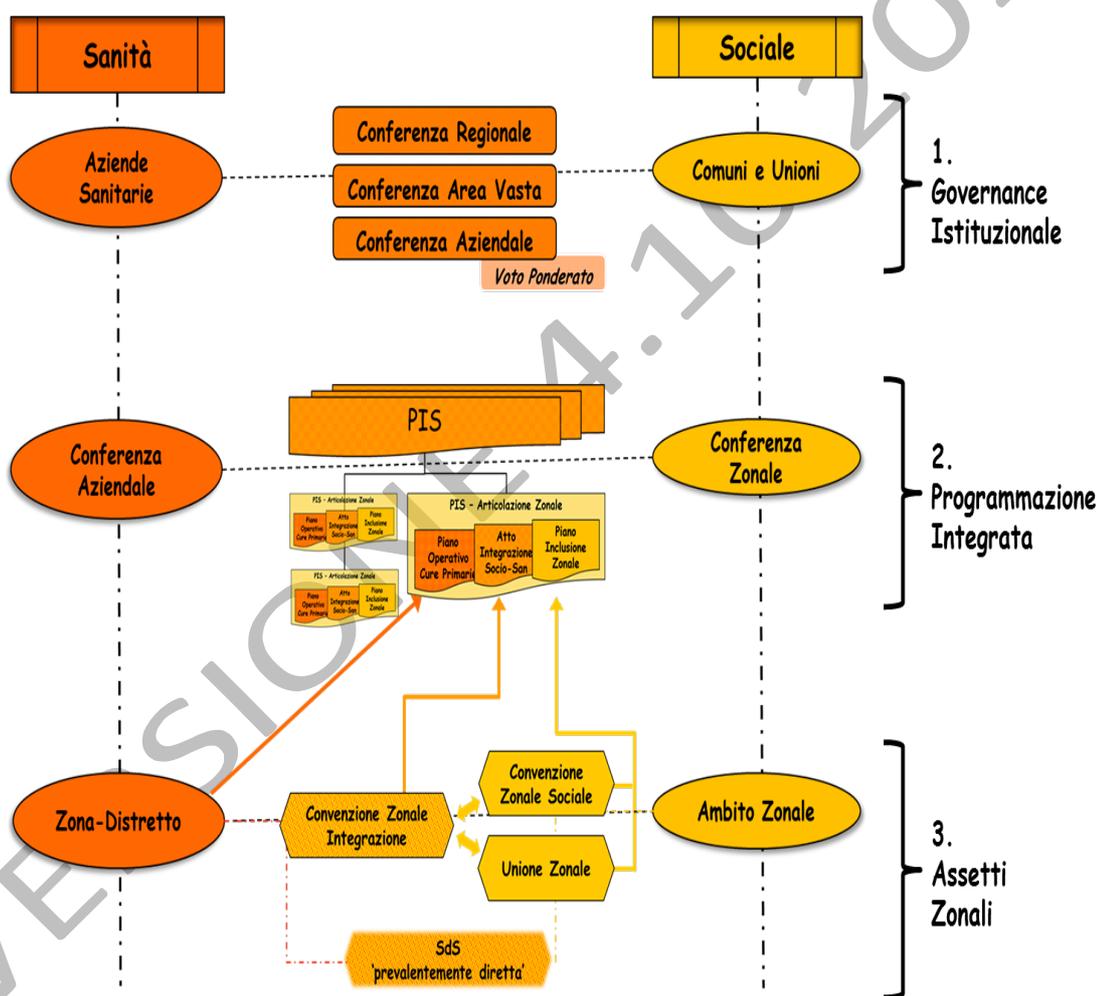


Figura 1

Un percorso impegnativo ma che, al contempo, manifesta il suo tratto per così dire resiliente, nel senso che ha permesso di non indietreggiare – e a volte migliorare, se visto in termini comparativi – rispetto al resto delle regioni italiane.

¹⁸ Si ringrazia Federsanità Toscana per la messa a disposizione.

Qualità del welfare e sviluppo territoriale

Non c'è dubbio che l'influenza del contesto socio culturale ed economico – con i suoi addentellati storico politici – giochi un ruolo fondamentale. Qualsiasi sia il metro con cui si intende misurare – ricchezza prodotta¹⁹, benessere equo e sostenibile²⁰, sviluppo umano²¹, qualità della vita²², deprivazione sociale²³, livelli di povertà- disuguaglianza²⁴, coesione sociale²⁵, ecc. – la Toscana si posiziona sempre ai primissimi posti delle graduatorie.

Visto il crescente interesse dal punto di vista delle implicazioni di policy comunitaria, può essere utile richiamare i risultati di quest'ultima metrica, attraverso la quale con l'*indicatore composito coesione sociale*, rielaborazione parziale di quello del *Benessere Equo e Sostenibile* (Bes) e del *Social Justice Index*²⁶, trovano sintesi sette sotto indicatori – relazioni sociali, economia, parità di genere, cultura, inclusione sociale e non discriminazione, ambiente, e fiducia – a sua volta composti per ognuno di essi da tre-quattro variabili.

Praticamente a pari merito, la Toscana, come risulta nella Figura 2 sotto riportata, si colloca insieme all'Emilia Romagna, nelle due regioni italiane con il migliore indice di coesione sociale,

¹⁹ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/GDP_at_regional_level/it

²⁰ <http://www.istat.it/it/archivio/175169> ; A. Morrone, (2014), *GLI INDICATORI DEL BES 2015 PER L'ANALISI TERRITORIALE A LIVELLO REGIONALE* Istat, Aula Magna Roma 14 marzo 2016 <http://www.istat.it/it/misure-del-benessere>

²¹ E. Della Chiara, E. Montresor, F. Pecci, C. F. Perali' (2014), *LA DISTRIBUZIONE DEL BENESSERE IN ITALIA: DIVERSITÀ TRA FAMIGLIE URBANE E RURALI*, *Agriregioneuropa*, anno 10 n°36, marzo 2014, <http://agrireregioneuropa.univpm.it/it/content/article/31/36/la-distribuzione-del-benessere-italia-diversita-tra-famiglie-urbane-e-rurali>

²² http://www3.istat.it/istat/eventi/2011/workshop2marzo/Isabella_Carbonaro.pdf

²³ L'indicatore utilizzato da Eurostat è dato dalla percentuale di persone che vivono in famiglie – in Toscana nel 2014 pari al 7,5% della popolazione - che sperimentano almeno quattro tra i seguenti nove sintomi di disagio: non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione; non poter sostenere una spesa imprevista (il cui importo, in un dato anno, è pari a 1/12 del valore della soglia di povertà rilevata nei due anni precedenti); non potersi permettere un pasto proteico (carne, pesce o equivalente vegetariano) almeno una volta ogni due giorni; non potersi permettere una settimana di ferie all'anno lontano da casa; non potersi permettere un televisore a colori; non potersi permettere una lavatrice; non potersi permettere un'automobile; non potersi permettere un telefono; essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito; <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>

²⁴ Secondo l'ultimo rapporto Istat (2016) *LA POVERTÀ IN ITALIA. ANNO 2015*, 14 Luglio 2016, www.istat.it, l'incidenza delle povertà relativa in Toscana, nel 2015, riguarda il 5% della popolazione residente, meno della metà del tasso nazionale (10,4%) e di poco superiore a Lombardia (4,6%), Emilia Romagna (4,8), Veneto (4,9%); complessivamente nel 2015, sono stimate pari a 2 milioni 678 mila le famiglie italiane in condizione di povertà relativa ovvero con una spesa media mensile di 1.050,95 euro per una famiglia di 2 persone, per un totale di 8 milioni 307 mila individui (13,7% dell'intera popolazione), di cui 4 milioni 134 mila sono donne (13,3%), 2 milioni e 110 mila sono minori (20,2%) e 1 milione 146 mila anziani (8,6%)

²⁵ G. Venturini e P. Graziano, (2016), *MISURARE LA COESIONE SOCIALE: UNA COMPARAZIONE TRA LE REGIONI ITALIANE*, Osservatorio internazionale sulla coesione e inclusione sociale, Fondazione Easycare, Reggio Emilia

²⁶ D. Schraad-Tischler, (2015), *SOCIAL JUSTICE IN THE EU – INDEX REPORT*, Social Inclusion Monitor Europe (SIM), BertelsmannStiftung, <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/social-justice-index-101.pdf>

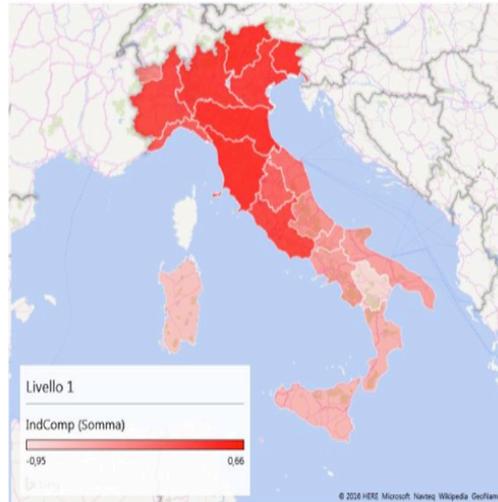


Figura 2

ovvero nella prima delle *cinque Italie* che vengono classificate con questo metodo (Tabella 2)

CATEGORIE	IndComp
Regioni a coesione sociale molto alta	Emilia Romagna
	Toscana
	Trentino Alto Adige
Regioni a coesione sociale alta	Friuli Venezia Giulia
	Lombardia
	Veneto
	Lazio
Regioni a media coesione sociale	Piemonte
	Liguria
	Umbria
Regioni a coesione sociale limitata	Marche
	Valle d'Aosta
	Abruzzo
Regioni a coesione sociale molto limitata	Molise
	Puglia
	Campania
	Calabria
	Sicilia
	Sardegna
	Basilicata

Tabella 2

Dentro questo scenario acquisisce particolare importanza il fatto che il welfare toscano presenti performance tali da porlo tra i primi a livello nazionale e, per molti aspetti, anche a livello internazionale, a conferma di una stretta correlazione tra qualità del welfare e sviluppo territoriale²⁷. Anche in questo caso i

²⁷ C. Borgomeo, (2013), *L'EQUIVOCO DEL SUD. SVILUPPO E COESIONE SOCIALE*, Bari-Roma, Laterza

sistemi di misurazione sono molteplici e pertanto riporteremo alcuni risultati senza la pretesa di essere esaustivi né tantomeno di proporre una sorta di meta analisi dei risultati presenti nell'amplessima letteratura sul tema.

A partire dai livelli essenziali di assistenza sanitaria – lea – secondo gli ultimi dati disponibili²⁸ (2013), la Regione Toscana (Tabella 3) si posiziona al primo posto, esprimendo in questo modo la migliore performance regionale²⁹ nel riconoscimento del diritto alla salute.

Valutazione	Regione	Punteggio	Impegno
Adempiente	Toscana	214	
	Emilia R.	204	
	Piemonte	201	
	Marche	191	
	Veneto	190	
	Lombardia	187	
	Liguria	187	
	Umbria	179	
Sicilia	165		
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Abruzzo	152	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: screening, prevenzione veterinaria, assistenza residenziale agli anziani e assistenza farmaceutica
	Lazio	152	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, costo pro-capite assistenza collettiva, e prevenzione veterinaria
	Basilicata	146	Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, prevenzione alimentare, assistenza residenziale agli anziani e disabili, assistenza distrettuale salute mentale, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari) e emergenza
	Molise	140	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR, prevenzione alimentare, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari)
	Calabria	136	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR, screening, prevenzione veterinaria e alimentare, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza distrettuale salute mentale, emergenza
	Campania	136	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening, assistenza residenziale agli anziani e disabili, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari)
	Puglia	134	Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso Criticità: vaccinazioni per MPR, screening, prevenzione veterinaria e alimentare, assistenza distrettuale salute mentale

Tabella 3

La Figura 3 permette di rappresentare come sia stato raggiunto questo risultato, ovvero essa evidenzia che la quasi totalità degli adempimenti lea stabiliti dal sistema di monitoraggio sono stati raggiunti.

²⁸ Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI, (2015), *ADEMPIMENTO “MANTENIMENTO DELL'EROGAZIONE DEI LEA” ATTRAVERSO GLI INDICATORI DELLA GRIGLIA LEA. METODOLOGIA E RISULTATI DELL'ANNO 2013*, Roma, Ministero della Salute, luglio 2015

²⁹ Istat sostiene che gli ultimi quindici anni di riforme a cui è stato ed è tuttora sottoposto il Sistema sanitario nazionale (Ssn) hanno codeterminato – o accentuato – una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure, in particolare a partire dal 2006 per le Regioni sottoposte ai piani di rientro. Ciò comporta che attualmente non si riescano ad assicurare uniformemente i livelli essenziali di assistenza, che si stiano erogando volumi di prestazioni al di sotto di standard ritenuti adeguati e che gli interventi di riorganizzazione/efficientamento fino ad ora attuati non siano risultati sufficienti a garantire coperture omogeneamente appropriate ai bisogni di salute. Per Istat il confronto tra il netto gradiente territoriale nord-sud nella distribuzione del finanziamento tra le Regioni e la molto più variegata geografia della salute mette in luce uno squilibrio significativo tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati; Istat (2015), *La situazione del Paese. Rapporto Annuale 2015*, www.istat.it

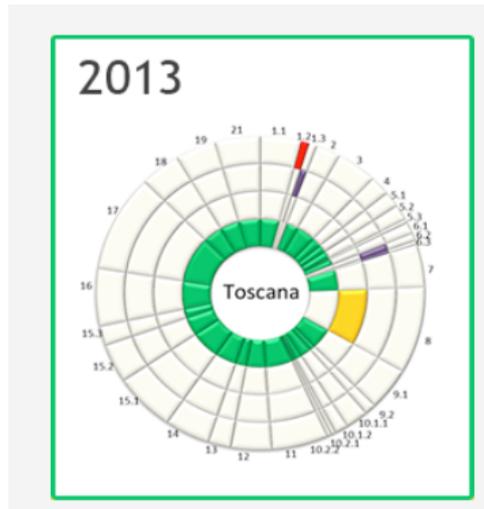
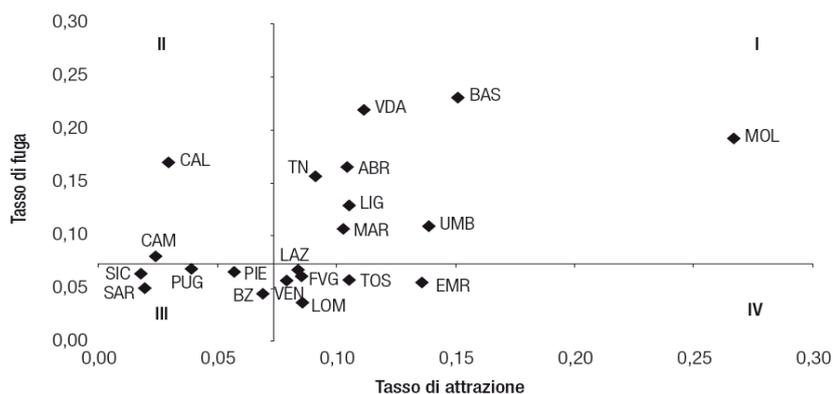


Figura 3

La qualità della offerta sanitaria pubblica è confermata anche dall'attrattività del Ssr toscano. La Figura 4³⁰ riassume in modo efficace tale caratteristica

Figura 2.17 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2010)**



(*) Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

(**) Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 4

Come si può notare, la Toscana rientra nel quarto quadrante, quello che indica la presenza di un sistema regionale con elevata mobilità in entrata e una più limitata mobilità in uscita, a conferma della percezione di alta qualità del servizio sanitario sia per i residenti che per chi non lo è. Dati più recenti pubblicati da Agenas³¹ (Tabella 4) con una serie storica che copre il settennio 2008-2014,

³⁰ Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITA' IN ITALIA. RAPPORTO OASI 2012*, Milano, Egea

³¹ Agenas(2016), *ANDAMENTO SPESA SANITARIA NAZIONALE E REGIONALE 2008 - 2014*

http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2014/aggiornamento_spesa_sanitaria_%20anni%202008_2014_PDF.pdf

indicano l'aumento di quasi il 50% del saldo positivo di mobilità³².

Tabella 4 saldo mobilità anni 2008 - 2014

Regioni	riparto 2008	riparto 2009	riparto 2010	riparto 2011	riparto 2012	riparto 2013	riparto 2014
PIEMONTE	-6.622	2.344	7.166	7.412	6.509	-7.508	-26.186
VALLE D'AOSTA	-18.415	-16.189	-11.205	-15.727	-12.816	-10.752	-9.647
LOMBARDIA	420.547	461.011	464.268	433.028	457.499	555.183	533.960
P. A. BOLZANO	4.987	9.087	6.668	1.665	3.597	10.629	18.217
P.A. TRENTO	-19.178	-17.400	-13.619	-15.438	-15.992	-15.488	-16.830
VENETO	104.612	79.705	84.635	93.741	95.180	75.790	75.357
FRIULI VENEZIA GIULIA	7.834	15.100	28.470	31.914	30.467	30.076	33.444
LIGURIA	1.618	-28.797	-37.866	-40.029	-43.967	-56.743	-51.770
EMILIA ROMAGNA	344.159	367.316	366.754	376.985	358.525	336.690	327.978
TOSCANA	107.011	100.731	99.435	121.082	131.927	132.294	151.214
UMBRIA	777	-2.946	9.722	9.886	2.649	9.411	3.295
MARCHE	-44.491	-46.099	-32.507	-19.644	-22.472	-33.677	-46.146
LAZIO	-62.869	-108.361	-99.562	-55.149	-118.979	-199.100	-201.575
ABRUZZO	-6.334	-34.647	-71.692	-124.377	-101.407	-69.559	-70.715
MOLISE	36.328	36.353	28.196	37.548	35.839	30.109	25.722
CAMPANIA	-313.066	-318.434	-308.213	-331.542	-299.132	-310.810	-270.403
PUGLIA	-222.316	-103.002	-139.981	-177.009	-171.737	-180.058	-187.265
BASILICATA	-30.188	-37.429	-40.348	-33.211	-19.140	-19.111	-38.796
CALABRIA	-224.172	-239.292	-257.493	-233.992	-250.009	-251.654	-251.687
SICILIA	-209.720	-224.162	-203.788	-208.590	-203.844	-188.774	-161.682
SARDEGNA	-70.476	-74.401	-67.050	-50.956	-64.796	-68.787	-70.564
B. GESU'	178.974	148.781	149.903	157.854	165.859	192.720	194.527
ACISMOM	21.001	30.730	38.108	34.549	36.241	39.120	39.552
ITALIA	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: elaborazione Agenas su dati Intese Stato-Regioni-riparto disponibilità finanziarie anni 2008-2014

Nota:
intesa 14.02.2008; intesa 26.11.2009; intesa 18.11.2010; intesa 21.12.2011; intesa 20.06.2013; intesa 20.02.2014; intesa 04.12.2014

Tabella 4

Dal punto di vista della condizione di salute della popolazione, una possibilità di cogliere e valutare le differenze territoriali è offerta dagli indici sintetici sullo stato di salute fisico (PCS) e sullo stato di salute psicologico (MCS)³³. Per quanto riguarda l'indice dello stato di salute fisico, come risulta dai grafici sotto riportati, netto è il gradiente territoriale Nord-Centro-Mezzogiorno, dentro il quale la Toscana si colloca nel primo quintile con valori dell'indice più alti della media nazionale. Per l'indice di stato di salute psicologico, la geografia è meno netta³⁴ (Figura 5).

³² Interessante notare come il livello medio di soddisfazione per l'ultima prestazione sanitaria fruita nei 12 mesi precedenti l'intervista (fonte Ars (2015), *RELAZIONE SANITARIA REGIONALE 2014*, Firenze, maggio 2015, www.ars.toscana.it su dati Istat 2013 – Indagine sul ricorso ai servizi sanitari), pur essendo nella media italiana per visita specialistica e per accertamento specialistico, risulta al 13° posto nel primo caso, al 12° nel secondo, ma soprattutto sotto la media con il 15° posto per quanto riguarda i ricoveri

³³ Vengono qui considerati otto diversi aspetti relativi allo stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale; la sintesi dei punteggi consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (Physical Component Summary), l'altro quello psicologico (Mental Component Summary).

Al decrescere del valore medio degli indici PCS (Indice di stato fisico), e MCS (indice di stato psicologico) peggiorano le condizioni di salute

³⁴ Regione Piemonte e Istat, (2014), *TUTELA DELLA SALUTE E ACCESSO ALLE CURE ANNO 2013*, Torino – Roma, www.istat.it

FIGURA 2. INDICE DI STATO FISICO E INDICE DI STATO PSICOLOGICO DELLE PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER REGIONE. Anno 2013, punteggi medi standardizzati

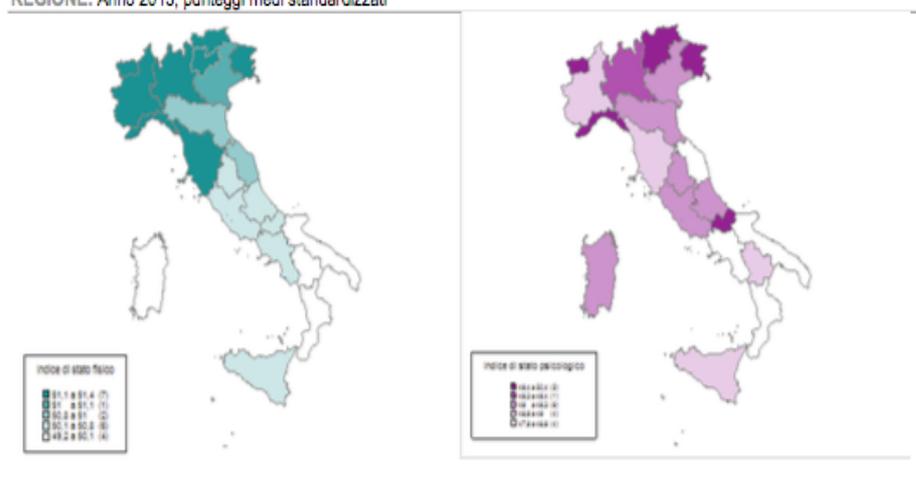


Figura 5

Altro indicatore relativo alle condizioni di salute e benessere della popolazione si ottiene considerando la speranza di vita alla nascita. Le ultime stime Istat, anticipate dal Rapporto Osservasalute 2015³⁵, indicano una lieve inversione del processo di crescita di tale indicatore dopo diversi anni. Dal punto di vista della comparazione regionale (Tabella 5), la Toscana si colloca al terzo posto (insieme al Veneto, preceduta da E. Romagna e Marche al secondo e Trentino A. Adige al primo) per quanto riguarda i maschi (80,7 anni), e al quarto (insieme a Lombardia, preceduta da Marche, Umbria e sempre al primo Trentino A. Adige) per quanto riguarda le femmine (85,2 anni), con un differenziale rispettivamente di 0,6 anni e 0,5 anni a seconda del genere rispetto alla media nazionale. È invertito tra maschi e femmine, invece, il risultato del differenziale con il 2014, nel senso che anche la Toscana cala di qualche decimale (0,3 e 0,2) secondo però questo diverso andamento.

³⁵ Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2015), *RAPPORTO OSSERVASALUTE 2015*, Roma, <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2015/15>

PROSPETTO 3. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO E REGIONE – Anno 2015 e variazioni sul 2014

Regioni	Speranza di vita *		Variazione sul 2014		Regioni	Speranza di vita *		Variazione sul 2014	
	M	F	M	F		M	F	M	F
Piemonte	79,9	84,6	-0,3	-0,3	Molise	79,7	84,9	0,0	0,0
Valle d'Aosta	79,0	84,1	-0,7	-0,5	Campania	78,3	82,9	-0,3	-0,4
Lombardia	80,5	85,2	-0,3	-0,4	Puglia	80,3	84,6	-0,2	-0,3
Trentino-Alto Adige	81,1	85,8	-0,1	-0,1	Basilicata	79,9	84,7	-0,1	-0,2
Bolzano	80,9	85,6	-0,3	0,1	Calabria	79,6	84,3	0,0	-0,2
Trento	81,4	85,9	0,1	-0,2	Sicilia	79,4	83,5	-0,2	-0,3
Veneto	80,7	85,4	-0,1	-0,3	Sardegna	79,7	85,0	0,0	-0,3
Friuli-Venezia Giulia	79,9	85,0	-0,2	-0,1	ITALIA	80,1	84,7	-0,2	-0,3
Liguria	80,0	84,7	-0,1	-0,3	Nord	80,4	85,1	-0,2	-0,3
Emilia-Romagna	80,8	85,1	-0,2	-0,3	Nord-ovest	80,3	84,9	-0,3	-0,4
Toscana	80,7	85,2	-0,3	-0,2	Nord-est	80,7	85,3	-0,1	-0,3
Umbria	80,6	85,3	-0,3	-0,3	Centro	80,4	84,9	-0,1	-0,3
Marche	80,8	85,4	-0,2	-0,3	Mezzogiorno	79,4	83,9	-0,2	-0,3
Lazio	80,0	84,5	0,0	-0,2	Sud	79,4	83,9	-0,2	-0,3
Abruzzo	80,2	84,8	0,0	-0,3	Isole	79,4	83,9	-0,1	-0,3

(*)Stima

Tabella 5

Un'ultima considerazione sullo stato di salute della popolazione toscana emerge considerando la condizione di cronicità³⁶ presente tra la popolazione della Regione (dati 2014).

Tavola 4.16 segue Popolazione residente per condizioni di salute, malattie croniche dichiarate, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, sesso, classe di età e regione Anno 2014, per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona

REGIONI	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più (b)	Con due malattie croniche o più (b)	Cronicità in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper-tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, Osteo-artrite porosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi e digestivi	Ulcera gastrica e duodenale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista	
2014 - PER REGIONE														
Piemonte	69,4	37,9	18,0	41,7	4,5	16,6	4,8	14,2	5,9	3,4	9,1	4,0	2,4	42,0
Valle d'Aosta/	71,7	35,4	18,1	42,7	4,6	14,8	5,1	14,8	6,6	4,9	6,8	4,3	2,1	40,9
Valleée d'Aoste/	67,0	45,3	25,2	43,4	4,5	21,6	6,9	20,5	9,4	4,4	12,4	4,8	2,0	47,5
Liguria	71,2	39,9	20,1	45,8	4,9	17,3	5,3	14,8	6,5	4,5	11,2	4,0	2,6	44,3
Lombardia	80,2	34,8	15,4	59,3	3,5	12,8	4,4	12,5	4,0	3,0	11,6	2,9	1,8	36,4
Trentino-Alto Adige/	82,5	33,7	14,6	63,0	3,0	12,1	3,7	10,9	4,0	2,6	13,5	2,9	1,5	35,3
Südtirol/	78,1	35,9	16,2	56,0	3,9	13,4	5,1	14,0	4,1	3,4	9,8	2,9	2,1	37,4
Bolzano-Bozen	70,0	39,0	19,2	42,1	4,6	16,3	4,7	16,0	6,0	3,9	10,0	4,0	2,9	43,6
Trento	70,2	41,1	20,3	44,7	5,1	18,8	4,9	15,7	6,5	3,6	10,9	4,4	2,5	43,7
Veneto	70,1	42,3	20,6	46,4	4,9	17,2	6,2	15,8	6,1	4,2	11,7	4,4	3,2	45,4
Friuli-Venezia Giulia	71,5	39,3	18,2	45,8	5,9	14,8	5,9	14,7	6,3	3,0	11,2	4,1	2,0	42,6
Emilia-Romagna	70,5	43,1	23,9	45,9	5,6	19,0	6,3	18,4	9,5	4,1	11,2	6,0	2,8	44,8
Toscana	69,5	38,4	19,8	38,7	4,5	17,4	6,0	16,8	8,2	4,5	8,8	3,7	2,5	42,7
Umbria	70,7	36,2	20,1	38,7	5,5	18,3	5,9	15,0	8,6	3,9	9,1	3,9	1,7	37,2
Marche	68,0	42,4	22,9	40,8	6,0	18,6	6,0	19,2	9,3	4,3	11,6	4,6	3,8	42,2
Lazio	68,8	39,1	20,1	36,5	5,6	17,3	4,4	16,1	8,1	4,3	10,0	3,5	2,3	36,8
Abruzzo	71,1	35,0	20,1	34,0	6,9	17,8	6,1	16,0	7,4	3,6	9,0	4,1	2,5	33,9
Molise	70,6	37,1	20,3	38,5	6,5	18,2	5,4	16,6	8,7	3,8	8,7	4,1	2,3	37,1
Campania	65,2	40,9	22,2	34,7	7,0	16,1	6,8	18,2	7,4	3,6	9,6	3,8	3,7	36,7
Puglia	62,6	39,6	23,6	28,6	6,4	19,7	7,2	18,5	9,0	4,3	10,5	4,7	4,7	38,4
Basilicata	69,1	37,7	21,5	36,3	6,0	17,6	5,9	17,6	9,4	3,9	9,9	4,4	2,4	35,3
Calabria	63,3	45,2	26,4	36,3	5,9	17,1	8,8	20,3	12,2	5,0	13,9	5,7	2,7	44,2
Sicilia	70,3	39,9	20,0	44,4	4,7	17,5	5,3	15,2	6,6	4,1	10,7	4,1	2,5	44,0
Sardegna	71,0	40,1	19,5	45,4	4,7	16,6	5,3	15,6	5,9	3,9	10,9	4,1	2,9	43,6
Nord-ovest	70,8	37,9	19,7	41,6	5,5	17,1	6,0	15,4	7,9	3,7	9,9	4,1	2,0	40,2
Nord-est	69,1	37,3	21,0	35,3	6,6	18,2	6,0	16,9	8,2	3,8	9,4	4,2	2,9	36,4
Centro	67,7	39,5	22,7	36,3	6,0	17,6	6,6	18,2	10,1	4,1	10,9	4,7	2,4	37,5
Sud	70,0	38,9	20,4	41,1	5,5	17,4	5,8	16,0	7,5	3,9	10,3	4,2	2,6	40,7
Isole														
ITALIA														

Fonte: Istat, Indagine multiscope "Aspetti della vita quotidiana" (R)
 (a) Indicano le modalità "molto bene" o "bene" alla domanda "Come va in generale la sua salute?".
 (b) Per 100 persone affette da almeno una malattia cronica.
 (c) Dal 2009 il fenomeno è rilevato con un quesito standardizzato a livello internazionale e non è confrontabile con gli anni precedenti.

Tabella 6

³⁶ Istat (2014), ANNUARIO STATISTICO ITALIANO, Roma, Istat, www.istat.it

Dalla Tabella 6 emerge che la Toscana presenta una percentuale più alta della media nazionale per la popolazione in buona salute (+1,5), un lieve differenziale positivo della percentuale di persone affette da una malattia cronica (+0,4) ma al contempo un tasso minore di malati con due o più malattie croniche (-1,8) e, soprattutto, una condizione di buona salute percepita tra la popolazione cronica nettamente migliore rispetto al dato italiano (+4,5).

A completamento di questa sintetica ricognizione riportiamo la comparazione relativa al livello di offerta socioassistenziale e sociosanitaria pubblica. La Toscana (Tabella 7) si posiziona nel gruppo di regioni qualificate³⁷ da una copertura *generalizzata e generosa*, per la presenza di un mix pubblico-privato strutturato, la presenza di alcuni segnali di orientamento verso forme di intervento societario, un'offerta estesa di servizi tradizionali e la presenza di un orientamento verso la territorializzazione, nel quadro di una società discretamente coesa e con rischi sociali relativamente bassi.

MODELLO	REGIONI	CARATTERISTICHE
Generalizzato con mix di tipo societario	Valle d'Aosta Trentino, Alto Adige	Mix strutturato ma con dinamiche forti di tipo societario, offerta estesa di servizi tradizionali, ma meno attenti alla territorializzazione, forte coesione sociale e bassa presenza di rischi sociali
Generalizzato e generoso	Friuli Venezia Giulia Toscana Lombardia Veneto Emilia Romagna	Mix strutturato con la presenza di alcuni segnali di orientamento verso il societario, l'offerta estesa di servizi tradizionali e di orientamento verso la territorializzazione, società discretamente coesa con rischi sociali relativamente bassi.
Mix strutturato	Liguria Marche Umbria	Mix bilanciato fra dinamiche d'integrazione di mercato, stato e societarie. Offerta discretamente diffusa di servizi tradizionali e territoriali, la coesione sociale è discreta e bassi sono i rischi sociali
Consolidato ma poco innovativo	Piemonte	Mix strutturato ma con pochi segnali di orientamento verso dinamiche di sussidiarietà, l'offerta di servizi tradizionali è estesa ma poco orientata alla territorializzazione, coesione e rischi sociali sono relativamente bassi
Residuale e poco diversificato	Lazio Abruzzo	Il mix è relativamente poco articolato e poco significativi sono i segnali di orientamento verso il welfare societario. L'offerta di servizi tradizionali e territoriali è relativamente poco estesa
Residuale con propensione al societario	Molise Basilicata Sardagna	Mix di mercato e stato poco strutturato, ma con alcuni segnali di orientamento verso strutture di tipo societario, l'offerta è poco estesa sia di servizi tradizionali sia territoriali, la coesione è discreta ma alti sono anche i rischi sociali
Minimale a elevata criticità sociale	Puglia Calabria Campania Sicilia	Debole la presenza di tutti gli attori (pubblici e privati) e mancano segnali di orientamento verso la sussidiarietà, l'offerta appare complessivamente poco estesa. La società poco coesa presenta rischi sociali elevati

Tabella 7

³⁷ Le dimensioni indagate, a partire dalle quali sono stati scelti indicatori coerenti, con dati disponibili e temporalmente estesi, sono state quelle della titolarità della gestione, dell'estensione/responsabilità del sistema di protezione e del contesto sociale; G.Bertin, a cura di, (2012), *WELFARE REGIONALE IN ITALIA*, Venezia, Edizioni Cà Foscari

IV- SPESA PUBBLICA TOSCANA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

Al fine di permettere una migliore interpretazione delle informazioni economico finanziarie relative alla spesa pubblica regionale, sostenuta sia in sanità che nel sociosanitario, anticiperemo in forma sintetica alcuni dati gestionali relativi alla conformazione del servizio sanitario regionale, ai consumi sanitari e all'incidenza del non profit in questi due settori.

Il Ssr toscano

Secondo l'Istat³⁸ il Ssr toscano (dati 2012) è composto da:

- 49.816 dipendenti, di cui 8.121 medici e odontoiatri e 21.416 infermieri; rispetto alla media italiana di 105,8 dipendenti ogni 10.000 abitanti, in Toscana questo rapporto arrivava a 135,4, pari quindi a quasi 1/3 in più;
- 2.894 medici di medicina generale, con un numero medio pc di 1.133 pazienti; questo dato posiziona la Toscana tra le regioni non a statuto speciale con il minor numero di Mmg ogni 10.000 abitanti (7,9), preceduta da Veneto (6,9) ed Emilia Romagna;
- 449 Pediatri di libera scelta con un numero medio pc di 894 pazienti;
- 11.601 posti letto ordinari, distribuiti in 69 istituti, con un tasso utilizzo del 75,4% e una degenza media per ricoverato di 7 gg; nel 2012 le giornate di degenza complessive sono state 3.129.652;
- 775 ambulatori e laboratori di cui il 65% pubblici, contro una media nazionale del 41,1%.

Dal punto di vista dei consumi sanitari³⁹, nel corso del 2013 solo il 20% della popolazione non ha avuto alcun contatto con l'offerta pubblica:

- 300 mila persone hanno usufruito sia dell'ospedale che della specialistica ambulatoriale che della farmaceutica, mentre i ricoveri ospedalieri senza altro intervento hanno riguardato 4.500 persone; ogni giorno i ricoverati in ospedale raggiungono le 1600 unità (di cui 200 da fuori regione); tra il 2012 e il primo semestre 2014, il tasso di ospedalizzazione è passato da 149 a 106,9 ricoveri per 1000 abitanti, con una media nazionale di 134,1;
- gli accessi al pronto soccorso – anno 2014 – sono stati 1,38 milioni (nel 2012 erano meno di 1,32 milioni), con una media giornaliera di 4.000 accessi;
- 1,75 milioni di residenti ha usufruito sia della specialistica ambulatoriale che della farmaceutica, mentre 500 solo della farmaceutica e poco meno (471 mila) della sola specialistica ambulatoriale.

