

Federalismo e non autosufficienza

Anna Banchemo

Agenzia Sanitaria Regionale della Liguria, Area Accreditamento e Qualità; Università di Genova

DIRITTI SOGGETTIVI E RIFORMA FEDERALE

Il tema del Federalismo è stato, ad oggi, prevalentemente affrontato sotto il profilo della finanza pubblica per adeguare un Paese che, con le riforme Costituzionali, dal 2001 ha decentrato forti competenze legislative alle Regioni e alle Amministrazioni locali, in una situazione in cui la responsabilità di spesa è dissociata da quella "impositiva fiscale". In altre parole, si è ritenuto giusto e corretto rendere coerenti spese ed entrate fiscali, soprattutto sul piano della responsabilità di governo di coloro che devono rispondere ai cittadini, a cui è imposto il pagamento di tributi, con la realizzazione di servizi.

Il federalismo fiscale è regolato dalla legge 42/2009: "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"; i principi fondamentali della legge si riassumono in:

- autonomia di entrata e di spesa per Regioni ed enti locali, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione;
- finanziamento integrale di tutte le funzioni pubbliche;
- leale collaborazione tra i diversi livelli di governo;
- divieto di sottoporre a doppia imposizione lo stesso presupposto d'imposta;
- passaggio, per le funzioni fondamentali, dal criterio della spesa storica a costi e fabbisogni standard;
- armonizzazione di tutti i bilanci pubblici.

I principi indicati devono essere tradotti nella realtà da decreti che sono in corso di emanazione. Gli elementi determinanti per il futuro della salute e per i servizi sociali sono i costi standard (art. 2, comma 2) ed il fabbisogno standard. Con il fabbisogno standard sono stabiliti i "livelli dell'offerta" da erogare per rispondere ad un bisogno, mentre il costo standard costituisce l'indicatore per finanziare livelli di assistenza e servizi dagli stessi derivati. In termini più semplici, il costo ed il fabbisogno standard sono i parametri per il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza sa-

nitaria (Lea) e dovrebbero essere tali anche per i servizi sociali: per questa materia, però, non sono ancora stati fissati nemmeno i livelli essenziali delle prestazioni.

Per quanto attiene alla Salute, il decreto su fabbisogno e costo standard è oggi all'esame delle Camere, con parere negativo della Conferenza delle Regioni perché non è stata sufficientemente chiarita la metodologia di calcolo e la scelta sulle regioni di riferimento per calcolare fabbisogno e costi. In particolare, le regioni del Sud sono state fortemente contrarie perché i metodi proposti dal decreto sarebbero lesivi dei loro diritti e non consentirebbero ai cittadini l'erogazione completa dei livelli di assistenza.

Ancora sui riferimenti delle regioni virtuose che verranno indicati per i costi standard, va detto che non si potranno utilizzare coloro che hanno la spesa più bassa, perché sappiamo bene come essa non sia sinonimo di maggior efficienza, poiché, come è noto, sono molti i fattori che determinano il ricorso di una popolazione ai servizi: l'età degli abitanti (una persona ultrasettantacinquenne costa mediamente 3,8 volte rispetto ad un adulto), le condizioni economiche (persone con maggior reddito fanno meno ricorso ai servizi pubblici), non ultima, l'efficienza degli apparati erogatori. Da qui, la complessità e la difficoltà di stabilire un costo standard, se non si tiene conto delle altre variabili, che si aggiungono e influenzano il costo dei fattori produttivi.

In sintesi, i costi standard determineranno per ciascuna regione il limite di spesa ammesso e coperto dai meccanismi di autofinanziamento e di perequazione previsti dalla legge 42/09; ciò che non sarà possibile coprire con queste assegnazioni dovrà ricadere sull'imposizione locale o, in alternativa, non potranno essere garantiti servizi. Da qui, l'importanza che i metodi di rilevazione del fabbisogno e del costo standard siano corretti in modo da raggiungere gli obiettivi di salute con una buona efficienza erogativa.

