

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori*

Capitolo 3

I meccanismi nazionali di finanziamento

di

Laura Pelliccia

Luglio 2010

Parte I: le politiche nazionali di finanziamento degli interventi socio-sanitari e assistenziali

Nella prospettiva di formulare un'ipotesi di riforma per i servizi rivolti ai non autosufficienti, si ritiene utile offrire una breve ricognizione sui meccanismi di carattere nazionale che finora hanno finanziato gli interventi socio-sanitari e assistenziali. Saranno presi in considerazione sia il canale dei finanziamenti della sanità che quello dei fondi per la sfera del sociale, evidenziando gli indirizzi della programmazione finanziaria nazionale in queste materie assegnate all'autonomia degli enti decentrati (una questione cruciale ai fini della riforma, come ampiamente discusso nella parte terza di questo rapporto); inoltre si cercherà di far emergere il peso riconosciuto da queste politiche agli obiettivi di assistenza ai non autosufficienti.

In particolare, per tutti i canali di finanziamento, si indagheranno le metodologie utilizzate per stimare i fabbisogni regionali, la natura dei fondi trasferiti, l'esistenza o meno di meccanismi incentivanti per fare in modo che i governi locali aderiscano alle indicazioni nazionali. Per la sanità, saranno fornite alcune evidenze quantitative per valutare come, date queste politiche, gli enti decentrati hanno allocato le risorse per l'assistenza continuativa.

In ogni caso, ai fini del disegno di una nuova politica, è interessante raccogliere spunti sull'efficacia non soltanto degli specifici interventi per la non autosufficienza, ma anche delle misure più generali adottate dalla programmazione nazionale, per comprendere quali meccanismi vale la pena riproporre e quali invece sostituire con nuove soluzioni.

Il capitolo prende in considerazione soltanto i flussi dal livello statale a quello regionale per sostenere i servizi per la non autosufficienza erogati dal livello decentrato; per una disamina di altre canali di finanziamento quali l'indennità di accompagnamento si rimanda al capitolo 10.

1. Le risorse del fondo sanitario nazionale (parte corrente)

Il finanziamento dell'assistenza sanitaria rappresenta una delle questioni più emblematiche della faticosa ricerca di equilibrio tra la l'esigenza di assicurare l'autonomia gestionale delle regioni e la volontà di garantire l'accesso ai livelli di assistenza considerati essenziali per tutto il paese.

All'interno di questo sistema, uno dei passaggi chiave (e anche probabilmente quello che genera maggiori tensioni interistituzionali) è rappresentato dalla definizione del fabbisogno finanziario per l'assistenza sanitaria dei singoli territori¹. La scelta degli indicatori e della formula impiegata per stimare il fabbisogno relativo di una regione rispetto alle altre viene determinata, spesso dopo lunghe negoziazioni, attraverso un'apposita intesa annuale presso la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome; questo processo, ispirato ad una logica di *risk adjustment*, porta alla definizione della quota capitaria ponderata.

Di fatto, dopo aver definito a monte la percentuale di risorse da destinare ad ogni macrolivello di assistenza sanitaria (secondo gli indirizzi della programmazione nazionale discussi

¹ Nell'ultimo decennio si è cercato di superare il sistema preesistente di assegnazione dal livello centrale di risorse vincolate quali il FSN, assegnando alle regioni un mix di tributi propri per il finanziamento della sanità. Tuttavia, è stata mantenuta la volontà di assicurare a tutte le regioni la possibilità di erogare livelli assistenza considerati essenziali (attraverso l'eventuale compensazione del Fondo Perequativo), definendo, a partire dalla quantità di risorse pubbliche che si è scelto di destinare alla sanità, il fabbisogno finanziario di ogni regione.

nel paragrafo successivo) si individuano indicatori specifici per rappresentare quel particolare bisogno.