³⁸ Istat (2015), ANNUARIO STATISTICO ITALIANO, Roma, Istat, www.istat.it

³⁹ Ars (2015), RELAZIONE SANITARIA REGIONALE 2014, Firenze, maggio 2015, www.ars.toscana.it

Ad integrazione dei dati gestionali sopra riportati relativi al servizio pubblico, merita evidenziare come stia evolvendo il ruolo dell'offerta non profit. Secondo il Censimento 2011⁴⁰ il settore non profit nell'ultimo decennio risulta particolarmente dinamico, con un aumento a livello nazionale del 28 % delle unità e del 39,4 % degli addetti, a fronte di un modesto incremento delle imprese (rispettivamente +8,4 % per le unità e +4,5 % per gli addetti) e della contrazione delle istituzioni pubbliche, sia in termini di unità (-21,8 %), che in termini di addetti (-11,5 %).

Il comparto della sanità e dell'assistenza sociale ha contribuito con una crescita di addetti pari al 14,8 %, grazie all'aumento degli addetti nelle imprese e nelle istituzioni non profit – rispettivamente pari al 40,0 e al 47,2 % – che ha più che compensato la riduzione riscontrata nelle istituzioni pubbliche, pari al -8,6%. Tale fenomeno ha riguardato tutte le regioni italiane.

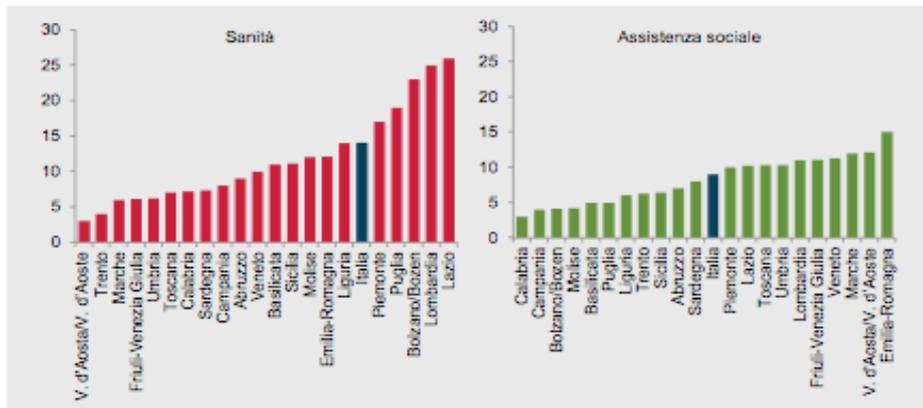
Il numero delle istituzioni non profit attive è cresciuto (rispetto al 1999) del 13,4 % nella sanità e del 29,5 % nell'assistenza sociale. La loro incidenza sul totale non profit è però diminuita dal 13,1 all'11,9%. E questo dentro un quadro di forte eterogeneità territoriale nella distribuzione e nella dimensione media delle organizzazioni (nella maggioranza piccole). Riguardo alla principale fonte di finanziamento, le istituzioni non profit sanitario e socioassistenziale che utilizzano maggiormente fonti di finanziamento pubbliche sono rispettivamente il 36,1 % e 32,8 %, che risultano più attive anche nel *fund raising*: 35,2 % nella sanità e 33,9 % nell'assistenza sociale. Infine qualche dato sulla occupazione:

- in termini di addetti, le istituzioni che operano nella sanità e nell'assistenza sociale hanno una dimensione media superiore rispetto al totale delle istituzioni non profit; più elevata risulta anche la dimensione in termini di volontari, 30,8 per la sanità e 23,9 per l'assistenza sociale contro 15,8 per le istituzioni non profit in totale;
- i due settori assorbono il 56 % degli addetti complessivi del non profit e il 19,7 % dei volontari; il rapporto tra addetti e volontari nella sanità è di 47 addetti ogni 100 volontari, mentre è di 38 nell'assistenza (valore medio nazionale 14 dipendenti);
- il sanitario presenta la maggiore variabilità per il personale dipendente, con una media nazionale di 14 unità; l'assistenza invece conta mediamente 9 unità per istituzione; la situazione toscana è più bassa della media nazionale per quanto riguarda il personale impegnato in sanità, mentre leggermente maggiore per quanto riguarda l'assistenza sociale (Figura 6);
- in generale, elevata è la componente femminile tra le risorse impiegate: a livello nazionale si contano 202 lavoratrici e 61 volontarie ogni 100 uomini; in

⁴⁰ Istat (2014), *RAPPORTO SULLA SITUAZIONE DEL PAESE. Capitolo quarto TENDENZE DEMOGRAFICHE E TRASFORMAZIONI SOCIALI NUOVE SFIDE PER IL SISTEMA DI WELFARE*, Roma, www.istat.it

quello sanitario trovano posto 276 lavoratrici retribuite e 84 volontarie ogni 100 uomini; nell'assistenza sociale 409 lavoratrici retribuite e 82 volontarie ogni 100 uomini.

Figura 4.21 Dimensione media di personale dipendente impiegato nelle Istituzioni non profit che operano prevalentemente nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per regione - Anno 2011



Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit

Figura 6

Le performance del sistema – bersaglio Mes⁴¹

Sulla base del confronto interregionale⁴²:

- la popolazione toscana presenta buoni indicatori relativi alla mortalità;
- non si discosta dalle altre Regioni per diffusione di stili di vita sani e per la loro promozione da parte dei medici di medicina generale (indagine Passi);
- la copertura vaccinale si conferma ampia per tutte le tipologie di vaccinazioni;
- l'attenzione alla gestione del dolore è nella media, in miglioramento rispetto al 2013;
- i programmi di screening oncologici presentano una buona copertura, per estensione e per adesione della popolazione; per alcuni risultano esservi margini di miglioramento;
- confermata la capacità di governo della domanda, con un tasso di ospedalizzazione contenuto e in ulteriore contrazione rispetto al 2013;
- appropriato l'utilizzo del setting assistenziale chirurgico da parte degli ospedali toscani;
- in ulteriore riduzione i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza; in particolare, la Regione rappresenta la *best practice* sui ricoveri con degenza

⁴¹ S. Nuti, F. Vola e P. Amat, a cura di, (2014), *IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI. REPORT 2014*, <http://meslab.sssup.it>

⁴² Le regioni partecipanti al Network sono :Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto

- oltre soglia per pazienti ultrasessantacinquenni;
- in ulteriore riduzione la durata delle degenze – sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico – confermando l’uso efficiente della risorsa ospedaliera;
 - l’organizzazione dei processi ospedalieri risulta complessivamente positiva;
 - ottima la capacità da parte dei Pronto Soccorso toscani di indirizzare la casistica verso i reparti di degenza più appropriati;
 - i tempi di attesa in Pronto Soccorso risultano in linea con le altre Regioni; la percentuale di abbandoni è bassa;
 - le dimissioni volontarie – *proxy* del giudizio da parte degli utenti sulla qualità del ricovero – sono in linea con le altre Regioni;
 - molto buona è la gestione del percorso materno-infantile; in alcune aziende il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica è però superiore alla media;
 - ottimo il percorso oncologico;
 - la presa in carico della salute manifesta l’esigenza di prestare maggiore attenzione ai ricoveri ripetuti;
 - non si rileva uno scostamento significativo rispetto alle altre Regioni sul ricorso a prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate;
 - in ambito di diagnostica, risulta invece opportuno attivare percorsi di condivisione tra i professionisti per ridurre le prescrizioni di risonanze magnetiche lombari a pazienti che ne hanno già effettuata una nei 12 mesi precedenti;
 - nella gestione delle cronicità, la Toscana conferma un’ottima integrazione tra ospedale e territorio e un’efficace capacità di presa in carico;
 - mostra buoni livelli di efficienza prescrittiva nell’area farmaceutica (ovvero di propensione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto), mentre vi sono spazi di miglioramento della spesa territoriale pro-capite;
 - contenuti sia il costo sanitario pro-capite, sia quello per le attività diagnostiche, sia il costo per l’assistenza ospedaliera.

La spesa pubblica sanitaria toscana

A partire dal 2009, la spesa sanitaria pubblica toscana si è sostanzialmente stabilizzata attorno ai 7,2 miliardi €, con un calo nel 2013 di circa 150 milioni € sull’anno precedente, poi sostanzialmente recuperato nel 2014⁴³ (Tabella 8). Calcolando il solo riparto del Fondo sanitario nazionale, nel 2016 questo è stato di 6.832.328.584 €. Nel periodo, la spesa sanitaria pubblica pc si è attestata attorno ai 1.800€ annui.

⁴³ Agenas(2016), *ANDAMENTO SPESA SANITARIA NAZIONALE E REGIONALE 2008 – 2014*, http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2014/aggiornamento_spesa_sanitaria_%20anni%202008_2014_PDF.pdf

Tabella 1 - spesa sanitaria corrente - anni 2008-2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIEMONTE	8.168.765	8.444.150	8.576.644	8.534.730	8.454.187	8.268.504	8.257.614
VALLE D'AOSTA	260.879	264.043	278.060	279.486	279.298	272.649	260.785
LOMBARDIA	16.740.240	17.222.431	17.844.158	18.186.558	18.307.208	18.446.212	18.870.104
PROV AUT BOLZANO	1.108.183	1.065.860	1.099.606	1.112.280	1.158.176	1.160.304	1.141.812
PROV AUT TRENTO	995.402	1.062.713	1.095.332	1.131.258	1.157.508	1.150.646	1.153.187
VENETO	8.652.843	8.907.065	9.050.809	9.019.565	8.915.056	8.783.767	8.788.140
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.316.504	2.414.483	2.448.022	2.500.544	2.498.732	2.475.931	2.385.568
LIGURIA	3.186.542	3.288.245	3.273.850	3.257.367	3.171.880	3.135.759	3.168.488
EMILIA ROMAGNA	8.061.983	8.461.042	8.631.331	8.731.365	8.892.326	8.744.020	8.768.698
TOSCANA	6.805.062	7.261.649	7.252.161	7.255.084	7.282.498	7.131.197	7.260.237
UMBRIA	1.567.200	1.623.697	1.636.560	1.647.572	1.658.570	1.650.583	1.645.404
MARCHE	2.647.113	2.761.392	2.835.884	2.837.582	2.786.463	2.743.929	2.768.653
LAZIO	10.987.886	11.250.297	11.143.017	11.007.694	10.925.879	10.701.872	10.682.689
ABRUZZO	2.371.856	2.362.669	2.355.425	2.323.540	2.330.702	2.290.309	2.348.869
MOLISE	653.501	668.710	665.753	654.242	663.517	652.881	661.353
CAMPANIA	10.084.763	10.246.143	10.116.740	9.949.429	9.674.527	9.510.214	9.716.016
PUGLIA	7.131.501	7.197.239	7.289.302	7.131.526	7.029.857	7.022.325	7.151.521
BASILICATA	1.020.474	1.042.555	1.063.916	1.068.467	1.038.555	1.028.247	1.037.458
CALABRIA	3.384.485	3.514.678	3.473.073	3.400.489	3.332.621	3.297.242	3.360.408
SICILIA	8.341.115	8.471.903	8.606.583	8.610.897	8.546.649	8.566.884	8.579.301
SARDEGNA	2.944.030	3.082.855	3.165.745	3.217.523	3.262.632	3.233.326	3.266.518
ITALIA	108.143.924	111.372.503	112.630.340	112.623.941	112.688.218	111.684.110	112.672.629
regioni non in piano di rientro	48.681.457	50.568.076	51.588.669	52.003.560	52.052.556	51.663.714	52.307.182
regioni in piano di rientro e commissariate	27.482.491	28.042.497	27.754.008	27.335.394	26.927.246	26.452.518	26.769.335
regioni in piano di rientro	23.641.381	24.113.292	24.472.529	24.277.153	24.030.693	23.857.713	23.988.436
regioni a statuto speciale	7.624.998	7.889.954	8.086.765	8.241.091	8.356.346	8.292.856	8.207.870

Fonte: elaborazione Agenas su dati modelli Ce consuntivi 2008-2014 (NSIS)

Tabella 8

Sempre nello stesso periodo, significativa è stata la riduzione della spesa pubblica per personale Ssn (650.000 operatori), pari a 2,2 mld €, ovvero ad un 5,75 % a livello nazionale. In Toscana, come emerge dalla Tabella 9, la percentuale è stata del 2,7%.

Gli interventi che hanno inciso in misura considerevole sono stati la revisione delle dotazioni organiche, il blocco del turn-over e le politiche di contenimento delle assunzioni, nonché i limiti retributivi, il tetto di spesa del personale, il nuovo regime del trattamento accessorio ed il congelamento della vacanza contrattuale⁴⁴.

⁴⁴ Corte dei Conti, (2016), *RELAZIONE 2016 SUL COSTO DEL LAVORO PUBBLICO*, Roma, maggio 2016

TABELLA n. 16 SA/ITA – COMPARTO ENTI SANITARI – PAGAMENTI PER IL PERSONALE – PERIODO 2011-2014

Descrizione	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Var. % 2014-2013	Var. % 2014-2011	Var. % 2013-2012	Var. % 2012-2011
RSO	31.896.973	31.226.635	30.706.789	29.769.132	-3,05	-6,67	1,53	-2,32
PIEMONTE	3.121.568	3.049.009	3.095.584	2.957.858	-4,45	-5,24	-1,60	1,34
LOMBARDIA	5.311.501	5.382.801	5.296.453	5.266.774	-0,56	-0,84	0,47	0,49
VENETO	2.859.452	2.873.498	2.886.958	2.866.808	-0,70	0,26	-0,56	-4,05
LIGURIA	1.222.742	1.173.277	1.166.654	1.159.056	-0,65	-5,21	-0,40	-1,49
EMILIA R.	3.203.918	3.156.262	3.143.630	3.114.850	-0,92	-2,78	-2,16	-1,03
TOSCANA	2.702.384	2.674.422	2.616.608	2.629.520	0,49	-2,70	-5,12	1,71
UMBRIA	641.052	651.983	618.631	609.695	-1,44	-4,89	-2,63	-2,78
MARCHE	1.147.768	1.115.893	1.086.501	1.017.074	-6,39	-11,39	-3,28	-6,32
LAZIO	3.139.705	2.941.385	2.844.866	2.748.129	-3,40	-12,47	7,10	-1,16
ABRUZZO	795.951	786.688	842.512	822.397	-2,39	3,32	-2,80	-3,40
MOLISE	224.767	217.120	211.045	215.105	1,92	-4,30	-5,88	1,20
CAMPANIA (3)	3.207.648	3.246.216	3.055.420	2.628.928	-13,96	-18,04	-5,05	-3,75
PUGLIA	2.316.691	2.229.759	2.117.201	2.167.217	2,36	-6,45	-4,39	-2,66
BASILICATA	407.382	396.555	379.142	375.459	-0,97	-7,84	1,04	-16,47
CALABRIA	1.594.444	1.331.766	1.345.585	1.190.263	-11,54	-25,35	-1,88	2,22
RSS	6.223.127	6.361.101	6.241.318	6.157.214	-1,35	-1,06	-0,72	-1,57
VALLE D'AOSTA	119.569	117.692	116.848	117.708	0,74	-1,56	-1,30	9,84
PA BOLZANO	546.581	600.342	592.557	587.959	-0,78	7,57	0,73	0,02
PA TRENTO	432.236	432.313	435.468	431.470	-0,92	-0,18	-0,41	2,61
FRIULI V.G.	975.147	1.000.637	996.573	1.028.828	3,24	5,50	-4,94	2,99
SICILIA	2.946.246	3.034.262	2.884.316	2.787.201	-3,37	-5,40	3,38	-2,28
SARDEGNA	1.203.349	1.175.855	1.215.555	1.204.048	-0,95	0,06	1,53	-2,32
PAG. PERSONALE	38.120.100	37.587.736	36.948.107	35.926.346	-2,77	-5,75	-1,60	1,34

Fonte: dati SIOPE aggiornati al 3.4.2015 – Elaborazioni: Corte dei conti – Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro.

Tabella 9

Un recente studio relativo agli anni 2011/2013⁴⁵ riscontra, a proposito dei costi del personale tra le varie regioni:

- la diminuzione generalizzata, anche se non del tutto omogenea, sia del costo complessivo che della numerosità del personale; in rapporto alla popolazione residente, i valori più bassi si riscontrano in tre Regioni in Piano di Rientro (Campania, Lazio e Puglia);
- una marcata differenza del costo medio del personale, sia in generale sia per i singoli ruoli, tra le Regioni e tra le ASL all'interno di una stessa Regione; con una variabilità di circa € 11.000 annui (20%)⁴⁶ sul costo medio di tutto il personale dipendente; rispetto alle diverse figure presenti, tale variabilità ovviamente si differenzia a seconda dei comparti⁴⁷;
- così come una altrettanto marcata differenza tra le diverse Regioni dell'incidenza delle indennità accessorie sul totale delle retribuzioni – Campania (23,2%) e Abruzzo (18%)⁴⁸.

⁴⁵ Stem (2015), ANALISI DEI COSTI PER IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ANNI 2011/2013, <http://www.regioni.it/sanita/2015/12/17/stem-analisi-dei-costi-per-il-personale-dipendente-del-servizio-sanitario-nazionale-anni-20112013-436832/>

⁴⁶ Dai 62.349 € della Campania ai 51.571 € del Veneto, mentre le Regioni di riferimento 2014 si attestano a € 52.884

⁴⁷ Comparto sanitario, composto da 328.787 unità, è di € 8.000 annui (circa il 16%) tra la Regione Campania e la Regione Sardegna; dirigenza sanitaria medica, composta da 118.673 unità: circa € 15.500 (il 13%) tra la Regione Molise e la Regione Sardegna; ruolo tecnico, composto da 115.196 unità, circa € 8.600 annui (il 22%) tra la Campania e l'Umbria; dirigenza tecnica, dirigenza professionale, dirigenza amministrativa presentano differenze ancora più marcate

⁴⁸ Queste variabilità sono influenzate anche dalla diversa composizione del personale nel suo insieme: nelle aziende con personale con anzianità di servizio elevata, o con un numero maggiore di strutture complesse, il costo medio è più alto. I costi medi elevati di alcune Regioni, soprattutto in Piano di rientro, sono influenzati anche dal permanere, nel triennio considerato, del blocco del turn over, con l'effetto di far aumentare il costo medio del personale per il pagamento di prestazioni aggiuntive (ad es. straordinari, anche festivi e notturni), retribuite in base agli accordi integrativi aziendali, ad un numero inferiore di unità di personale

Sempre nel periodo 2011-2014 anche l'acquisto di servizi sanitari da parte dei Ssr è complessivamente diminuito, a livello nazionale si è passati da poco oltre 41 a 39 miliardi €, poco meno del 5% (Tabella 10). Per quanto riguarda la Toscana, su una spesa di poco meno di 1,8 miliardi € il calo è stato di circa 43 milioni €.

TABELLA n. 19 SA/ITA – COMPARTO ENTI SANITARI – PAGAMENTI PER ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI – PERIODO 2011-2014

Descrizione	2011	% sett. pubblico	2012	% sett. pubblico	2013	% sett. pubblico	2014	% sett. pubblico
RSO	36.009.876	21,93	35.883.805	22,32	35.708.545	22,24	33.880.677	22,47
PIEMONTE	2.770.154	12,77	2.613.332	9,78	2.931.083	10,18	2.746.112	9,06
LOMBARDIA	13.320.775	43,30	13.428.322	44,78	13.483.527	43,44	13.499.115	43,80
VENETO	3.316.435	9,98	3.221.026	8,77	3.180.529	8,68	3.230.003	8,53
LIGURIA	868.138	2,57	821.957	3,00	826.253	4,63	787.869	4,30
EMILIA R.	2.787.900	16,72	2.888.236	15,30	3.075.929	17,11	2.951.758	15,03
TOSCANA	1.786.241	12,11	1.734.699	10,83	1.749.541	12,04	1.743.376	13,02
UMBRIA	477.153	10,26	461.321	9,22	494.135	12,80	505.898	17,42
MARCHE	795.980	4,42	802.737	4,09	798.502	3,73	813.676	4,36
LAZIO ⁽¹⁾	1.112.694	0,96	860.217	2,01	923.238	8,91	969.485	10,24
ABRUZZO	827.912	4,33	763.262	8,70	747.659	8,70	732.520	8,95
MOLISE	192.948	0,36	182.376	0,27	187.200	0,23	172.554	0,15
CAMPANIA ⁽¹⁾	3.541.169	9,32	4.010.895	8,35	3.165.608	5,95	1.824.307	5,78
PUGLIA	2.665.679	9,10	2.625.306	10,57	2.686.326	10,31	2.384.533	1,26
BASILICATA	335.536	0,89	311.674	0,53	315.888	1,04	313.025	1,80
CALABRIA	1.211.164	2,59	1.158.446	2,48	1.143.126	2,30	1.206.446	3,43
RSS	5.172.328	7,44	5.599.154	8,68	5.247.259	8,62	5.146.984	8,93
VALLE D'AOSTA	71.851	2,12	70.742	2,88	69.295	2,55	75.217	12,93
PA BOLZANO	215.182	6,56	218.933	6,72	214.393	6,77	220.123	4,63
PA TRENTO	395.480	35,76	467.219	43,60	465.635	43,57	466.331	43,17
FRIULI V.G.	596.053	3,03	609.640	5,43	580.129	4,25	593.023	4,41
SICILIA	2.887.610	3,98	3.237.363	4,68	2.952.130	4,73	2.859.188	5,22
SARDEGNA	1.006.151	9,42	995.256	8,15	965.676	7,14	933.102	6,79
TOT. NAZIONALE	41.182.203	20,11	41.482.958	20,48	40.955.803	20,50	39.027.661	20,69
<i>Piano di rientro</i>	<i>15.209.330</i>	<i>7,36</i>	<i>15.451.196</i>	<i>7,33</i>	<i>14.736.370</i>	<i>7,31</i>	<i>12.895.145</i>	<i>5,74</i>
<i>Non piano</i>	<i>25.972.873</i>	<i>27,57</i>	<i>26.031.762</i>	<i>28,28</i>	<i>26.219.434</i>	<i>27,91</i>	<i>26.132.516</i>	<i>28,06</i>
TOT. NAZ. (escluso Lazio e Campania)	36.528.341	21,74	36.611.846	22,24	36.866.958	22,04	36.233.869	21,72

Fonte: dati SIOPE aggiornati al 3.4.2015 – Elaborazioni: Corte dei conti – Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro.

Tabella 10

La spesa farmaceutica regionale

Secondo l'ultimo Rapporto Osmed⁴⁹, nel 2015 ogni cittadino italiano ha assunto in media circa 1,8 dosi di farmaco ogni giorno, il 70,8% delle quali erogato a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre il restante 29,2% acquistato direttamente (classe A, classe C con ricetta e automedicazione). Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata⁵⁰, ha consumato mediamente poco più

⁴⁹ Aifa (2016), *RAPPORTO OSMED. L'USO DEI FARMACI IN ITALIA ANNO 2015*, www.aifa.it

⁵⁰ Riguarda i medicinali ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, è a carico del Servizio Sanitario Nazionale e viene erogata da parte delle farmacie aperte al pubblico previa presentazione della prescrizione medica su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

di una dose al giorno, con lieve aumento rispetto all'anno precedente del +1,7%⁵¹.

Nel 2015 la spesa farmaceutica totale ha rappresentato l'1,9% del Pil, ed è stata pari a 28,9 miliardi €, di cui il 76,3% rimborsato dal SSN, aumentando del +8,6% rispetto al 2014. La spesa pc per farmaci ammonta a circa 476 €. In Toscana è stata di poco sotto i 2 miliardi €. La spesa farmaceutica territoriale nazionale è stata di circa 22 miliardi € - +8,9% sul 2014, e sempre in Toscana è arrivata attorno al miliardo e 100 milioni € (Tabella 11).

Tabella 7.1.1. Composizione della spesa farmaceutica totale 2015 per Regione

	Spesa convenzionata lorda ¹		Classe A privato		Classe C con ricetta		Automedicazione (farmacie pubbliche e private)		Strutture pubbliche		Totale
	spesa*	%*	spesa*	%*	spesa*	%*	spesa*	%*	spesa*	%	
Piemonte	742	37,0	97	5,0	230	11,0	184	9,0	761	38,0	2.014
Valle d'Aosta	20	36,0	4	7,0	7	12,0	7	12,0	19	33,0	57
Lombardia	1.754	38,0	253	6,0	500	11,0	430	9,0	1.635	36,0	4.571
P.A. Bolzano	62	31,0	10	5,0	18	9,0	25	13,0	82	42,0	197
P.A. Trento	76	37,0	9	4,0	22	11,0	25	12,0	71	35,0	203
Veneto	749	36,0	103	5,0	229	11,0	206	10,0	798	38,0	2.085
Friuli V.G.	212	39,0	23	4,0	56	10,0	45	8,0	214	39,0	551
Liguria	281	33,0	52	6,0	108	13,0	85	10,0	321	38,0	848
Emilia R.	637	31,0	112	5,0	237	12,0	190	9,0	886	43,0	2.063
Toscana	582	29,0	113	6,0	215	11,0	175	9,0	897	45,0	1.984
Umbria	159	37,0	20	5,0	47	11,0	34	8,0	166	39,0	426
Marche	293	38,0	38	5,0	81	11,0	58	7,0	300	39,0	770
Lazio	1.171	40,0	151	5,0	304	10,0	246	8,0	1.033	36,0	2.904
Abruzzo	281	43,0	28	4,0	60	9,0	45	7,0	246	37,0	660
Molise	58	41,0	7	5,0	11	8,0	9	6,0	55	39,0	141
Campania	1.151	40,0	149	5,0	270	9,0	200	7,0	1.130	39,0	2.900
Puglia	845	40,0	79	4,0	171	8,0	123	6,0	882	42,0	2.101
Basilicata	105	39,0	13	5,0	22	8,0	16	6,0	114	42,0	270
Calabria	397	40,0	57	6,0	91	9,0	62	6,0	375	38,0	981
Sicilia	948	41,0	143	6,0	237	10,0	157	7,0	840	36,0	2.325
Sardegna	340	39,0	25	3,0	80	9,0	54	6,0	377	43,0	875
Italia	10.863	38,0	1.487	5,0	2.997	10,0	2.375	8,0	11.203	39,0	28.925

¹La spesa si riferisce ai farmaci di Classe A-SSN e ai farmaci di classe C (23 milioni di euro) rimborsati dal SSN esclusivamente per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della legge 203/2000.

* Milioni di euro

* Calcolata sul totale della spesa regionale

Tabella 11

La spesa pubblica territoriale, comprensiva della spesa netta dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 13.398 milioni €, circa 220 € pro capite, ossia il 61,5% della spesa farmaceutica territoriale, e ha registrato un sensibile aumento del +13,1%, dovuto principalmente all'aumento della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto (+51,4%); si registra, invece, rispetto allo scorso anno un contenuto decremento della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,4%).

La spesa a carico dei cittadini – compartecipazione, classe A e classe C – è stata di 8.380 milioni €, +2,9% rispetto al 2014, questo a causa dell'aumento della

⁵¹ I farmaci per il sistema cardiovascolare si confermano al primo posto per consumi; i sartani al secondo; al terzo quelli del sangue e organi emopoietici; al quarto quelli relativi al sistema nervoso centrale; al quinto dell'apparato respiratorio; al dodicesimo quelli antineoplastici ed immunomodulatori, ma al secondo per maggiore impatto di spesa farmaceutica complessiva (4.213 milioni €)

spesa per l'acquisto privato di medicinali di fascia A (+3,1%), per i medicinali di Classe C con ricetta (+2,1%) e per automedicazione (+4,7%), nonché per compartecipazione del cittadino (+1,4%).

Quasi 8,5miliardi € è stata la spesa farmaceutica pubblica regionale erogata in regime di assistenza convenzionata. Essa rappresenta il 38% della spesa farmaceutica totale a livello nazionale. In Toscana la percentuale arriva al 45%, una differenza probabilmente spiegabile anche dal diverso impiego delle distribuzioni alternative dei medicinali, quali la distribuzione diretta e per conto. Per la compartecipazione la spesa totale è stata pari a 1.521 milioni € (circa 25,0 € pro capite), raggiungendo un'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda del 14,0%. Rispetto al 2014, tale crescita è attribuibile essenzialmente alla quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+5,4%). Risulta in riduzione la spesa relativa al ticket per ricetta/confezione (-5,5%). In Toscana ha raggiunto i 69 milioni€ (Tabella 12).

Tabella 7.1.2. Spesa e consumi dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata nel 2015

	Ricette ¹	Confezioni ¹	Spesa lorda ²	Sconto ²	Compartecipazione ^{3,4}	Spesa netta ⁴
Piemonte	43.768	80.874	742	57	76	609
Valle d'Aosta	1.078	2.172	20	2	2	17
Lombardia	78.897	167.889	1.754	142	265	1.346
P.A. Bolzano	3.010	6.321	62	4	10	48
P.A. Trento	4.466	8.789	76	6	7	63
Veneto	36.543	79.748	749	57	129	562
Friuli V.G.	11.596	23.048	212	17	18	177
Liguria	15.868	29.085	281	21	43	217
Emilia R.	40.999	79.019	637	46	75	515
Toscana	37.538	69.938	582	44	69	469
Umbria	10.697	18.346	159	11	18	129
Marche	17.204	31.057	293	23	28	241
Lazio	63.348	118.055	1.171	100	161	910
Abruzzo	15.642	26.745	281	22	34	225
Molise	3.469	6.285	58	4	9	45
Campania	60.865	113.945	1.151	95	191	865
Puglia	45.924	87.511	845	69	130	646
Basilicata	6.390	11.198	105	8	17	80
Calabria	23.160	41.038	397	29	51	316
Sicilia	55.996	97.164	948	82	157	709
Sardegna	19.587	34.698	340	27	28	284
Italia	596.046	1.132.926	10.863	865	1.521	8.477

¹ Migliaia

² Milioni di euro

³ Comprende la compartecipazione per confezione, per ricetta e sugli equivalenti

⁴ La spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda lo sconto e il ticket a carico dei pazienti

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco DCR (distinte contabili Riepilogative)

Tabella 12

Se si considera la compartecipazione complessiva alla spesa sanitaria (Tabella 13)⁵², sempre nel 2015 essa ha raggiunto i 203 milioni €, pari a 54€ pc.

⁵² Corte dei Conti, (2016), *RELAZIONE 2016 SUL COSTO DEL LAVORO PUBBLICO*, Roma, maggio 2016; per una ricognizione delle normative regionali in tema di compartecipazione cfr www.agenas.it/images/monitoraggio/spesa_sanitaria/normativa_ticket_regioni_2015.pdf

	2015 - (in milioni di euro)						2014 - (in milioni di euro)						variazione %			pro capite 2015 (in euro)		
	Totale partecipazioni						Totale partecipazioni						Totale partecipazioni			Totale partecipazioni		
	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B	A+B	A	B
PIEMONTE	195,2	74,3	120,9	120,2	0,4	0,0	214,1	75,1	139,0	135,3	0,9	2,8	-8,8	-1,1	-13,0	44,1	16,8	27,3
VALLE D'AOSTA	7,6	1,3	6,1	6,0	0,1	0,0	7,6	1,5	6,1	6,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,6	59,5	12,0	47,5
LOMBARDIA	489,0	258,6	230,4	221,8	8,3	0,0	487,2	253,5	233,7	227,2	6,3	0,2	0,4	2,0	-1,4	48,9	25,9	23,0
P.A. BOLZANO	28,9	9,2	19,6	17,7	1,8	0,3	28,3	9,0	19,3	17,1	1,9	0,3	1,9	2,6	1,5	55,5	17,3	37,7
P.A. TRENTO	27,0	6,4	20,6	17,9	0,9	1,8	21,1	4,3	16,8	15,4	1,1	0,2	28,4	49,4	22,9	50,3	12,0	38,3
VENETO	303,5	126,7	176,9	164,4	11,4	1,1	308,3	126,9	181,3	169,6	10,9	0,9	-3,5	-0,2	-3,7	61,6	25,7	35,9
FRULI V.G.	61,9	16,7	45,2	42,3	0,6	2,4	61,9	16,2	45,7	40,4	0,4	4,9	0,0	2,7	-1,0	50,4	13,6	36,9
LIGURIA	85,0	42,1	42,6	41,7	0,7	0,2	85,6	42,3	43,3	42,7	0,6	0,0	-0,6	0,4	-1,6	53,7	26,3	26,9
EMILIA ROMAGNA	231,5	71,6	159,9	152,9	7,1	0,0	230,4	69,4	161,0	154,3	6,7	0,0	0,5	3,2	-0,7	52,0	16,1	35,9
TOSCANA	202,8	64,6	138,2	131,4	2,6	0,2	202,8	61,1	141,6	139,1	2,2	0,3	0,0	5,7	-2,4	54,0	17,2	36,8
UMBRIA	45,4	16,9	28,5	28,1	0,5	0,0	44,3	16,1	28,2	27,8	0,5	0,0	2,5	5,2	1,0	50,8	18,9	31,9
MARCHE	68,9	25,9	42,9	42,6	0,3	0,0	69,2	25,0	44,2	43,9	0,3	0,0	-0,4	3,8	-2,9	44,4	16,7	27,7
LAZIO	267,5	146,7	120,8	117,0	0,4	3,5	271,4	146,5	124,8	112,0	0,4	12,5	-1,4	0,1	-3,2	45,4	24,9	20,5
ABRUZZO	66,6	31,5	35,1	30,9	1,1	3,1	67,0	30,7	36,3	30,1	1,2	5,0	-0,5	2,6	-3,2	50,1	23,7	26,4
MOLISE	13,8	9,0	4,9	4,9	0,0	0,0	14,1	9,0	5,2	5,2	0,0	0,0	-2,7	-0,8	-6,1	44,2	26,6	17,6
CAMPANIA	231,9	181,7	50,4	48,7	0,1	1,3	234,3	179,2	55,1	53,3	0,1	1,7	-1,1	1,3	-8,7	39,6	31,0	8,6
PUGLIA	175,3	123,1	52,3	47,4	4,9	0,0	176,3	122,1	54,2	49,5	4,6	0,0	-0,6	0,7	-3,3	42,9	30,1	12,8
BASILICATA	34,8	14,3	10,3	10,3	0,0	0,0	34,7	14,1	10,5	10,5	0,0	0,0	0,6	2,6	-1,1	43,0	25,2	17,9
CALABRIA	72,5	48,4	24,1	23,4	0,7	0,0	74,7	47,9	26,8	25,8	1,0	0,0	-3,0	1,0	-10,1	36,7	24,9	11,7
SICILIA	203,7	158,4	45,3	45,0	0,2	0,0	207,1	161,7	45,4	45,2	0,1	0,0	-1,7	-2,0	-0,3	40,0	31,1	8,9
SARDEGNA	53,8	25,6	28,2	27,4	0,8	0,1	53,1	24,2	28,9	27,9	0,6	0,3	1,4	5,7	-2,3	32,4	15,4	17,0
Totale	2.857,4	1.454,3	1.403,1	1.345,7	43,0	14,4	2.883,5	1.436,1	1.447,4	1.378,3	40,0	29,1	-0,9	1,3	-3,1	47,0	23,9	23,1
Regioni piano riassetto	1.226,5	772,8	453,7	437,4	7,9	8,4	1.259,2	772,3	486,9	456,3	8,5	22,1	-2,6	0,1	-8,8	42,3	26,7	15,7
Altre regioni	1.630,2	680,9	949,4	908,3	35,1	6,0	1.624,3	663,8	960,6	921,9	31,6	7,0	0,4	2,6	-1,2	51,2	21,4	29,8
Regioni Nord	1.429,7	607,6	822,1	784,7	31,4	6,0	1.444,5	598,4	846,1	808,0	28,9	9,2	-1,0	1,5	-2,8	51,4	21,9	29,6
RNO	1.384,3	573,7	730,6	701,0	28,1	1,6	1.325,7	567,3	758,3	729,0	25,4	3,9	-1,6	1,1	-3,7	51,4	22,6	28,8
RSS	125,4	33,9	91,5	83,7	3,3	4,3	118,8	31,1	87,7	79,0	3,4	5,3	5,5	9,1	4,3	52,0	14,1	37,9
Regioni Centro	584,6	254,2	330,4	323,0	3,7	3,7	587,6	248,7	338,9	322,8	3,3	12,6	-0,5	2,2	-2,9	48,4	21,0	27,3
Regioni Sud	842,4	591,9	250,6	238,0	7,9	4,7	851,4	589,0	262,4	247,5	7,8	7,1	-1,1	0,5	-4,9	40,3	28,3	12,0
RNO	584,9	407,9	177,1	165,5	6,9	4,8	591,3	403,1	188,1	174,3	7,1	6,7	-1,1	1,2	-5,9	41,3	28,3	12,7
RSS	257,5	184,0	73,5	72,4	1,0	0,1	260,2	185,9	74,3	73,1	0,8	0,4	-3,0	-1,0	-1,1	38,1	27,2	10,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSSS e AIFA

Tabella 13

Nel 2015 la spesa convenzionata ha fatto registrare una riduzione del -1,1%: riduzione dei prezzi soprattutto per scadenze brevettuali in corso d'anno e lieve spostamento dei consumi verso prodotti a minor prezzo. Al contempo vi è stato un incremento dei consumi dell' +1,7%. Rispetto a questi riferimenti medi nazionali, ampia è la variabilità regionale: con oscillazioni sui prezzi tra il +4,9% della Provincia autonoma di Bolzano e il -0,7% della Calabria.

