

Federalismo e Residenzialità

Enrico Brizioli*, Filippo Maserà^

* Gruppo KOS e Gruppo Santo Stefano, Milano

^ Dipartimento della Post-Acuzie e continuità dell'assistenza – INRCA (IRCCS), Ancona

Il dibattito sul federalismo ha assunto particolare vivacità dopo l'approvazione della legge 5 maggio 2009 n. 42 e del Decreto Legge del 7 ottobre 2010 sull'autonomia di entrata da parte delle regioni, e sui costi standard in sanità: in altre parole la modifica dei criteri di finanziamento del sistema sanitario. La nuova normativa introduce gli elementi per condizionare la capacità di spesa delle Regioni in relazione a parametri di efficienza, alla compatibilità con le finanze dello Stato ed alla effettiva capacità regionale di produrre ricchezza e gettito fiscale. Queste novità hanno un impatto particolare sulla Sanità, che rappresenta la maggior voce di spesa nei bilanci delle Regioni.

Il Decreto 7 ottobre 2010 definisce una nuova modalità di finanziamento che parte dal fabbisogno nazionale, nel rispetto dei vincoli di spesa pubblica, e si trasferisce alle Regioni sulla base di coefficienti di costo standard rilevati su tre Regioni scelte tra quelle in equilibrio economico nel secondo esercizio precedente che abbiano rispettato i parametri di qualità, appropriatezza ed efficienza.

Il costo standard viene calcolato per macrolivelli assistenziali (assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), come media di spesa pro-capite pesata per l'età.

L'impianto logico del decreto appare molto chiaro e sostanzialmente condivisibile: se ci sono Regioni che riescono a garantire i LEA con adeguati livelli di appropriatezza e qualità spendendo una certa somma, è necessario che tutte le altre individuino queste come "benchmark" e si misurino nel raggiungere lo stesso risultato. Inoltre, il sistema dei costi standard per macrolivelli assistenziali consentirà di indirizzare le Regioni verso una spesa più equilibrata, ad esempio nel rapporto tra spesa per i servizi ospedalieri e i servizi residenziali o domiciliari.

I criteri effettivi di rilevazione dei costi standard non vengono tuttavia definiti dal Decreto, ma sono rinviati ad una specifica intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Nella realtà, infatti, l'attuazione del decreto presenta molti problemi, proprio in relazione alla "lettura" dei Livelli Essenziali di Assistenza ed alla valutazione dei costi di erogazione dei servizi, a partire da quelli dell'assistenza ospedaliera in tutte le Regioni in cui non sia effettivo il finanziamento a prestazione degli ospedali, ma anche di quelli di sistemi complessi come l'area socio-sanitaria, e questo sia in relazione alla rilevazione dei costi che all'effettiva quantificazione dei bisogni.

Del resto, la valutazione dei costi standard dovrà necessariamente tener conto dei Livelli Essenziali di Assistenza effettivamente garantiti, ma anche dei costi sostenuti per prestazioni offerte oltre il perimetro dei LEA, che dovranno rimanere in carico alla fiscalità regionale.

Questa rilettura del sistema di offerta imporrà un'attività analitica che non può essere svolta sulla sola base dei dati di spesa, ma presuppone un approfondimento sulle condizioni effettive di erogazione dei servizi. Un elemento appare tuttavia incontrovertibile: le Regioni con maggior disavanzo e con peggior rapporto tra spesa e livelli di assistenza garantiti, sono

Tabella 1 - Criteri base per i Costi Standard in Sanità.

- Omogeneità dei livelli di assistenza erogati
- Costi standard della rete di offerta per macrolivelli
- Costi standard dell'offerta per singolo livello
- Costi standard di produzione della prestazione
- Livelli standard di servizio
- Fonti di finanziamento e partecipazione alla spesa

quelle che continuano a mostrare un forte squilibrio tra spesa ospedaliera e spesa distrettuale, con una implicita necessità di riequilibrio che sembra da tutti condivisa.

In questo panorama, le prestazioni residenziali dovrebbero teoricamente beneficiare di un incremento dei tetti di spesa, almeno in un'ottica tendenziale. Nella realtà, tuttavia, gli scenari potrebbero presentarsi diversi in relazione ai criteri di calcolo adottati in sede di Conferenza Stato Regioni, ove non potranno non emergere interessi contrastanti e tentativi di forzare i criteri nell'ottica di equilibri politici e territoriali. Con le medesime modalità, del resto, è stato gestito fino ad oggi il riparto del Fondo Sanitario Nazionale, che solo per un 50-60% è costruito su parametri oggettivi (consistenza dell'offerta, copertura dei LEA, appropriatezza, profili epidemiologici, indice di vecchiaia), mentre per la restante parte è basato su criteri di spesa storici e su accordi politici.