Per approfondire i concetti esposti, si dettaglia innanzitutto ciò che si intende per *fabbisogno standard*.

Dalle interpretazioni date da alcuni studiosi che hanno provato a proporre alcune formule per il calcolo dei costi standard, i fabbisogni standard sono indicati come una traduzione quali-quantitativa delle prestazioni necessarie per rispondere ai bisogni epidemiologici di maggior rilievo per i cittadini di un determinato territorio. Ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera per acuti, il fabbisogno standard potrebbe esser dato:

- in termini quantitativi, dal numero di ricoveri collegato ad un prefissato tasso di ospedalizzazione;
- in termini qualitativi, da un *case mix* o da un peso medio del DRG "obiettivo" (ad esempio, un peso medio DRG almeno pari ad 1) per far sì che determinati tipi di prestazioni non siano erogate in regime ospedaliero, ma ambulatoriale.

Quindi, da una parte è necessario affrontare il problema della determinazione di un costo "efficiente" di produzione e, dall'altra, occorre contemporaneamente prendere in considerazione anche i volumi e la qualità della produzione.

Il termine costo standard è utilizzato nella contabilità direzionale/aziendale, ed è generalmente riferito ad un'unità di prodotto (*output*). Il costo standard complessivo dell'*output* deriva da una serie di standard attribuiti agli *input*, ossia ai fattori impiegati per produrre quel determinato prodotto (ad esempio: le materie prime, la manodopera, le spese generali e così via). Questi standard riguardano sia le quantità che i prezzi e sono elencati dall'azienda nella scheda dei costi standard.

Alle regioni dovrà essere garantito, attraverso le loro entrate, che non saranno più convogliate in sede nazionale, il finanziamento integrale (cioè a costi standard) dei livelli essenziali delle prestazioni per tutti i diritti civili e sociali, *in primis* per la salute; a questo vanno aggiunti i livelli essenziali in materia di assistenza (servizi sociali), di istruzione e di diritto allo studio. Sul piano delle entrate finanziarie le Regioni potranno contare su: IRAP (fino alla sua sostituzione), tributi regionali, riserva di aliquota o addizionale sull'IRPEF, compartecipazione regionale all'IVA.

Con l'introduzione dei costi (e fabbisogni) standard non vi è solo la definizione delle risorse da attribuire a ciascuna regione, ma anche l'introduzione di meccanismi di verifica sull'impiego delle risorse. Sarebbe infatti riduttivo ragionare solo in termini di fabbisogni calcolati in base alle necessità della popolazione senza introdurre le verifiche successive su come ef-

fettivamente siano state utilizzate le risorse: ossia, se i costi sostenuti siano coerenti con i servizi resi e le risposte date ai bisogni dei cittadini.

Un primo passo verso la costruzione di un sistema di controlli che possa essere utile alla verifica del raggiungimento dei fabbisogni standard (sebbene questi debbano essere ancora definiti) può essere considerato il "set di indicatori del sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari" proposto dal Ministero alle Regioni (verificabile sul sito www.salute.gov.it curato dal Siveas e dai ricercatori del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa).

Premi e sanzioni sono previsti per le amministrazioni virtuose e per quelle meno virtuose che potranno arrivare anche all'ineleggibilità. È stato previsto anche un patto di convergenza quale strumento che accompagnerà i territori verso il passaggio a costi e fabbisogni standard. Ogni anno, in Finanziaria, oggi definita "legge di stabilità", bisognerà indicare a che punto è tale passaggio e stabilire come aiutare chi rimane indietro. Per le regioni inadempienti è previsto il potere sostitutivo dello Stato. Per l'attuazione del Federalismo si prevede un periodo transitorio di cinque anni, con uno specifico decreto legislativo che stabilirà la decorrenza. Nell'attuazione della legge dovranno essere rispettati il patto di stabilità e di crescita. La legge statale dovrà inoltre fissare un tetto massimo alla pressione fiscale ed assicurare che il livello del prelievo complessivo non aumenti neanche nella fase transitoria.