Per quanto concerne il consumo di farmaci in regime di assistenza convenzionata, la Regione che evidenzia i livelli più elevati è il Lazio, seguita dalla Puglia e dalla Sardegna. In basso nella graduatoria troviamo la Provincia autonoma di Bolzano seguita dalla Liguria, dalla Valle D'Aosta e dal Piemonte. In Toscana sono state emesse circa 37 milioni di ricette per un totale di 70 milioni di confezioni.

In termini di spesa lorda pro capite, media nazionale di 178,3€, la Provincia autonoma di Bolzano (129,3 €), l'Emilia Romagna (136,6 €) e la Toscana (143,0 €) presentano il valore più basso (Tabella 14), mentre la Regione Campania (222,5 € pro capite), seguita dalla Puglia (214,8 € pro capite) e dalla Calabria (208,9 € pro

capite) il più elevato.

Tabella 7.1.4. Spesa e consumi (Tabella) in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN 2015 (popolazione pesata) e variabilità regionale della spesa pro capite (Figura)

	Spesa lorda pro capite [^]	Scostamento % dalla media nazionale	Confezioni pro capite	DDD/1000 ab die
Piemonte	155,9	-12,6	17,0	1.033,0
Valle d'Aosta	154,1	-13,6	16,5	1.016,3
Lombardia	174,9	-1,9	16,7	1.052,3
P.A. Bolzano	129,3	-27,5	13,2	908,4
P.A. Trento	145,3	-18,5	16,8	1.059,7
Veneto	151,3	-15,1	16,1	1.086,7
Friuli V.G.	158,6	-11,1	17,2	1.067,0
Liguria	151,7	-14,9	15,7	941,7
Emilia R.	136,6	-23,4	17,0	1.063,3
Toscana	143,0	-19,8	17,1	1.064,5
Umbria	165,4	-7,2	19,1	1.160,9
Marche	178,8	0,3	19,0	1.099,5
Lazio	203,3	14,0	20,5	1.248,9
Abruzzo	205,1	15,0	19,5	1.155,1
Molise	177,1	-0,7	19,1	1.055,2
Campania	222,5	24,8	22,0	1.189,8
Puglia	214,8	20,5	22,2	1.235,7
Basilicata	180,2	1,1	19,3	1.063,8
Calabria	208,9	17,1	21,6	1.201,4
Sicilia	197,0	10,5	20,2	1.139,0
Sardegna	202,5	13,6	20,7	1.219,1
Italia	178,3		18,6	1.114,9
Nord	157,8	-11,5	16,6	1.048,1
Centro	177,4	-0,5	19,1	1.162,1
Sud e Isole	208,6	17,0	21,2	1.182,0

[^] Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (23 milioni di euro). Fonte: elaborazione OsMed su dati ASSR/Assessorati Regionali

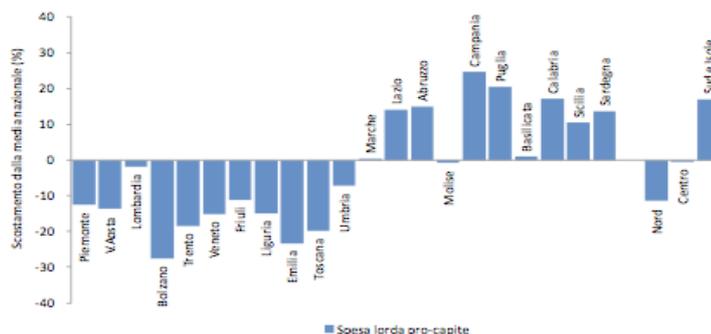


Tabella 14

Si confermano nel tempo le differenze regionali nel ricorso alle specifiche categorie terapeutiche, non sempre spiegabili alla luce delle evidenze epidemiologiche. I consumi dei farmaci antibiotici hanno continuato a mostrare un'ampia variabilità regionale e, in particolare, sono caratterizzati da un gradiente Nord-Sud. La Campania è la regione che ha riportato il maggior consumo di antibiotici, seguita dalla Puglia, dalla Calabria e dall'Abruzzo. La Provincia autonoma di Bolzano ha invece registrato il consumo più basso, seguita dalla Liguria, dal Friuli Venezia Giulia e dal Veneto. Elevata variabilità è stata registrata anche nel consumo dei farmaci per l'ipertensione e lo scompenso: la Provincia Autonoma di Bolzano, la Liguria e la Valle d'Aosta hanno registrato i consumi minori; l'Umbria, seguita dall'Emilia Romagna e dalla Campania, si conferma la Regione con i consumi più elevati. L'utilizzo dei farmaci antidepressivi, infine, si conferma più elevato in Toscana, seguita dalla Provincia Autonoma di Bolzano; mentre i livelli di consumo meno elevati riguardano la Basilicata e la Campania.

V - SPESA PRIVATA TOSCANA, SANITARIA E SOCIOSANITARIA. RISORSE PROPRIE O RISORSE GESTITE IN PROPRIO?

Premessa

La ricostruzione della spesa privata sanitaria e sociosanitaria non è cosa semplice. Prima di tutto perché la aggregazione/separazione tra queste due aree di welfare presenta problemi di perimetrazione, in particolare per la *Long term care*, dentro un quadro di rilevanti asimmetrie⁵³ tra sanitario e assistenziale, con conseguenti rischi di sovrapposizione non semplici da risolvere.

Molteplici, poi, sono le fonti e i metodi di costruzione del dato⁵⁴, così come le variabili, gli attori e le modalità con cui intervengono direttamente o indirettamente nelle dinamiche che caratterizzano il fenomeno, nonché le caratteristiche dei diversi beni considerati⁵⁵. Tra queste quelle del/della:

- passaggio dal bisogno alla domanda per via individuale o aggregata, e della conseguente risposta, formale, regolare o irregolare, o informale (autoproduzione);
- integrazione della offerta pubblica piuttosto che sostituzione della stessa, così come della individuazione, selezione e fruizione dell'offerta privata formale, regolare o irregolare;
- pagamento diretto, regolare o meno, o intermediato delle prestazioni; e in questo ultimo caso, con rimborsi del cliente finale ovvero con pagamento diretto da parte dell'intermediatore;
- ecc.

Seguendo la classificazione Ocse, due sono le grandi tipologie di spesa privata: quella *out of pocket*, ovvero pagata direttamente dalle famiglie, e quella intermediata da assicurazioni individuali oppure collettive, in particolare dai fondi sanitari integrativi⁵⁶. Due, al contempo, sono i fattori confusivi nella ricostruzione del dato complessivo.

Una parte di questa spesa è *co-payment*, ovvero tramite pagamento dei *ticket* sanitari e dell'isee sociosanitario per l'ottenimento di prestazioni

⁵³ M. Campedelli (2009), *RIPARTIRE DAI BISOGNI. PER UNA NUOVA CONCERTAZIONE SOCIALE*, in A. Geria, a cura di, (2014) *FAMIGLIA EQUITA' E SERVIZI ALLA PERSONA*, Edizioni Lavoro, Roma ; G. Fosti e E. Notarnicola (2014), *IL WELFARE E LA LONG TERM CARE IN EUROPA. MODELLI ISTITUZIONALI E PERCORSI DEGLI UTENTI*, Milano, Egea

⁵⁴ Secondo l'Osservatorio sui consumi privati in sanità – Ocps – della Sda Bocconi di Milano, il quadro nazionale è desumibile da fonti quali Istat, Agenas, Min. Salute, Agenzia Entrate, Corte dei Conti; per quanto riguarda l'Istat, si fa riferimento a: Indagine annuale consumi famiglie (28.000 intervistati); Indagine quinquennale multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (60.000 intervistati); Indagine annuale multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (20.000 intervistati); "Conti nazionali" annuali sistema Sec 2010; cfr M. Del Vecchio, E. Mallarini e V. Rampini, a cura di, (2015), *RAPPORTO OCPS 2015. OSSERVATORIO CONSUMI PRIVATI IN SANITA'*, Milano, Egea; a questo sono poi da aggiungere le fonti relative alla Ltc

⁵⁵ Alcuni consumati come beni primari (per esempio i farmaci) altri come beni di lusso (per esempio le prestazioni odontoiatriche)

⁵⁶ per un inquadramento complessivo si rinvia a M. Campedelli, a cura di, (2015), *RICONFIGURARE L'UNIVERSALISMO IN SANITA'? FONDI SANITARI E SSN PER NUOVE TUTELE DEL DIRITTO ALLA SALUTE*, numero monografico di *Politiche sanitarie*, anno 16, numero 1/2015, Il Pensiero scientifico, Roma

pubbliche/convenzionate in parte variabile coperte dal finanziamento pubblico. Entrambe sono qui considerate pienamente rientranti nella definizione di spesa privata in quanto, dal punto di vista del consumatore cliente⁵⁷ individuale o familiare, anch'esse sono sempre più determinate dalla scelta di utilizzo fra alternative fatta dallo stesso.

In secondo luogo, sulla base del medesimo presupposto, consideriamo che l'agente dei comportamenti di spesa privata sia il cittadino che utilizza risorse a propria disposizione, gestendole sulla base delle proprie competenze/capacità in rapporto alla diversa natura dei beni e servizi di cui intende fruire. Da questo punto di vista, una parte delle risorse *out of pocket* possono essere, in particolare per i soggetti a vario titolo assistiti, costituite da risorse pubbliche, nella forma di trasferimenti monetari assistenziali (sia nazionali, come le indennità di accompagnamento che locali, buoni/assegni assistenziali/di cura di varia denominazione erogati da Regioni o da Ee.II. nell'ambito delle proprie competenze e autonomie). Detto altrimenti, i trasferimenti monetari assistenziali nel nostro Paese rappresentano, secondo le ricostruzioni più estese, 58,6 mld €, di cui 54,9 erogati a livello centrale e 1,9 a livello comunale, su 66,8 miliardi € di spesa assistenziale complessiva⁵⁸, ed una parte di essi viene gestita dalle famiglie anche per l'acquisto privato di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Da qui la scelta⁵⁹ di evidenziare non solo su quanto le famiglie spendono di tasca propria, quanto il loro doppio ruolo.

Il primo, quello di *case manager informali*, che se e come riescono organizzano i diversi erogatori di servizi/prestazioni di cui il proprio congiunto necessita. Si tratta di un tema abbastanza dibattuto⁶⁰ e che qui non riprenderemo.

Il secondo, quello di *gestori finanziari integratori*, chiamati ad utilizzare risorse di diversa natura – redditi da lavoro, da pensione, da rendite varie e, insieme, da trasferimenti monetari pubblici, tassati o non tassati che siano – al fine di finanziare consumi coperti da autoproduzione o acquistati da *provider* privati e/o pubblici, scegliendo in modo più o meno consapevole tra diverse soluzioni di offerta.

Pilastrini ed attori

Sulla base di questi presupposti il sistema sociosanitario italiano può quindi essere descritto come una struttura a *tre pilastri e a quattro tipologie di attori*:

- il primo pilastro con un unico attore, quello pubblico, è dato dal Servizio

⁵⁷ G. Fiorentini (2016) *IL MODELLO LA DOTE E LA RETE: WELFARE E IMPRESA SOCIALE DI GARANZIA*, in Fondazione EasyCare (2016), *LA DOTE E LA RETE. UNA POLICY E UN MODELLO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE*, Reggio Emilia, www.fondazioneeasycare.it

⁵⁸ Irs e Capp, (2013) *COSTRUIAMO IL WELFARE DI DOMANI. UNA PROPOSTA DI RIFORMA DELLE POLITICHE E DEGLI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI ATTUALE E ATTUABILE*, http://pss.irsonline.it/materiali/prime%20pagine%20speciale%208-10_13.pdf

⁵⁹ In altri termini, scelte di policy per una diversa gestione e finalizzazione dei trasferimenti monetari, tema da tempo alquanto dibattuto tra gli addetti ai lavori, hanno assoluta legittimità ma riguardano un'ipotesi di lavoro diversa da quella qui sviluppata.

⁶⁰ Ultimo in ordine di tempo, F. Longo, a cura di, (2016), *WELFARE FUTURO. SCENARI E STRATEGIE*, Egea, Milano

sanitario nazionale – articolato nei 21 Servizi sanitari regionali/provinciali, basato sui principi di universalità, globalità, equità di accesso, appropriatezza delle prestazioni e pagato con la fiscalità nazionale/regionale – e dalle diverse forme di implementazione regionale/provinciale del sistema socioassistenziale stabilito dalla legge 328 del 2000 (*in kind*) o dalle misure monetarie assistenziali (*cash*), che come abbiamo visto sono soprattutto centralizzate, in particolare in capo all’Inps;

- il secondo pilastro, quello intermediato, è composto da due attori, peraltro interagenti uno con l’altro; un primo è rappresentato dai fondi sanitari integrativi⁶¹, a contribuzione agevolata fiscalmente e differenziata nelle modalità a seconda del tipo di fondi e dei piani assistenziali previsti dagli stessi⁶²; ad essi si possono affiancare prestazioni assicurative di Ltc garantite da alcuni fondi previdenziali ad integrazione/sostituzione delle pensioni da erogare⁶³;
- il secondo attore del secondo pilastro intermediato sono le assicurazioni private, ed è basato sui pagamenti di premi assicurativi e relativi risarcimenti in caso di danno, frutto del rapporto tra domanda e offerta di mercato tra imprese assicuratrici e cittadini/famiglie;
- il terzo pilastro presenta il quarto attore del nostro schema, i cittadini e le famiglie⁶⁴ che autonomamente – quindi senza alcuna intermediazione di fondi o assicurazioni o regolazione pubblica dei contenuti e delle modalità di erogazione dell’offerta – gestiscono la soluzione di una parte più o meno ampia dei propri bisogni socio sanitari, a pagamento diretto degli stessi/e (*out of pocket*) integrando redditi da lavoro, da pensione, da rendite varie e, insieme, da trasferimenti monetari assistenziali pubblici nonché dall’utilizzo delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa (*tax expenditure*).

Del primo, a regolazione pubblica, per la parte sanitaria ne abbiamo appena parlato. Per quella di Ltc rinviamo al capitolo successivo.

Per quanto riguarda il secondo attore, quello dei fondi integrativi, la Tabella

⁶¹ Organizzazioni prevalentemente private (enti bilaterali, società di mutuo soccorso, consorzi, ecc.), 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. Si suddividono in fondi chiusi (quelli a carattere contrattuale) o aperti (società di mutuo soccorso).

⁶² per un approfondimento giuridico e fiscale vedi E. Borgonovi, A. Candian, F. Marchetti e S. Paci, (2015), *IL FUTURO DELLA ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA. MODELLO ITALIANO E MODELLI EUROPEI A CONFRONTO*, Fondo Est, Roma, 2 dicembre 2015, <http://www.fondoest.it>; basti qui segnalare che: a) per i fondi ex-art.9 del decreto legislativo n.5012/1992 si applica l’art.10 del Testo unico delle imposte dei redditi che consente la deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo di 3.615,20 euro, inoltre l’aderente potrà portare in detrazione la quota parte delle spese sanitarie rimasta a proprio carico; b) anche ai fondi l’art.51 del Tuir, cioè enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, si prevede lo sgravio contributivo annuo fino a 3.615,20 euro ma purché la contribuzione sia avvenuta “in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale”, ovvero che lo sgravio contributivo è limitato ai lavoratori dipendenti per effetto di un contratto o regolamento aziendale, mentre lavoratori autonomi o soggetti che si iscrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi non possono usufruire di tali benefici.

⁶³ M. Campedelli, (2015), *SANITÀ INTEGRATIVA E PREVIDENZA COMPLEMENTARE*, Parole Chiave, Care, n. 4/2015

⁶⁴ Per un inquadramento M. Campedelli, (2016), *LA PRODUZIONE DI WELFARE DELLA “AZIENDA FAMIGLIA” E LE SUE PROSPETTIVE*, in Fondazione EasyCare (2016), *LA DOTE E LA RETE. UNA POLICY E UN MODELLO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE*, Reggio Emilia, www.fondazioneeasycare.it

15 dettaglia l'articolazione del (sotto)sistema sulla base della normativa esistente⁶⁵, aggiungendo nelle due ultime righe sia le assicurazioni private che svolgono una funzione riassicurativa di questi ultimi, che i *service* attraverso i quali alcuni di essi esternalizzano in toto o in parte la gestione delle proprie attività. La normativa prevede che anche le regioni⁶⁶ possano istituire fondi sanitari integrativi, soluzione questa a nostra conoscenza praticamente inattuata salvo, con modalità particolari e su cui poi torneremo, in Trentino Alto Adige.

Attori	Fonti/funzioni
Fondi negoziali	Accordi nazionali, locali o aziendali
Fondi dei fondi	Aggregano più collettività
Casse di assistenza aziendali	Istituite da grandi imprese
Casse di Assistenza professionali	Istituite dagli ordini professionali
Società di mutuo soccorso	Cd fondi aperti autopromossi
Compagnie di assicurazione	Riassicurano i fondi sanitari
Società di assistenza (Tpa)	Service dei fondi

Tabella 15

Sul versante del terzo attore, secondo Ania⁶⁷, sono circa un milione e mezzo le famiglie che dispongono di una polizza malattia (ramo danni, con previsione di rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'assicurato e/o dai suoi familiari o l'erogazione di una prestazione medica attraverso strutture convenzionate). Ad esse vanno aggiunti circa 3 milioni di soggetti aderenti a fondi integrativi convenzionati con una impresa assicuratrice per l'erogazione dei servizi sanitari. Questi premi non

⁶⁵ Ripresa da S. Maggi e C. De Pietro, a cura di, (2015) *LE PROSPETTIVE DEL MUTUO SOCCORSO NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO*, Bologna, Il Mulino

⁶⁶ M. Bordignon e R. Levaggi, (2003), *IL RUOLO DELLA REGIONE NELLA PROGETTAZIONE DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI*, Tendenze Nuove, n. 6, Franco Angeli editore, Milano; AA.VV. (2004), *ODONTOIATRIA E FONDI SANITARI*, Collana editoriale Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

⁶⁷ Ania, (2015), *FONDI SANITARI, LA NECESSITA' DI UN RIORDINO*, position paper, maggio 2015, www.ania.it

sono detraibili dal reddito imponibile mentre sono assoggettati all'imposta del 2,5 per cento. Sul fronte opposto, le spese mediche sostenute dai cittadini sono detraibili fiscalmente, nei limiti stabiliti dalla legge, anche se parzialmente o interamente rimborsate da un assicuratore. Nel 2014 sono stati raccolti premi assicurativi per circa 2 miliardi di euro relativi al ramo malattie. Vi sono poi casse sanitarie costituite da assicurazioni e rivolte all'adesione di aziende che intendono offrire ai propri dipendenti garanzie sanitarie integrative a quelle erogate dal SSN. In questo caso i contributi versati ai fondi seguono le regole fiscali di quelle forme di sanità integrativa. La sottoscrizione di un contratto assicurativo può assumere inoltre la forma di una polizza vita laddove – è il caso della copertura dei rischi di non autosufficienza (Ltc) – è prevista la corresponsione di una rendita a favore di soggetti colpiti da eventi invalidanti che ne compromettono l'autosufficienza. Nel 2014 i premi raccolti hanno raggiunto i 70 milioni di euro, a copertura di 250mila persone, classificati nello specifico comparto del ramo vita. Altre 500mila persone attraverso accordi collettivi hanno inserito la copertura Ltc nel pacchetto di sanità integrativa. Dal punto di vista fiscale i contratti di copertura della Ltc beneficiano della detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di 1.291,14 euro.

Come risulta evidente, questa riclassificazione apre a molteplici ulteriori approfondimenti, di cui ne appuntiamo per il momento quattro:

- il primo riguarda il ruolo del pubblico dal punto di vista della regolazione-determinazione dei comportamenti degli altri attori, sia per la incidenza su di essi della estensione e dei contenuti dell'offerta direttamente gestita (*cash, tax expenditure, inkind; lea non lea; ecc.*), sia per la regolazione propriamente intesa (normative civilistiche, fiscali, comunitarie nazionali e regionali, attività di controllo e indirizzo attraverso autorità/commissioni/agenzie preposte, ecc.); come si può facilmente intuire, la presenza pubblica è diffusa, differenziata ma in apparenza non coerente, ovvero riconducibile ad un disegno organico, non parziale/settoriale, e con obiettivi di efficienza/efficacia espliciti e verificabili;
 - la metafora della *emianopsia*, segnalata nella prima parte del rapporto, attribuibile sia all'attore pubblico che alla discussione pubblica a cui partecipano non solo i *decision maker* ma anche gli *opinion maker* e i vari *stakeholder*, sintetizza questo stato di cose;
 - la proposta finale (cap. XI) può essere considerata una ipotesi di lavoro per superare tale *emianopsia* e compensare le problematiche testé accennate;
- il secondo interessa "lo stato di salute" dei quattro attori; al di là delle narrazioni e delle retoriche con cui si rappresentano le istituzioni del welfare

pubblico – in crisi, ma al contempo resistenti e resilienti al cambiamento –, gli enti e le imprese di intermediazione (a detta di tutti, presenti ma di fatto marginali), le famiglie (sempre per chi scrive grandi produttrici/gestori di welfare ma sempre più strutturalmente inadeguate ad garantire quanto hanno fatto fino ad ora⁶⁸), sarebbe quanto mai necessario costruire un sistema di valutazione integrato, ovvero di *misurazione di impatto di sistema*, al fine di comprendere:

- se e quanto non solo i singoli attori ma l'insieme delle interazioni tra di essi riesce a dare risposta a bisogni/domande di salute e benessere e quanti/e di essi/e rimangono inevasi/e o sovraccaricano, con le ovvie conseguenze di indebolimento e/o inappropriata e/o inefficienza ecc., qualcuno dei nostri attori;
 - se e come, attraverso una diversa articolazione e regolazione (leggi: policy), si possono migliorare sia le performance specifiche che quelle del sistema degli attori complessivamente inteso, sia rispetto alle finalità istituzionali (l'effettività dei diritti di welfare⁶⁹) che alle caratteristiche gestionali (efficienza, efficacia, economicità, appropriatezza, ecc.)
- il terzo si riferisce alla condizione del cittadino/famiglia in rapporto agli altri tre attori, sia questo/a utente o cliente o comunque fruitore delle prestazioni garantite dagli altri tre attori, nonché da sé stesso/a; si pongono qui questioni di:
- gradienti differenziati di maggiore o minore equità/disuguaglianza di accesso e utilizzo di determinate prestazioni per tutta la popolazione ovvero per sottopopolazioni specifiche;
 - asimmetrie informative differentemente compensate dalla regolazione autodiretta o eterodiretta propria degli attori di offerta, dalle forme di

⁶⁸ M. Campedelli e A. Anzivino (2016), *DEMOGRAFIA, FAMIGLIE E SCENARI EPIDEMIOLOGICI*, in Fondazione EasyCare (2016), *LA DOTE E LA RETE. UNA POLICY E UN MODELLO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE*, Reggio Emilia, www.fondazioneeasycare.it; per quanto riguarda la situazione toscana cfr Simurg ricerche, a cura di, (2016) *PROFILO SOCIALE REGIONALE. ANNO 2015. ANALISI DELLA SITUAZIONE SOCIALE TOSCANA*, Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Governance e programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, Osservatorio Sociale Regionale, Firenze; dal punto di vista istituzionale, questa tesi è stata recentemente sostenuta dall'Inps: "L'aumento della longevità non costituisce comunque l'unico fattore di criticità dell'attuale modello di assistenza vigente in Italia, che si regge in larghissima parte sul contributo delle famiglie, sia in termini di cura informale dei familiari che di assunzione di assistenti familiari. Un sistema in cui il carico delle cure prestate al disabile e il supporto economico necessario a coprire i costi personali e socio-sanitari legati alla disabilità (inclusi quelli per l'assunzione di assistenti familiari e il pagamento delle rette di strutture residenziali) grava largamente sulle famiglie delle persone non autosufficienti, non può reggere al declino dei tassi di fecondità e alla riduzione della dimensione del nucleo familiare Un altro indicatore della vulnerabilità di un modello fondato quasi esclusivamente sul contributo delle famiglie è fortemente vulnerabile anche al ciclo economico e all'andamento dei flussi migratori e della popolazione ultrasessantacinquenne e quella degli adulti nella fascia di età tra i venti e i sessantacinque si raddoppierà passando dal 36,3 del 2010 al 65,9 per cento, ma il peso della popolazione ultra ottantacinquenne rispetto a quella degli adulti nella fascia di età tra i venti e i sessantacinque anni passerà dal 4,7 al 19,6 per cento come a dire che il numero dei caregivers familiari dovrebbe quadruplicarsi per mantenere gli stessi carichi odierni di sostegno familiare alle persone non autosufficienti. Inutile, dire che si tratti di incrementi irrealistici. A ciò si aggiunga che un modello fondato quasi esclusivamente sul contributo delle famiglie è fortemente vulnerabile anche al ciclo economico e all'andamento dei flussi migratori e dell'occupazione che possono alterare in modo radicale i costi opportunità e le condizioni di offerta di assistenza informale fornita dai familiari ai non autosufficienti. In questo senso una conferma recente ci viene dal calo che si registra nel numero delle colf e delle badanti e che si accompagna alla ricomposizione della domanda a favore delle lavoratrici domestiche con cittadinanza italiana." (Inps, (2016), *XV RAPPORTO ANNUALE*, www.inps.it, pag. 72-73)

⁶⁹ M. Campedelli, P. Carrozza e L. Pepino, a cura di, (2012), *DIRITTO DI WELFARE*, Il Mulino, Bologna

- governo della domanda, dal coinvolgimento e quindi dalla legittimazione di soggetti di tutela e patrocinio;
- conseguenze sul tenore di vita rispetto al sostenere/rinunciare a consumi ottenibili parzialmente o integralmente a pagamento, diretto o intermediato, ovvero a ridurre o eliminare impegni lavorativi o attività di vita quotidiana nel caso della autoproduzione di prestazioni; su quest'ultimo punto rinviamo, per un primo inquadramento, al capitolo successivo.
- il quarto, infine, ha a che fare con la diversa natura di beni o servizi acquistati o autoprodotti e con l'effettiva capacità di scelta che si riesce ad esercitare nello svolgere queste funzioni:
- parliamo infatti di un paniere alquanto eterogeneo in cui sono compresenti medicinali e prestazioni assistenziali domiciliari, terapie fisiche e sorveglianza dell'assistito, ecc. rispetto ai quali la posizione del cittadino/famiglia (in termini di asimmetrie ma non solo) varia notevolmente;
 - in generale, è necessario approfondire l'eterogeneità delle coperture agite dagli attori della sanità integrativa, in quanto se da una parte esse riguardano, nella nostra ipotesi, consumi sanitari che rimangono meritori ma che non raggiungono utilità sufficiente da giustificare il finanziamento pubblico, dall'altra il confine del sociosanitario, intensamente meritorio, risulta però difficilmente copribile finanziariamente dal pubblico⁷⁰.

La spesa sociosanitaria gestita privatamente dalle famiglie

Sulla base di questa lunga premessa, una stima del dato aggregato della spesa sanitaria e sociosanitaria gestita dalle famiglie italiane è rappresentata nella Tabella 16. In essa confluiscono stime di diversa natura e origine e, come anticipato, elaborate su fonti e con metodologie diverse. Da qui la sottolineatura che il risultato finale è da considerare una *proxy* della dimensione economica che interessa qui evidenziare.

Area di consumi	Stima mld €
Prestazioni sanitarie gestite privatamente dalle famiglie "non intermedie"	27
Assistenza familiare	9
Compartecipazione servizi sociali	4,2
Autoproduzione (mancato reddito caregiver)	4,1

⁷⁰ Sono debitore di quest'ultima osservazione a Mario Del Vecchio che ringrazio per le sollecitazioni e i consigli

Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	1,5-2
Trasferimenti assistenziali "informali"	9,1
Totale	54-55

Tabella 16

Di seguito viene ricostruito e commentato tale quadro. Partiamo dai 27 mld € di spesa sanitaria non intermediata, il nostro terzo pilastro. Essa è ricavata dalla Tabella 17, elaborata dall' Ocps Bocconi di Milano⁷¹ in cui si mettono a confronto due rilevazioni Istat. Nella colonna relativa alla Contabilità Nazionale (la prima di sinistra) emerge che ci sono 31,4 mld € di consumi sanitari e sociosanitari sostenuti dalle famiglie nel 2013. A tale importo vengono sottratti 4,5 mld €, cioè la stima⁷² della quota intermediata da fondi, mutue, assicurazioni, ecc., ovvero l'insieme degli attori di quello che abbiamo identificato come secondo pilastro.

Nella Tabella 17 sono inoltre raccolti i dati macro e micro della indagine Istat sui consumi. Le differenze più importanti, in termini macro, tra le due rilevazioni, riguardano tutte e tre le voci aggregate: la spesa per ricoveri ospedalieri, riabilitativi e in istituti assistenziali come le Rsa (con un differenziale di più di 4,0 mld €); i servizi ambulatoriali (differenziale 2,5 mld €); medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (differenziale 2,2 mld €).

La scelta del dato macro maggiore si basa su tre considerazioni molto semplici, la cui analisi permette di "carotare" alcune voci importanti per l'ipotesi progettuale della proposta finale:

- la prima è che nella Contabilità Nazionale sono comprese e integrate fonti diverse, tra cui anche l'indagine sui consumi;
- la seconda è la data di pubblicazione di questa stima, per l'appunto successiva a quella dei consumi, da parte dello stesso Istat;
- la terza riguarda la voce ricoveri, nel senso che questa spesa risulta sottostimata sia per motivi metodologici (nell'indagine sui consumi non vengono intervistati i ricoverati in tali istituti) che per banali comparazioni con dati complementari, come può essere il numero annuo di ricoverati in strutture residenziali assistenziali e sociosanitarie (attorno alle 270.000

⁷¹ Idem

⁷² Per una ricostruzione delle diverse stime uscite elaborate negli ultimi anni cfr. M. Campedelli, a cura di, (2015), *RICONFIGURARE L'UNIVERSALISMO IN SANITA'? FONDI SANITARI E SSN PER NUOVE TUTELE DEL DIRITTO ALLA SALUTE*, numero monografico di *Politiche sanitarie*, anno 16, numero 1/2015, Il Pensiero scientifico, Roma; l'ultima stima presentata è quella di M. Vecchietti (2016), *UN SECONDO PILASTRO IN SANITA': SOSTENIBILITA' SSN, BENCHMARK EUROPEO E NAZIONALE PER ACCESSO ALLE PRESTAZIONI, MULTICANALITA' ED ALLEANZA PUBBLICO-PRIVATO*, ppt presentato al Welfare Day VI Edizione, Roma, 8 giugno 2016, www.welfareday.it, il quale ipotizza che tra il 2014 e 2015 sia passata da 4,381 a 4,476 mld €

persone), numero che se moltiplicato per una compartecipazione media giornaliera di almeno 40 € pc determina un aggregato di quasi 4 mld € annui.

Tabella 6. La spesa sanitaria delle famiglie italiane per voci di spesa nel 2013 (milioni di euro).

AGGREGAZIONE MACRO				AGGREGAZIONE MICRO			
	Contabilità Nazionale		Indagine sui Consumi		Indagine sui Consumi	V.A.	%
	V.A.	%	V.A.	%			
Servizi ospedalieri	4.599	14,6	499	1,9	Ricoveri in cliniche o ospedali	275	1,0
					Ricoveri in case di riposo, istituti di assistenza e simili	177	0,7
					Pronto Soccorso	47	0,2
Servizi ambulatoriali	13.937	44,4	11.311	42,0	Visita medica da medico generico o specialista (a domicilio, in ambulatorio, in clinica od ospedale)	3.516	13,1
					Visita medica da dentista	4.514	16,8
					Servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva, ecc.)	761	2,8
					Analisi cliniche (del sangue, delle urine, ecc.)	1.265	4,7
					Esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma, ecc.	1.201	4,5
					Cure termali	54	0,2
Prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	12.872	41,0	15.097	56,1	Medicinali (costo totale o ticket)	12.498	46,4
					Termometri, siringhe, calze elastiche, ecc.	523	1,9
					Occhiali da vista e lenti a contatto, apparecchi per la pressione, ecc.	1.417	5,3
					Protesi, apparecchi acustici, ecc	426	1,6

VEI

					Sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici	104	0,4
					Noleggio attrezzature sanitarie	130	0,5
Totale Sanità	31.408	100	26.907	100	Spesa sanitaria totale delle famiglie	26.907	100
Altre spese assimilabili alla sanità			-		Assistenza disabili e anziani non Autosufficienti	1.812	-
			-		Spesa per attività sportive	2.472	-

Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie, 2014).

Tabella 17

Il trend storico della spesa sanitaria privata (calcolo Contabilità nazionale Istat) dimostra che (Tabella 18) negli ultimi 10 anni (2004-2013) essa è cresciuta di 3,2 mld € in valore assoluto, è rimasta sostanzialmente stabile all'1,9% in rapporto al Pil, ed è diminuita dell'1,8% in rapporto alla spesa totale (pubblica e privata).

Tabella 1: Spesa sanitaria totale, spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata (2004-2013).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Spesa sanitaria totale										
Miliardi di euro	119,4	124,8	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	144,0
In % del PIL	8,2	8,4	8,3	8,3	8,5	8,9	8,9	8,9	9,0	8,9
Spesa sanitaria pubblica										
Miliardi di euro	91,2	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,6
In % della spesa sanitaria totale	76,4	77,5	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	78,2
In % del PIL	6,3	6,5	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,0	7,0
Spesa sanitaria privata										
Miliardi di euro	28,2	28,0	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	31,4
In % della spesa sanitaria totale	23,6	22,5	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	21,8
In % del Pil	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9

Fonte: Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità – Rapporto 2015. EGEA 2015

Tabella 18

Andamento, ovviamente, corrispondente e omogeneo a quello della spesa pubblica.

In termini comparati, sulla base della ricostruzione che annualmente fa l'Ocse per i paesi aderenti, questa dinamica di stabilizzazione in realtà nasconde un trend regressivo o comunque di significativa differenziazione rispetto ai paesi considerabili omogenei all'Italia. I due grafici permettono di visualizzare tale stato di cose⁷³.

Da una parte (Figura 7) la spesa totale sanitaria procapite (in dollari a parità di potere di acquisto) di paesi come Germania e Francia è superiore della metà e di un terzo a quella italiana.