Nello specifico, per conoscere come si tiene conto del fabbisogno di assistenza ai non autosufficienti, bisogna fare riferimento ai criteri di ponderazione del macrolivello “Assistenza distrettuale”, che include questa tipologia di servizi. Occorre innanzi tutto premettere che oggi (come nel passato), nella ponderazione di diverse componenti si tiene conto del fattore età come predittore di maggior bisogno di alcune tipologie di assistenza (ad esempio, per l’assistenza specialistica ed in parte per l’assistenza ospedaliera²): ciò comporta una correzione della quota capitaria che consiste nell’applicare alla distribuzione regionale per fasce di età, pesi superiori per le categorie degli over 65enni rispetto agli altri segmenti di popolazione³. Tuttavia, non bisogna confondere questo maggior bisogno di alcuni servizi sanitari riconosciuto agli anziani con l’esigenza specifica di assistenza continuativa.

Fino al 2004, nella definizione della quota capitaria, si riservava una quota pari al 5% del complesso delle risorse specificatamente agli anziani, utilizzando il numero degli ultra65enni per la pesatura; si presume che ciò sottendesse lo scopo di finanziare i servizi dedicati a questo segmento di bisogno, come l’esigenza di Ltc.

A partire dal 2005⁴ questa distinzione è venuta meno, perché la quota per gli anziani è stata fatta confluire nella categoria più generica dell’“altra assistenza territoriale”, un sottolivello dell’assistenza distrettuale cui è stata attribuita una quota del 17,1% (come somma del 12,1% precedentemente attribuito a questo livello e del 5% per gli anziani), divenuto 18,1% a partire dal 2006⁵.

L’altra assistenza territoriale” ha un carattere residuale (l’assistenza distrettuale diversa dalla medicina di base-PLS, dalla farmaceutica e dalla specialistica) e, pertanto, tra le varie attività, vi sono compresi tutti i servizi che rientrano nell’assistenza continuativa per anziani e disabili (residenziali, semiresidenziali e domiciliari). Nella formula attualmente in uso le risorse destinate a tale scopo sono distribuite in base alla quota capitaria secca, quindi, ipotizzando che tutti i cittadini abbiano pari bisogno, una criterio molto semplicistico ma indubbiamente poco selettivo.

² Nel modello di Fiuggi, in vigore fino al 2004, si utilizzava questa pesatura anche l’assistenza farmaceutica.

³ Si considerano distintamente le fasce da 65 a 74 anni e da 75 anni in su, attribuendo il peso più alto in assoluto agli over 75 per l’assistenza ospedaliera, e alla penultima fascia di età per l’assistenza specialistica. Si precisa che per l’assistenza ospedaliera viene riconosciuto un ruolo molto forte, oltre che agli anziani, anche alla popolazione al di sotto dell’anno.

⁴ Nel 2005 sono stati modificati i parametri del modello di Fiuggi, anche se per quell’anno il riparto è avvenuto per metà tenendo conto dei nuovi criteri e per metà di quelli utilizzati dal 2001 al 2004. L’impianto generale dei criteri di ponderazione adottati per il 2005 è stato sostanzialmente mantenuto per gli anni successivi, fino al 2008, tranne alcuni ritocchi a margine. Ad esempio, nel 2006 un’integrazione aggiuntiva di 2 miliardi è stata ripartita tenendo maggiormente conto della popolazione pesata per l’età. Il riparto del 2007 è avvenuto a partire dal riparto del 2006, maggiorando il fabbisogno di tutte le regioni del 3,2% e poi rettificando ulteriormente in base agli eventuali incrementi demografici. Nel 2008 sono state utilizzate le quote capitarie del 2007, incrementate in maniera uniforme dell’1,81% (tranne una correzione per il recupero di fabbisogno per la regione Lazio) cui sono state applicati ulteriori meccanismi di riequilibrio. Anche per il riparto del 2009 sono stati adottati sostanzialmente gli stessi criteri adottati per il 2007 e per il 2008.

⁵ L’aumento della quota destinata all’assistenza distrettuale è avvenuto a discapito dell’assistenza ospedaliera, che è scesa dal 45% al 44%, nell’intento programmatico di spostare risorse dall’ospedale al territorio. Nel modello di Fiuggi era stato utilizzato un espediente per incoraggiare l’ampliamento dei servizi residenziali agli anziani e ridurre i ricoveri ordinari: nella definizione dei pesi da assegnare agli over 65 per l’assistenza ospedaliera, non si era tenuto conto integralmente del consumo di ricoveri osservato per gli anziani, ma solo dell’80% dello scostamento dalla media (Toniolo et al., 2003).