In prospettiva, queste dinamiche tipiche della Conferenza Stato-Regioni potranno sicuramente riprodursi, mentre i dati oggettivi di efficienza e di spesa potrebbero non essere così certi in assenza di dettagli analitici per singoli livelli prestazionali.

Nell'attuale elenco delle Regioni "virtuose" convivono Regioni con differenze molto forti in termini di spesa per assistenza residenziale, come ad esempio la Lombardia e le Marche: la scelta dell'una o dell'altra come benchmark della residenzialità potrà comportare differenze molto rilevanti.

Del resto le prestazioni di assistenza sanitaria residenziale a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio costituiscono oggi uno dei più evidenti esempi di disomogeneità di offerta nel territorio nazionale.

La distribuzione regionale dei posti letto (che costituiscono unità di riferimento essenziale per il dimensionamento dell'offerta e conseguentemente delle prestazioni) mostra, in rapporto alla popolazione anziana, differenze eclatanti tra le regioni del Nord e quelle del Sud, con picchi che vanno dai 60 posti letto per 100 anziani che registriamo a Trento, ai 6 posti letto per 1000 anziani rilevati in Basilicata.

In assenza di fenomeni epidemiologici che possano giustificare tali differenze, la prima reazione di fronte a questi dati è quella di denunciare una drammatica carenza di offerta in tutte le regioni del Sud.

In realtà, questi dati vanno letti con cautela in quanto nessun'altra prestazione sanitaria presenta così elevati indici di interdipendenza con gli altri livelli di offerta dei

servizi sanitari e con fattori socio-economici e culturali.

Una riflessione particolare meritano i presupposti di appropriatezza per la prestazione residenziale, che è rivolta a soggetti "non autosufficienti" che siano anche "non assistibili a domicilio". Se, sul criterio di non autosufficienza, siamo in grado di utilizzare strumenti di misura ormai abbastanza oggettivi e condivisi che indicano indici di bisogno età correlati non particolarmente diversi nelle differenti aree geografiche, sul criterio della non assistibilità a domicilio ci avventuriamo in un terreno molto più complesso.

Il concetto di non assistibilità a domicilio implica infatti una valutazione congiunta delle condizioni di bisogno del paziente e della capacità di risposta del nucleo familiare e dei servizi esterni da esso attivabili.

A loro volta, i bisogni dei pazienti vanno distinti in bisogni "assistenziali" e "sanitari".

La capacità di risposta del nucleo familiare deve invece tener conto dei seguenti parametri:

- Composizione del nucleo familiare
- Disponibilità della rete familiare e sociale esterna al nucleo
- Presenza di ulteriori caregivers formali o informali (essenzialmente le badanti)
- Situazione economica del nucleo familiare
- Condizioni abitative (igieniche, barriere architettoniche, accessibilità, comfort, ecc.)
- Disponibilità di servizi domiciliari sanitari
- Disponibilità di servizi domiciliari sociali
- Organizzazione della rete della Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie
- Organizzazione della rete ospedaliera
- Possibilità di ricoveri di sollievo
- Fruibilità di servizi residenziali idonei per qualità percepita.

L'insieme di questi parametri varia in maniera significativa nelle diverse regioni italiane in relazione a differenti condizioni socio-economiche, culturali e di organizzazione dei servizi.

In conseguenza della diversa composizione di questi parametri non deve sorprendere che la domanda di servizi assistenziali per anziani si manifesti in modo diverso da Regione a Regione, anche se l'ultimo punto dell'elenco, quello dell'offerta (inteso come effettiva fruibilità di servizi di livello adeguato) assume un ruolo fondamentale nell'espressione della domanda.

Senza entrare in questa sede nelle valutazioni di dettaglio su come questi parametri interagiscono tra di lo-

MATERIALI DI LAVORO

ro, sarà necessario tenere fermo il principio che consiglia una certa elasticità nella programmazione dei servizi in aree a diversa espressione della domanda, pur prevedendo un progressivo allineamento dell'offerta dei servizi.

Tuttavia, come abbiamo già rilevato, il nuovo sistema di finanziamento non sarà basato sulla valutazione dei bisogni rilevati nelle singole Regioni, quanto sulla base di un sistema a cascata che partirà dalle compatibilità finanziarie nazionali per ribaltarsi alle Regioni secondo criteri demografici e di efficienza. Una riflessione a parte merita invece l'aspetto normativo e di contenuto del servizio, che è caratterizzato da una estrema variabilità regionale.