Ciò che appare complesso, ma gradualmente realizzabile per la tutela della salute, diventa assai più difficile per le politiche sociali in quanto non sussistono livelli essenziali già definiti, e la stessa spesa per definire il costo standard è spezzettata tra più soggetti: Comuni, Regioni, privati cittadini. Trascurando gli aspetti indicati, l'attuale decreto in discussione alle Camere si propone di:

- a) richiedere la spesa che servirà a definire i costi e fabbisogni standard ai Comuni;
- b) i Comuni compileranno una modulistica legata ai bilanci Comunali (bilanci per funzioni) dove per l'area "sociale e socio-educativa" si individua la spesa per gli asili nido ed una funzione genericamente definita spesa sociale;
- c) non è inserita l'area sociosanitaria che, solo per una parte limitata, rientra nei bilanci comunali (pagamento rette);

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

- d) la raccolta e l'elaborazione dei dati dovrebbe essere affidata al SOSE (società che ha provveduto e provvede per il Ministero dell'Economia agli Studi di Settore) che non ha, almeno ad oggi, alcuna esperienza in materia di servizi sociali. Si può quindi pensare, in termini generali e di prospettiva, vista la grandezza territoriale molto diversa per gli oltre 8000 comuni italiani, che tale Società, per definire i costi standard dell'area sociale, potrà effettuare valutazioni attraverso calcoli "probabilistici" o con "stime di massima";
- e) i dati raccolti serviranno come base per un altro decreto (oggi in bozza) in materia di autonomia di entrata degli Enti territoriali (regioni e comuni) che dovrà determinare il "quantum delle entrate" (per ora rappresentato da una semplice percentuale) per la copertura integrale delle spese relative ai "diritti civili e sociali".

Come appare evidente, per la componente assistenziale ci troviamo davvero in "alto mare": come si può pensare di definire ciò che è previsto alle lettere b), c) d) ed e), se prima non si decide cosa è compreso nei diritti civili e sociali? Probabilmente non si vorrà arrivare a declinare diritti in quanto la bozza di decreto individua una copertura di spesa attraverso una percentuale. L'aspetto che, però, è determinante e richiede un'attenta riflessione, è il seguente: dal 2012 saranno soppressi i trasferimenti dallo Stato alle Regioni, e quella percentuale indicata alla precedente lettera e) sarà il "quantum" che potrà essere trattenuto dalle regioni e dagli Enti locali per realizzare i servizi.

Sebbene le osservazioni illustrate possano risultare complesse da comprendere, ciò che si vuol evidenziare è che oggi, per le persone non autosufficienti, l'equazione "federalismo/non autosufficienza", sul piano dei diritti soggettivi, garantisce ben poco se si eccettuano le cure sanitarie di base, specialistiche e l'assistenza ospedaliera, come previsto per tutti i cittadini.

Queste considerazioni vogliono sottolineare che la situazione di partenza del federalismo, in materia di risposta ai diritti di cittadinanza, è molto differenziata e quindi chi "ha", forse continuerà ad avere delle risposte (non si può ipotizzare con quale incremento), mentre chi dispone di una scarsa offerta, forse potrà avere ancora meno. Limitati saranno gli effetti del corretto principio di competitività, che anima lo spirito dell'autonomia federalista: questa virtuosità per entrare a regime richiederà elevati sforzi ed un "rigoroso"

controllo statale per potenziare l'offerta laddove esistono poche iniziative.