La discussione sulla validità di questo tipo di approccio nel calcolo del fabbisogno finanziario per l'assistenza sanitaria regionale è quanto mai attuale, soprattutto dopo che l'approvazione della L.42/2009 ha esplicitato l'esigenza di adottare il criterio dei costi standard (per una valutazione della rispondenza del metodo già utilizzato per la sanità al criterio dei costi standard e per un'analisi delle possibili alternative si rimanda al capitolo 16; altre utili considerazioni sulle difficoltà che si incontrano nel percorso di stima del fabbisogno standard per i Lep sono contenute nel capitolo 15).

Vale la pena ricordare che, comunque, oggi tali risorse pervengono alle regioni senza vincoli di destinazione, in virtù di quelle riforme in chiave regionalista della fine degli anni '90 che, conferendo agli enti decentrati maggiore autonomia e responsabilità, hanno portato all'abolizione dei precedenti obblighi di destinazione del FSN.

In ogni caso, fermo restando l'autonomia regionale, la programmazione nazionale, (quasi sempre attraverso intese condivise in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) ha cercato di far convergere le politiche sanitarie delle regioni verso una serie di comuni indirizzi di fondo. Tra questi obiettivi di carattere nazionale, alcuni hanno riguardato l'allocazione della spesa sanitaria regionale: in particolare, appena sono stati definiti i Lea con il Dpcm 29/11/2001, è stato richiesto ai singoli SSR di rispettare un comune modello di riparto delle risorse tra i singoli livelli di assistenza, individuando percentuali target⁶. L'idea di fondo alla base di tale indicazione programmatica era quella di limitare, attraverso l'apposito tetto di spesa, il ricorso all'ospedale, nella convinzione che alcune forme di assistenza precedentemente erogate in ambito ospedaliero potessero essere assicurate in regime territoriale a costi inferiori (una delle aree da cui ci si aspettava un maggior recupero di efficienza era proprio quella dell'assistenza agli anziani, un bisogno cui troppo spesso si provvedeva prolungando le degenze ospedaliere, anziché ricorrere a strutture più appropriate come quelle residenziali territoriali).

Considerando la strategia nel suo insieme, tuttavia, non si può fare a meno di segnalare alcuni limiti di un siffatto metodo di programmazione finanziaria, che impone a tutte le regioni lo stesso modello di consumo: alla luce del fatto che i singoli territori si differenziano fortemente sul piano epidemiologico (una forte variabilità della morbilità), su quello culturale (diverse preferenze nel ricorso ai servizi sanitari) e su quello economico (livelli eterogenei di efficienza), sembra inopportuno richiedere a tutte le regioni una composizione della spesa uniforme (Mapelli, 2007).

Nel caso si intenda immaginare un meccanismo di finanziamento della non autosufficienza che imponga a tutte le regioni di destinare a questo bisogno la stessa quota di risorse, si dovrebbe tener conto di questi limiti. Finora, comunque, la programmazione nazionale non ha individuato target specifici per la quota di spesa sanitaria per i non autosufficienti (il vincolo per l'allocazione delle risorse è posto ad un livello molto più generale, ossia l'assistenza territoriale), una scelta rimessa alla discrezionalità regionale.

⁶ La composizione della spesa per macrolivelli per il triennio 2002-2004 doveva essere la seguente: il 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, il 49,5% per l'assistenza distrettuale e il 45,5% per l'assistenza ospedaliera. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, era posto uno specifico vincolo per la spesa farmaceutica, che non doveva superare il 13% rispetto al totale della spesa complessiva (Dlgs. 347/2001), successivamente elevato al 16%, includendovi anche la distribuzione diretta di farmaci in regime ospedaliero (DL 269/2003). La L.222 del 2007 ha portato il tetto complessivo per la farmaceutica territoriale al 14% (introducendo anche un apposito limite per la spesa farmaceutica ospedaliera del 2,4%), percentuale nuovamente fissata dalla L. 77 del 2009 al 13,6%.