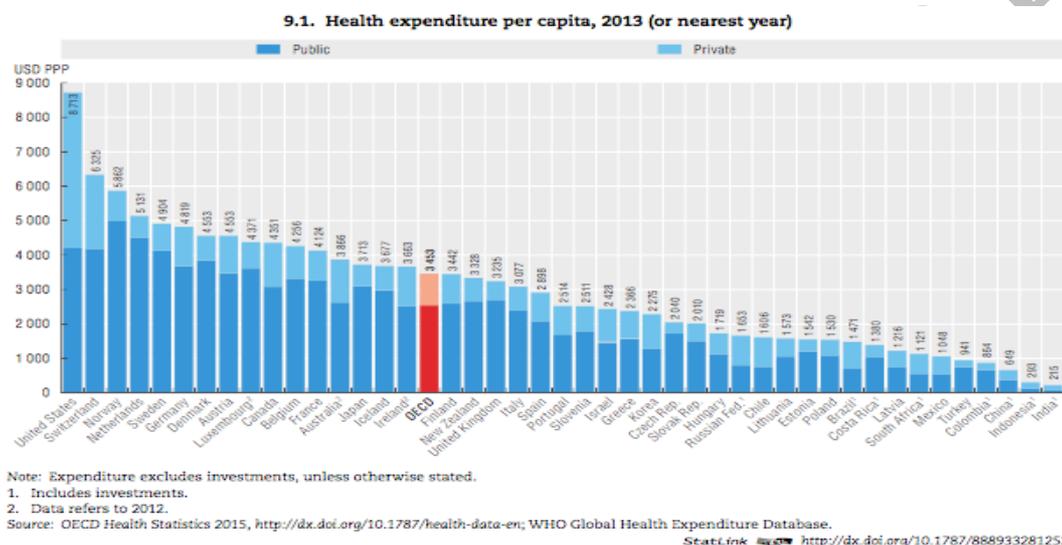
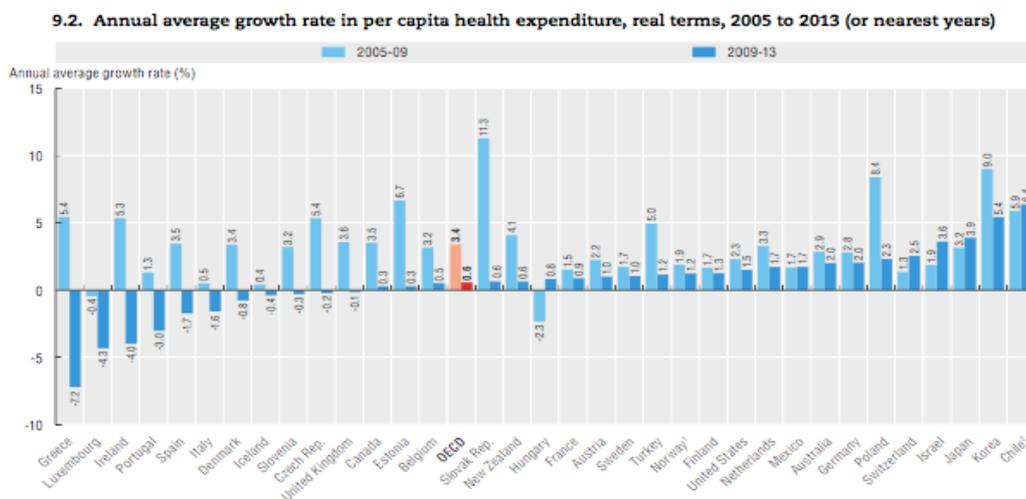


Figura 7

Dall'altra, mentre con i medesimi paesi l'Italia ha condiviso un trend di crescita, seppur differenziato, tra il 2005 e il 2009, negli anni successivi, cioè fino al 2013, essi lo hanno mantenuto, seppure con minore intensità, mentre nel nostro paese c'è stata un'inversione significativa (decrecita) che ha portato, sempre secondo Ocse (Grafico 2), ad un trend di -4,6% la spesa media pc. Nel 2014 tale differenziale si è ridotto, arrivando al -0,4%, rispetto ad una media Ocse del +1,3%.⁷⁴

⁷³ Oecd (2015), HEALTH EXPENDITURE PER CAPITA, in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris

⁷⁴ Ocse, (2015), COUNTRY NOTE: HOW DOES HEALTH SPENDING IN ITALY COMPARE? Oecd health statistics 2015, 7 July 2015, www.oecd.org/health

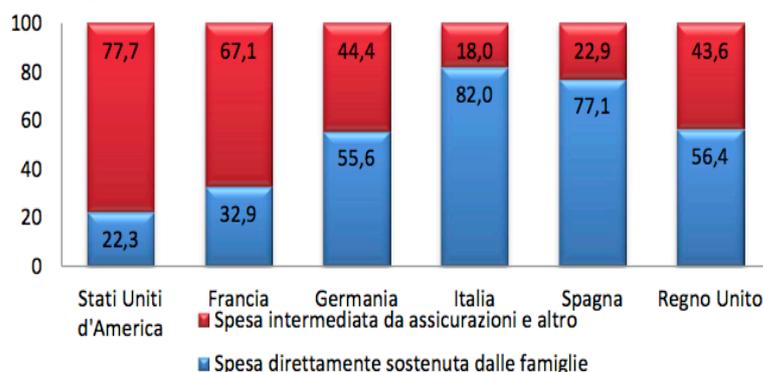


1. Mainland Norway GDP price index used as deflator. 2. CPI used as deflator.
 Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Figura 8

Altra importante differenza riguarda l'incidenza della spesa sanitaria intermediata rispetto alla spesa privata complessivamente intesa. In Italia essa rappresenta solo un quinto del totale della spesa privata, mentre in Germania e Regno Unito è poco meno della metà, ed in Francia oltre i due terzi (Grafico 3⁷⁵).

Fig. 9 - Distribuzione percentuale della spesa sanitaria privata in base alla modalità di pagamento, 2013



Fonte: elaborazione Censis su dati OMS

Figura 9

Ritornando alla Tabella 17, essa ci permette infine di identificare le voci di spesa sociosanitaria (dati micro) che vengono ricomprese nell'indagine sui consumi. Come si noterà, essa non contempla le voci considerate nella nostra ricostruzione: la spesa per assistenza familiare, la compartecipazione alle prestazioni socioassistenziali – servizio assistenziale domiciliare, ecc. – erogate dagli Ee.II, il

⁷⁵ Censis e Unipol (2015), *WELFARE ITALIA 2015. IMPATTO E POTENZIALE DI CRESCITA DELLA WHITE ECONOMY*, www.censis.it

mancato reddito corrispettivo della valorizzazione del lavoro di cura informale del caregiver. Per queste voci abbiamo qui riportato quanto elaborato in altre pubblicazioni recenti⁷⁶ a cui rinviamo.

Un discorso a parte è costituito dalla stima del valore delle agevolazioni fiscali. La farraginosità della materia⁷⁷, pur trattandosi di una quota del bilancio pubblico significativamente consistente (tra i 160 e i 165 mld € è la *tax expenditure* nel nostro Paese), non permette facilmente di ricostruire il dato aggregato. La Tabella 19 presenta, per la sola area della disabilità-invalidità, l'insieme delle norme che stabiliscono tali agevolazioni.

Tipologia	Disposizioni	Normativa
Figli a carico	Per ogni figlio portatore di handicap fiscalmente a carico spettano le seguenti detrazioni Irpef: 1.620 euro, se il figlio ha un'età inferiore a tre anni 1.350 euro, per il figlio di età pari o superiore a tre anni. Con più di tre figli a carico la detrazione aumenta di 200 euro per ciascun figlio a partire dal primo. Le detrazioni sono concesse in funzione del reddito complessivo posseduto nel periodo d'imposta e il loro importo diminuisce con l'aumentare del reddito, fino ad annullarsi quando il reddito complessivo arriva a 95.000 euro	http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900&c=7456
Acquisto e utilizzo dei veicoli	Detrazione dall'Irpef del 19% del costo del veicolo; aliquota Iva agevolata del 4% (invece di quella ordinaria); esenzione dal pagamento del bollo auto e dell'imposta di trascrizione. Possono avvantaggiarsi delle agevolazioni le seguenti categorie di disabili: non vedenti e non udenti; disabili con handicap psichico o mentale titolari dell'indennità di accompagnamento; disabili con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni; disabili con ridotte o impedito capacità motorie.	http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9901&c=9400
Ausili tecnici e informatici	Per l'acquisto di mezzi necessari alla deambulazione e al sollevamento dei disabili si applica l'aliquota Iva agevolata del 4%. Tra i beni soggetti a Iva agevolata rientrano, ad esempio: le protesi e gli ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti (compresi pannoloni per incontinenti, traverse, letti e materassi ortopedici antidecubito e terapeutici, cuscini jerico e cuscini antidecubito per sedie a rotelle o carrozzine eccetera); gli apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità; le poltrone e i veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie. Si applica l'aliquota Iva agevolata al 4% anche ai sussidi tecnici e informatici rivolti a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione dei portatori di handicap indicati all'articolo 3	http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9904&c=9206

⁷⁶ Cfr. M. Campedelli, a cura di, (2015), *RICONFIGURARE L'UNIVERSALISMO IN SANITA'? FONDI SANITARI E SSN PER NUOVE TUTELE DEL DIRITTO ALLA SALUTE*, numero monografico di *Politiche sanitarie*, anno 16, numero 1/2015, Il Pensiero scientifico, Roma

⁷⁷ Gruppo di lavoro sull'erosione fiscale - Ministero dell'Economia e delle Finanze (2011), *RELAZIONE FINALE*, Roma, 22 novembre 2011, in proprio

	<p>della legge n. 104 del 1992. Rientrano nel beneficio le apparecchiature e i dispositivi basati su tecnologie meccaniche, elettroniche o informatiche, sia di comune reperibilità sia appositamente fabbricati. Deve inoltre trattarsi di sussidi da utilizzare a beneficio di persone limitate da menomazioni permanenti di natura motoria, visiva, uditiva o del linguaggio, e per conseguire una delle seguenti finalità: facilitare la comunicazione interpersonale, l'elaborazione scritta o grafica, il controllo dell'ambiente, l'accesso all'informazione e alla cultura; assistere la riabilitazione.</p> <p>Oltre all'agevolazione Iva, alle persone disabili è riconosciuta una detrazione dall'Irpef pari al 19% delle spese sostenute per l'acquisto di: mezzi necessari all'accompagnamento, alla deambulazione, alla locomozione, al sollevamento sussidi tecnici e informatici per l'autosufficienza e l'integrazione.</p>	
Spese mediche generiche e quelle di assistenza specifica	<p>Sono interamente deducibili dal reddito complessivo. Le spese di assistenza specifica sostenute dai disabili sono quelle relative: all'assistenza infermieristica e riabilitativa; al personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale esclusivamente dedicato all'assistenza diretta della persona; al personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo; al personale con la qualifica di educatore professionale; al personale qualificato addetto ad attività di animazione e di terapia occupazionale.</p> <p>Le persone disabili possono usufruire della deduzione anche se percepiscono l'assegno di accompagnamento. In caso di ricovero di un disabile in un istituto di assistenza e ricovero, non è possibile dedurre l'intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese mediche e paramediche di assistenza specifica. Per poter fruire della deduzione, è necessario che le spese risultino indicate distintamente nella documentazione rilasciata dall'istituto di assistenza.</p>	<p>http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9350&c=9101</p> <p>http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9350&c=9902</p>
Specifiche per non vedenti	<p>Detrazione per l'acquisto del cane guida: è pari al 19% delle spese sostenute e può essere richiesta una sola volta in un periodo di quattro anni, salvo i casi di perdita dell'animale. Spetta per un solo cane e deve essere calcolata su un importo massimo di 18.075,99 euro, considerando nel limite anche le spese per l'acquisto degli autoveicoli utilizzati per il trasporto del non vedente. La detrazione è fruibile dal disabile o dal familiare di cui il non vedente risulta fiscalmente a carico.</p> <p>Detrazione per il mantenimento del cane guida: per il mantenimento del cane spetta una detrazione forfetaria di 516,46 euro, senza che sia necessario documentare l'effettivo sostenimento della spesa. La detrazione non è invece consentita al familiare che ha a carico il non vedente.</p> <p>Aliquota Iva agevolata del 4% sui prodotti editoriali: è prevista per l'acquisto di particolari prodotti editoriali destinati a essere utilizzati da non vedenti o ipovedenti, anche se non acquistati direttamente da loro: giornali e notiziari, quotidiani, libri, periodici, tranne i giornali e i periodici pornografici e i cataloghi diversi da quelli di informazione libraria, realizzati sia in scrittura braille sia su supporti audiomagnetici per non vedenti e ipovedenti. L'aliquota Iva del 4% si applica anche alle prestazioni di composizione, legatoria e stampa dei prodotti editoriali, alle prestazioni di montaggio e duplicazione degli stessi, anche se realizzati in scrittura braille e su supporti audiomagnetici per non vedenti e ipovedenti.</p>	<p>http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9906&c=9414</p> <p>http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9906&c=9415</p>
Servizi di interpretariato per sordi	<p>È prevista la detrazione del 19%. La detrazione spetta anche al familiare del disabile, se questo risulta fiscalmente a carico.</p>	<p>legge 26 maggio 1970, n. 381</p>
Eliminazione barriere	<p>Detrazione Irpef accordata ai lavori di <u>ristrutturazione edilizia</u>, ordinariamente pari al 36% (portata al 50% per il periodo 26 giugno 2012 – 31 dicembre 2015). Rientrano</p>	<p>http://www.handyl-ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9905&c=</p>

architettoniche	tra queste spese quelle sostenute per l'eliminazione delle barriere architettoniche, riguardanti, ad esempio, ascensori e montacarichi, elevatori esterni all'abitazione e le spese effettuate per la realizzazione di strumenti che, attraverso la comunicazione, la robotica e ogni altro mezzo tecnologico, favoriscono la mobilità interna ed esterna delle persone portatrici di handicap grave (articolo 3, comma 3, L. 104/1992). La detrazione per l'eliminazione delle barriere architettoniche non può essere fruita contemporaneamente alla detrazione del 19% a titolo di spese sanitarie riguardanti i mezzi necessari al sollevamento del disabile. La detrazione del 19%, pertanto, spetta soltanto sulla eventuale parte di spesa eccedente la quota già agevolata con la detrazione per lavori di ristrutturazione. Per le prestazioni di servizi relative all'appalto di questi lavori, è inoltre applicabile l'aliquota Iva agevolata del 4%, anziché quella ordinaria.	9105 http://www.handyl ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9905&c=9202 http://www.handyl ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900,9905&c=9413
Agevolazione sull'imposta di successione e donazione	L'imposta dovuta dall'erede o dal beneficiario della donazione si applica solo sulla parte della quota ereditata (o donata) che supera l'importo di 1,5 milioni di euro.	http://www.handyl ex.org/cgi-bin/hl3/cat.pl?v=b&d=9900&c=9418
Agevolazioni in materia di enti non commerciali	L'Ires è ridotta alla metà nei confronti di enti e istituti di assistenza sociale, di assistenza e beneficenza, ecc.; istituti di istruzione e di studio e sperimentazione di interesse generale senza fini di lucro; enti con fini equiparati a quelli di assistenza e beneficenza	Art. 6 Dpr 601/73
Deduzione dal reddito di impresa	Opere e servizi di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitaria e culto, ricerca scientifica, Onlus	Art. 100 Tuir
Detrazione per premi assicurativi	Relativi a morte, invalidità permanente, non autosufficienza	Art. 15, comma 1, lett. f) e comma 2 Tuir

Tabella 19

Alla luce di tutto ciò, l'importo di 1.5-2 mld € è stato ipotizzato grazie al confronto con alcuni operatori del settore e si tratta di una stima volutamente prudentiale.

L'ultima voce presa in considerazione riguarda il supporto assistenziale monetario da privato a privato. Secondo Censis-Ania consumatori⁷⁸, i flussi monetari che corrono lungo le reti informali riguardano 2,2 milioni di famiglie che ricevono aiuto mensile con regolarità per un importo complessivo annuale pari a 9,1 miliardi di euro. A fianco di questo 9% scarso che riceve aiuto regolarmente ve ne è un 21,4% che ne beneficia di tanto in tanto. Ricevono contributi economici *con regolarità* (Tabella 20) il 18,9% delle famiglie monogenitoriali ed il 12,8% di quelle unipersonali, il 5,2% delle coppie con figli e il 2,7% di quelle senza figli.

⁷⁸ Censis e Ania Consumatori, (2015) *RAPPORTO SUL WELFARE SOSTENIBILE 2015*, www.censis.it

Tab. 8 - Famiglie che ricevono contributi economici da parte di parenti/amici/conoscenti, per tipologia familiare (val. %)

<i>Ci sono parenti/amici/conoscenti che danno contributi economici alla vostra famiglia?</i>	Unipersonale	Coppia senza figli	Coppia con figli	Monogenitore /Altro	Totale
Sì	30,8	25,4	30,6	35,1	30,2
<i>di cui:</i>					
- regolarmente	12,8	2,7	5,2	18,9	8,8
- di tanto in tanto	18,0	22,7	25,4	16,2	21,4
No, mai	69,2	74,6	69,4	64,9	69,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabella 20

La dinamica intergenerazionale mostra una propensione molto più alta dei giovani a prendere risorse di supporto dalle reti informali, familiari, mentre i longevi possono essere considerati come *unità in surplus* che immettono risorse nelle reti familiari. Le famiglie con un capofamiglia longevo sono infatti molto meno frequentemente destinatarie di flussi di aiuti dalle reti informali: poco più del 3% riceve aiuto regolarmente ed il 12,3% ne usufruisce di tanto in tanto.

Considerando che i 9,1 mld € stimati riguardano i soli trasferimenti regolari, ovvero che da essi sono esclusi quelli saltuari, e che per quanto riguarda il sanitario si possa presupporre che incidano di più questi ultimi, abbiamo mantenuto tale cifra come *proxy* del dato complessivo.

La situazione toscana

La Tabella 21 riporta la situazione toscana ricostruita seguendo la stessa impostazione utilizzata per quella nazionale, integrando dove possibile dati frutto di studi e ricerche a carattere regionale.

Area di consumi	Stima mld €
Prestazioni sociosanitarie gestite privatamente dalle famiglie "non	1,968

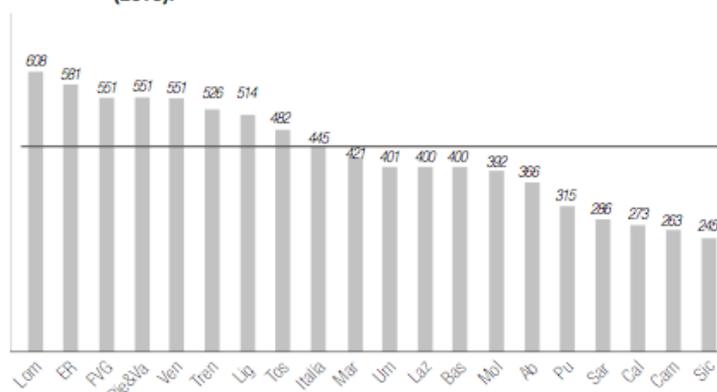
intermediate"	
Assistenza familiare	0,864
Compartecipazione servizi sociali comunali (anziani e disabili) 2012	0,050
Autoproduzione (mancato reddito caregiver)	0,257
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	0,125
Trasferimenti assistenziali "informali"	0,560
Totale	3,824

Tabella 21

I 3,824 mld € di spesa gestita dalle famiglie toscane sono il frutto della sommatoria delle seguenti voci:

- 1,968 miliardi € di prestazioni sociosanitarie gestite privatamente dalle famiglie risultano dalla differenza tra la stima della spesa privata pc basata sull'Indagine dei Consumi Istat, pari a 482 €⁷⁹ (Figura 10) con la stima di quella intermediata pari a poco meno di 25 €⁸⁰ (Figura 11), a cui abbiamo aggiunto, per omogenizzare con la stima Istat della Contabilità Nazionale, 75 € (il v.a. pc proporzionato tra le due indagini sulla base della popolazione), moltiplicata per i 3 milioni e 700 mila abitanti residenti nella regione;

Figura 6.8 La spesa sanitaria delle famiglie pro capite nelle Regioni italiane (2013).



Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sui Consumi, 2014).

Figura 10

⁷⁹ M. Del Vecchio, E. Mallarini e V. Rappini, a cura di, (2015), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea

⁸⁰ M. Vecchietti, (2015), *LE FORME SANITARIE INTEGRATIVE: UNA PRIMA INDAGINE COMPLESSIVA SULLE DIMENSIONI ED I VALORI ECONOMICI DEL SETTORE*, Rbm Salute, Welfareday 2015, <http://www.welfareday.it/welfareday-2015.php>

Grafico 39: Spesa Sanitaria intermediata da Forme Sanitarie Integrative pro capite per regione

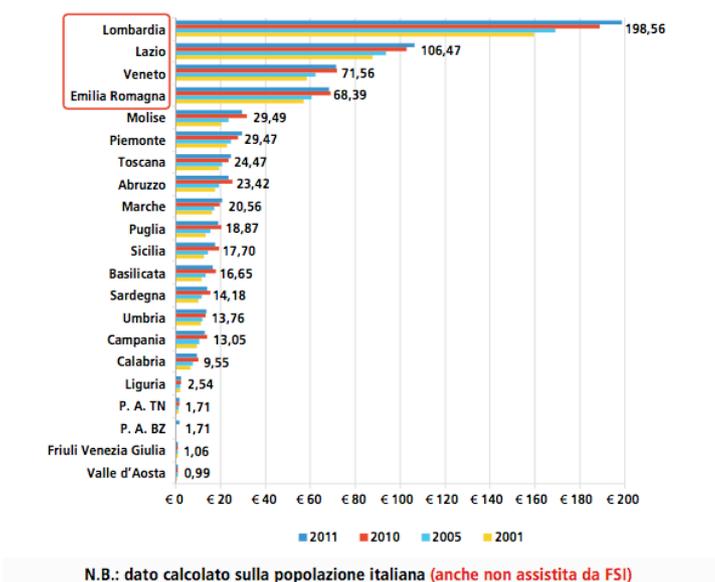


Figura 11

- gli 0,864 mld € di assistenza familiare sono frutto di una rielaborazione delle stime Irpet⁸¹ sulla spesa per non autosufficienti; Irpet calcola che per i circa 53.000 non autosufficienti con livelli di isogravit  (Tabella 22) da 2 a 5⁸², se assistiti totalmente da assistenti familiari, il costo complessivo nel rispetto del contratto di categoria arriverebbe a 1,156 mld €; al contempo, le indennit  di accompagnamento e i trasferimenti in denaro da parte degli Ee.II. (dati 2010) arrivano a 0,578 mld €; facendo la media tra queste due voci, assumendola come *proxy* di una spesa realisticamente maggiore di quanto non siano i soli trasferimenti monetari e, al contempo, minore rispetto al fatto che nel sistema di *caregiving* intervengono anche altre figure professionali o informali e non solo le assistenti familiari, arriviamo alla somma ipotizzata;

⁸¹ S. Iommi e N. Sciclone, a cura di, (2014), *LA SOSTENIBILITA' DI UN MODELLO UNIVERSALE DI COPERTURA CONTRO IL RISCHIO DI NON AUTOSUFFICIENZA*, Studi e approfondimenti, Irpet, Firenze

⁸² La stima totale dei non autosufficienti   di 87000 persone, da questi vengono esclusi quelli con isogravit  1 – pari a 13.900 persone – e quelli ricoverati in rsa – 10.000 persone)

Tabella 1.3
DESCRIZIONE DELLE TIPOLOGIA DI PAZIENTE PER LIVELLO DI ISOGRAVITÀ

Livello 1	Persone pienamente collaboranti, senza problemi di memoria né disturbi del comportamento, che necessitano di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana;
Livello 2	Persone che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana, presentano un leggero decadimento cognitivo e/o moderati disturbi del comportamento che riduce la loro collaboratività nell'assistenza; oppure persone pienamente collaboranti che però necessitano di moderato aiuto per compiere le attività di base della vita quotidiana;
Livello 3	Persone che oltre ad avere bisogno di un aiuto lieve e non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana, presentano un grave decadimento della funzione cognitiva o gravi disturbi del comportamento che rendono l'assistenza più difficile; oppure persone che necessitano di un aiuto fisico di livello intermedio per compiere le attività di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave o che presentano un livello moderato nei disturbi del comportamento;
Livello 4	Persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un grave o moderato decadimento della funzione cognitiva e che presentano disturbi del comportamento di livello moderato; oppure persone che necessitano di assistenza pesante o totale nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, come nel caso di uno stato vegetativo persistente;
Livello 5	Persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, per niente collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave, ma soprattutto di gravi disturbi del comportamento che richiedono peraltro sorveglianza continua.

Fonte: ARS

Tabella 22

- i 0,257 mld € per autoproduzione, ovvero mancato reddito da lavoro dei caregiver; questa stima è frutto dell'ipotesi che il caregiving familiare (autoproduzione) riguardi solo la popolazione con isogravità 4 e 5, ovvero 36.330 persone; questo numero lo consideriamo complessivo sia del caregiving erogato per la popolazione n.a. afferente ai livelli di isogravità più bassi che, compensativamente, della popolazione dei livelli 4 e 5 che non ne riceve; se questo numero viene moltiplicato con la stima Irpet del costo opportunità del familiare che rinuncia a lavorare per assistere il proprio congiunto – 7.089 € annui – arriviamo alla cifra indicata;
- i 0,050 mld € è la compartecipazione delle famiglie ai servizi comunali spesa nel 2012 secondo la Regione Toscana; in particolare 46,3 mln€ è quella relativa agli anziani e 3,1 mln € riguarda le persone disabili;
- le due ultime voci – agevolazioni fiscali e trasferimenti assistenziali “informali” – riprendono il dato nazionale e lo riproporzionano sulla base della quota di popolazione toscana.

VI - L'IMPATTO DELLA CRISI: RINUNCE, IMPOVERIMENTO E SPESE CATASTROFICHE

Come abbiamo visto, le evidenze disponibili dicono che la sanità pubblica italiana⁸³, dal punto di vista economico finanziario, si può considerare *temporaneamente stabilizzata*. La discussione sulle prospettive nel medio lungo periodo presenta posizioni alquanto diversificate. E' verosimile prevedere che nella sanità pubblica (e indirettamente anche convenzionata) gli interventi attuati, qualora fossero ulteriormente perseguiti senza cambiamenti strutturali di modello, rischino la messa in discussione della natura e delle finalità del Ssn⁸⁴. Ovviamente, su questo la variabilità dei sistemi regionali, come accennato in precedenza, gioca un peso rilevante, anche nella individuazione di soluzioni fattibili/efficaci di superamento di tale stato di cose.

Con la crisi il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie sia pubbliche che pagate privatamente ha accentuato il suo peso. In Toscana, la spesa sociosanitaria privata basata sull'Indagine sui Consumi di Istat, tra il 2011 e il 2013 è passata da 510,8 € pc a 486,7 € pc, con un minimo nel 2012 di 468,9 € (Tabella 23⁸⁵). Si tratta di un indicatore di domanda di assistenza inevasa, in alcuni casi (qui difficili da quantificare) anche non pertinente, ovvero di qualità dell'offerta.

Tabella 6.10 **La spesa sanitaria delle famiglie pro capite (euro) e ranking delle regioni, negli ultimi tre anni disponibili (2013).**

	2011	2012	2013	Media 2011-2013	Ranking 2013	Ranking medio 2011-2013
Lombardia	558,6	527,9	604,3	563,6	1	4
Emilia Romagna	565,6	613,2	578,4	585,7	2	3
Friuli Venezia Giulia	581,7	553,6	550,8	562,0	3	5
Piemonte e Valle d'Aosta	463,5	529,1	549,6	514,1	4	6
Veneto	664,2	579,0	549,3	597,5	5	2
Trentino Alto Adige	707,5	562,9	522,5	597,6	6	1
Liguria	490,7	502,4	514,9	502,7	7	7
Toscana	510,8	468,9	480,4	486,7	8	8
Marche	495,2	457,9	420,8	458,0	9	10
Basilicata	322,4	434,4	401,6	386,1	10	12
Umbria	514,3	459,4	400,2	458,0	11	9
Lazio	477,3	440,0	396,6	438,0	12	11
Molise	382,1	361,6	393,6	379,1	13	14
Abruzzo	399,2	382,1	365,9	382,4	14	13
Puglia	356,6	313,4	315,6	328,6	15	15
Sardegna	348,6	327,2	286,3	320,7	16	16
Calabria	368,3	306,1	273,8	316,1	17	17
Campania	238,2	255,0	263,3	252,2	18	19
Sicilia	288,3	271,8	245,3	268,5	19	18
Italia	462,7	444,2	444,0	450,3	-	-

Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sui Consumi, 2014).

Tabella 23

⁸³ Cergas-Università Bocconi, a cura di, (2014), *RAPPORTO OASI 2014*, Milano, http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home/Area+download+Rapporto+OASI+e+Mecosan

⁸⁴ Fondazione Farmafactoring (a cura di) (2014), *IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE. RAPPORTO 2014. TERZA PARTE*, Milano, www.fondazionefarmafactoring.it

⁸⁵ M. Del Vecchio, E. Mallarini e V. Rampini, a cura di, (2015), *RAPPORTO OCPS 2015. OSSERVATORIO CONSUMI PRIVATI IN SANITA'*, Milano, Egea

Visite e trattamenti odontoiatrici (dati 2012⁸⁶) sono le prestazioni a cui si è rinunciato più frequentemente (14,3% over 14 anni) soprattutto per motivi economici (85,3%). Se si escludono le prestazioni odontoiatriche, è il 7,7% della popolazione over 14 che rinuncia: il 4,1% all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno; il 70% perché non prescrivibili (*out of pocket*); il 25% per il ticket troppo costoso. Chi ha ricevuto altre prestazioni sanitarie durante l'anno tende a rinunciare di più.

Il 9% della popolazione italiana ha rinunciato ad almeno una prestazione del Ssn⁸⁷ pur ritenendo di averne bisogno. Se a questi si cumulano coloro che hanno dichiarato di aver rinunciato ad acquistare farmaci, la quota raggiunge l'11,1%: il 6,2% per motivi economici, il 4,0% per problemi legati alle modalità di offerta⁸⁸ e l'1,1% per altri motivi, quali impegni di lavoro o familiari o altro. Le donne che rinunciano sono il 13,2% contro il 9,0% degli uomini (Figura 12⁸⁹).

FIGURA 9. POPOLAZIONE CHE HA RINUNCIATO A PRESTAZIONI SANITARIE (VISITE, ACCERTAMENTI, INTERVENTI CHIRURGICI) O ALL'ACQUISTO DI FARMACI PUR AVENDONE BISOGNO NEGLI ULTIMI 12 MESI, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Media Settembre - Dicembre 2012, tassi per 100 persone

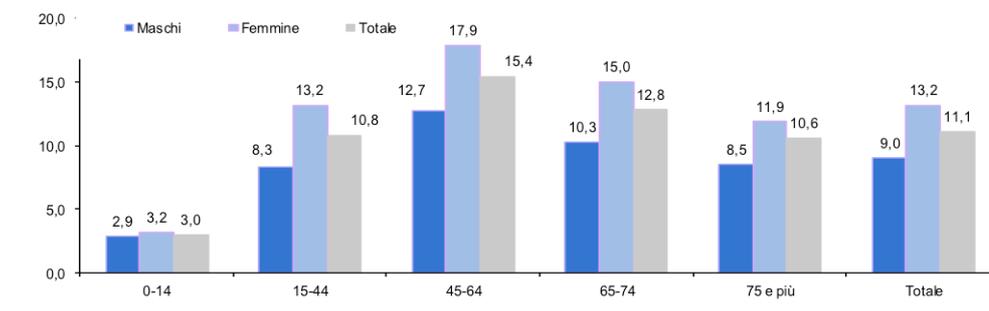


Figura 12

Incrociando motivazioni e territorio di residenza, la quota di chi rinuncia per motivi economici nel Sud arriva al 9,2% e nelle Isole al 9,5%, contro una media del 6,2% della popolazione italiana. Al Centro invece è più elevata della media nazionale la rinuncia per problemi legati all'offerta (liste di attesa e scomodità degli orari o a raggiungere la struttura 5,3% contro 4,0%). In crescita i comportamenti di rinuncia tra chi dichiara di star male o molto male (26,3% di questo gruppo), fra chi ha una malattia cronica grave (18,4%), fra i multicronici (23,3%). Significativa anche la variabilità per classi di età. Le Figure 13 e 14 riprese

⁸⁶ Istat (2013) *LA SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI*, Roma, 24 dicembre 2013, www.istat.it

⁸⁷ Accertamenti specialistici, visite mediche specialistiche (escluse odontoiatriche) o interventi chirurgici

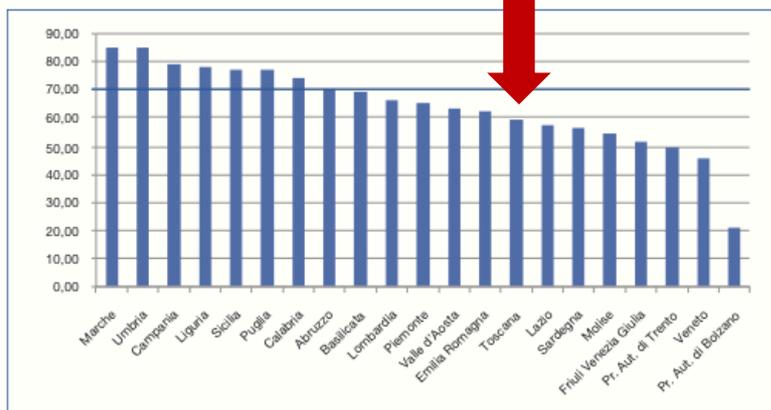
⁸⁸ Liste di attesa troppo lunghe o orari scomodi per l'appuntamento o difficoltà a raggiungere la struttura

⁸⁹ Istat (2013) *LA SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI*, Roma, 24 dicembre 2013, www.istat.it

dal X Rapporto Crea Sanità 2014⁹⁰ (dati 2011) rappresentano graficamente le tendenze riportate.

Figura 4a.5. Popolazione che rinuncia alle cure per motivi economici. Valori %, anno 2011

[Figure 4a.5. People who give up to therapies or treatments for economics causes. Percentage, 2011]

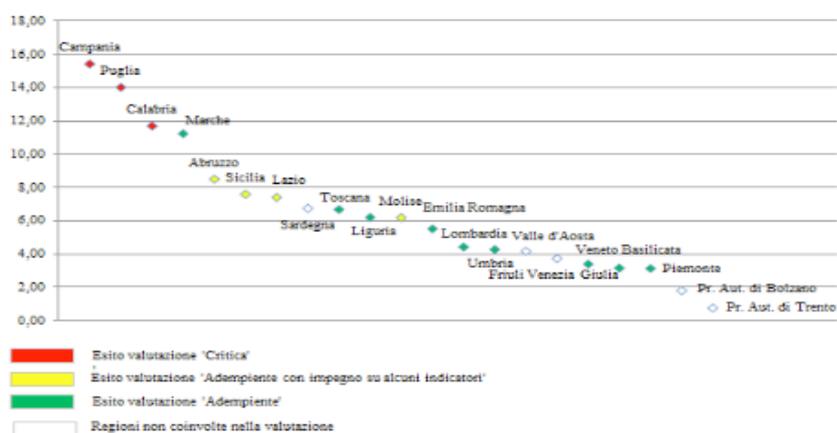


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

111

Figura 13

Quota di popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici vs. esito valutazione ministeriale adempimento "mantenimento erogazione LEA", 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

Figura 14

⁹⁰ Crea Sanità (2014), 10°RAPPORTO SANITÀ. INVESTIMENTI INNOVAZIONE E SELETTIVITÀ: SCELTE OBBLIGATE PER IL FUTURO DEL SSN, Roma, Crea Sanità e Università Tor Vergata

Anche in Toscana la crisi ha inciso sui consumi sanitari. Una percentuale di intervistati più o meno corrispondente alla media nazionale (6-7%) dichiara di aver rinunciato per motivi di ordine economico e non solo o tanto per la lunghezza delle liste di attesa, ovvero per le alternative che presenta l'offerta privata non convenzionata.