I LIVELLI DI ASSISTENZA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Abbiamo osservato le difficoltà in essere per assicurare adeguati livelli di assistenza sanitaria e sociosanitaria ai cittadini in condizione di cronicità, ma soprattutto dobbiamo sottolineare come, per assicurare "diritti di cittadinanza" a questa categoria di cittadini, sia necessario ancora un grosso lavoro di approfondimento in modo da poter rispondere seriamente ai problemi di invecchiamento del nostro Paese. Ad esempio, se valutiamo la spesa sanitaria pubblica dobbiamo osservare che questa rappresenta il 74% della spesa totale nelle regioni più abbienti del Nord, mentre diventa l'82% in quelle del Sud. La richiesta ai servizi pubblici nel Meridione è quindi più alta di 8/10 punti percentuali. In Basilicata, per esempio, è l'85% per cento, mentre in Friuli arriva al 73%; va da sé, quindi, che nelle regioni del Nord i residenti si avvalgono anche della sanità privata, mentre ciò avviene in misura minore nelle regioni del Sud. Se ciò è rilevabile nella sanità in generale, nei servizi sociosanitari il divario cresce a dismisura proprio per quel mancato consolidamento delle attività di cure domiciliari o residenziali che sono attive da nemmeno un decennio.

Non ci sono soluzioni "magiche" ai problemi evidenziati, si fa però l'esempio di esperienze internazionali più avanzate di *risk adjustment* (ad esempio, *Medicare* negli Usa e nei Paesi Bassi) dove la soluzione al problema del fabbisogno è riposta in una formula che vede, da una parte, i bisogni oggettivi di salute valutati in termini di "proporzione dei malati" (diversi da Regione a Regione) e, dall'altra, correttivi derivati dalle condizioni socio-economiche dei diversi territori. Le differenze tra regioni non riguardano certamente i servizi consolidati quali la medicina generale, la specialistica, l'assistenza ospedaliera; una proposta, quindi, per sostenere i servizi dell'area sociosanitaria che si sono sviluppati nell'ultimo decennio potrebbe essere quella di utilizzare una "piccola quota" del "fondo perequativo" (individuato nella riforma federale per ridurre i rischi delle regioni che hanno scarse entrate autonome) per supportare quei servizi che hanno scarso consolidamento e diffusione disomogenea

quali possono essere i servizi a favore della non autosufficienza.

La situazione che si presenta, oggi, all'esame dello stato dell'arte dei servizi per la non autosufficienza, ci pone di fronte ad una "traccia" di rete che troviamo, in maniera più o meno consolidata, in quasi tutte le regioni e che riguarda:

- punti di accesso e accoglienza;
- valutazione multidimensionale;
- presa in carico;
- assistenza domiciliare (diretta o con voucher/assegni, ecc.);
- assistenza residenziale e semiresidenziale.

In questa cornice, però, le persone che accedono ai servizi si differenziano, nel panorama italiano, in base ad alcuni elementi che vanno a caratterizzare la non autosufficienza e/o la fragilità nelle diverse regioni:

- difficoltà di individuazione puntuale degli aventi diritto, in quanto provvedimenti regionali o delle province autonome definiscono la non autosufficienza in maniera differenziata: alcune con precise regole circa la capacità di compiere gli atti della vita quotidiana (autonomia), la mobilità ed il mantenimento di relazioni esterne (Friuli, Lazio, Liguria, Province di Bolzano e Trento, Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Piemonte, Sardegna); altre con definizioni molto meno specifiche che rendono difficile la corretta individuazione dei non autosufficienti/fragili;
- non regolazione dell'accesso alla rete e alla valutazione multidimensionale (VMD), con complessità dei percorsi assistenziali, talvolta anche tortuosi e poco efficienti, tali da lasciare larga parte dei problemi di assistenza a carico delle famiglie.

Sul piano dell'offerta assistenziale, anche se permangono differenziazioni di tipo quali-quantitativo, troviamo convergenza e omogeneità nelle diverse regioni sulla tipologia delle prestazioni per la non autosufficienza (NA), che si estendono in tre aree:

1. area delle prestazioni di aiuto alla persona: offre un supporto alle cure familiari con prestazioni a domicilio, servizi di prossimità o vicinanza e altri supporti, valorizzando il capitale sociale (solidarietà, volontariato);
2. area delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie: provvede alla tutela della persona sotto il profilo della salute fisica e psichica, con interventi a domicilio o assistenza presso residenze diurne e a tempo pieno;

3. area delle prestazioni economiche e reddituali: a partire dall'intervento "diffuso" da parte dello Stato tramite assegno sociale ed emolumenti per l'invalidità civile (con particolare riferimento all'indennità di accompagnamento), a prestazioni dei Fondi regionali che sostengono la cura a domicilio della non autosufficienza (assegno di cura, voucher, assegno per la NA, ecc.), fino a prestazioni di integrazione al reddito, costituite da trasferimenti economici da parte dei Comuni, singoli o associati.