Rispetto all'assenza di vincoli di destinazione della spesa corrente, occorre segnalare che qualche sforzo per finalizzare esplicitamente risorse per migliorare l'assistenza continuativa è stato compiuto in materia di investimenti sanitari. Ad esempio, con il Piano Hospice del 1999 sono stati stanziati 207 milioni di eur per finanziare progetti regionali per potenziare l'assistenza palliativa e realizzare strutture di supporto per pazienti affetti da patologie neoplastiche terminali e per le relative famiglie: i risultati di questa iniziativa⁷ sono stati molto eterogenei sul piano territoriale, poiché a fronte di regioni che hanno raccolto pienamente l'incentivo, accedendo al 100% dei finanziamenti (Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia Romagna e Molise), in altre casi la percentuale di realizzazione è stata decisamente esigua (5% per la Valle d'Aosta, 8,8% per l'Abruzzo, 15,9% per la Sardegna), un'esperienza che dimostra che non sempre mettendo a disposizione finanziamenti le regioni reagiscono aumentando la propria offerta. Negli anni recenti la Finanziaria per il 2007, in una logica di premialità, nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria, ha destinato 100 milioni per le cure palliative per le regioni che hanno completato il Piano Hospice e hanno avviato programmi di assistenza domiciliare; ulteriori risorse in questa direzione sono giunte con la finanziaria per il 2008⁸.

Oltre alla definizione delle quote di spesa per Lea, una novità significativa delle politiche sanitarie del nuovo secolo è stata l'introduzione di un meccanismo di sanzioni-incentivi per stimolare le regioni a concorrere ai comuni obiettivi della programmazione nazionale. Infatti, dal 2001 sono state individuate risorse aggiuntive per la sanità⁹ da distribuire alle sole regioni che dimostravano di aver adottato una serie di comportamenti ritenuti virtuosi (ad esempio l'adesione alle convenzioni sugli acquisti, l'adempimento di obblighi informativi sul monitoraggio della spesa e l'adozione di misure per dare equilibrio alla gestione).

Questa politica aveva lo scopo di rendere le regioni responsabili dell'effettiva erogazione dei Lea appena definiti e, allo stesso tempo, del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario¹⁰. Per dare forza a questo meccanismo (il cosiddetto patto di stabilità per la sanità), ossia per rendere credibili le minacce e gli incentivi in esso incorporati, era stato istituito un apposito tavolo di monitoraggio dei Lea, preposto alla verifica degli adempimenti da parte delle regioni¹¹.

Per diversi esercizi, rispetto al fabbisogno stimato, veniva anticipato alle regioni soltanto il 95%, mentre l'ottenimento del saldo era condizionato all'esito delle verifiche del Tavolo di monitoraggio.

⁷ Nel sito del Ministero del Welfare, settore "Salute", sono pubblicati, regione per regione, i finanziamenti stanziati dal DL 450/1998, gli importi erogati e la percentuale di realizzazione.

⁸ Si tratta di 150 milioni di eur per strutture residenziali, per le cure palliative territoriali, comprese le patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti. Nello stesso provvedimento si individuano come settori prioritari per la definizione degli Accordi di Programma la realizzazione di strutture sanitarie territoriali, residenziali e semiresidenziali.

⁹ Nel 2001, con l'accordo dell'8 agosto, il Governo ha deciso di aumentare le risorse a disposizione per la sanità regionale (fino a un totale di 138.000 miliardi di lire, che dovevano raggiungere nel triennio 2002-2004 i quasi 156.000 miliardi) rispetto ai finanziamenti definiti dal precedente accordo di agosto 2000 (129.00 miliardi): le regioni che non avessero raggiunto gli obiettivi prefissati avrebbero avuto accesso soltanto al minor finanziamento previsto dall'accordo del 2000. Successivamente, la legge finanziaria per il 2005 ha nuovamente fissato gli importi dei finanziamenti integrativi a carico dello Stato, con un incremento del 2% annuo rispetto alle cifre dell'accordo del 2001.