Si tratta di un dato che per essere correttamente interpretato necessita di approfondimenti con analisi più specifiche, in particolare su quale sia la parte di popolazione che rinuncia e per quali domande/bisogni di prestazioni sanitarie pubbliche⁹¹. Questioni che sembrano trovare corrispondenza con alcuni dati di fonti regionali. Rispetto al consumo/erogazione dell'offerta sanitaria pubblica, tra il 2010 e il 2013, secondo l'Agenzia Sanitaria Regionale⁹²:

- *sono diminuite* le prestazioni di assistenza specialistica, ma con un livello di spesa sostanzialmente invariata, il che porta a presumere che si siano erogate prestazioni di maggiore complessità; visite specialistiche e prestazioni riabilitative calano soprattutto per gli uomini 30-40enni; diminuiscono anche le prestazioni di diagnostica per immagini, soprattutto tra le donne; così pure calano in modo generalizzato le prestazioni di diagnostica di laboratorio e, per i 25-40enni, le prestazioni di diagnostica strumentale;
- *sono rimaste costanti* le procedure interventistiche e la diagnostica terapeutica (biopsie, chirurgia ambulatoriale, procreazione medicalmente assistita);
- *è aumentato* il consumo di farmaci, soprattutto per gli ultra 60enni;
- nel 2014⁹³, poi, il consumo di farmaci antidepressivi è risultato presentare il valore più alto tra le regioni italiane (59,5 contro 39,3 DDD/1.000 abitanti die); nel periodo 2005-2014 l'aumento regionale è stato del 40,3% (50,1% a livello nazionale)⁹⁴.

⁹¹ Eurostat evidenzia, ad esempio, come determinanti non solo il costo delle prestazioni in rapporto al reddito disponibile ma anche l'età e il percorso educativo maturato; Eurostat (2016), *UNMET HEALTH CARE NEEDS STATISTICS*, Statistics Explained, <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>

⁹² Ars (2014), *CRISI ECONOMICA, STATO DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI IN TOSCANA*, Serie in cifre n.4, Firenze, ottobre 2014, www.ars.toscana.it

⁹³ Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2015), *RAPPORTO OSSERVASALUTE 2015*, Roma, <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2015/15>

⁹⁴ Per meglio comprendere le variazioni che ci sono state, è da tenere presente che in Toscana, dal 2011 (Dgr 722/2011 aggiornata con Dgr 753/2012) oltre al ticket di base, il cittadino è chiamato a contribuire alle spese sanitarie per farmaci convenzionati e per prestazioni di specialistica ambulatoriale con un ticket aggiuntivo parametrato all'Isee, a partire dalla soglia di reddito familiare di 36.151,98 €. Detto questo, anche in Toscana, la percentuale di esenzione è rilevante. Nel 2012 ha riguardato il 63% delle ricette contro una media nazionale del 70%. La metà, sempre a livello nazionale, era per reddito, cioè circa 67 mln su 144,8 mln.

Per quanto riguarda le altre tipologie di esenzione, i dati relativi al 2011 indicavano che:

- *per condizione* - ovvero gli invalidi, i ciechi assoluti, i sordomuti, gli infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali, le donne in stato di gravidanza (dalla 1° alla 41° settimana), le donne incinte a rischio, i detenuti e gli internati, gli obiettori di coscienza in servizio civile, i soggetti ai quali vengono effettuate prestazioni diagnostiche per screening, e i cittadini extracomunitari non in regola privi di risorse economiche ai quali vengono effettuate prestazioni ambulatoriali urgenti – le ricette esenti sono state pari a 32,6 mln;
- per malattia rara, oltre 1,2 mln;
- per invalidità di guerra poco più di 162 mila;
- per patologia ammontavano invece a circa 41,7 milioni, di cui 2,2 mln in Toscana. (fonte http://www.adnchronos.com/salute/sanita/2014/09/12/niente-ticket-sul-delle-ricette-per-esami-visite-arrivo-una-riforma-del-sistema_XL3hfVYler10I49USc9JXN.html)

A parziale integrazione dell'esigenza di ulteriori e più specifici approfondimenti proponiamo alcune considerazioni riguardanti le tendenze nazionali relativamente ai fenomeni di *impoverimento* e delle *cd spese catastrofiche*.

Si tratta di indicatori privilegiati della fragilità economica delle famiglie che permettono di valutare il grado di risposta di un sistema sanitario (pubblico e privato) nella tutela dei rischi economici derivanti da malattia, ovvero di fronte alla necessità di utilizzare risorse proprie (*out of pocket*), per ottenere prestazioni integrative, complementari o sostitutive dell'offerta pubblica.

Per meglio inquadrare la situazione può essere utile una breve digressione sulla incidenza delle diverse linee di povertà. A conclusione del rapporto Istat prima richiamato l'Istituto propone in un grafico riassuntivo tale scenario⁹⁵. Come si può notare (Figura 15), a fianco della popolazione riconosciuta povera (per povertà assoluta o relativa) pari al 10,4% del totale, vi è un altro 7,2% di popolazione che vive in una condizione appena sopra la cosiddetta linea standard. Fascia che, più di altre, corre per l'appunto il rischio di cadere in povertà a causa di eventi i cui costi non sono sopportabili.

GRAFICO 3. FAMIGLIE POVERE E NON POVERE IN BASE A DIVERSE LINEE DI POVERTÀ. Anno 2015, composizione percentuale

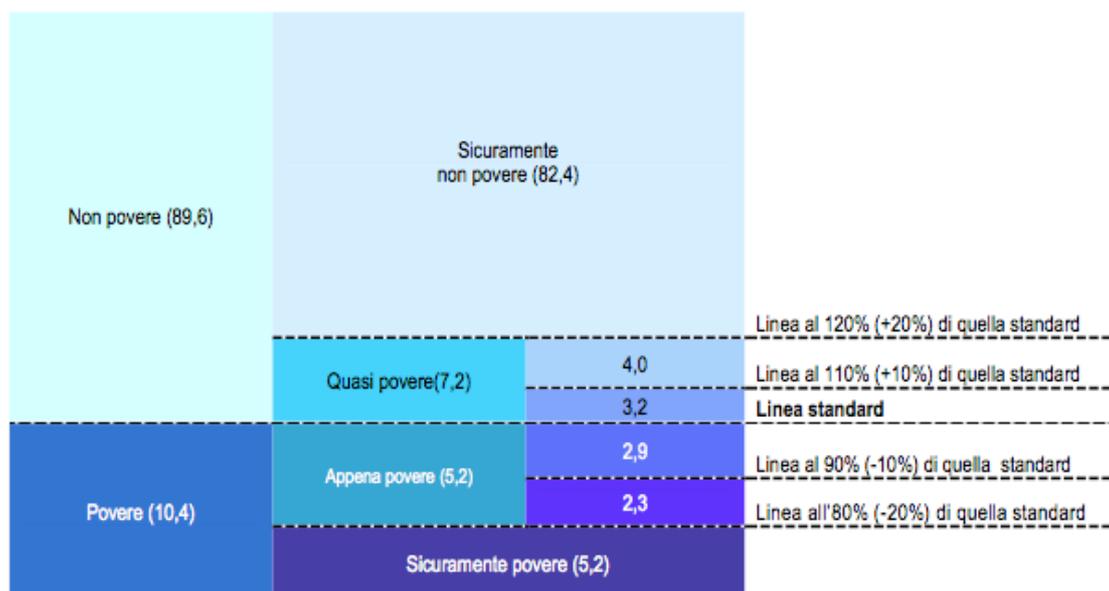


Figura 15

Nello specifico, con *impoverimento* qui si intende l'ingresso nella condizione di povertà relativa da parte delle famiglie sottoposte a spese sanitarie, mentre con *catastroficITÀ* si intende il dover affrontare spese sanitarie per una quota di almeno

⁹⁵ Istat (2016) LA POVERTÀ IN ITALIA. ANNO 2015, 14 Luglio '16, www.istat.it

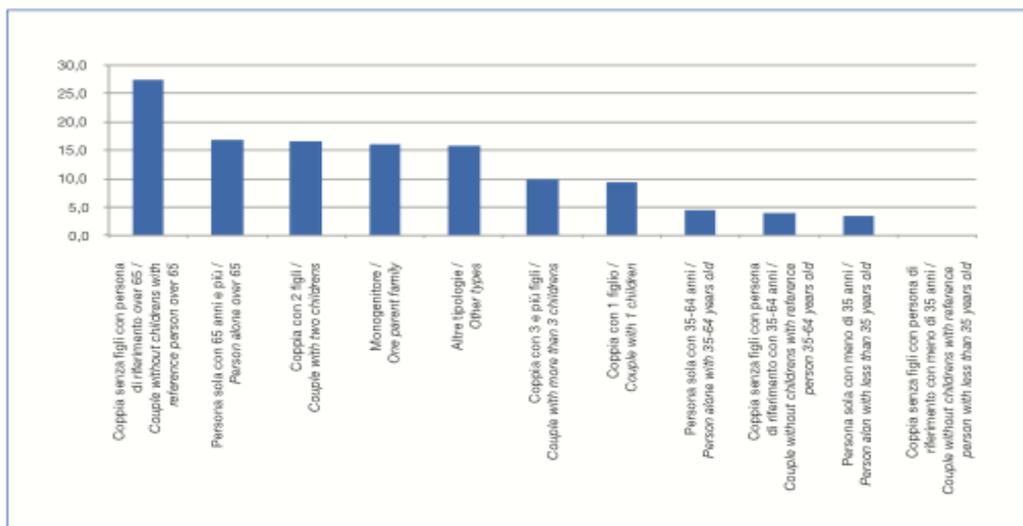
il 40% del differenziale del reddito disponibile detratto delle spese di sussistenza, convenzionalmente considerate pari al livello di reddito corrispondente alla povertà assoluta.

Nel 2012⁹⁶ le famiglie che hanno fatto ricorso a spese sanitarie⁹⁷ private sono state 15,5 milioni, il 61,1% del totale delle famiglie italiane. Queste hanno pagato in media 1869,6 € annui. La spesa per disabili e anziani non autosufficienti delle sole famiglie che hanno dovuto sostenerla, mediamente è stata poco più di 6.000€. Le famiglie colpite da impoverimento per spese sanitarie sono state 266 mila. Per queste, l'incidenza delle spese sanitarie è del 14,7% su una media di 14.000 € di consumi annui. Si tratta di un valore che indica l'incomprimibilità di tali consumi, ovvero la necessità di rinunciare ad altri per garantirsi tali prestazioni/servizi. Le più colpite sono le coppie senza figli con persona di riferimento over 65 (27,5%) e le persone sole over 65 (16,81%) (Figura 16).

Figura 4a.9. Quota famiglie impoverite – Per tipologia di famiglia.

Valori %, anno 2012

[Figure 4a.9. Share of impoverished families - By type of family. Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Figura 16

⁹⁶ Crea Sanità (2014), 10° RAPPORTO SANITÀ. INVESTIMENTI INNOVAZIONE E SELETTIVITÀ: SCELTE OBBLIGATE PER IL FUTURO DEL SSN, Roma, Crea Sanità e Università Tor Vergata

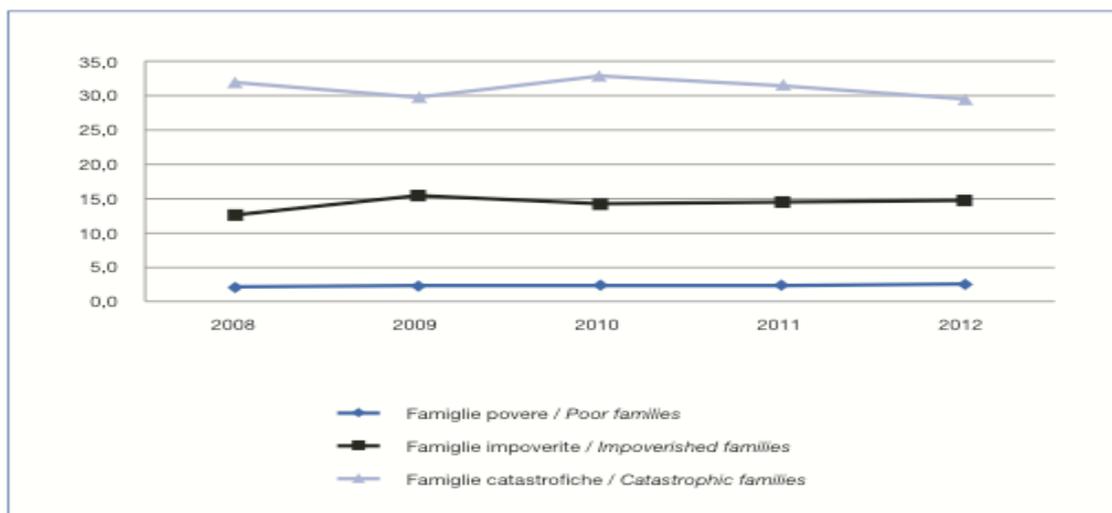
⁹⁷ Per farmaci, specialistica, ricoveri ospedalieri e presso case di cura, cure odontoiatriche, termali, servizi ausiliari quali infermieristica e fisioterapia, protesi e ausili, noleggi attrezzature, assistenza anziani e disabili non autosufficienti

Le famiglie sottoposte a spese catastrofiche sono state quasi 900 mila. Con una spesa media di poco meno di 20 mila € annui, per i consumi sociosanitari sono stati destinati circa 5 mila e 700€. Non dissimile è il profilo delle famiglie colpite: persone sole over 65 (6,7%) seguite dalle coppie senza figli con persone di riferimento over 65 (5,94%). In altri termini, la presenza in famiglia di persone anziane aumenta il rischio di spese catastrofiche sociosanitarie di tre volte se ve ne è una, mentre di 2,2 volte se gli anziani sono due e più.

La Figura 17 riassume la serie storica dell'incidenza delle spese sociosanitarie delle famiglie povere, impoverite e sottoposte a spese catastrofiche. Come si può vedere nel quinquennio l'andamento non ha subito variazioni significative, se non per un lieve calo della percentuale di famiglie sottoposte a spese catastrofiche. In altri termini, esso conferma che i poveri hanno limitate capacità di spesa sociosanitaria privata e che la necessità di sostenere spese sociosanitarie rappresenta un rilevante fattore di rischio per le famiglie che dispongono di risorse di poco superiori alla soglia di povertà.

Figura 4a.14. Quota di spesa destinata al socio-sanitario dalle famiglie povere, impoverite e catastrofiche. Valori %, anni 2008-2012

[Figure 4a.14. Share of social-health expenditures on overall consumptions of poor, impoverished and catastrophic families. Percentage, 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

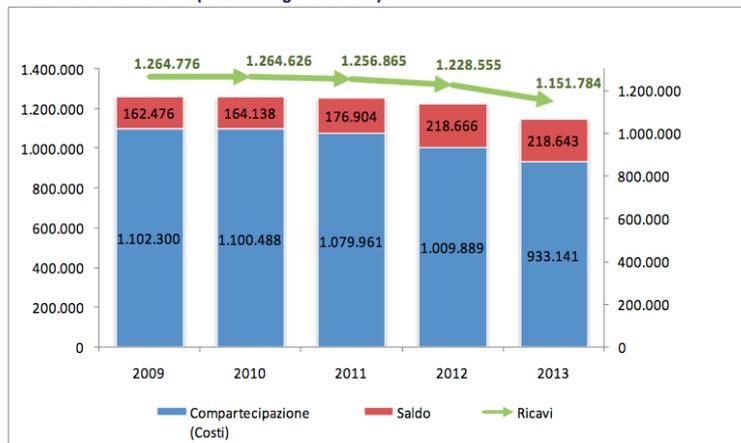
Figura 17

VII - ATTIVITÀ INTRAMOENIA NEL SSR TOSCANO

Secondo la normativa in vigore⁹⁸, l'attività libero-professionale intramuraria ha come obiettivo prioritario quello di valorizzare la professionalità e di garantire la scelta fiduciaria del medico, in un'ottica di liceità e trasparenza. Annualmente l'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale pubblica i risultati del monitoraggio su questo tipo di attività. Dal rapporto relativo al 2013⁹⁹ risulta che:

- i Dirigenti medici e sanitari in rapporto di lavoro esclusivo in Italia sono il 94% del totale, e solo una parte di questi svolge attività libro professionale intramuraria (Alpi);
- l'indennità di esclusività complessiva è di quasi 1,3 mld € (era 1,36 mld € nel 2009), con un valore medio pc di 10.753 €;
- i ricavi per prestazioni Alpi arrivano a 1,1 mld € (variazione 2009-2013 pari a -8,9%) corrispondenti ad una spesa pro-capite di 19 euro/anno nel 2013; gran parte del decremento è imputabile all'anno 2013, in cui si registra una significativa riduzione (-6,2% sul 2012);
- il saldo ricavi-costi per prestazioni intramoenia sempre nel 2013 è di 219 mln € (trend positivo 2009-2012 del 34% e stabilizzazione 2012-2013 – Figura 18).

Graf.1 Ricavi e Costi ALPI (valori in migliaia di euro)



Fonte: Sistema Informativo Sanitario, dati a consuntivo modello CE

Figura 18

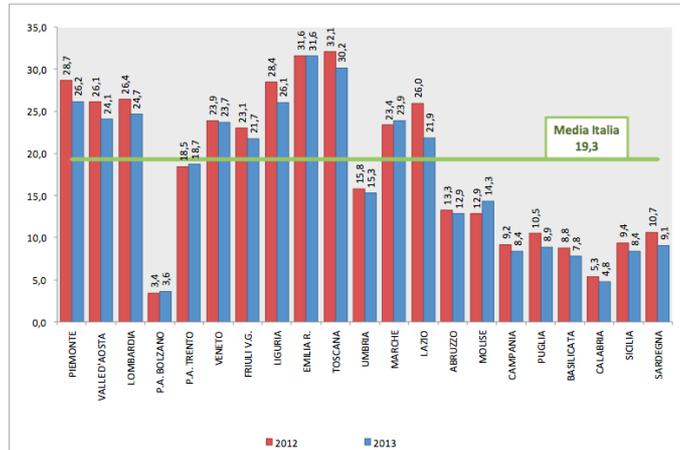
⁹⁸ Considerando la più recente: legge 3 agosto 2007, n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria"; accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 18 novembre 2010 concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio sanitario nazionale (Rep. atti n. 198/CSR); decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", <http://leg16.camera.it/561?appro=853>

⁹⁹ Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale, (2015), *RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA. ANNO 2013*, http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2349

Per quanto riguarda il Ssr Toscano, i dati corrispondenti indicano che:

- la spesa pc, più alta tra le regioni italiane insieme all'Emilia Romagna, si assesta sui 30,2 € (era 32,1 nel 2012 - Figura 19);

Graf.3 Spesa pro-capite per prestazioni in Intramoenia €/anno, 2012 vs 2013

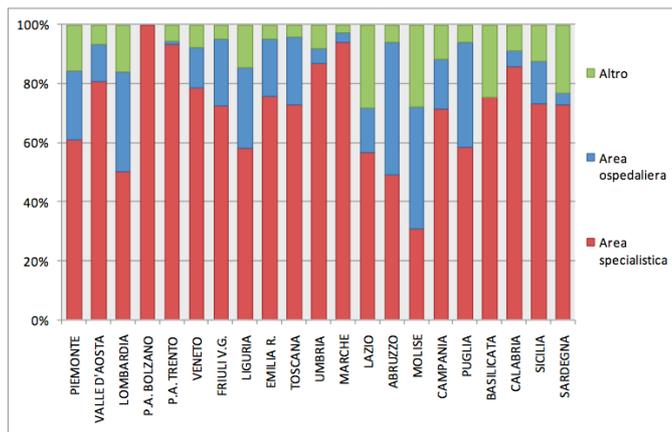


Fonte: Sistema Informativo Sanitario. Spesa calcolata su popolazione residente al 1° gennaio, fonte ISTAT

Figura 19

- e sempre insieme alla E. Romagna, la sua distribuzione è per i 2/3 circa in specialistica, 1/5 in ospedaliera e il rimanente in altro tipo di prestazioni (Figura 20);

Graf. 5 Ripartizione ricavi Intramoenia per area e per Regione anno 2013



Fonte: Sistema Informativo Sanitario, dati a consuntivo Mod. CE

Figura 20

- il guadagno medio per medico è di poco più di 19 mila € annui, quasi 1/4 in

meno dell'E.Romagna e 1/5 in più della media nazionale (Figura 21);

Graf.6 Guadagno medio per medico (€/anno) - 2013

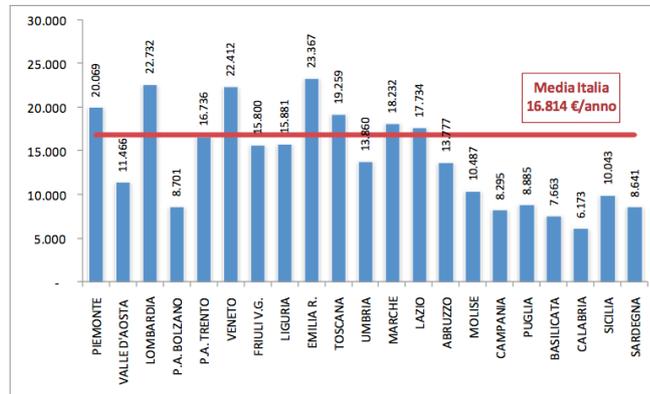


Figura 21

- il rapporto ricavi-costi è di 33,4 mln € (trend leggermente positivo 2009- 2013) con una marginalità lorda pari al 30% (Tabella 24)

Tab. 3 Ricavi e Costi ALPI per Regione, anni 2009 – 2013 (valori in migliaia di euro)

REGIONI	2009			2010			2011			2012			2013		
	RICAVI INTRAMOENIA	Comp. al personale	SALDO	RICAVI INTRAMOENIA	Comp. al personale	SALDO	RICAVI INTRAMOENIA	Comp. al personale	SALDO	RICAVI INTRAMOENIA	Comp. al personale	SALDO	RICAVI INTRAMOENIA	Comp. al personale	SALDO
PIEMONTE	127.981	111.463	16.518	126.673	110.814	15.859	126.603	109.183	17.420	124.878	105.673	19.205	114.419	97.918	16.501
VALLE D'AOSTA	3.461	3.157	304	3.543	2.996	547	4.155	3.591	564	3.310	3.044	266	3.078	2.511	567
LOMBARDIA	261.726	248.390	13.336	255.887	246.210	9.677	259.575	247.688	12.287	256.049	211.739	44.310	241.509	195.501	45.608
P.A. BOLZANO				1.024	718	306	1.607	1.168	439	1.720	1.214	506	1.851	1.366	485
P.A. TRENTO	10.041	8.496	1.545	10.309	8.763	1.546	9.983	8.325	1.658	9.691	8.090	1.601	9.923	8.301	1.622
VENETO	120.881	103.066	17.815	121.561	103.114	18.447	121.205	99.833	21.372	115.950	96.431	19.519	115.704	95.812	19.892
FRIULI V.G.	30.472	25.004	5.468	29.903	24.617	5.286	29.979	24.922	5.057	28.075	23.898	4.177	26.567	22.073	4.494
LIGURIA	39.012	33.118	5.894	41.520	35.405	6.115	43.556	36.715	6.841	44.573	37.183	7.390	40.795	34.780	6.015
EMILIA R.	141.493	112.938	28.555	143.417	114.644	28.773	138.045	109.918	28.127	137.141	107.103	30.038	138.182	105.177	33.005
TOSCANA	132.296	100.600	31.696	128.350	98.584	29.766	126.080	93.229	32.851	117.620	85.003	32.617	111.339	77.942	33.397
UMBRIA	14.638	13.208	1.430	14.737	12.406	2.331	15.946	13.023	2.923	13.936	11.234	2.702	13.597	11.185	2.412
MARCHE	37.151	31.117	6.034	36.459	30.097	6.362	36.278	29.943	6.335	35.995	29.745	6.250	36.950	31.706	5.244
LAZIO	140.199	121.968	18.231	146.430	123.435	22.995	149.987	122.742	27.245	142.837	116.288	26.549	121.491	98.068	23.423
ABRUZZO	14.873	13.942	931	15.566	15.268	298	17.124	15.785	1.339	17.358	15.512	1.846	16.913	14.976	1.937
MOLISE	3.449	2.548	901	2.863	2.199	664	3.369	2.159	1.210	4.039	2.464	1.575	4.493	2.737	1.756
CAMPANIA	54.833	51.490	3.343	54.323	51.908	2.415	49.967	48.135	1.832	52.793	47.045	5.748	48.317	39.501	8.816
PUGLIA	49.722	45.240	4.482	49.771	45.650	4.121	45.306	40.995	4.311	42.624	36.518	6.106	36.043	29.010	7.033
BASILICATA	4.323	4.044	279	4.059	4.011	48	5.203	4.769	434	5.082	4.187	895	4.485	3.548	937
CALABRIA	9.736	7.782	1.954	10.853	8.422	2.431	9.055	9.274	-219	10.474	9.015	1.459	9.427	9.043	384
SICILIA	51.651	50.655	996	49.462	46.586	2.876	46.974	45.323	1.651	46.963	42.707	4.256	41.823	38.987	2.836
SARDEGNA	16.838	14.074	2.764	17.916	14.641	3.275	16.468	13.241	3.227	17.447	15.796	1.651	14.878	12.599	2.279
TOTALE	1.264.776	1.102.300	162.476	1.264.626	1.100.488	164.138	1.256.865	1.079.961	176.904	1.228.555	1.009.889	218.666	1.151.784	933.141	218.643

Fonte: Sistema Informativo Sanitario dati a consuntivo Mod.CE

Tabella 24

- in Toscana le prestazioni vengono prenotate solo attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP e non è prevista l'intramoenia allargata – attività libero

professionale svolta in spazi sostitutivi fuori dall'azienda; le prenotazioni settimanali risultano essere circa 8.700 (nel 2012 erano 7.471); i tempi di attesa sono entro i 30 giorni per le visite di chirurgia vascolare, otorinolaringoiatria, fisioterapia, oncologia e pneumologia, mentre risultano essere entro 60 giorni quelle per la diagnostica strumentale (tranne mammografia ed ecografia della mammella);

- il rapporto attività libero-professionale e attività istituzionale indica il ricorso all'Alpi in misura maggiore per le visite specialistiche rispetto alle prestazioni strumentali.

VERSIONE 4.10.2016

VIII – SPESA LONG TERM CARE IN TOSCANA

Così come per la spesa privata sociosanitaria, anche la ricostruzione della spesa di *Long term care* (Ltc) presenta alcune problematiche. La sua ricostruzione deve infatti fare i conti con:

- la perimetrazione delle condizioni di bisogno e delle prestazioni che si ritiene debbano rientrare o meno in questa categoria;
- i modelli (regionali) di servizio, le correlate definizioni¹⁰⁰, gli strumenti prestazionali (monetari, erogati da produttori pubblici o privati, autoprodotti) e relativi mix, con un ancora non omogeneo utilizzo dei termini (voucher, buoni, ecc.) con cui vengono definiti;
- le figure riconosciute (da quelle sanitarie, a quelle assistenziali pubbliche o private, a quelle familiari), rispetto alle quali la valorizzazione o meno di alcune attività – come quelle dei *caregivers* familiari¹⁰¹ – incide significativamente sull'aggregato finale che si viene a definire;
- i livelli decisionali titolati ad intervenire (dallo Stato centrale e dagli Enti previdenziali preposti, alle Regioni, Enti locali, enti non profit, famiglie) e dei conseguenti differenziati impianti normativi nonché dei flussi tra i diversi centri di imputazione, ovvero tra i diversi comparti pubblici (assistenziale, sanitario e previdenziale).

Vista l'importanza del tema rispetto all'ipotesi di lavoro che presenteremo nella proposta finale, svilupperemo questo capitolo evidenziando, sulla base delle fonti disponibili e, di conseguenza, con la possibilità di sovrapposizioni delle popolazioni o delle presentazioni prese in considerazione:

- la spesa pubblica assistenziale (comunale) e regionale;
- la spesa pubblica a gestione privata (invalidità, indennità di accompagnamento e permessi ex Legge 104);
- la spesa privata;
- le stime della spesa totale nazionale;
- e infine quella toscana, sia pubblica che privata.

¹⁰⁰ Naa – Network non autosufficienza (2009), *L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA RAPPORTO 2009 – Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento*, Rimini, Maggioli

¹⁰¹ Censis e Unipol (2014), *INTEGRARE IL WELFARE, SVILUPPARE LA WHITE ECONOMY 2014*, Roma, 9 luglio, www.censis.it, la distribuzione del carico di cura presenta le seguenti proporzioni: 36,9% le famiglie dove madri o mogli casalinghe assistono senza aiuto o quasi; 9,7% le famiglie dove madri o mogli riducono il lavoro esterno per fronteggiare il carico assistenziale; un altro 9,7% dove le stesse smettono di lavorare fuori casa; 6,8 le famiglie dove figlio/a rinvia l'uscita di casa per fornire assistenza; e 30,1% le famiglie in cui il familiare che assiste è affiancato da un aiuto a pagamento

Spesa pubblica - assistenziale dei Comuni

A livello istituzionale sono i comuni a svolgere un ruolo centrale nella gestione degli interventi e dei servizi sociali sul territorio di riferimento. Secondo l'ISTAT¹⁰² nel 2011 i comuni italiani hanno destinato alle politiche di welfare territoriale 7 miliardi e 27 milioni di €, con una diminuzione dell'1% rispetto al 2010. Tale dato va considerato al netto della compartecipazione dei cittadini e dei fondi del Servizio Sanitario Nazionale. In termini pro capite sono stati destinati 115,7 € per abitante, contro i 117,8 € del 2010, confermando un cambiamento netto rispetto agli anni precedenti (tra il 2003 e il 2009 si era registrato un incremento del 6 %).

Insieme alla diminuzione delle risorse stanziare permangono o si acquisiscono le differenze geografiche. Le risorse proprie messe a disposizione dai comuni per la spesa sociale sono molto più basse al Sud rispetto al Nord e al Centro. Nelle regioni meridionali, inoltre, il trend ha registrato il calo più consistente – 5%, tra il 2010 e il 2011 – mentre al Nord in media si è registrata una diminuzione del 2% e un aumento dell'1% al Centro e nelle isole. In termini di spesa pc la variabilità va da meno di 50€ mediamente spesi nei comuni della Calabria agli oltre 250€ in quelli trentini (Figura 22).

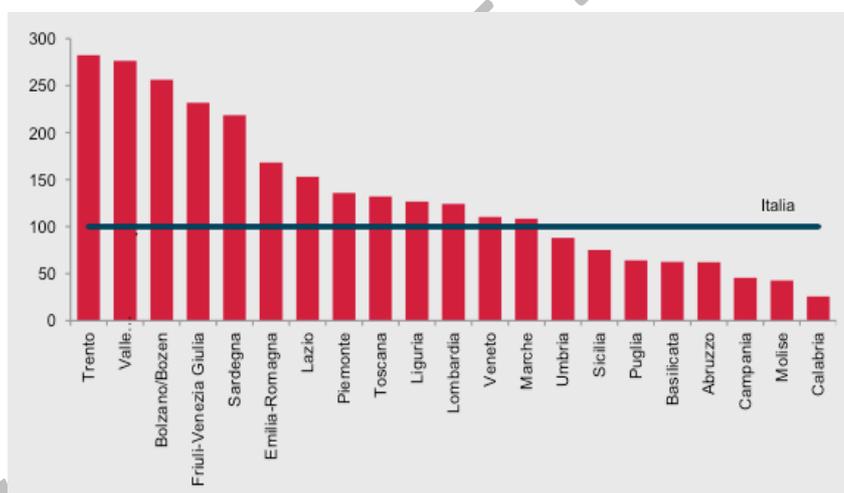


Figura 22

Per le disabilità, la spesa è aumentata di 35 milioni di €, da 1.594.929.093 del 2010 a 1.630.043.404 € del 2011, facendo sì che all'interno della spesa sociale complessiva dei comuni passasse dal 22,4% del 2010 al 23,2% del 2011. Un disabile che vive al Nord beneficia di una spesa annua pari a 5.370 €, mentre al Sud solo di 777 €. I principali servizi per i disabili si concretizzano nel sostegno socio-educativo

¹⁰² ISTAT, (2014) – RAPPORTO ANNUALE “TENDENZE DEMOGRAFICHE E TRASFORMAZIONI SOCIALI: NUOVE SFIDE PER IL SISTEMA DI WELFARE, www.istat.it

scolastico, i centri diurni, le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare. Questi ultimi due contano rispettivamente per il 16 e il 14% del totale della spesa complessiva per disabili. Solo 7 disabili su 100 in Italia usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare, e le differenze dipendono soprattutto dalle diverse politiche regionali attuate.

La spesa per gli anziani è diminuita, passando da 1 miliardo e 492 milioni (2010) a un 1 miliardo e 388 milioni € (2011). Quella pro capite per gli anziani è passata da 122 € a 112 €, anche per il naturale ampliamento della platea dei beneficiari causato dall'innalzamento dell'età. Pure in questo caso si registrano differenze notevoli tra Nord e Sud. La spesa pro capite al Sud è di 51 € contro un valore massimo di 157 € al Nord est. Notevole è la varietà di prestazioni (non solo tra comuni appartenenti a regioni diverse ma anche alla stessa regione), prodotte direttamente o, soprattutto, attraverso appalti: quelle riconducibili ai servizi domiciliari, al ricovero nelle strutture residenziali e semiresidenziali, alle forme di sostegno al *caregiving* familiare (voucher¹⁰³, assegni di cura e/o buoni sociali¹⁰⁴), ai servizi di *matching* tra domanda e offerta di assistenza familiare¹⁰⁵ (badantato), ecc.

Gli anziani che usufruiscono dell'assistenza domiciliare socio assistenziale sono una quota molto ridotta. Meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali usufruisce di servizi pubblici a domicilio¹⁰⁶. Quelli a pagamento non arrivano al 10% dei potenziali destinatari. Oltre il 70% sono di fatto le famiglie che non usufruiscono di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica. D'altro canto le strutture residenziali comunali o finanziate dai comuni arrivano a coprire solo l'0,8 % della popolazione anziana¹⁰⁷. Il resto del fabbisogno è garantito dalle famiglie: in particolare dalle donne *caregiver* informali, ovvero dalle stesse persone colpite dalle limitazioni funzionali.

La quota di famiglie che hanno almeno una persona con limitazioni funzionali¹⁰⁸ è pari all'11,4%. La distribuzione di questa condizione è rappresentata nella Tabella 25.