Per riassumere con alcune conclusioni, ed in coerenza con questo esposto al precedente capoverso, non è poi così difficile individuare, già ad oggi, alcuni primi e irrinunciabili livelli essenziali di carattere sociosanitario da offrire alle persone non autosufficienti, che si possono sostanziare in:

1. elaborazione di un progetto personalizzato di assistenza
2. cure domiciliari di diversa intensità per tempi ragionevoli necessari a garantire una vita dignitosa alla persona con fragilità/comorbilità
3. assistenza residenziale o semiresidenziale quando non sussistono le condizioni che consentono una permanenza a domicilio
4. autonomia economica per condurre un'esistenza "civile" integrando il reddito laddove è insufficiente.

Questo non significa moltiplicare la spesa, ma solo assicurare innanzitutto cure alle persone più fragili. La spesa già a carico del servizio sanitario per domiciliarità e residenzialità ammontava nel 2009 a circa 4,5 miliardi di euro, a cui vanno aggiunti circa 3 miliardi spesi per la componente assistenziale da Comuni e Regioni e 2 miliardi di euro per le indennità di accompagnamento. Come si può osservare, siamo intorno ad oltre 9 miliardi di euro che, se coordinati in "livelli assistenziali definiti" come elencati al paragrafo precedente, potranno offrire una risposta più organica e omogenea ai cittadini di tutte le regioni italiane.

Certamente, va riordinata l'indennità di accompagnamento che dovrà essere erogata in maniera appropriata alle persone in elevata condizione di dipendenza, modificando le modalità di accesso e di accertamento dell'invalidità (solo in questo modo si può fare la lotta ai falsi invalidi).

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Non va infine disatteso “il terzo pilastro” del welfare, quello dei fondi integrativi, ancora poco sviluppato e approfondito nel nostro paese, soprattutto per coloro che hanno redditi di medio alto livello, proprio perché un moderno welfare richiede un’equa distribuzione e redistribuzione delle risorse economiche. L’obiettivo da perseguire è quello “di fare sistema” tra tutte le opportunità e le disponibilità finanziarie: solo in questi termini il Federalismo potrà diventare una opportunità positiva tra Stato e Regioni e cittadini che si misurano e collaborano per costruire un welfare comunitario dove le politiche locali hanno il ruolo di sviluppare reti di assistenza che integrano le prestazioni pubbliche con il capitale sociale in modo da rispondere, anche sul piano della solidarietà, alle fasce più deboli della popolazione.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Banchero A. Programmare i servizi sociali e sociosanitari. Il Mulino, Bologna 2005.
- Banchero A. I livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana: riflessioni sul modello organizzativo e sulle risorse finanziarie. Rapporto Sanità 2005, Il Mulino, Bologna 2005.
- Cavagnaro P, Lucarini S, Ricci E, Banchero A. Fondo e registro della non autosufficienza. G. Gerontol 2007(6):296-9.
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni: Evoluzione del dibattito sul Disegno di legge di riforma federale. 2010 www.regioni.it
- Giarda P. Titolo V e Federalismo Fiscale. In: Rivista di Diritto Pubblico Italiano, Comunitario e Comparato, 07.02.03.
- Gori C. Le riforme regionali per i non autosufficienti. Carocci, Roma 2008.
- OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? 2006 www.oecd.org
- Trabucchi M. I vecchi la Città e la Medicina. Il Mulino, Bologna 2005.