¹⁰ I fondi assegnati dallo Stato per l'assistenza sanitaria dovevano essere utilizzati esclusivamente per i Lea, mentre nel caso una regione avesse scelto di erogare servizi ulteriori rispetto a quelli considerati essenziali, avrebbe dovuto provvedervi con risorse proprie.

¹¹ Successivamente, con l'intesa del 23 marzo 2005, il Tavolo di monitoraggio dei Lea è stato trasformato in Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, l'organo attualmente preposto alla certificazione e verifica degli adempimenti regionali (che riferisce gli esiti al Ministero dell'Economia).

Queste regole hanno subito variazioni nel corso del tempo, specialmente dopo l'approvazione dell'intesa del 23 marzo 2005¹²; secondo il più recente "Patto per la salute" la quota di finanziamento ancorata alla verifica degli adempimenti è pari al 3% del fabbisogno regionale¹³.

Numerose revisioni hanno interessato anche gli adempimenti richiesti alle regioni, il cui ammontare è andato crescendo nel corso del tempo, con nuovi obiettivi introdotti dalla legge finanziaria per il 2003 e dall'intesa del 23 marzo 2005¹⁴. Di fatto, ogni volta che a livello nazionale sono stati individuati nuovi target programmatici, gli stessi sono stati recepiti all'interno di tale meccanismo, nella convinzione che ricorrere alla leva finanziaria fosse una valida strategia per spingere le regioni a raggiungere tali risultati.

In generale, il patto di stabilità per la sanità si è dimostrato uno strumento molto farraginoso, le cui verifiche hanno richiesto tempi lunghissimi, fatto che peraltro ha comportato consistenti problemi di liquidità per le regioni; peraltro il relativo monitoraggio sembra ancora oggi carente sotto il profilo della trasparenza e della pubblicità¹⁵.

A nostro avviso si è trattato di un sistema inefficace perché con un unico strumento si è cercato di raggiungere una molteplicità di obiettivi, senza centrarne nessuno in particolare: nonostante l'enfasi sugli obiettivi finanziari, tale meccanismo non è stato in grado di prevenire la formazione di ulteriori deficit regionali; gli obiettivi riguardanti gli *outcomes* sanitari, sebbene presenti, sono stati definiti in modo poco stringente e vincolante, così da non aver inciso sulla effettiva possibilità dei cittadini delle singole regioni di aver accesso ai Lea.

E' emblematico, a tal riguardo, il modo in cui sono stati definiti gli obiettivi che hanno riguardato la non autosufficienza: nell'Intesa del 23 marzo 2005, tra gli adempimenti richiesti alle regioni si contemplava quello di "assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale ospedaliera", senza tuttavia fissarne i relativi standard qualitativi e quantitativi, fatto che suscita perplessità a proposito della effettiva possibilità di monitorare questo obiettivo e di collegarvi incentivi di carattere finanziario.

Anche il successivo "Patto per la salute 2007-2009", pur richiamando la necessità di intervento per la sfera della non autosufficienza, lo ha fatto in termini abbastanza evasivi¹⁶: ancora una volta sono mancate azioni concrete per dare centralità a tale questione nella programmazione sanitaria. Il "Patto per la salute 2010-2012" appena siglato (dicembre 2009) prevede azioni dirette alla razionalizzazione dell'assistenza agli anziani e ai non autosufficienti: innanzi tutto si richiede

¹² Secondo questo provvedimento, per l'accesso ai finanziamenti integrativi le regioni devono sottoscrivere un accordo con il Ministero dell'Economia e con quello della Salute in cui si prevede l'attribuzione dell'80% dei finanziamenti integrativi solo agli enti che perseguono l'equilibrio economico e mantengono l'erogazione dei Lea (il restante 20% è subordinato alla verifica del rispetto di ulteriori adempimenti); nel caso le prime due condizioni vengano a mancare, viene riconosciuto solo il 40% dei finanziamenti integrativi.