¹⁰³ Sulla scorta di esperienze precedenti i voucher sono stati introdotti dalla legge 328 del 2000, la quale afferma che "i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali" (art 17). Il voucher è visto come uno strumento in grado di ampliare la libertà di scelta dei cittadini che richiedono assistenza e come stimolo alla creazione di una competizione virtuosa tra i diversi fornitori delle prestazioni. Esso presuppone una presa in carico da parte del servizio pubblico con la predisposizione di un piano assistenziale personalizzato. I soggetti erogatori possono essere pubblici e privati, profit e non profit

¹⁰⁴ Il buono è un titolo per mezzo del quale si riconosce e sostiene, prioritariamente, l'impegno diretto dei familiari o appartenenti alle reti di solidarietà nell'accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizione di fragilità

¹⁰⁵ Le assistenti familiari, regolari e irregolari - facendo una media tra le stime elaborate da Irs, Censis, Caritas Italiana, ecc.- sono circa 1 milione di persone (pari al 150 % dei dipendenti del Ssn); la crisi economica sta influenzando in modo significativo sulle caratteristiche del fenomeno (contrazione del rapporto di lavoro regolare e aumento del sommerso; aumento del rapporto a ore rispetto alla coresidenza; aumento delle assistenti italiane rispetto a quelle straniere; ecc

¹⁰⁶ Nelle realtà dove più consistente e strutturata è l'offerta (es. E.Romagna e Lombardia), su una spesa media complessiva di circa 1.120 € mensili per assistito, la copertura formale non arriva ad 1/3 del totale

¹⁰⁷ L'offerta residenziale (residenze assistenziali, residenze sociosanitarie, residenze sanitarie assistenziali) si può stimare in circa 280 mila posti letto, di cui 205 mila per non autosufficienti e 73 mila per anziani auto o parzialmente autosufficienti; nella sola offerta sociosanitaria, sia residenziale che semiresidenziale, si stimano 240 mila posti

¹⁰⁸ Il dato riguarda le limitazioni non temporanee, per le quali si autodichiara, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari, il massimo grado di difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: fisica, funzioni quotidiane, funzioni comunicative. Quattro sono le tipologie ricostruite a seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa:

- confinamento - costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione;

PROSPETTO 2. PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CON LIMITAZIONI FUNZIONALI, INVALIDITÀ O CRONICITÀ GRAVI SECONDO IL LIVELLO DI GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI FUNZIONALI, LA CLASSE D'ETÀ E IL TIPO DI LIMITAZIONE FUNZIONALE. Anno 2013, valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche

LIVELLO GRAVITÀ LIMITAZIONI FUNZIONALI	Confinamento		Difficoltà nel movimento		Difficoltà nelle attività della vita quotidiana		Difficoltà vista, udito, parola		TOTALE	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
PERSONE DI 15-44 ANNI										
Persone con limitazioni funzionali gravi	65	32,8	79	39,6	111	56,0	109	55,1	199	100,0
Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi (1)	-	-	150	11,6	84	6,5	212	16,5	1.296	100,0
Totale	65	4,4	229	15,4	196	13,2	321	21,6	1.495	100,0
PERSONE DI 45-64 ANNI										
Persone con limitazioni funzionali gravi	136	38,9	200	57,1	224	64,0	162	46,4	350	100,0
Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi (1)	-	-	459	13,9	268	8,1	487	14,8	3.291	100,0
Totale	136	3,7	659	18,1	492	13,5	649	17,8	3.640	100,0
PERSONE DI 65-74 ANNI										
Persone con limitazioni funzionali gravi	177	38,7	309	67,4	325	71,0	223	48,8	458	100,0
Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi (1)	-	-	614	22,9	465	17,3	523	19,5	2.680	100,0
Totale	177	5,6	923	29,4	790	25,2	747	23,8	3.137	100,0
PERSONE DI 75 ANNI E PIÙ										
Persone con limitazioni funzionali gravi	1.049	50,4	1.491	71,7	1.914	92,0	1.287	61,9	2.080	100,0
Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi (1)	-	-	1.140	40,2	1.086	38,3	855	30,2	2.834	100,0
Totale	1.049	21,3	2.631	53,5	3.001	61,1	2.143	43,6	4.914	100,0
TOTALE										
Persone con limitazioni funzionali gravi	1.427	46,2	2.078	67,3	2.574	83,4	1.782	57,8	3.086	100,0
Persone con limitazioni funzionali lievi, invalidità o patologie croniche gravi (1)	-	-	2.362	23,4	1.905	18,9	2.078	20,6	10.091	100,0
TOTALE	1.427	16,8	4.439	33,7	4.479	34,9	3.860	29,3	13.177	100,0

(1) Persone che hanno limitazioni lievi o invalidità permanenti su patologie croniche gravi ma non limitazioni funzionali gravi

Tabella 25

Nella maggioranza dei casi (53,8%) è un componente della famiglia che si fa carico delle persone con difficoltà funzionali. Il rimanente 46,2% è invece composto esclusivamente da persone con limitazioni funzionali che vivono sole (40%) o con altre persone nella stessa condizione (6,2%). Il 13,5% delle persone con limitazioni funzionali che sono sole, e il 20,2% delle famiglie in cui tutti i componenti hanno difficoltà funzionali, dichiarano di aver dovuto rinunciare all'assistenza domiciliare non sanitaria per motivi economici o perché i servizi pubblici non l'hanno ancora concessa¹⁰⁹.

Spesa pubblica – politiche regionali per le non autosufficienze

Poco più della metà delle regioni si è dotata, a partire dai primi anni dello scorso decennio, di uno strumento di programmazione pluriennale dedicato alla non autosufficienza. Quasi sempre il processo non è stato lineare¹¹⁰. Alcune sono partite dal regolamento del proprio fondo regionale per adottare poi strumenti più

- difficoltà nel movimento - con problemi nel camminare, fare scale, chinarsi;
- difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana - per lavarsi, vestirsi, mangiare, coricarsi;
- difficoltà della comunicazione - riguardanti udito, vista, linguaggio.

¹⁰⁹ Regione Piemonte e Istat, (2014) *TUTELA DELLA SALUTE E ACCESSO ALLE CURE. Anno 2013*, Roma, 12 luglio 2014, www.istat.it

¹¹⁰ Tra il 2007 e il 2010 sono stati attivati 13 Fondi regionali per la non autosufficienza di diversa portata. Oltre ai finanziamenti finalizzati che derivati dal Fondo Nazionale, alcuni di essi raggruppano risorse regionali di competenza non sanitaria, altri aggiungono anche finanziamenti del sistema sanitario regionale, in alcuni casi si prevede il coordinamento di risorse di provenienza europea. In due casi vengono anche previsti gettiti aggiuntivi provenienti da quote regionali dell'Irpef o da strumenti di capitalizzazione. Nel caso della ricognizione di risorse che afferiscono al sistema sanitario regionale, particolarmente ardua appare la possibilità di distinguere quelle destinate realmente a prestazioni per persone non autosufficienti cercando, oltretutto, di determinarne le quote effettivamente aggiuntive rispetto a quelle 'storiche'. Tuttavia la presenza di specifici Fondi regionali non genera automaticamente degli strumenti di programmazione pluriennale dedicata alla non autosufficienza. Per contro alcune Regioni si sono dotate di strumenti di questo genere anche in assenza di un Fondo regionale, come nel caso dell'Abruzzo, del Molise e della Puglia. Federsanità Anci (2013), *RICOGNIZIONE DELLE AZIONI PROGRAMMATE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA. 2007-2010 RAPPORTO FINALE*, Roma, marzo 2013

complessi. Altre, a seguito di sperimentazione, hanno costruito un programma che ricomponesse il ventaglio di azioni in essere. In metà delle regioni impegnate sono stati individuati anche strumenti di programmazione specifici a livello locale. In altri casi la programmazione regionale ha utilizzato i piani locali della programmazione sociale anche per programmare le risorse dedicate alla non autosufficienza.

Questo frastagliato panorama¹¹¹ trova nelle *policy* includenti e/o strettamente prossime alle non autosufficienze un caso esemplificativo delle spinte intrinsecamente contraddittorie che, ancor più dopo l'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione, manifestano i modelli regionali di welfare:

- per la differenziazione nei modelli perseguiti e nelle retoriche utilizzate per rappresentarli; come risulta dalle seppur diverse classificazioni dei modelli di welfare socio assistenziale e sociosanitario utilizzate e per il modo con cui ogni attore regionale presenta il proprio modello;
- per la convergenza operativa, resa evidente dall'utilizzo di strumenti appartenenti e caratterizzanti i modelli altri, innestati con adattamenti più o meno efficaci (vedi *voucher*) nel proprio;
- il tutto dentro strategie plurime di resilienza nella risposta alla crisi finanziaria e politico istituzionale – leggi federalismo vs centralismo – che le colpisce.

Nella Tabella 26¹¹² viene ricostruito un sintetico inquadramento delle principali caratteristiche dei modelli regionali di intervento.

¹¹¹ Rispetto al quale è da tenere presente che si utilizzano pure scale di valutazione della condizione di n.a. differenziate. Gli strumenti di valutazione utilizzati in campo sociosanitario per il riconoscimento della titolarità dell'ottenimento delle prestazioni previste dalle normative nazionali e regionali sono: AdI5, IadI, Spmsq, Dmi, Sosia, Sidi, Vita, Vama, Svama, Bina, Aged Plus, Vaor

¹¹² Fonte Agenas, http://www.agenas.it/images/agenas/oss/assistenza/non_autosufficienza/4_SCHEMA_SU_INTERVENTI.pdf

Emilia Romagna	La legge regionale 2 del 2003 prevede assegni di cura, interventi di sostegno economico e interventi per favorire il lavoro delle persone disabili. Nell'articolo 50 viene istituito il Fondo Sociale per la Non Autosufficienza. Il compito di tale fondo è quello di finanziare le prestazioni e i servizi socio assistenziali e socio sanitari non sostitutivi di quelli sanitari, rivolti a persone non autosufficienti e per i quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. La Regione, inoltre, fornisce assegni di cura per le seguenti tipologie di persone: non autosufficienti che possono procurarsi le prestazioni autonomamente; famiglie che garantiscono le prestazioni socio sanitarie previste dal programma di assistenza individualizzato; famiglie e persone che accolgono minori in affidamento; famiglie nel cui nucleo vive la persona non autosufficiente; caregiver non conviventi o altre persone non legate da vincoli di parentela ma con legami stabili. Sono, inoltre, forniti interventi di carattere residenziale ed erogazioni di un'ulteriore somma oltre l'assegno di cura per le persone con gravissime disabilità. Nel 2007 sono state istituite altre opportunità assistenziali, che consistono in ricoveri temporanei e di sollievo, iniziative di qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, servizi di telesoccorso e assistenza, iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale che possono essere definiti come servizi di prossimità per le persone non autosufficienti. Nel 2013, con il DGR 284 sono state definite le indicazioni del Piano Sociale Sanitario del 2013-2014 che prevedono il sostegno ai caregiver, il rafforzamento generico di quanto stabilito nel 2007 e una serie di interventi a sostegno delle qualificazioni degli assistenti familiari.
F. V. Giulia	I servizi e le prestazioni offerti sono stati stabiliti dalla Lr n. 6 del 2006, con riferimento alle politiche per le persone anziane e per i disabili. Gli interventi previsti riguardano il sostegno della domiciliarità, gli interventi economici sotto forma di assegni per l'autonomia, i contributi per gli aiuti familiari, il sostegno ai progetti di vita indipendente e il sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con gravi problemi di salute mentale. Il Piano sanitario e socio sanitario regionale del 2010 e del 2012, inoltre, ha definito la predisposizione di un Fondo socio sanitario regionale in favore delle persone con disabilità, la continuità assistenziale e della presa in carico dei cittadini, il coordinamento territoriale per garantire livelli di governo efficace e l'introduzione di una modalità di valutazione basata sulle effettive capacità della persona.
Liguria	Per quanto concerne le prestazioni e i servizi di competenza di questa regione, nel piano di rientro del 2007-2009 sono state inserite misure a favore della non autosufficienza che prevedono il potenziamento del sostegno alla domiciliarità con l'ampliamento della rete e il potenziamento dei servizi domiciliari di assistenza, il potenziamento della residenzialità e della semi residenzialità e la definizione dell'assegno di servizio che è inteso come un intervento economico per favorire le cure e la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti. Il programma per la non autosufficienza del 2007 definisce, invece, le misure a favore della non autosufficienza che inglobano il sostegno alla domiciliarità, il potenziamento della residenzialità e della semiresidenzialità, l'interazione e l'integrazione tra la rete dei servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio; l'erogazione del contributo economico. Dal programma per la non autosufficienza sono stati attivati gli sportelli socio sanitari, le unità di valutazione multidisciplinare, l'adozione del Piano Individualizzato di Assistenza con l'affiancamento e l'individuazione di un case manager e, infine, l'adozione di un Patto assistenziale con le famiglie e i caregiver di riferimento.
Lombardia	Il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, 2006-2008 e il DGR n.7/12902 del 2003 hanno precisato le differenze tra buono sociale, voucher sociale e voucher sociosanitario. In particolare: il buono sociale è un contributo in denaro destinato a compensare la famiglia che accudisce autonomamente a domicilio una persona non autosufficiente (famiglia è definita caregiver non professionale); il voucher sociale è un titolo destinato all'acquisto di prestazioni di carattere sociale erogate da operatori sociali (care giver professionali); il voucher socio sanitario, invece, è titolo destinato all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio sanitaria integrata, erogata da personale qualificato (caregiver professionali). Nel 2011 è stato, inoltre, avviato un nuovo modello di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata incentrato sulla valutazione dei bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. Nel 2014 si sono resi indispensabili interventi che hanno mirato a spostare l'attenzione sulla famiglia e sulla persona e che hanno portato alla razionalizzazione della spesa complessiva per orientarla sulla singola persona e sulle loro famiglie e all'integrazione di interventi al fine di evitare la duplicazione degli stessi.
Piemonte	Per quanto concerne le prestazioni e i servizi offerti, la regione Piemonte offre a sostegno della domiciliarità il buono famiglia che consiste in un intervento economico a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza nei casi in cui l'assistenza è prestata da un caregiver informale. L'assegno di cura è un intervento economico a favore della persona non autosufficiente nel caso in cui l'assistenza sia fornita da un caregiver professionale. Il buono servizi è un titolo per l'acquisto di prestazioni specifiche erogate dai fornitori accreditati, tra cui le cure domiciliari di assistenza e i letti di sollievo e i servizi di semi residenzialità. L'obiettivo per il 2012-2015 è quello di realizzare un sistema integrato di pianificazione strategica, di realizzare uno scenario di welfare attivo e di istituire la clinica della memoria. Per i disabili l'obiettivo è quello di migliorare la presa in carico da parte dei servizi distrettuali attraverso un'analisi dei singoli casi.
Toscana	Nel 2008 è stato istituito il Fondo per la Non Autosufficienza e con esso si sono stabiliti i principi fondamentali e gli strumenti per la presa in carico degli anziani. Con il nuovo Piano sociosanitario integrato (2014) ci si pone l'obiettivo di perseguire la salute come risorsa e non come problema, mettere al centro la persona nella sua complessità, aumentare l'equità, perseguire sicurezza, efficacia e appropriatezza come valore del sistema e, infine, semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi.
V. d'Aosta	I servizi e le prestazioni offerte si dividono in servizi per anziani e per disabili, in particolare: per gli anziani sono previsti i finanziamenti per prestazioni residenziali pubbliche, private convenzionate e private; prestazioni per servizi semi residenziali; servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI); per i disabili, i servizi diurni, servizi integrativi, servizi residenziali di inserimento continuativo. L'ultimo piano regionale, inoltre, quello del 2006/2008 per la salute e il benessere sociale ha potenziato le attività di assistenza domiciliare, semi residenziale e residenziale.
Veneto	La Giunta regionale definisce annualmente l'importo massimo mensile a carico del Fondo per la misura delle prestazioni. Per i beneficiari delle prestazioni a carico del Fondo, l'indennità di accompagnamento è considerata ai fini dell'approvazione del progetto individualizzato; non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per le prestazioni a carattere semiresidenziale erogate presso i centri diurni a favore dei soggetti disabili. Per i beneficiari delle prestazioni a carattere residenziale, l'importo massimo mensile è ridotto in misura pari alle somme percepite a titolo di trattamento pensionistico, ferma restando la conservazione di una quota del medesimo non inferiore alla somma corrispondente al 25 per cento del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti. Per le prestazioni a carattere residenziale e per la parte di spesa non coperta dai LEA la Giunta adotta un atto di indirizzo che stabilisce i criteri per la compartecipazione alla spesa al fine di assicurare uniformità ed omogeneità agli interventi sul territorio regionale. Qualora le prestazioni erogate siano di natura mista, l'importo massimo mensile è erogato in misura proporzionale alla tipologia

	degli interventi prestati. Le prestazioni erogate direttamente dalle amministrazioni locali e dalle aziende ULSS fanno parte delle prestazioni a carico del Fondo e il relativo costo è detratto dall'importo massimo erogabile. Le prestazioni a carico del Fondo sono ridotte proporzionalmente alla soddisfazione dei bisogni della persona e al mantenimento dei servizi in essere di cui la stessa usufruisce in caso di ricovero in struttura ospedaliera per un periodo superiore a trenta giorni e con decorrenza dal trentunesimo giorno (art. 6, l.r. n. 30 del 2009).
Lazio	I servizi offerti dalla Regione Lazio includono: assistenza domiciliare integrata; servizi di sollievo alla famiglia; dimissioni ospedaliere protette; assistenza domiciliare integrata; interventi di sostegno alla persona disabile e alla famiglia. Il Piano operativo 2013-2015 prevede il potenziamento dell'assistenza residenziale e semi residenziale per le persone non autosufficienti e anziane.
Marche	La regione Marche per il triennio 2012-2015 si propone di riordinare il sistema di cure domiciliari con particolare riferimento all'ADI e di contenere il flusso di istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente all'interno delle strutture residenziali.
Sardegna	Il programma di offerta prevede l'assistenza domiciliare, il sostegno delle responsabilità per la cura di persone non autosufficienti, ai caregiver informali e ai soggetti con particolari patologie.
Umbria	Le risorse per la non autosufficienza sono destinate al Piano di assistenza personalizzato, che include l'assistenza domiciliare, residenziale e semi residenziale, l'accesso ad una vita indipendente per persone non autosufficienti e la frequenza alle attività scolastiche e formative dei disabili in attività scolastiche e formative.
Basilicata	Sono previsti interventi che mirano all'assistenza per l'autonomia delle persone non autosufficienti definite dal Piano Regionale Sociale, ed è prevista l'erogazione di assegni di cura.
Calabria	Gli ambiti di intervento per la non autosufficienza includono il potenziamento dell'ADI con lo sviluppo delle cure palliative domiciliari e dell'ospedalizzazione domiciliare e il potenziamento della residenzialità
Campania	I vari piani regionali hanno avuto come focus il potenziamento delle varie attività e soprattutto di quelle di raccordo tra i diversi funzionali.
Molise	Il piano sanitario regionale del 2009-2011 ha previsto il miglioramento dei servizi di prevenzione per i disabili e per gli anziani non autosufficienti.
Puglia	Gli assegni di cura sono uno dei servizi associati al consolidamento della rete delle prestazioni domiciliari e i criteri di riparto delle risorse tra i diversi ambiti territoriali; grande attenzione è posta alla verifica degli aventi diritto.
Sicilia	La Sicilia propone la distinzione del buono socio sanitario in buono sociale e buono di servizio. Il buono sociale per la regione Sicilia è una provvidenza a supporto del reddito familiare per sostenere un caregiver familiare; il buono di servizio o voucher, invece, è un titolo per l'acquisto di prestazioni da caregiver informali.

Tabella 26

La transizione in corso dei sistemi sociosanitari regionali comporta che anche per la parte della Ltc si stiano determinando cambiamenti, spesso significativi, rispetto a quanto non fosse la situazione anche solo qualche anno fa.

Ricostruire i flussi di finanziamento regionali per la non autosufficienza risulta di conseguenza piuttosto complesso a causa sia dei provvedimenti normativi regionali che differiscono notevolmente tra loro, sia della variabilità nel corso degli anni del Fondo nazionale per le non autosufficienze, sia per il fatto che la materia è stata oggetto anche di finanziamenti straordinari¹¹³.

¹¹³ Nel maggio del 2012 il Governo varò il secondo aggiornamento del Piano di Azione e Coesione relativo i fondi comunitari e nazionali già stanziati nell'ambito di programmi operativi nazionali e interregionali. Nell'ambito di questa revisione è stata definita la sotto-priorità 'Servizi di cura degli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti', finanziata con 330 mln di euro. Essa era finalizzata: all'offerta di servizi di assistenza domiciliare in un'ottica di integrazione socio-sanitaria; alla creazione e al funzionamento di strutture residenziali e semiresidenziali leggere (centri diurni, strutture specializzate per particolari patologie), e interventi per migliorare le competenze di operatori professionali e assistenti familiari; alla sperimentazione di forme innovative, per tutto il territorio nazionale, nella presa in carico personalizzata e di integrazione socio-sanitaria

Ad esempio, nel 2010¹¹⁴ solo 9 regioni avevano stabilito (Calabria, Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto) le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario recependo i DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 e apportando integrazioni e soluzioni definite a livello regionale. L'orientamento prevalente, rispetto a quanto coprire o non coprire, manifestava le seguenti caratteristiche (Tabella 27):

Tab. 1 Quello che il SSN non paga. L'orientamento prevalente delle regioni rispetto ai LEA

utenti	assistenza	fase intensiva	fase estensiva	fase di lungoassistenza
anziani	domiciliare	Regioni: 50-40% dell'assistenza tutelare	Regioni: 50-40% dell'assistenza tutelare (LEA 50%)	Regioni: 50-40% dell'assistenza tutelare (LEA: 50%)
	semiresidenziale		Regioni: 50% del costo complessivo (LEA 50%)	Regioni: 50% del costo complessivo (LEA: 50%)
	residenziale			Regioni: 50% del costo (LEA: 50%)
disabili	domiciliare	Regioni: 40% dell'assistenza tutelare	Regioni: 40% dell'assistenza tutelare	Regioni: 40% dell'assistenza tutelare
	semiresidenziale		(LEA: disabili gravi 30%)	Regioni: 25-50% del costo complessivo (LEA: disabili gravi 30%)
	residenziale			Regioni: 30% del costo per i disabili gravi (LEA: 30%) Regioni: 40% del costo per i disabili privi del sostegno familiare (LEA: 60%)

*Nota: In corsivo viene indicato quanto previsto nel DPCM 29/11/2001 sui LEA.
Fonte: Nostra elaborazione su dati del DPCM 29/11/2001 e Pesaresi (2008).*

Tabella 27

Così come, sempre in quegli anni, l'incidenza della quota sanitaria a carico delle Regioni per i ricoverati in Rsa variava significativamente da regione a regione (Tabella 28)¹¹⁵:

¹¹⁴ F. Pesaresi, (2010), *RIPARTIZIONE DELLA SPESA TRA UTENTI E SERVIZI*, in C. Gori, a cura di (2010), *IL SISTEMA DI PROTEZIONE E CURA DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI. PROSPETTIVE, RISORSE E GRADUALITÀ DEGLI INTERVENTI*, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Irs, Milano, ottobre 2010

¹¹⁵ Idem

Tab. 2 RSA per anziani. Percentuale dei costi sostenuti dalla sanità.

Regione	Anno	% quota sanitaria
Basilicata	2004	81
Umbria	2007	79-82
Abruzzo	2004	67-76
Calabria	2007	70
Liguria	2008	52-62
Bolzano	2007	50-60
Piemonte	2007	50-57
Sardegna	2006	50
Lazio, Sicilia, Toscana, Veneto	2007	50
Lombardia	2004	36-54
Emilia Romagna	2007	43

Fonte: Deliberazioni regionali.

2016
Tabella 28

Spesa pubblica a gestione privata – prestazioni Inps a favore degli invalidi civili

Si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo (compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico o per insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali), che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo oppure, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (art. 2 L.118/1971). Ai soli fini dell'assistenza sociosanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati e invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (art. 6 d. lgs. 509/1988). Non rientrano tra gli invalidi civili: gli invalidi di guerra, gli invalidi del lavoro e gli invalidi per servizio, che vengono riconosciuti tali a seguito di cause specifiche derivanti dalla guerra, dalla prestazione lavorativa (per i lavoratori privati) o di un servizio (per i dipendenti pubblici e le categorie assimilate); i ciechi e i sordomuti, per i quali provvedono altre leggi. I soggetti riconosciuti invalidi per servizio (art. 74 L. 469/1961) possono accedere al beneficio dell'indennità di accompagnamento qualora risultino in possesso dei requisiti sanitari previsti per la relativa concessione e non abbiano beneficiato, per il medesimo evento invalidante, di altri trattamenti pensionistici per invalidità di servizio o di altra indennità di accompagnamento (comma aggiunto con l' art. 52 l. 144/1999) (Tabella 29 ¹¹⁶).

¹¹⁶ Fonte: www.inps.it

Prestazione	Requisiti per il diritto	Titolari
Assegno ordinario di invalidità	Sono richiesti i seguenti requisiti: riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo a causa di infermità o difetto fisico o mentale; almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda. Non è richiesta la cessazione dell'attività lavorativa.	L'assegno ordinario di invalidità è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore di coloro la cui capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo a causa di infermità fisica o mentale. Hanno diritto all'assegno di invalidità i lavoratori: dipendenti; autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri); iscritti ad alcuni fondi pensioni sostitutivi ed integrativi dell'assicurazione generale obbligatoria. L'assegno ordinario di invalidità decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda se risultano soddisfatti tutti i requisiti, sia sanitari sia amministrativi, richiesti. È compatibile con l'attività lavorativa ed ha validità triennale. Può essere confermato su domanda presentata dall'interessato entro la data di scadenza. Dopo tre riconoscimenti consecutivi, l'assegno di invalidità è confermato automaticamente, ferme restando le facoltà di revisione. L'assegno ordinario di invalidità, al compimento dell'età pensionabile e in presenza di tutti i requisiti, viene trasformato d'ufficio in pensione di vecchiaia. L'importo viene determinato con il sistema di calcolo: misto (una quota calcolata con il sistema retributivo e una quota con il sistema; contributivo); contributivo, se il lavoratore ha iniziato l'attività lavorativa dopo il 31.12.1995.
Pensione di inabilità	Riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100%; dal 18° al 65° anno di età, 65 anni e tre mesi a decorrere dal 1° gennaio 2013, come stabilito dall'art. 18 comma 4 Legge n. 111 del 15 luglio 2011, (adeguamento alla speranza di vita, ex art. 12 del D.L. 78/2010 convertito in Legge n. 122 del 30 luglio 2010); spetta in misura intera se l'invalido non supera determinati limiti di reddito personali (per l'anno 2013: limite di reddito € 16.127,30); spetta in misura intera anche se l'invalido è ricoverato in istituto pubblico che provvede al suo sostentamento (l. 33/1980, art. 14 septies); cittadinanza italiana e residenza sul territorio nazionale; cittadini stranieri comunitari iscritti all'anagrafe del Comune di residenza (Dlgs n. 30/2007); cittadini stranieri extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello Stato.	La pensione di inabilità è concessa ai mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni, a cui l'apposita Commissione sanitaria abbia riconosciuto una inabilità lavorativa totale (100%) e permanente (invalidi totali) e si trovino, inoltre, in stato di bisogno economico, siano cittadini italiani e abbiano la residenza in Italia. La pensione viene corrisposta in 13 mensilità e per l'anno 2013 l'importo è pari a € 275,87 mensili. Dall'1.1.2002 i soggetti di età pari o superiore a 60 anni, in condizioni particolari di reddito, possono avere l'integrazione dell'importo mensile fino a € 631,87. La pensione è compatibile con le prestazioni dirette concesse a titolo di invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, nonché con gli altri trattamenti pensionistici diretti concessi per invalidità ed è compatibile anche con l'eventuale attività lavorativa. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età l'importo della pensione di inabilità viene adeguato a quello dell'assegno sociale. A decorrere dal 2013 il requisito anagrafico è adeguato agli incrementi di speranza di vita. La pensione di inabilità è compatibile con l'indennità di accompagnamento e con tutte le pensioni percepite a titolo di invalidità.
Assegno mensile	Riconoscimento di una percentuale di invalidità compresa tra il 74% ed il 99% (fino all' 11.3.1992 la percentuale di riconoscimento era compresa tra il 67% ed il 99%); dal 18° al 65° anno di età, 65 anni e tre mesi a decorrere dal 1° gennaio 2013, come stabilito dall'art. 18 comma 4 Legge n. 111 del 15 luglio 2011, (adeguamento alla speranza di vita, ex art. 12 del D.L. 78/2010 convertito in Legge n. 122 del 30 luglio 2010); spetta in misura intera se l'invalido non supera determinati limiti di reddito personali (per l'anno 2013: limite di reddito € 4.738,63); spetta se l'invalido non svolge attività lavorativa (salvo casi particolari); cittadinanza italiana e residenza sul territorio nazionale: cittadini stranieri comunitari iscritti all'anagrafe del Comune di residenza (Dlgs n. 30/2007); cittadini stranieri extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello Stato.	L'assegno mensile spetta ai mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni, nei cui confronti, in sede di visita medica presso la competente commissione sanitaria, sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 74% (invalidi parziali), che siano incollocati al lavoro, si trovino in stato di bisogno economico, siano cittadini italiani e abbiano la residenza in Italia. L'invalido parziale per poter conseguire l'assegno mensile non deve svolgere attività lavorativa. Tale assegno non è più subordinato all'obbligo dell'iscrizione nelle liste di collocamento speciali, ma l'interessato deve produrre all'Inps, annualmente, una dichiarazione sostitutiva che attesti di prestare o non prestare attività lavorativa. Il requisito del mancato svolgimento di attività lavorativa sussiste anche nel caso di impiego presso cooperative sociali o mediante convenzioni quadro, ovvero quando è verificato lo stato di disoccupazione in quanto lo svolgimento di attività lavorativa assicura un reddito annuale non superiore al reddito minimo personale escluso da imposizione che per l'anno 2008 è di euro 8.000,00 per lavoro dipendente e di euro 4.800,00 per lavoro autonomo. L'assegno mensile viene corrisposto per 13 mensilità. La misura dell'assegno mensile è stata uniformata a quella delle pensioni di inabilità degli invalidi totali e, per l'anno 2013, è pari ad Euro 275,87 mensili. Dall'1.1.2002 i soggetti di età pari o superiore a 60 anni, in condizioni particolari di reddito, possono avere l'integrazione dell'importo mensile fino a € 631,87. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età l'assegno mensile viene adeguato all'importo dell'assegno sociale. A decorrere dal 2013 il requisito anagrafico è adeguato agli incrementi di speranza di vita. A decorrere dal 1° gennaio 1982, l'assegno mensile è incompatibile con qualsiasi pensione diretta di invalidità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria, delle gestioni sostitutive, esonerative ed esclusive, nonché delle gestioni dei lavoratori autonomi, della gestione speciale minatori e delle altre casse e fondi di previdenza, compresi quelli dei liberi professionisti. È data facoltà all'interessato di optare per il trattamento economico più favorevole. Inoltre, dal 1° gennaio 1991 l'assegno mensile è incompatibile con tutte le prestazioni pensionistiche ottenute a seguito di invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro

		o di servizio (quindi anche con le pensioni dirette di guerra e con le rendite INAIL). Detta incompatibilità non si applica alle pensioni già in essere, sono così fatti salvi i diritti acquisiti dai minorati civili, titolari di entrambi le prestazioni pensionistiche.
Indennità di accompagnamento	di <i>Riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100% accompagnata dalla impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua; spetta al solo titolo della minorazione indipendentemente dall'età e dalle condizioni reddituali; cittadinanza italiana e residenza sul territorio nazionale; cittadini stranieri comunitari iscritti all'anagrafe del Comune di residenza (Dlgs n. 30/2007); cittadini stranieri extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello Stato.</i>	<p>L'indennità di accompagnamento è stata istituita con la l.18/1980 e modificata dall' art. 1 della l. 508/1988. Infatti, la prima formulazione aveva dato luogo a difficoltà applicative in quanto, prevedendo la totale perdita della capacità lavorativa, escludeva dal diritto gli invalidi che pur essendo impossibilitati a compiere gli atti quotidiani della vita avessero conservato una residua capacità lavorativa confacente alla loro minorazione. L'indennità di accompagnamento spetta agli invalidi civili totali che per affezioni fisiche o psichiche si trovino anche nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbinato a una assistenza continua. L'indennità non è incompatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età. Relativamente ai soggetti ultrasessantacinquenni, non più valutabili sul piano dell'attività lavorativa, il diritto all'indennità è subordinato alla condizione che essi abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età: impossibilità alla deambulazione autonoma e mancanza assoluta di autosufficienza. L'indennità di accompagnamento spetta agli invalidi che, oltre ai requisiti sanitari predetti, siano cittadini italiani e siano residenti in Italia. Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che: siano ricoverati gratuitamente in istituto; percepiscano un'analogo indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole.</p> <p>Analoga all'indennità di accompagnamento è l'indennità di assistenza e di accompagnamento, che è concessa ai titolari di pensione di guerra di prima categoria. Quest'ultima indennità non è compatibile con l'indennità di accompagnamento prevista per gli invalidi civili e per i ciechi civili. L'indennità di accompagnamento concessa agli invalidi civili è compatibile e cumulabile con le pensioni e le indennità di accompagnamento per i ciechi totali e con le pensioni e le indennità speciali per i ciechi parziali (soggetti pluriminorati). Per ricovero gratuito deve intendersi quello con retta o mantenimento a totale carico di un Ente pubblico, anche se a tale retta si aggiunga una contribuzione da parte di privati per ottenere un migliore trattamento. Di conseguenza l'indennità compete anche quando il contributo della Pubblica Amministrazione copra soltanto una parte della retta di ricovero. L'indennità di accompagnamento non è corrisposta in caso di ricovero in reparti di lungodegenza o riabilitativi. Continua invece ad essere corrisposta durante i periodi di ricovero per terapie contingenti di durata connessa al decorso della malattia. L'indennità di accompagnamento può essere concessa, a domanda, per i periodi di documentata interruzione del ricovero, purché di durata non inferiore a 1 mese. o durante i periodi di allontanamento dalla struttura di ricovero di durata non superiore al mese. L'indennità è dovuta durante il periodo di detenzione, nella considerazione che in tale periodo non viene meno l'esigenza di assistenza, cui il diritto all'indennità è finalizzato. La misura dell'indennità di accompagnamento per l'anno 2014 è di Euro 505,80 ed è corrisposta per 12 mensilità.</p>

Per i minori invalidi sono riconosciute le Indennità di accompagnamento minori e le Indennità mensili di frequenza (cfr www.inps.it)

Tabella 29

Nel 2014, le prestazioni assistenziali mensilmente erogate sono state circa 3,7 milioni, di cui 845 mila per pensioni/assegni sociali e quasi 2,9 milioni per prestazioni per invalidi civili. Nell'insieme si tratta del 17,8% dei percettori di prestazioni Inps. Il 61,4% sono donne. L'importo medio mensile è di 418 €. La Tabella 30 ricostruisce i diversi trasferimenti monetari e i relativi limiti reddituali per il loro ottenimento¹¹⁷.

¹¹⁷ G. Barbetta, A. Sangrigoli e G. Turati, (2015), *IL FINANZIAMENTO DELLA SPESA PER LA TUTELA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA*, in E. Riva, a cura di, (2015), *RIPENSARE LE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA. LIBERARE E QUALIFICARE IL POTENZIALE DEL NEO-MUTUALISMO*, Il Mulino, Bologna

Tipo pensione	Importo 2014 €	Importo 2015 €	Limiti reddito 2015 €
Inabilità (inv.tot.)	278,91	279,75	16.532,10
Assegno mensile (inv. parziale)	278,91	279,75	4.805,19
Ida	504,07	508,55	nessuno
Ciechi civili assoluti non ricov.	301,62	302,53	16.532,10
Ciechi civili assoluti ricoverati	278,91	279,95	16.532,10
Ida ciechi assoluti	863,85	880,70	nessuno
Ciechi ventesimisti	278,91	279,75	16.532,10
Inden. speciale ciechi parziali	200,04	203,15	nessuno
Ass.vitalizio ciechi decimisti	206,99	207,62	7.948,19

12

Tipo pensione	Importo 2014 €	Importo 2015 €	Limiti reddito 2015 €
Sordomuti	278,91	279,95	16,532,10
Indenn. comunicazione	251,22	253,26	nessuno
Indenn. frequenza	278,91	279,95	4805,19
Talassemicici	500,88	502,39	nessuno

13

Tabella 30

Il numero di nuovi percettori di provvidenze per invalidità civile nel 2013 è stato di 487 mila persone. La spesa sostenuta per questo tipo di prestazioni ha rappresentato il 9,7% della spesa pensionistica lorda, ed è stata pari a 26,2 miliardi €, con un incremento del 4% rispetto al 2012 (+ 1 miliardo di euro). Il 66,8% della spesa assistenziale riguarda i trasferimenti agli invalidi civili (pensioni, assegni, indennità) con 17,5 miliardi € (+2,6% rispetto all'anno precedente) (Tabella 31).