Con il progetto Mattoni e con il parallelo lavoro della Commissione LEA si è giunti recentemente ad una classificazione e definizione delle prestazioni (vedi documento "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_733_allegato.pdf e D.M. 17.12.2008) che tenta di individuare almeno alcune macrotipologie di prestazioni in questo livello assistenziale. Con l'applicazione del D.M. 17/12/2008, che fissa regole e criteri per l'alimentazione del Flusso Informativo Nazionale per le prestazioni residenziali, ci si aspetta, da parte delle regioni, una rilettura del proprio sistema di offerta all'interno dei criteri di classificazione delle prestazioni adottato dal NSIS (Nuovo Sistema Informativo Nazionale) sulla base del citato decreto.

Gli atti normativi ed i documenti citati hanno portato a definire le prestazioni residenziali (*complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore*), a chiarire i termini dell'organizzazione per Nuclei (*area distributiva delle degenze omogenea ed autonoma per livelli assistenziali e dotazioni e servizi, articolata di norma su 20 posti letto*), a individuare i criteri di accesso (*diritto all'assistenza per tutti i soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, per tutto il tempo nel quale perdurano le predette condizioni*).

Il Documento della commissione LEA indica anche la necessità di adottare strumenti di Valutazione Multidimensionale (VMD), definita come: *metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale. Gli strumenti di VMD devono consentire l'individuazione di un indice sin-*

tetico di misurazione del case-mix assistenziale e/o della "fragilità", e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

Lo stesso Documento giunge poi a definire 4 classi di prestazioni, successivamente riprese dal DM 17.12.2008 e caratterizzate da diversi livelli di complessità:

Livello R1 – Assistenza sub-intensiva in regime residenziale (hospice, comi ecc.)

Livello R2 – Assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria

Livello R2 D – Assistenza residenziale specialistica per soggetti con demenza senile

Livello R3 – Assistenza residenziale a bassa integrazione sanitaria.

Questi atti di indirizzo, se correttamente applicati, consentiranno una progressiva omogeneizzazione dell'offerta residenziale, anche nell'ottica di rendere effettivamente paragonabili le varie tipologie di strutture diversamente denominate nelle singole regioni. Rimane aperto il problema del costo standard di produzione delle prestazioni residenziali: non sembra che negli obiettivi del governo e delle Regioni ci sia quello di arrivare a definire precisi costi standard di produzione (quindi costi presunti di erogazione del singolo servizio e relative tariffe). Tuttavia, nell'allegato tecnico n. 5 della relazione del governo alle Camere sulla legge 41/2009 del luglio 2010 (www.regioni.it/upload/Relazionefederalismofiscale.pdf) viene fortemente ripreso il tema della necessità di un effettivo finanziamento a prestazioni dei servizi come unico strumento per monitorare i livelli di efficienza nell'erogazione dei servizi a gestione diretta delle aziende sanitarie pubbliche.

Su queste basi è prevedibile una ripresa dell'attività della definizione di costi standard di produzione e tariffe definite su base nazionale, attività abbandonata ormai da anni anche per le prestazioni ospedaliere.

Un'attività di questo tipo, riferita alle prestazioni residenziali, comporterebbe l'individuazione di ben definite tipologie di servizio, per gradi di complessità, con i relativi standard organizzativi e di assistenza. In attesa di una procedura di questo tipo i costi di erogazione delle prestazioni sono fatalmente determinati oggi dai singoli strumenti tariffari adottati dalle Regioni, che presentano una estrema variabilità ed una proporzionale difformità di standard assistenziali erogati.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

AA.VV. Relazione del governo alle Camere in ottemperanza alla disposizione dell'art. 2 comma 6 della legge 5 maggio 2009 n.42. Camera dei Deputati, Atti parlamentari 2010.

Brizioli E. La Remunerazione delle prestazioni residenziali. In: La remunerazione delle prestazioni sanitarie. Falcitelli e Langiano eds., Il Mulino, Bologna 2006:177-202.

Brizioli E. Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani. *I Luoghi della Cura*. 2007(4):7-10.

Brizioli E, Grechi F. L'utilizzo delle risorse in funzione del carico assistenziale in RSA. *Giornale di Gerontologia* 2007(5):317-8.

Campione V, Poggi A. Sovranità Decentramento Regole. Il Mulino, Bologna 2009.

Comas-Herrera A, Wittemberg R. European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission ESA DG dp 1840, 2003.

Gori C, Zanardi A. Le Politiche sociali in un contesto di federalismo fiscale. In: (a cura di MC. Guerra e A. Zanardi) *La finanza pubblica italiana*. Rapporto 2008.

ISTAT, L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto, anno 2003.

Jorio E. Costi Standard in cerca di autore. In: *Il Sole24ore-Sanità*, n. 43 del 4-10 novembre 2008.

Pesaresi F, Brizioli E. *I Servizi Residenziali. L'Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti in Italia: Rapporto 2009*. Maggioli Editore, San Marino 2009.