¹³ Al netto delle entrate proprie per le regioni a statuto ordinario e, per Sicilia e Sardegna, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni.

¹⁴ Oltre agli adempimenti già citati sono definiti altri obiettivi come lo standard di posti letto ospedalieri (4,5% di cui 1% riservato a riabilitazione e lungodegenza), misure per ridurre l'inappropriatezza organizzativa, il contenimento delle liste d'attesa, la previsione di decadenza automatica per i direttori delle aziende sanitarie in deficit, l'attivazione del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche e specialistiche, il ripiano del 40% dello sfondamento del tetto programmato per la spesa farmaceutica.

¹⁵ Come sottolineato in Arcangeli e De Vincenti (2008) i dati raccolti ai fini della certificazione (che hanno dato molto rilievo soprattutto agli obiettivi di spesa), non sono stati pubblicati e analizzati: di fatto, non sono accessibili, se non per gli addetti ai lavori, gli esiti delle certificazioni e le effettive sanzioni-incentivi che ne sono conseguite (ndr).

¹⁶ Si prevede la costituzione di un tavolo per analizzare le aree di confine tra l'assistenza inclusa nei Lea socio-sanitari e le altre linee prestazionali, il tema dell'accertamento del bisogno e le iniziative già intraprese da parte delle regioni.

alle regioni di adottare un apposito atto di programmazione integrata per regolare l'assistenza residenziale e domiciliare nel rispetto della normativa sui Lea sociosanitari, anche allo scopo di favorire la deospedalizzazione dei soggetti che potrebbero essere assistiti a livello territoriale; in secondo luogo, l'accesso a queste prestazioni deve essere condizionato ad una valutazione multidimensionale il cui metodo sarà oggetto di verifica da parte del Comitato permanente per la verifica dei Lea; si dichiara infine l'avvio, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei flussi informativi per l'assistenza residenziale e domiciliare e, peraltro, è richiesto alle regioni di potenziare le proprie rilevazioni riguardanti le strutture per l'assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale e l'attività da esse erogata¹⁷.

Si tratta di premesse utili nell'ottica di migliorare il livello conoscitivo sulla effettiva capacità di assistenza dei SSR ad anziani e disabili e nel tentativo di rendere uniformi le risposte regionali a queste tipologie di bisogni. Tuttavia sarebbe necessario andare oltre queste premesse e fissare standard quantitativi e qualitativi di riferimento per rendere efficace il potenziamento della tutela dei non autosufficienti: si auspica che gli accordi operativi che seguiranno riescano a definire misure più incisive che riguardino anche target di miglioramento dell'offerta per l'assistenza continuativa e che non ci si focalizzi esclusivamente su obiettivi contabili-finanziari. A tale scopo, sarà indispensabile il collegamento ad un valido sistema di monitoraggio, ad esempio attraverso l'implementazione del Sina (come discusso nel capitolo 17) da utilizzare per migliorare l'esigibilità dei diritti.

2. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) è lo strumento con cui il livello statale finanzia la maggior parte degli interventi della sfera del sociale e costituisce un contenitore unico nel quale sono confluiti singoli fondi, che in precedenza sostenevano iniziative settoriali. Nonostante la sua istituzione risalga al 1998, il suo ruolo è stato maggiormente definito e rafforzato dalla L. 328/2000.

Tra le aree di intervento del fondo risultano anche iniziative a favore di anziani e disabili, ragion per cui non può essere trascurato nella ricognizione delle iniziative nazionali di finanziamento della non autosufficienza; comunque, indipendentemente dagli interventi finanziati, il Fnps rappresenta un'esperienza interessante di sostegno statale a politiche governate dagli enti decentrati¹⁸.

Di fatto, con l'istituzione del Fnps lo Stato ha scelto di riservare una quota del proprio bilancio alle politiche sociali, sottraendo queste risorse ad altri possibili esiti allocativi. Tuttavia la consistenza del fondo non è predeterminata (ad esempio non si stabilisce a priori quale quota del Pil riservare al settore) ma il relativo finanziamento viene deciso annualmente in sede di legge finanziaria: dopo una prima fase di espansione del Fnps, negli anni più recenti il fondo ha subito un

¹⁷ Questo impegno delle regioni, tuttavia, non sarà uno dei parametri per i quali saranno valutate per l'accesso ai fondi integrativi, come invece sarà il miglioramento delle procedure contabili.