Tavola 4.3

SPESA PENSIONISTICA ASSISTENZIALE • ANNI 2013-2014 (milioni di euro)						
		VALORI ASSOLUTI		VARIAZIONI 2014/2013		PESO SUL TOTALE IN %
		2013	2014	Absolute	%	
Prestazioni di invalidità civile	Pensioni	3.657	3.787	130	3,6	14,4
	Maggiorazione sociale su pensioni (1)	17	70	53	311,8	0,3
	Indennità di accompagnamento	13.372	13.640	268	2,0	52,1
	Totale Invalidità civile	17.046	17.497	451	2,6	66,8
Altre prestazioni	Pensioni/assegni sociali, vitalizi	4.627	4.673	46	1,0	17,9
	Pensioni CDCM ante 1989 e relative pensioni di reversibilità	2.367	2.202	-165	-7,0	8,4
	Pensionamenti anticipati	1.079	1.769	690	63,9	6,8
	Prestazioni varie (2)	46	34	-12	-26,1	0,1
	Totale altre prestazioni	8.119	8.678	559	6,9	33,2
Totale spesa assistenziale		25.165	26.175	1.010	4,0	100

(1) Maggiorazione sociale in favore dei soggetti disabili Art. 38 della Legge 28 dicembre 2001, n. 448 (Legge finanziaria 2002);
 (2) Incluso la spesa per pensioni alle astensionate ex-Eripao (3 mln di euro nel 2014) e prestazioni diverse a carico di fondi o gestori pensionistiche anche di natura una tantum.

Tabella 31

Spesa pubblica a gestione privata – Indennità di accompagnamento¹¹⁸

La sola spesa per Indennità di accompagnamento (Ida) è aumentata di circa il 75,5% dal 2000 alla fine del 2015, ovvero da 1,2 milioni a 2,2 milioni di beneficiari. Tale dinamica si è quasi interamente concentrata nel periodo precedente l'inizio della crisi economica (2008).

Dal 2000 al 2009:

- la spesa è passata dallo 0,44% a oltre lo 0,72% del Pil;
- il numero di domande per invalidità civile è passato da circa 313 mila ad oltre 1 milione;
- al 2005, il tasso di accoglimento (numero domande definite su domande accolte) era pari all'87,5.

Dal 2009:

- il numero di percettori è rimasto stabile e il livello di spesa invariato in percentuale del Pil, mentre si è ridotto in termini nominali dello 0,3% per via degli adeguamenti all'inflazione dell'importo della prestazione;
- le richieste di riconoscimento per invalidità civile sono cresciute ad un tasso medio annuo del 7%, con tassi di accoglimento in fase di accertamento sanitario per invalidità civile molto più contenuti rispetto ai valori registrati nel precedente periodo¹¹⁹.

¹¹⁸ Inps, (2016), XV RAPPORTO ANNUALE, www.inps.it

¹¹⁹ La stabilizzazione del trend si è verificata con l'attuazione dei piani straordinari di verifica nei confronti di beneficiari di prestazioni d'invalidità civili, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità e un processo di progressiva attribuzione della funzione di accertamento e verifica dei requisiti sanitari nonché di quelli socio-economici (ove previsto) in capo all'Inps. L'art. 20 della legge 102/2009 ha disposto infatti l'integrazione delle commissioni mediche ASL con un medico Inps quale componente effettivo, l'obbligo di presentazione della domanda e della certificazione introduttiva all'Inps secondo modalità stabilite dall'Ente medesimo, l'obbligo di comunicazione da parte del CTU della data di inizio delle operazioni

La Tabella 32¹²⁰ rilegge tale dinamica usando come indicatore il rapporto tra beneficiari e universo degli over 65, confrontando il decennio 2004-2013, suddividendolo in due periodi 2004-2010 e 2010-2013. Nella seconda parte del decennio, essa evidenzia una correlazione tra la stabilizzazione del numero dei beneficiari e della spesa ed una significativa riduzione, alquanto differenziata da regione e regione (tranne Valle d'Aosta e Calabria), dell'incidenza della Ida sulla popolazione target.

Tabella 6.1 - Beneficiari anziani di indennità di accompagnamento (% popolazione 65+)

Regioni	2004	2010	2013	% 2013-2004	% 2013-2010
Piemonte	8,4	9,4	8,9	+6,5%	-5,3%
Valle d'Aosta	9,6	9,8	10,0	+3,6%	+1,4%
Liguria	9,7	10,8	9,8	+1,1%	-9,6%
Lombardia	8,8	10,0	9,7	+10%	-3%
Trentino-Alto Adige	7,0	8,4	7,2	+3%	-14,6%
Veneto	9,2	10,8	10,4	+12,5%	-4,4%
Friuli-Venezia Giulia	10,3	11,5	10,4	+0,6%	-9,5%
Emilia-Romagna	9,9	10,9	9,9	-0,2%	-9,7%
Toscana	9,8	11,3	10,3	+4,7%	-9,3%
Umbria	15,9	19,6	16,8	+5,5%	-14,5%
Marche	11,3	14,0	13,3	+17,6%	-5%
Lazio	9,4	14,0	13,4	+42%	-4,1%
Abruzzo	12,2	14,9	13,8	+12,7%	-7,8%
Molise	8,1	12,5	11,8	+45,8%	-5,5%
Campania	13,4	17,4	15,8	+17,6%	-9,3%
Puglia	10,5	15,4	15,0	+42,4%	-2,6%
Basilicata	10,8	13,7	12,5	+16,2%	-8,1%
Calabria	14,2	17,9	17,9	+26,3%	0
Sicilia	10,6	14,5	14,3	+34,6%	-1,4%
Sardegna	12,3	16,1	15,4	+25%	-4,4%
ITALIA	10,2	12,7	12,0	+17,2%	-5,5%

Fonte: dati.istat.it, Chiatti, Barbabella, Lamura e Gori 2010, Barbabella, Chiatti, di Rosa e Gori 2013.

Tabella 32

A dicembre 2015, ritornando all'ultimo Rapporto Inps:

- 6 beneficiari Ida su 10 hanno un'età superiore ai 75 anni; circa il 64% del totale dei beneficiari è costituito da donne; tra le donne, il peso delle vedove risulta particolarmente elevato, mentre tra gli uomini sono dominanti le condizioni di coniugato (45,1%) e di celibe (34,5%) (Tabella 33);

di consulenza tecnica all'Inps (e non più al Direttore della Direzione Provinciale del Tesoro) nonché la formazione di un'apposita Commissione per la nuova stesura delle tabelle valutative di legge. Le modalità attuative e procedurali della riforma legislativa in tema di accertamento sanitario delle prestazioni fanno capo alla Determinazione del Commissario Straordinario Inps n. 189 del 20.10.2009, diramata con la Circolare n. 131 del 28.12.2009

¹²⁰ L. Carrino (2015), *LE REGIONI: LE TENDENZE IN ATTO*, in NNA – Network non autosufficienza (2015), *L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA. 5° RAPPORTO. UN FUTURO DA RICOSTRUIRE*, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna

COMPOSIZIONE PER CLASSE DI ETÀ DEI BENEFICIARI IDA* (% DI COLONNA)						
Classe di età	Donne		Uomini		Donne + Uomini	
	prestazioni (in migliaia)	% di colonna	prestazioni (in migliaia)	% di colonna	prestazioni (in migliaia)	% di colonna
0 – 17	33,7	2,6	54,6	7,6	88,3	4,4
18 – 64	182,7	14,0	209,0	28,9	391,7	19,3
65-74	120,6	9,2	99,4	13,4	219,9	10,9
75-84	364,6	28,0	183,2	25,3	547,8	27,0
85 e più	601,5	46,2	176,3	24,4	777,8	38,4
Totale	1.303,1	100	722,4	100	2.025,5	100

* Comprende le prestazioni indennitarie a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

Tabella 33

- la maggioranza di riconoscimenti del diritto sanitario all'Ida è legata alla presenza di patologie neuropsichiche (cognitive) e neoplastiche (tumoriali) (Tabella 34);

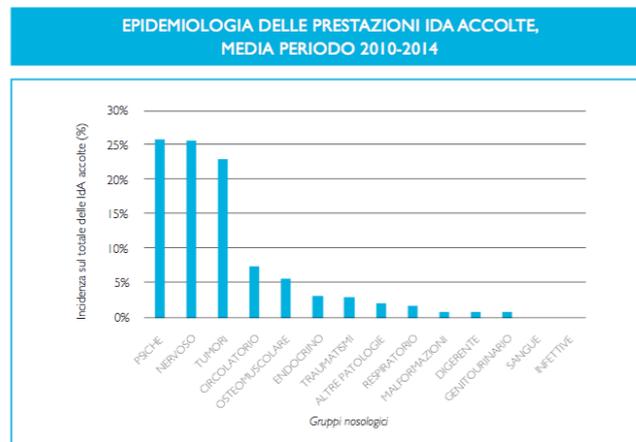


Tabella 34

- la durata media delle prestazioni concluse è di 4,9 anni, con un differenziale di un anno a favore delle donne;
- nel corso della sua vita, un beneficiario di Ida riceve in media circa 30.000 euro in prestazioni, con ovvie differenze a seconda dell'età di decorrenza e della sua speranza di vita residua;
- utilizzando come *proxy* del reddito permanente individuale, nonché indicatore di fabbisogno economico, il reddito individuale annuo lordo comprendente le prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate dall'Inps con l'esclusione dell'Ida, risulta che (Tabella 35):
 - o il 14,4% percepisce un reddito individuale da pensione inferiore ai 15 mila €;
 - o circa 2/3 della spesa totale è erogata a favore di percettori di reddito da pensione inferiore a 15 mila €;
 - o l'incidenza dei percettori Ida sul totale della popolazione che riceve

- almeno un trattamento pensionistico Inps si riduce all'aumentare del reddito;
- meno di 500 milioni € sono destinati a coloro con reddito da pensione individuale annuo lordo superiore a 30 mila €, che godono simultaneamente di una minore prevalenza in stati di disabilità e di un maggiore costo-opportunità nel richiedere supporto pubblico rispetto alla popolazione più povera;
- per quanto riguarda gli over 65, si confermano tali risultati con un seppur lieve scostamento a favore di percettori con redditi leggermente più alti;

IDA PER DISTRIBUZIONE DEL REDDITO DA PENSIONE DEL BENEFICIARIO*				
Reddito	Popolazione pensionata (in % sul totale)	Numero percettori IDA (in % sul totale) ¹	Percettori IDA sul totale pensionati	Spesa IDA (in % sul totale)
0 - 15.000	8.307.774 (55,1%)	1.394.264 (68,8%)	14,4%	8,28 mid (68,3%)
15.001 - 30.000	5.142.373 (34,1%)	551.902 (27,2%)	9,7%	3,36 mid (27,7%)
30.001 - 50.000	1.287.679 (8,5%)	66.038 (3,3%)	4,9%	0,40 mid (3,3%)
Oltre 50.001	353.647 (2,3%)	13.295 (0,7%)	3,6%	0,08 mid (0,7%)
Totale	15.091.473 (100%)	2.025.499 (100%)	11,8%	12,12 mid (100%)

* Reddito da pensione individuale erogato dall'Inps, comprensivo di integrazioni e maggiorazioni, con l'esclusione del reddito derivante da IDA. (a) Nota: comprende le prestazioni indennitarie a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

Tavola 2.9

IDA PER DISTRIBUZIONE DEL REDDITO DA PENSIONE DEL BENEFICIARIO* TRA I PERCETTORI CON PIÙ DI 65 ANNI				
Reddito	Popolazione pensionata (in % sul totale)	Numero percettori IDA (in % sul totale) ¹	Percettori IDA sul totale pensionati	Spesa IDA (in % sul totale)
0 - 15.000	6.251.684 (52,8%)	966.642 (62,5%)	13,4%	5,83 mid (62,6%)
15.001 - 30.000	4.292.801 (36,2%)	505.032 (32,7%)	10,5%	3,04 mid (32,6%)
30.001 - 50.000	993.977 (8,4%)	61.340 (4,0%)	5,8%	0,40 mid (4,0%)
Oltre 50.001	311.037 (2,6%)	12.513 (0,8%)	3,9%	0,08 mid (0,8%)
Totale	11.849.499 (100%)	1.545.527 (100%)	11,5%	9,31 mid (100%)

* Reddito da pensione individuale erogato dall'Inps, comprensivo di integrazioni e maggiorazioni, con l'esclusione del reddito derivante da IDA. (a) Nota: comprende le prestazioni indennitarie a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

Tabella 35

- il numero di beneficiari rapportato all'intera popolazione residente sul territorio nazionale è di circa il 3,6%, con valori di 1/5 più alti della media nazionale nel Centro-Sud¹²¹ (Figura 23).

¹²¹ La variabilità geografica dei beneficiari può dipendere da diversi fattori: struttura demografica della popolazione, prevalenza di malattie invalidanti, differenti condizioni economiche e variazioni nell'offerta di prestazioni socio-assistenziali a livello locale che influenzano la decisione di presentare domanda

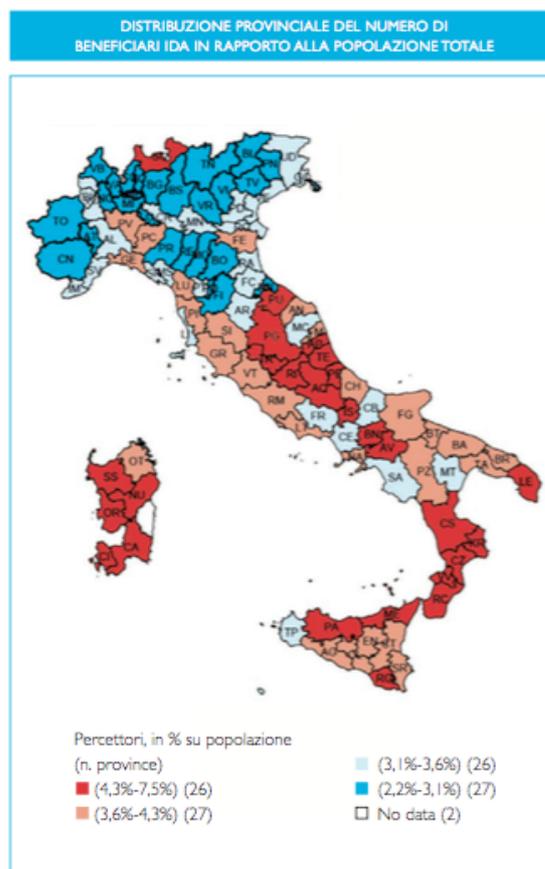


Figura 23

Spesa pubblica a gestione privata – permessi legge 104/92¹²²

Al 2015, la stima dell'onere complessivo assorbito dalla fruizione dei permessi lavorativi (pubblico + privato) è di 3,1mld €.

I beneficiari dei permessi retribuiti:

- nel settore privato sono circa 450 mila, con un costo per l'Inps di circa 1,3 mld €;
- nel settore pubblico, circa 440 mila, con un costo ombra stimabile in oltre 1 mld € ai quali si aggiungono altri 600 milioni circa se si includono anche i congedi straordinari usufruiti sulla base del D.Lgs 151/2000;
- la stima del numero medio procapite annuo di giorni di permesso fruiti nel settore pubblico è quattro volte superiore a quello fruito nel settore privato: fino a 6 giorni nel pubblico contro 1,5 nel privato);
- nel comparto dei lavoratori del settore privato, circa il 56% di permessi

¹²² Inps, (2016), XV RAPPORTO ANNUALE, www.inps.it

lavorativi (L. 104/92 e d.lgs 151/01) è ottenuto per assistere non autosufficienti già beneficiari di Ida.

Spesa privata

Nel capitolo V abbiamo ricostruito un quadro complessivo della spesa privata sociosanitaria, a cui si rinvia. Merita qui approfondire la spesa privata di alcune prestazioni più facilmente riconducibili alla Ltc, in particolare l'assistenza domiciliare e la riabilitazione, incrociandole con la variabile età. I due grafici (Figura 24 e 25)

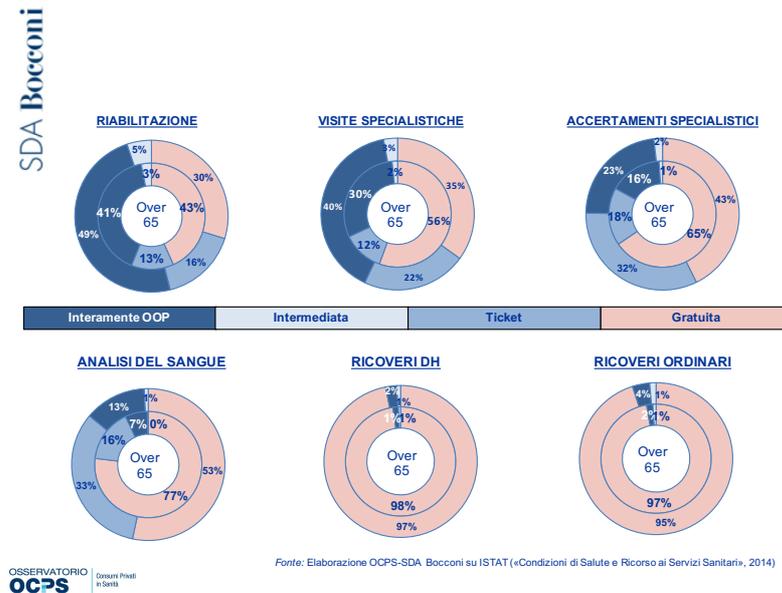


Figura 24

Figura 6.7 Circuito pubblico e privato nell'assistenza a domicilio per la popolazione di Over 65 anni con limitazioni funzionali, Italia, 2013.

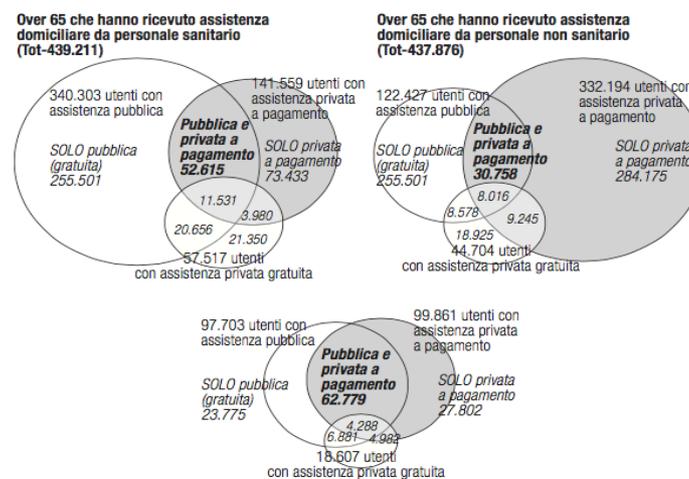


Figura 25

predisposti da Ocps Bocconi¹²³ sulla base dell'elaborazione dell'indagine multiscopo Istat su *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (2014)* evidenziano l'importanza di queste due aree di prestazioni rispetto all'insieme dei consumi finanziati privatamente, out of pocket ovvero intermediati, da over 65:

- il 44% si è pagato direttamente (41%) o attraverso fondi e assicurazioni (3%) le prestazioni riabilitative; un ulteriore 13% ha pagato il ticket nel caso queste fossero erogate dal soggetto pubblico; tra quelli con limitazioni funzionali di varia intensità (2,6 mln di over 65), quelli che ha fruito di prestazioni riabilitative sono stati 495.000, e di questi 223.000 i fruitori che hanno sostenuto spese private;
- poco meno di 700.000 persone hanno utilizzato servizi domiciliari, 185.000 sia da personale sanitario che socioassistenziale, mentre in entrambi i casi sono state circa 440.000 persone ad usufruire delle prestazioni rientranti in un comparto piuttosto che l'altro;
- per quanto riguarda sempre l'assistenza domiciliare pagata privatamente, l'indagine stima che:
 - o su 185.000 con assistenza mista, quelli che hanno pagato siano stati quasi 100.000;
 - o su 440.000 con assistenza sanitaria, quelli che hanno pagato siano stati quasi 142.000;
 - o sugli altrettanti 440.000 con assistenza socioassistenziale, quelli che hanno pagato siano stati quasi 332.000.

Spesa totale – tre stime di spesa complessiva

L'Italia presenta un Pil annuo di circa 1600 miliardi €. Secondo il Rapporto Giarda¹²⁴ poco più della metà (50,6%) serve a coprire la spesa pubblica, ovvero 13.154 € procapite¹²⁵. Poco più di un quarto, 7.055€, pari a 428 miliardi di € ovvero al 27% del Pil, è destinato al welfare. Altri 1.254€ (4,8% del Pil) sono invece destinati al pagamento degli interessi sul debito pubblico. Due terzi della spesa pubblica sono in capo alle amministrazioni centrali, mentre il rimanente terzo a quelle locali. Del 66% del Pil gestito centralmente, il 25% è propriamente in capo alle amministrazioni mentre il resto (41%) dipende dagli enti previdenziali. Sul lato delle entrate, la tendenza centralistica è ancora più accentuata: il 56% viene raccolto dalle amministrazioni centrali e il 30% dagli enti previdenziali. Le risorse raccolte dagli enti decentrati sono dell'ordine del 13%.

¹²³ M. Del Vecchio, E. Mallarini e V. Rampini, a cura di, (2015), *RAPPORTO OCPS 2015. OSSERVATORIO CONSUMI PRIVATI IN SANITA'*, Milano, Egea;

¹²⁴ Giarda P., (2012) *ELEMENTI PER UNA REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA - VERSIONE DEL 8 MAGGIO 2012*, <http://www.publicpolicy.it/rapporto-giarda-sulla-revisione-della-spesa-pubblica-21839.html>

¹²⁵ G. Fosti e E. Notarnicola, (2014), a cura di, *IL WELFARE E LA LONG TERM CARE IN EUROPA. MODELLI ISTITUZIONALI E PERCORSI DEGLI UTENTI*, Milano, Egea

Il profilo brevemente riportato può essere considerato la matrice su cui si riproduce la spesa di Ltc. La sua ricostruzione dettagliata, come già anticipato e in parte sviluppato in precedenza, dipende dalle metodologie adottate nella identificazione e aggregazione dei singoli capitoli, o addirittura parti di essi, di spesa pubblica.

A fianco di rilevazioni istituzionali vi sono quelle elaborate da diversi centri di ricerca. Esse presentano, come è naturale aspettarsi, una variabilità significativa, con un *range* che va dai 48-49 ai 28 miliardi €¹²⁶. Tre, relativamente recenti, costruite con metodologie diverse, portano a risultati non troppo divergenti (*range* 28-36 mld €).

1 *La ricostruzione secondo il Mef-Ragioneria Generale dello Stato.* Il metodo usato riprende quanto indicato dall'Ocse. Con riferimento alla sola spesa pubblica, vengono incluse: la spesa sanitaria per Ltc; le indennità di accompagnamento erogate ad invalidi e ciechi civili; le indennità di comunicazione riconosciute ai sordomuti e gli interventi sociosanitari prevalentemente in natura, residenziali e non residenziali, erogati a livello locale, rivolti a anziani non autosufficienti, disabili, malati psichici e dipendenti da alcool e droghe.

Secondo il Mef- Rgs¹²⁷, in riferimento ai dati pubblicati nel 2015, nel 2014 la spesa totale per Ltc ha toccato l'1,9% del Pil, circa 30 miliardi di Euro. La sola spesa sanitaria per Ltc ha rappresentato lo 0,9% del Pil, (il 12,5% della spesa sanitaria complessiva), altrettanto è stato consumato per le Indennità di accompagnamento. Due terzi (l'1,32%) della spesa complessiva è stata consumata dagli over 65 (Tabella 36).

	Totale	[65+]
Componente sanitaria per LTC	0,87%	0,52%
Indennità di accompagnamento	0,84%	0,65%
Altre prestazioni LTC	0,19%	0,15%
Totale	1,90%	1,32%

Tabella 36

Suddivisa per macrofunzione, la distribuzione (Tabella 37) conferma la predominanza delle prestazioni monetarie o *cash benefits*, mentre l'altra metà dei consumi è praticamente divisa egualmente tra prestazioni domiciliari e semi residenziali o *at home* e servizi forniti in forma residenziale o *in institutions*.

¹²⁶ M. Campedelli, a cura di, (2015), *RICONFIGURARE L'UNIVERSALISMO IN SANITÀ? SANITÀ INTEGRATIVA E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER NUOVE TUTELE DEL DIRITTO ALLA SALUTE*, numero monografico, 16,1, gennaio marzo 2015, Roma, Il pensiero scientifico editore

¹²⁷ Mef-Ragioneria Generale dello Stato (2015), *LE TENDENZE DI MEDIO LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO SANITARIO*, <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita di previsione RGS/2015>

	Totale	[65+]
LTC - <i>At home</i>	0,50%	0,30%
LTC - <i>In institutions</i>	0,54%	0,36%
LTC - <i>Cash benefits</i>	0,86%	0,66%
Totale	1,90%	1,32%

Tabella 37

La spesa pro capite aumenta notevolmente dopo l'80esimo anno di età, in particolare per *in institutions*. Questo dato conferma la concentrazione della spesa pubblica nell'ultimo periodo di vita, principalmente caratterizzato da polipatologie croniche e perdita di autonomia. Al contempo, esso rinvia anche a scelte personali e familiari di permanenza al proprio domicilio fino a che questo sia possibile, nonché di maggiore propensione dei sistemi pubblici verso modelli di offerta territoriale. Più in generale, con riferimento alla componente sanitaria, il divario di età incide notevolmente a favore delle classi anziane sia sui consumi *residenziali* che non. La componente *altro*, relativa all'assistenza in qualsiasi forma rivolta ai tossicodipendenti, agli alcolisti e a coloro che sono affetti da patologie psichiatriche, è più elevata tra i giovani. Nella divisione tra sessi, la spesa pro capite delle donne risulta più elevata per la componente *residenziale* e quella non, mentre è minore rispetto agli uomini per la componente *altro*. In riferimento all'indennità di accompagnamento la percentuale ultra sessantacinquenne è di gran lunga superiore rispetto alla popolazione più giovane e molto più elevata per le donne. Anche per quanto riguarda le *altre prestazioni LTC* le erogazioni in denaro risultano superiori rispetto ai servizi offerti e questo vale sia per gli uomini che per le donne.

2 *Una analisi bottom up del Cergas Bocconi*. Le analisi comparative riguardanti i sistemi di welfare basati su elaborazioni della spesa sociale presentano limiti sia rispetto alla loro significatività, per la comprensione delle dinamiche dei sistemi di welfare, che alla validità e comparabilità dei dati disponibili. Diversamente, il Cergas Bocconi¹²⁸ ha sviluppato un approccio *bottom-up* centrato sull'analisi della spesa per ambiti di *policy* simili o rivolta agli stessi target sociali. Il metodo implementato si basa su una riclassificazione dei singoli interventi e politiche. In questo modo, sono state identificate sette aree di *policy*, ovvero: pensioni; sanità; lavoro, disoccupazione e incidenti sul lavoro; politiche abitative; interventi per minori e famiglia; interventi per esclusione sociale e povertà; non autosufficienza e invalidità.

¹²⁸ G. Fosti e E. Notarnicola, (2014), a cura di, *IL WELFARE E LA LONG TERM CARE IN EUROPA. MODELLI ISTITUZIONALI E PERCORSI DEGLI UTENTI*, Milano, Egea

Per Francia, Germania, Italia e Regno Unito si sono poi individuati gli interventi destinati a ognuna di queste aree, ricostruendo la spesa aggregata attraverso la somma della spesa per singoli interventi ritenuti afferenti a una determinata area. Ad esempio, per l'Italia il metodo seguito per le persone non autosufficienti ha considerato l'indennità di accompagnamento erogata dall' INPS, (non imputandola quindi all'area delle pensioni) così come gli interventi sociosanitari destinati ad anziani e disabili (per esempio, per l'assistenza domiciliare integrata, Adi, o per le residenze sanitarie assistenziali, Rsa) non imputandoli all'area spesa sanitaria ma a quella non autosufficienza e invalidità (Tabella 38).

Tabella 4.1 Spesa pubblica complessiva per il welfare

Aree di intervento:	Spesa di welfare complessiva per aree di intervento (milioni di €):	Spesa di welfare pro capite per aree di intervento (€):	Distribuzione della spesa per aree di intervento:
Pensioni di Anzianità e Vecchiaia	228.290,13	3.755	53,22%
Sanità	93.268,00	1.534	21,74%
Interventi per la famiglia e l'infanzia	13.299,58	219	3,10%
Interventi per la Non Autosufficienza	33.940,89	558	7,90%
Politiche per il lavoro	37.251,49	613	8,69%
Politiche per l'abitare	394.000,00	6	0,09%
Politiche per la povertà e l'esclusione sociale	22.526,79	371	5,26%
TOTALE	428.970,81	7.055	100%

Tabella 38

Ai 34 mld € di spesa pubblica per non autosufficienze, ne vanno aggiunti altri 2,5 (40€ pc su dati 2005) di spesa *out of pocket*, depurata dai trasferimenti pubblici. Come emerge dalla Tabella 39, l'aggregato di 36,5 mld € è composto da quasi 19 mld € di trasferimenti monetari erogati da Inps o dallo Stato, 11,6 mld € per servizi sociosanitari in capo al Ssn, 3,4 mld € di spesa comunale per gli interventi a carattere sociale, nonché i 2,5 mld € appena indicati di spesa oop. Da evidenziare che 30,5 mld € sono determinati centralmente (o, nel caso della spesa Ssn, vista la materia concorrente, insieme alle regioni) mentre solo un decimo di questi (3,5 mld €) sono attribuibili agli enti locali. Rispetto alla popolazione over 65 stimata non autosufficiente (2,275 milioni di persone), sulla base di questa ricostruzione il 97,57%, è inclusa in almeno un programma di Ltc (Tabella 39).

Tabella 4.3. Articolazione della spesa totale per la non autosufficienza

SPESA PER LONG TERM CARE	TOTALE, milioni di €,	€ PRO CAPITE sulla popolazione totale
Spesa delle Autorità Locali	3.388	56
Spesa Sanitaria	11.624	191
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	18.928	311
Spesa pubblica complessiva	33.940	558
Di cui a livello centrale	30.522	502
Di cui a livello locale	3.388	56
Spesa out-of-pocket stimata	2.432	40
Spesa Pubblica Totale + out of pocket	36.358	598

Tabella 39

3 La spesa per non autosufficienza secondo Crea Sanità-Tor Vergata¹²⁹. Il paniere di prestazioni erogate dai diversi comparti e attori coinvolti contiene tre aggregati: le spese pubbliche monetarie, quelle pubbliche con prestazioni in natura, quelle private per servizi di assistenza ad anziani e disabili. La somma porta ad un totale, per il 2012, di quasi 28 mld € (Tabella 40 e 41), pari all'1,77% del Pil.

Funzione di spesa/ Spending function	€ mln./ € million	Composizione (%)/ Composition (%)
Spesa totale/Total expenditure	27.742,53	100,00
di cui pubblica per prestazioni in natura/Public in-kind benefits	8.559,01	30,85
di cui pubblica per prestazioni in denaro/Public cash benefits	17.054,63	61,47
di cui privata per servizi di assistenza a anziani e disabili/ Private care services to elderly and disabled	2.128,89	7,67

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat [Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Tabella 40

Funzione di spesa/Spending function	2012
Spesa totale/Total expenditure	1,77
di cui pubblica per prestazioni in natura/Public in-kind benefits	0,55
di cui pubblica per prestazioni in denaro/Public cash benefits	1,09
di cui privata per servizi di assistenza a anziani e disabili/ Private care services to elderly and disabled	0,14

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat [Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Tabella 41

¹²⁹ Crea Sanità, (2014), 10° RAPPORTO SANITÀ. INVESTIMENTI INNOVAZIONE E SELETTIVITÀ: SCELTE OBBLIGATE PER IL FUTURO DEL SSN, Roma, Crea Sanità e Università Tor Vergata

Nel dettaglio, riguardano:

con riferimento ai 17 mld € di prestazioni pubbliche in denaro – *public cash benefit* :

- 15,5 mld € le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, le erogazioni dei comuni in forma di *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari a favore di soggetti non-autosufficienti (ossia disabili e anziani); di questi il 78,55%, è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, il 20,48% dalle pensioni di invalidità civile ed il residuo 0,97% dai benefici economici offerti dai comuni;
- circa 1,5 mld € la stima della spesa Inps per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992, sia per i dipendenti del settore pubblico che per quelli del settore privato;

per gli 8,5 mld € prestazioni pubbliche in natura – *public in-kind benefit*:

- il 50,00% l'assistenza residenziale, pari a 4,5 mld €;
- il 15,41% l'assistenza domiciliare di tipo sanitario (ADI), pari a 1,3 mld €;
- il 12,85% l'assistenza semi-residenziale, pari a 1,1 mld €;
- il 10,98% la lungodegenza ospedaliera, pari a 0,94 mld €;
- il 7,66% l'assistenza domiciliare di tipo sociale, pari a 0,65 mld €, di cui 0,48 per assistenza domiciliare socio assistenziale e 0,09 assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari.

Da evidenziare che il 61,47% è rappresentato dai benefici economici pubblici, a cui segue il 30,85% per le prestazioni in natura pubbliche, e il 7,67% della spesa privata per servizi di assistenza ad anziani e disabili su cui poi torneremo.

Spesa totale – pubblica e privata – regionale

Nelle pagine precedenti sono state ampiamente presentate e argomentate le considerazioni e le precauzioni che sono da avere nella ricostruzione e interpretazione della spesa sociosanitaria pubblica e privata. Esse sono ampiamente applicabili anche per la Regione Toscana. In quest'ultimo paragrafo, di conseguenza, al fine di offrire ulteriori e conclusive evidenze a sostegno della proposta, ci concentreremo su una sintesi di tre ordini di informazioni:

- quelle di contesto, ovvero da leggere come stima potenziale del bisogno/domanda;

- quelle relative alla copertura, cioè a come a quella domanda si da risposta;
- e infine quelle relative alle dimensioni economico finanziarie implicate, così da poterle collocare con riferimento ai precedenti due aspetti.