¹⁸ Il Fnps non viene integralmente ripartito tra le regioni, ma serve anche a finanziare interventi attuati da altri soggetti quali l'Inps (ad esempio gli assegni di maternità e i contributi legati alla L. 104/92), alcuni grandi comuni e il Ministero della Solidarietà Sociale. Ai fini del presente lavoro ci si limita a considerare il riparto tra le regioni. In ogni caso il recente accordo sul Patto della Salute 2010-2012 ha stabilito che in futuro le risorse di competenza dell'Inps saranno assegnate separatamente rispetto a quelle destinate alle Regioni.

ridimensionamento¹⁹, con conseguenti proteste da parte delle regioni; in sede di accordo sul Patto della Salute 2010-2012 il Governo si è impegnato ad aumentare di 30 milioni di euro la consistenza del Fnps per il 2010.

In merito alla possibilità di spesa riconosciuta alle regioni, occorre precisare che nel corso degli anni i vincoli di destinazione del Fondo si sono gradualmente allentati. Fino al 2002 circa il 40% delle risorse veniva assegnata alle regioni specificandone la destinazione: ciò accadeva perché sotto la dicitura “risorse finalizzate” venivano riproposti i preesistenti fondi di settore (ad esempio si rivolgeva una quota all’infanzia o alle politiche migratorie), ma anche perché, di anno in anno, venivano introdotte nuove “ulteriori finalizzazioni” (ad esempio, per il 2001 una specifica quota era destinata agli anziani non autosufficienti). Il restante 60% del Fnps, detto “risorse indistinte”, pur essendo articolato per aree di riferimento di spesa²⁰, non presentava invece vincoli di destinazione.

Con la finanziaria per il 2003 i vincoli di destinazione sono stati rimossi, convogliando la quasi totalità dei fondi tra le risorse indistinte; tuttavia, questo provvedimento ha imposto alle regioni di riservare una quota (10%) del Fnps alle politiche per le famiglie di nuova costituzione.

Quest’ultimo punto è stato tuttavia dichiarato lesivo dell’autonomia finanziaria delle regioni dalla Corte costituzionale; stessa sorte ha subito la norma della Finanziaria per il 2004 che poneva un vincolo della stessa natura. Di conseguenza, negli ultimi anni il Fnps è stato distribuito alle regioni integralmente a titolo di risorse indistinte.

Nonostante questa assenza di vincoli alla finalizzazione della relativa spesa, le preesistenti articolazioni settoriali continuano a incidere in qualche modo sulla determinazione del fabbisogno regionale odierno, dal momento che ancora oggi, come criteri di riparto, si utilizzano le percentuali²¹ ricavate dalla distribuzione del fondo effettuata nel 2002 che, a sua volta, tranne per una piccola correzione²², rispecchiavano il riparto del 2001; a quell’epoca le cifre da destinare ad ogni regione erano state ottenute scomponendo il fondo per settori di intervento ed utilizzando per ciascun settore indicatori che potessero stimare quello specifico fabbisogno.

Ad esempio, per citare le aree di nostro interesse, per ripartire le risorse finalizzate per l’handicap grave si faceva riferimento al numero di famiglie con disabili gravi per regione, per le ulteriori finalizzazioni per gli anziani non autosufficienti si ricorreva al numero di famiglie con disabili gravi di oltre 65 anni; le risorse indistinte destinate alle persone anziane venivano ripartire per metà sulla base della distribuzione degli over 65enni e per metà sulla distribuzione degli ultra 75enni, mentre quelle per i disabili sulla base della distribuzione delle famiglie con disabili gravi²³.