Il contesto di bisogni/domande

Secondo l'Osservatorio Sociale Regionale¹³⁰, in Toscana:

- risiedono circa 1 milione e 643 mila famiglie (dati al 31/12/2014), con una composizione media è di 2,27 individui; evidente il progressivo invecchiamento e assottigliamento delle dimensioni familiari:
 - dal 1971 al 2011 il numero di famiglie è aumentato di oltre 500.000 unità (+48%), mentre il numero medio di componenti è sceso da 3,3 a 2,3 (-28%) e i nuclei composti da una e due persone superano oggi il 50% del totale;
 - le coppie con figli – 490.000 pari al 31% – non sono più la tipologia dominante – 37% nel 2001 – mentre la quota di coppie senza figli rimane stabile;
 - aumentano le famiglie unipersonali, oggi oltre mezzo milione, ossia 1/3 del totale (erano il 26% nel 2001 e il 20% nel 1991); di queste il 47% sono costituite da anziani soli;
- gli anziani sono 929.000, circa 1/4 della popolazione residente, 4 ogni 10 persone in età attiva:
 - in crescita le classi 75-84 e over 84 – 52% del totale; gli ultracentenari sono 1.336 – di cui 1.129 donne;
 - il 57% sono donne;
 - quasi uno su tre è vedovo – 11% dei maschi e 44% femmine;
 - 629 mila sono le famiglie con almeno un anziano presente;
 - 396 mila le famiglie composte soltanto da anziani, in diminuzione: per l'allungamento della permanenza dei figli nel nucleo di origine, il rientro dei figli dopo esperienze matrimoniali interrotte, il passaggio degli anziani in convivenze con le famiglie dei figli, le scelte regionali in materia di percorsi assistenziali orientati a vita indipendente e domiciliarità;
 - gli anziani in solitudine abitativa sono circa 233.000 (18%), la metà delle persone che vivono sole, di cui 3/4 donne e 2/3 over 74enni; la

¹³⁰ Simurg ricerche, a cura di, (2016) *PROFILO SOCIALE REGIONALE. ANNO 2015. ANALISI DELLA SITUAZIONE SOCIALE TOSCANA*, Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Governance e programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, Osservatorio Sociale Regionale, Firenze

- maggioranza vive con il coniuge/compagno/a;
 - 7 su 10 vivono in abitazione di proprietà, il 12% in alloggi di persone di fiducia – di figli o parenti – e l'11% in affitto;
 - oltre la metà presenta difficoltà economiche ed 1 su 10 ha gravi difficoltà; il 4,1% percepisce pensioni/assegni sociali e il 22% è beneficiario dell'integrazione al minimo;
- le persone che dichiarano di avere limitazioni funzionali¹³¹ sono 4,8 ogni 100 residenti di 6 anni e oltre – Italia 5,5%; per fasce di età risultano esservi:
 - oltre 33.600 persone 6-64 anni;
 - oltre 168.000 over 65;
 - 2/3 sono di genere femminile;
 a questi sono da aggiungere:
 - circa 1.200 bambini disabili iscritti ai servizi educativi per l'infanzia (nido e servizi integrativi) – sottostima della reale presenza vista la non obbligatorietà della frequenza;
 - circa 2.300 toscani 18-64 anni ospiti in strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie;
 si può quindi stimare che le persone in condizione di disabilità, considerando le diverse condizioni di gravità, siano attorno alle 200-210.000 persone;
- conosciute dai servizi come disabili risultano esservi 79.000 persone tra 0-64 anni, con un trend di nuovi 10.000 casi l'anno; di questi:
 - 73.000 sono stati accertati dalle commissioni ex 104/92, con il 44% in gravi condizioni; il trend è 4-4.500 nuove certificazioni ogni anno;
 - circa 12.700 sono i bambini e ragazzi disabili inseriti all'interno del sistema educativo e scolastico regionale;
 - mentre gli iscritti al collocamento mirato sono quasi 36.000;
 - le già indicate 4.500 persone, comprensive dei bambini che utilizzano i servizi per la prima infanzia e gli ospiti in strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie under 65;
- i fruitori di Ida – indennità di accompagnamento – sono quasi 100.000, di cui l'81% anziani – 60% over 80 – e il rimanente 19% <65enni;

¹³¹ Il dato riguarda le limitazioni non temporanee, per le quali l'intervistato autodichiara, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari, il massimo grado di difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: fisica, funzioni quotidiane, funzioni comunicative. Quattro sono le tipologie ricostruite a seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa:

- confinamento - costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione;
- difficoltà nel movimento - con problemi nel camminare, fare scale, chinarsi;
- difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana - per lavarsi, vestirsi, mangiare, coricarsi;
- difficoltà della comunicazione - riguardanti udito, vista, linguaggio.

- oltre 1/3 degli anziani percepisce di essere in buon stato di salute e solo il 14% afferma di stare male – erano il 29 e il 21% nel 2009; in particolare:
 - la speranza di vita della popolazione anziana – al 65esimo anno di età – mediamente è di 18,9 anni per i maschi e 22,3 anni per le femmine; rispetto al 2003 è cresciuta di 1 anno e 1/2 per entrambi i generi; quella in buona salute¹³² in Toscana arriva attorno ai 60 anni¹³³;
 - per quanto riguarda gli stili di vita:
 - oltre la metà è sovrappeso (41%) o obeso (12%), in misura maggiore tra gli uomini (60%);
 - il 37% consuma alcol, più maschi (54%) che femmine (24%), e oltre la metà è considerata bevitore a rischio;
 - il 37% ha o ha avuto una carriera di fumatore;
 - secondo le stime dell’Agenzia sanitaria regionale¹³⁴:
 - sono 125.000 le persone over 65 fragili¹³⁵ ad alto rischio di non autosufficienza;
 - quelle non autosufficienti 75.105, di cui con livello di gravità:
 - lieve, 23.633;
 - moderato, 19.208;
 - grave, 32.264;
 - quelle malate croniche¹³⁶, in parte appartenenti sia alle prime che alle seconde, nel 2012 erano 464 mila, di cui:
 - 140mila di diabete;
 - 120mila di BPCO;
 - 125mila di cardiopatia ischemica;
 - 34mila sopravvissuti ad ictus;
 - 8mila di Parkinson;
 - 88mila affetti da demenza.

¹³² Gli anni di vita in buona salute, o speranza di vita senza disabilità, sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti

¹³³ Secondo Istat, (2015), *RAPPORTO BES 2015. IL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE IN ITALIA*, http://www.istat.it/it/files/2015/12/Rapporto_BES_2015.pdf, pag. 73

¹³⁴ Da <https://www.ars.toscana.it/it/aree-d'intervento/la-salute-di/anziani.html> : LA FASE PILOTA DEL PROGETTO "ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE IN TOSCANA": PROFILO DEGLI ANZIANI VALUTATI DALLE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE NEL BIENNIO 2008-2009. Collana Documenti ARS n. 61 (luglio 2011); LA PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ NELL'ANZIANO FRAGILE: I PROGETTI PILOTA NELLE SOCIETÀ DELLA SALUTE FIORENTINA SUD-EST E VALDICHIANA SENESE. Collana Documenti ARS n. 57 (aprile 2011); *IL BISOGNO SOCIO-SANITARIO DEGLI ANZIANI IN TOSCANA: I RISULTATI DELLO STUDIO EPIDEMIOLOGICO BISS*. Collana Documenti ARS n. 50 (dicembre 2009); *ANZIANI IN TOSCANA: DATI DEMOGRAFICI E STIME DI DEMENZA E NON AUTOSUFFICIENZA*. Collana Documenti ARS n. 34 (giugno 2007); *INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI. COLLANA DOCUMENTI ARS N. 10 (AGOSTO 2004)*; *PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI IN TOSCANA*. Collana Documenti ARS n. 1 (settembre 2002)

¹³⁵ Fragile è l'anziano ancora autosufficiente in tutte le attività di base della vita quotidiana (BADL) che presenta un aumentato rischio di perdita dell'autonomia a causa di alcune sue caratteristiche o comportamenti; ad altissimo rischio di non autosufficienza sono quegli anziani che presentano una positività ad almeno 4 dei 7 fattori di rischio indagati: non vivere solo, usare 4 o più farmaci al giorno, problemi di vista, problemi di memoria, problemi nel camminare, essere caduto o essere stato ricoverato nell'anno precedente

¹³⁶ Per un inquadramento sull'epidemiologia delle cronicità, le *policies* per patologia, il *mainstream* delle *policies* per patologia nelle diverse linee di programmazione nazionale e regionale, cfr Ministero della Salute – Direzione generale della programmazione sanitaria, (2016), *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ*, www.salute.it

Le coperture per disabilità e non autosufficienza

La L.R. 66/2008 è la norma di riferimento nella regolazione delle n.a.

Essa:

- definisce i titolari delle misure previste – le condizioni di non autosufficienza possono presentarsi sotto forma di disabilità psicofisica e mentale e n.a. sono le persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone;
- fissa anche gli obiettivi della policy, in particolare:
 - migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane;
 - promuovere la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità;
 - favorire percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità;
- definisce i criteri di accesso alle prestazioni, prevedendo che:
 - la procedura di valutazione sia attivata dall'interessato o da un suo familiare mediante la segnalazione ad uno dei presidi che forniscono informazione e accoglienza – *Punti insieme* – dislocati sul territorio regionale;
 - la garanzia della risposta all'istanza presentata entro trenta giorni dalla richiesta; essa:
 - deve essere condivisa con l'interessato e i suoi familiari;
 - prevedere Piano Assistenziale Personalizzato (PAP), ovvero il pacchetto assistenziale ritenuto appropriato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
 - esplicitare gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute valutate e le prestazioni sociosanitarie da erogare;
 - indicare il referente organizzativo per la persona interessata e i suoi familiari, quale responsabile del caso tra le figure professionali presenti sulla base delle caratteristiche del bisogno prevalente;
 - gli interventi previsti sono:
 - domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
 - in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite

titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali;

- l'inserimento in strutture semiresidenziali;
- l'inserimento temporaneo o di sollievo in residenza;
- l'inserimento permanente in residenza.

Secondo l'ultimo rapporto del Network Non Autosufficienza¹³⁷:

- la percentuale di over 65enni fruitrice di indennità di accompagnamento nel 2013 è stata del 10,3%, con un calo relativo del 9,3% rispetto al 2010;
 - questo a confronto di un dato nazionale medio rispettivamente del 12% e del -5,5%;
 - da richiamare che insieme alla variabilità regionale vi è anche quella intra-regionale, correlata certamente al bilanciamento/sbilanciamento con le altre misure di intervento nel campo della non autosufficienza nonché del quadro epidemiologico del territorio di riferimento¹³⁸, ma pure all'eterogeneo comportamento delle commissioni di valutazione deputate al riconoscimento di questa misura; in Toscana tale variabilità, in termini comparati, si è significativamente ridotta;
- sempre in termini percentuali sulla popolazione over 65, nel 2012 i trattati in Adi – assistenza domiciliare integrata – sono stati il 2% della popolazione target, con un calo di 13% rispetto al 2010;
 - questo a confronto con un dato nazionale medio rispettivamente del 4,3% e del + 5%;
 - la variabilità di copertura intra-regionale – 2008-2012 – anche per questa misura si è notevolmente ridotta;
 - in valori assoluti¹³⁹, nel 2012, sono state erogate 22 ore annue di media per assistito;
- sul versante dell'assistenza domiciliare assistenziale – Sad – di responsabilità dei Comuni, la popolazione target fruitrice è stata nel 2012 dello 0,7%, con un calo sul 2010 del 13%;
 - questo a confronto con un dato nazionale medio rispettivamente del 1,3% e del -7%;
 - la variabilità di copertura intra-regionale si è mantenuta ridotta rispetto

¹³⁷ Ci riferiamo in particolare ai saggi di L.Carrino,(2015), *LE REGIONI: LE TENDENZE IN ATTO*, e di C. Gori e G. Rusmini, (2015), *POLITICHE REGIONALI: TENDENZE IN ATTO AL CENTRO-NORD*, in N.N.A., (2015), *L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA. 5° RAPPORTO. UN FUTURO DA RICOSTRUIRE*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN)

¹³⁸ Cfr. Simurg ricerche, a cura di, (2016) *PROFILO SOCIALE REGIONALE. ANNO 2015. ANALISI DELLA SITUAZIONE SOCIALE TOSCANA*, Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Governance e programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, Osservatorio Sociale Regionale, Firenze, pagg.67 e ssgg

¹³⁹ L. Caterino e F. Tosi, a cura di, (2015), *PRIMO RAPPORTO SULLA DISABILITÀ IN TOSCANA. DAL PERCORSO SCOLASTICO AL "DOPO DI NOI"*, Regione Toscana Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale Settore Governance e Programmazione del Sistema Integrato dei Servizi Sociali Osservatorio Sociale Regionale, Firenze, <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>

- ad altre regioni;
- secondo il Profilo sociale regionale citato, in valori assoluti, nel 2015 risultano assistiti 95.000 anziani;
- la dotazione di posti letto in residenze per anziani nel 2012 è stata dell'1,68% nel 2012, con un calo di 0,43% sul 2010;
 - questo a confronto con un dato nazionale medio rispettivamente del 2,20 % e del -0,37 %;
 - secondo il Profilo sociale regionale citato, in valori assoluti, risultano operare quasi 400 strutture di accoglienza per anziani, di cui 317 Rsa, per un totale di 12.667 p.l. (17 p.l. ogni 100 n.a. e 40 p.l. ogni 100 n.a. gravi), l'85% circa è accreditato;
- la dotazione di posti semiresidenziali¹⁴⁰, nel 2012, era di 1.210, con una copertura dello 0,3% sugli over 75, stesso livello del 2005;
- gli assegni di cura¹⁴¹, nel 2012, sono stati erogati a 2.271 anziani n.a., con una copertura dello 0,5% sugli over 75, mentre era dello 0,7% nel 2005;
- la Regione inoltre interviene nel campo della assistenza familiare con un sistema organico di interventi per l'emersione dal lavoro irregolare e la qualificazione dell'assistenza, che prevede una rete di raccordo pubblico-privato per:
 - offrire informazione e consulenza a famiglie ed assistenti familiari;
 - agevolare l'incontro domanda-offerta di lavoro;
 - sostenere (anche economicamente) le famiglie nella sostituzione dell'assistente temporaneamente assente;
 - realizzare percorsi formativi per le lavoratrici;
 - l'istituzione registri provinciali di assistenti.

Dal 2015, con la sperimentazione del progetto *Pronto badante* già citato, viene offerto un primo sostegno economico e temporaneo alla famiglia e all'anziano, non ancora in carico ai servizi, in condizione di fragilità.

Il sistema di risposta è strutturato a partire da un:

- apposito Numero Verde a cui arriva la prima segnalazione e con cui si possono ottenere le prime informazioni basilari;
- se confermata la richiesta, un accesso domiciliare e la conseguente presa in carico devono avvenire entro 48 ore; con essi, insieme all'

¹⁴⁰ Idem

¹⁴¹ Idem

orientamento mirato della famiglia rispetto alle soluzioni disponibili, si definisce l'eventuale piano temporaneo di assistenza finalizzato a superare la fase emergenziale;

- tra le soluzioni possibili, la ricerca di un assistente familiare, per la quale si può usufruire di 300 € in voucher per lavoro temporaneo, pari a 30 ore di intervento settimanale.

In coerenza con la legislazione internazionale e quella nazionale¹⁴², le politiche regionali a favore delle persone disabili si sviluppano attraverso un notevole numero di norme e atti in molti casi legati alle diverse politiche settoriali – sanità, educazione e formazione, lavoro, urbanistica, trasporti, non autosufficienza, ecc. – che intervengono in materia.

Il programma operativo regionale è finalizzato alla inclusione sociale attraverso approcci che migliorino l'occupazione, riducano la disparità combattendo la discriminazione e favoriscano l'inclusione.

Sono previsti finanziamenti sul Fondo Sociale Europeo – Misura Inclusione Sociale, per obiettivi specifici inseriti in percorsi innovativi rivolti a favorire l'autonomia delle persone disabili. Le misure considerate riguardano: l'inclusione lavorativa; il sostegno alle imprese per l'inserimento; il *voucher* per l'aumento e la qualificazione dei servizi di cura socio educativi e socio assistenziali; la sperimentazione di progetti per il pronto intervento sociale e per la riqualificazione dell'assistenza domiciliare ed il sollievo; l'attivazione e l'accompagnamento per la creazione di imprese anche in forma cooperativa; il rafforzamento delle imprese sociali.

Con la Legge Regionale n.82/2015 è stata recentemente istituita una misura economica che prevede un contributo annuale per il triennio 2016-2018 di 700,00 € per le famiglie con figli disabili minori di 18 anni. L'obiettivo è quello di sostenere le persone che vivono particolari situazioni di disagio. Il contributo spetta per ogni minore disabile in presenza di un'accertata condizione di handicap grave – legge 5 febbraio 1992, n.104. La richiesta può essere presentata dalla madre o dal padre del minore disabile, o da chi esercita la patria potestà. Sia il genitore, sia il figlio minore disabile devono essere residenti in Toscana, in modo continuativo da almeno ventiquattro mesi, in strutture non occupate abusivamente, a partire dalla data del 1° gennaio dell'anno di riferimento del contributo. Il nucleo familiare convivente deve presentare un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore ad euro 29.999,00.

Tra le linee di attività particolarmente significative si può evidenziare *il durante e dopo di noi*¹⁴³ – D.G.R. nn. 794/2004; 1166/2009; 594/2014. L'approccio è quello di mettere a disposizione strumenti e opportunità per l'autonomia e la qualità della vita della persona disabile durante tutto l'arco della propria vita; nello

¹⁴² Cfr. E. Vivaldi, a cura di, (2012), *DISABILITA' E SUSSIDIARIETA'. IL "DOPO DI NOI" TRA REGOLE E BUONE PRASSI*, Il Mulino, Bologna

¹⁴³ <http://open.toscana.it/web/toscana-accessibile/durante-e-dopo-di-noi>

specifico si tratta di:

- favorire la realizzazione di progetti improntati alla flessibilità e personalizzazione, sulla base di un disegno integrato tra i diversi attori che entrano in gioco;
- impostare il progetto di vita fin dalla prima presa in carico della persona;
- creare una rete, intesa come insieme della collettività, enti istituzionali, terzo settore, volontariato, famiglie, cittadinanza attiva, tutti potenzialmente utili a supportare i momenti di vulnerabilità della persona;
- incentivare e appoggiare:
 - il lavoro dei gruppi di genitori e di auto-mutuo-aiuto;
 - l'associazionismo tra famiglie;
 - il progetto di vita come strumento che accompagna e guida gli interventi collocati nelle diverse fasi della vita;
 - le esperienze di distacco temporaneo da casa;
 - le iniziative volte ad aumentare le conoscenze e le informazioni alle famiglie.
- le Società della Salute e le Aziende USL sono state invitate a fare sintesi con le forze sociali e le associazioni dei propri territori per presentare proposte di modelli organizzativi di servizi per disabili, innovativi e più flessibili rispetto alla normativa vigente;
- oltre ai contributi del Fondo regionale per la non autosufficienza, sono state dedicate risorse per l'avvio delle prime esperienze di *Fondazioni di partecipazione per il Dopo di Noi*, quali strumenti per la realizzazione e gestione di soluzioni abitative diverse rispetto alle tradizionali strutture residenziali, progettate e gestite dalle famiglie degli interessati e da tutti i soggetti del territorio;
- l'Amministratore di sostegno, figura per la gestione del patrimonio e per la realizzazione del progetto di vita della persona, è un altro elemento del disegno di policy;

Il Primo rapporto sulla disabilità citato, oltre che confermare i dati sopra riportati pubblicati nella Relazione sociale, evidenzia che:

nell'ambito dei Bisogni educativi speciali – scuola

- dei circa 13.000 alunni certificati ex 104:
 - un migliaio frequenta le scuole per l'infanzia;
 - oltre 4 mila la scuola primaria;
 - quasi 3 mila e 300 la secondaria di primo grado;

- e altri 4 mila e 400 quella di secondo grado;
 - i posti per insegnanti di sostegno sono 6.348;
- gli alunni che manifestano disturbi specifici dell'apprendimento – Dsa – sono 6.671; a questi sono poi da aggiungere – dato non precisato – gli allievi in condizione di svantaggio sociale e culturale, nonché per le difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e lingua italiane;
 - a fianco degli interventi in capo al Ministero della Pubblica Istruzione – Ufficio scolastico regionale della Toscana –, le iniziative specifiche promosse dalla Regione per il diritto allo studio degli alunni disabili sono:
 - *Progetti Educativi Zonali (Pez)*; adottati a livello di zona da parte della Conferenza zonale sulla base degli obiettivi presenti nelle linee guida annuali regionali e nel rispetto della dotazione finanziaria assegnata, sono strumenti finalizzati ad interventi integrati rivolti a bambini e ragazzi di età compresa tra i 3 mesi e i 18 anni; intervengono per sostenere e qualificare il sistema di prima infanzia, coordinare i servizi, formare il personale, etc.. (Pez Infanzia), nonché quello dell'età scolare (Pez Età Scolare), al fine di contrastare la dispersione scolastica, promuovere l'inclusione, contrastare il disagio scolastico, ecc...; le scuole toscane coinvolte sono quasi la totalità;
 - *Piani di Gestione della Diversità*; progetti formativi sovra provinciali integrati – scuole, agenzie formative, università, associazioni e altri soggetti – finanziati con risorse del Fondo Sociale Europeo finalizzati alla promozione di modelli educativi all'interno delle scuole di ogni ordine e grado che siano capaci di valorizzare le diversità dei propri ragazzi;
 - *Protocollo di Intesa Regione Toscana e Ufficio Scolastico Regionale della Toscana per la sperimentazione di azioni di sistema per l'inclusione degli alunni disabili*; con una triplice finalità: dare una risposta alle esigenze immediate ed urgenti delle scuole (assegnazione di personale di sostegno); cambiare le modalità di intervento in aiuto alle autonomie scolastiche per le azioni di inclusione e per il successo formativo di tutti gli alunni; costruire un nuovo sistema di *governance*, per coordinare e orientare l'azione dei diversi attori del sistema sociale e formativo;
 - coinvolgimento delle province nell'assegnazione delle risorse per garantire il trasporto e l'assistenza scolastica agli alunni con disabilità negli istituti secondari di secondo grado; le risorse stanziare, 4,5 milioni dall'a.s. 2012-2013 all'a.s. 2015-2016, utilizzate in maniera integrata con altre degli Enti locali, hanno garantito nel 2013-2014 – ultimo anno di monitoraggio – trasporto e assistenza a circa 1.100 studenti delle scuole superiori;
 - *due protocolli sottoscritti da Regione Toscana, Anci Toscana e Ufficio*

Scolastico Regionale della Toscana relativi all'inclusione scolastica di bambini e ragazzi con disturbi dello spettro autistico e ai servizi di istruzione domiciliare e di scuola ospedaliera; il primo di essi per rendere più adeguato il contesto scolastico per tutti gli alunni che presentano problemi di autismo; il secondo per assicurare il diritto allo studio agli studenti che a causa di malattia non possono frequentare la scuola.

nell'ambito dell'inserimento lavorativo – collocamento mirato

- dei 35.893 – 2014 – iscritti al Collocamento mirato:
 - 18.538 sono femmine;
 - 17.355 sono maschi;
 - gli avviamenti mirati nell'anno sono stati 1.455, pari al 4,1% degli iscritti;
 - le cessazioni 1.099;
 - nel 2012-2013, gli esoneri parziali rilasciati alle imprese operanti in Toscana sono stati 201, per un totale di 758 persone disabili interessate;

- a fianco degli interventi in capo al Ministero del Lavoro, le iniziative specifiche promosse dalla Regione per l'inserimento lavorativo sono:
 - *progetto GiovaniSi per l'autonomia dei giovani*; offre pari opportunità anche alle persone con disabilità lungo diversi assi, dalla formazione al lavoro, fino alla casa; per quanto riguarda i tirocini, nel solo 2014 sono stati 1.151 i disabili che hanno effettuato un'esperienza in azienda; qualora l'impresa decida di assumere il lavoratore a tempo indeterminato al termine dell'esperienza è previsto un contributo regionale di 10 mila euro;
 - *Servizio Civile Regionale*; la possibilità di accesso ai bandi per i giovani disabili è estesa fino ai 35 anni;
 - *percorsi di inserimento lavorativo di giovani disabili (in particolare individui affetti da sindrome di Down e autismo) nelle aziende agricole*; nelle 53 aziende agricole sociali aderenti sono stati assunte 362 persone disabili;
 - *incentivi annuali alle imprese per l'assunzione di disabili*; attraverso la concessione di aiuti a favore di imprese a sostegno dell'occupazione e aiuti per l'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio sul mercato del lavoro;

nell'ambito della vita indipendente – Durante e Dopo di noi

- il programma per il *Durante e Dopo di noi*, iniziato sperimentalmente nel 2004 e via via implementato, presenta:
 - 806 persone – dati 2014 –, 18-65enni in possesso della certificazione ex104/92, che a seguito della presentazione del proprio progetto di vita autonoma, hanno avuto accesso alle risorse regionali con un assegno mensile variabile tra gli 800 e i 1.800 euro;
 - *il programma GiovaniSi*; ha stanziato in via sperimentale fondi per contributi economici ai giovani disabili che decidono di andare a vivere in affitto costruendosi un'autonomia abitativa, consentendo l'ammissibilità di 13 domande per le annualità 2013 e 2014 (4 coppie e 9 persone singole);
 - *la valorizzazione delle Fondazioni di partecipazione e del coordinamento toscano delle associazioni per il Durante e Dopo di noi*; composto da 53 soggetti – tra associazioni, cooperative sociali e fondazioni tradizionali – e da 6 Fondazioni di partecipazione.

Un ultimo riferimento, nell'ambito dell'*accessibilità e della mobilità*. Insieme alle normative che impongono agli EE.LL. di pianificare l'abbattimento delle barriere architettoniche ed altri interventi che favoriscano l'accessibilità anche non solo dal punto di vista prettamente fisico, nonché la mobilità ferroviaria regionale, riguarda il progetto *Adattamento domestico: consulenze e contributi per persone con disabilità grave* (D.G.R. n. 1043 del 25/11/2014). Esso è finalizzato all'adeguamento dell'abitazione alle esigenze della persona che vi risiede, attraverso il superamento di barriere architettoniche (fisiche e percettive), al fine di promuovere la sicurezza, l'autonomia, il comfort e la permanenza nel proprio ambiente di vita. La partecipazione all'avviso consente sia di usufruire di consulenze tecniche che contributi economici (da 2.500 a 7.500 euro) in merito ad edilizia, arredi, attrezzature ed ausili, strumentazioni, dispositivi ed impianti tecnologici e sistemi domotici.

Le dimensioni economico finanziarie

La Tabella 42 raccoglie le diverse misure citate nelle pagine precedenti e aggiornate con gli ultimi dati disponibili¹⁴⁴. E' suddivisa per livello istituzionale di policy e strutturata, lì dove questo è pertinente, in modo tale da assommare alla spesa pubblica toscana – regionale e comunale – il resto delle spese sostenute – qui definite *copayment* – sia a livello pubblico – in particolare Inps – che privato – stime o.o.p e intermediata. Nel caso di dati o stime già citati si fa riferimento alla pag. di questo Rapporto da cui vengono ripresi. Altrimenti si cita la fonte e/o il metodo di

¹⁴⁴ Ringrazio, al riguardo, Massimiliano Faraoni di Simurg Ricerche Livorno, per la preziosa collaborazione

stima utilizzato.

Ancora una volta si ribadisce che la difficoltà di perimetrazione nella analisi e costruzione della spesa sociosanitaria, e di quella per la Ltc in particolare, come peraltro emerge chiaramente dalle molteplici voci riportate, permette di ottenere solo una prima e parziale – manca ad esempio, l'analisi della spesa sanitaria per età e/o patologie invalidanti – catalogazione delle misure/azioni e delle relative imputazioni di spesa presenti, peraltro senza poterne verificare i flussi che intercorrono tra le stesse.

Misura/ Intervento	Target	Anno	Importo RT (in milioni €)	Copayment Altri (in milioni €)	Norma/ Programma	Note
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO NAZIONALE						
<i>Indennità di accompagnamento</i>	Anziani Disabili	2015		640,00	Leggi n. 18/1980 508/1988 662 /1996	Indennità di accompagnamento per invalidi civili parziali e totali e ciechi civili in Toscana: • invalidi civili totali: 99.068 -> 608 mln €; • invalidi civili parziali: 118 - -> 0,725 mln €; • ciechi civili: 3.211 -> 34,6 mln € Fonte: INPS – Osservatorio sulle pensioni
<i>Altre misure assistenziali Inps</i>	Anziani Disabili	2015		686,50	Varie	1) Pensioni di invalidità: • Assegno ordinario di invalidità: 19.022 -> 189,4 mln € • Pensione di inabilità: 4.734 -> 64,5 mln €;

VERSIONE 4.10.2016

						<ul style="list-style-type: none">• Pensione di invalidità: 33.442 -> 251,7 mln €2) Prestazioni agli invalidi civili:<ul style="list-style-type: none">• ciechi civili:<ul style="list-style-type: none">○ pensioni ciechi assoluti e parziali: 6.155 -> 18,6 mln €○ indennità ventesimistiche: 4.445 -> 11,9 mln €• sordomuti:<ul style="list-style-type: none">○ pensione ai sordomuti: 750 -> 2,3 mln €○ indennità di comunicazione: 2.211 -> 6,7 mln €• invalidi totali: pensioni inabilità invalidi totali: 22.000 -> 76,3 mln €• invalidi parziali:<ul style="list-style-type: none">○ assegno di assistenza: 12.498 -> 43 mln €○ indennità frequenza minori: 6.095 -> 21 mln €
--	--	--	--	--	--	--

Fonte: [INPS - Osservatorio](#)

						sulle pensioni
<i>Permessi ex legge 104/1992 e Dlgs 151/2001 settore privato</i>	Anziani Disabili	2015	No	59,50	Legge 104/1992; DLgs 151/2001	Stima da dati INPS: beneficiari permessi e congedi ex L. 104/1992 e Dlgs 151/2001 nel settore privato in Toscana: 20.608 -> 59,5 mln € ¹⁴⁸ Fonte: INPS - Osservatorio sulle prestazioni a sostegno della famiglia e XV Rapporto annuale (2016)
<i>Agevolazioni fiscali</i>	Anziani Disabili	2015	No	125,00	Varie	Nostra stima, vedi pag.
<i>Fondo nazionale non autosufficienza Riparto 2016</i>	Anziani Disabili gravi	2016		Stato 27,16		** www.unificata.it
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO PRIVATO						
<i>Spesa sanitaria privata intermediata</i>	Anziani	2015	No	13,04		Nostra stima, vedi pag. 483.080 over 75 x 27€ pc spesa intermediata
<i>Spesa privata per assistenza familiare</i>	Anziani Disabili	2015	No	649,00		Badanti regolari in Toscana: 39.119 = 304 mln € (fonte: INPS – Osservatorio)

¹⁴⁸ La cifra stimata per la Toscana (59,5 milioni di €) deriva dall'applicazione del *costo medio nazionale 2015 per beneficiario di permessi/congedi nel settore privato* (2.888 €) al numero di beneficiari toscani di permessi/congedi nel settore privato (20.608). Il costo medio nazionale 2015 per beneficiario di permessi/congedi nel settore privato deriva dal rapporto tra il numero nazionale di beneficiari di permessi/congedi nel settore privato (450.000) con il costo complessivo (1,3 miliardi di €)

						Lavoratori domestici) ¹⁴⁹ Badanti irregolari in Toscana: stima 45.000 = 345 mln € (fonte: elaborazioni su stime IRS - Lavoro domestico e di cura: Buone pratiche e benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa) ¹⁵⁰
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO REGIONALE						
<i>Servizi residenziali</i>	Anziani	2010	250,00	(Comuni 28)		Fonte Irpet 2014
<i>Quota sanitaria</i>	Disabili					
<i>Servizi semi-residenziali</i>	Anziani	2010	52,00			Fonte Irpet 2014
<i>Quota sanitaria</i>	Disabili					
<i>Assegni di cura</i>	Anziani	2010	32,00			Fonte Irpet 2014
	Disabili					
<i>Adi</i>	Anziani	2010	146,00			Fonte Irpet 2014
	Disabili					Comprensivi di servizi sanitari ambulatoriali
<i>Pronto Badante</i>	Anziani	2016	2,76		DGR 946/2015	

¹⁴⁹ Il calcolo deriva dal prodotto tra i lavoratori domestici inquadrati come badanti e le classi di retribuzione annuale.

¹⁵⁰ La stima fatta da IRS parla di 830.000 badanti in Italia, di cui il 56% irregolari. Per il calcolo della quota toscana del numero di badanti irregolari è stata applicata al valore nazionale delle badanti irregolari la stessa proporzione che c'è tra il dato regionale e quello italiano (10%) per le badanti regolari di fonte INPS. Per il calcolo della spesa è stata applicata al numero stimato di badanti irregolari toscane la retribuzione media annua delle badanti regolari di fonte INPS.

<i>Servizi di incontro domanda offerta assistenza familiare</i>	Anziani					Dato non trovato
<i>Contributo finanziario famiglie in difficoltà con minori disabili</i>	Disabili	2016	1,500		L.r. 82/2015	Il finanziamento è previsto anche per gli anni 2017 e 2018
<i>Programma Durante e dopo di noi</i>	Disabili	2016	9,000		L.r. 66/2008 DGR 370/2010 Decisione Giunta Regionale 11/2015	Documento "Azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi socio- sanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità"
<i>Sostegno scolastico – spesa insegnanti sostegno</i>	Disabili	2015				Dato non trovato
<i>PEZ – progetti educativi zonali</i>	Disabili	2015	11,85		L.r. 32/2002 Dgr 15/2015	
<i>Piani gestione diversità</i>	Disabili	2010-2014	2,20		Dgr 530/2008	
<i>Azioni inclusione alunni disabili</i>	Disabili	2015	1,00		Prot. RT e Ufficio Scolastico Regionale	
<i>Azioni inclusione alunni spettro autistico</i>	Disabili				Prot. RT, Anci Toscana e Ufficio Scolastico Regionale	Dato non trovato
<i>Servizi di istruzione domiciliare e scuola ospedaliera</i>	Disabili				Prot. RT, Anci Toscana e Ufficio Scolastico Regionale	Dato non trovato

<i>Servizi per il collocamento mirato</i>	Disabili				L.r. 32/2002	Comitato tecnico per la valutazione delle capacità lavorative residue – art.25
<i>Diritto al lavoro disabili (Incentivi imprese per assunzioni+ Programma GiovaniSi – tirocini- e assunzioni + Percorsi inserimento lavorativo Persone Down???)</i>	Disabili	2014	3,88	Versamenti imprese per esoneri parziali e sanzioni riscosse	Dgr 558/2013	Fondo regionale + 1,052 mln € Fondo nazionale
<i>Programma GiovaniSi – contributo affitto per autonomia abitativa</i>	Disabili	2014	3,00		L.r. 65/2010 Dgr 758/2012 e 194/2013	Ammontare complessivo 9,000 mln € per 3 anni per tutti i richiedenti 30-34enni
<i>Trasporto alunni</i>	Disabili	As 2012/13 - 2015/16	4,50		Prot. RT, Anci Toscana e Ufficio Scolastico Regionale	
<i>Trasporto ferroviario</i>	Disabili e Anziani	2014-2016	48,00	33,00 (complessivi 81,00)	Dgr 703/2014	Contratto di servizio con Trenitalia Acquisto nuovi treni
<i>Adattamento domestico</i>	Disabili	2014	2,00		Dgr 1043/2014	Abbattimento barriere architettoniche
<i>Interventi per l'accessibilità fisica e sensoriale</i>	Disabili	2014	3,00		Dgr 1172/2014	Eliminazione barriere architettoniche proposte da EE.LL.
<i>Adeguamento abitazione esigenze persona</i>		2014	0,15			Progetto sperimentale Sds Fiorentina N. Ovest e

						Pratese
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO LOCALE						
<i>Spesa dei comuni singoli o associati e per interventi e servizi sociali per l'area di utenza "Disabili"</i>	Disabili	2012		86,70 (Comuni 37,80; Ausl 21,50; Associazioni comuni/SdS 27,30)		Interventi e servizi: 42 mln € Strutture: 18,8 mln € Trasferimenti in denaro: 25,8 mln € Fonte: Istat, Rilevazione spesa dei comuni singoli o associati per interventi e servizi sociali
<i>Spesa dei comuni singoli o associati e per interventi e servizi sociali per l'area di utenza "Anziani"</i>	Anziani	2012		117,00 (Comuni 55,20; Ausl 25,10; Associazioni comuni/SdS 36,7)		Interventi e servizi: 46,4 mln € Strutture: 38,6 mln € Trasferimenti in denaro: 31,8 mln € Fonte: Istat, Rilevazione spesa dei comuni singoli o associati per interventi e servizi sociali
DEFINITE/GESTITE A LIVELLO COMUNITARIO						
MISURE POR FSE 2014-2020						
Priorità d'investimento	Azioni POR				Importo	
B.1 (9.I) Inclusionione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	B.1.1.2.B) Creazione e rafforzamento cooperative sociali di tipo b, anche in forma consortile e creazione di impresa per soggetti svantaggiati				13.743.060	
	B.1.1.3.A) Incentivi all'occupazione disabili				5.497.224	
	B.1.1.1.A) Inserimento soggetti disabili				27.486.121	
Priorità d'investimento b.2	B.2.1.3.A) Sostegno alle famiglie per l'accesso ai				30.921.886	

(9.iv) miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale	servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia	
	B.2.1.4.A) Intermediazione, orientamento e formazione nell'ambito dei servizi di cura	6.871.530

Di tali misure sono state attivate 14.700.000 € per l'inserimento lavorativo per soggetti disabili – Azione POR B.1.1.1.A (DGR 1197 del 9 dicembre 2015)

Tabella 42

**

Tabella 42

Intesa sullo schema di decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per gli affari regionali e le autonomie con delega in materia di politiche per la famiglia recante il riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2016.

** *Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*