L’utilizzo di indicatori demografici relativi alla popolazione target (anziché la popolazione complessiva) per ponderare la quota capitaria è apprezzabile come sforzo di ricerca di elementi predittivi del bisogno di interventi sociali; si suppone che questo tipo di variabile sia stata preferita

¹⁹ Rispetto allo stanziamento di 1.583 milioni di euro per il 2008, la finanziaria per il 2009 ha ridimensionato la consistenza del FNPS a 1.312 milioni.

²⁰ Si tratta delle aree individuate dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, ovvero: le responsabilità familiari, i diritti dei minori, le persone anziane, la povertà, i disabili, l’avvio della riforma prevista dalla L. 328/2000.

²¹ La quota destinata ad ogni regione rispetto al totale del fondo.

²² Nel 2002, rispetto al 2001, il 2% delle risorse era stato ripartito per il 70% in base agli stessi criteri della quota indistinta e il 30% solo tra le regioni meridionali, in base ad indicatori di povertà (evidentemente si riconosceva un legame tra condizioni economiche e bisogno di interventi sociali).

²³ Nei decreti di riparto non è precisata la fonte statistica di questi indicatori.

ad altri indicatori quali il reddito o le condizioni occupazionali perché maggiormente disponibili (Pesaresi, 2008a).

E' curioso il fatto che dal 2002 in poi, per stimare il fabbisogno delle regioni non siano stati compiuti ulteriori sforzi di affinamento dei criteri di riparto; piuttosto, presumibilmente per evitare le tensioni che in genere si sviluppano intorno alle questioni dei riparti regionali, si è preferito mantenere l'equilibrio raggiunto fino a quel momento: per gli anni successivi, indipendentemente dalle iniziative finanziate (ad esempio per i finanziamenti per le famiglie di nuova costituzione introdotti nel 2003), sono state utilizzate sempre le stesse percentuali, senza ricercare indicatori specifici per i nuovi interventi e senza aggiornare il riparto alle variazioni della situazione demografica e sociale del Paese.

E' difficile dare un giudizio su quanto il Fnps abbia concorso a migliorare l'offerta di servizi per la sfera del sociale nelle singole regioni e, in particolare, per la sfera della non autosufficienza. La mancanza di un modello unico di bilancio per tutte le regioni, ancora oggi non permette di fare confronti interregionali sulla destinazione della spesa.

Tuttavia, è indubbio che le regioni abbiano ricevuto queste risorse senza vincoli di destinazione e senza essere sottoposte a particolari obblighi di garantire determinati diritti (ancora oggi si attende la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali). Considerando tale contesto, questo meccanismo di finanziamento non sembra offrire particolari incentivi o sanzioni alle regioni per potenziare la propria assistenza e, nello specifico, per quella rivolta ai non autosufficienti (a maggior ragione dopo che si è smesso di evidenziare nei riparti annuali la quota destinata ad anziani e disabili). Questi limiti non sminuiscono l'importanza, nell'ambito del bilancio statale, di un fondo per le politiche sociali, ma segnalano la possibilità di miglioramenti di efficacia e di efficienza nell'uso di queste risorse.

3. Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza

Nella ricognizione sulle politiche di finanziamento nazionali per la non autosufficienza, non può essere certo trascurato l'apposito fondo istituito dalla Finanziaria per il 2007 ed alimentato anche per il 2008 e il 2009.

Si tratta di un'esperienza indubbiamente rilevante perché ha costituito un primo riconoscimento da parte del legislatore nazionale dell'esigenza di incrementare le risorse pubbliche destinate a questo segmento di bisogno; tuttavia, sono state espresse perplessità a proposito dell'entità dello stanziamento, ritenuto insufficiente rispetto alle effettive necessità (Gori, 2008b e Bosi et al., 2008). Anche riguardo al Fondo nazionale per la non autosufficienza è utile qualche breve riflessione a proposito delle caratteristiche di questo sistema di finanziamento, a partire dai relativi criteri di riparto.

Questi ultimi sono stati concordati tramite un'apposita Intesa in sede di Conferenza Unificata facendo ricorso in parte ad indicatori demografici e in parte a formule "storiche". Infatti il 60% dei fondi stanziati è distribuito tra le regioni in base alla distribuzione della popolazione over 75 e il restante 40% secondo le percentuali con cui veniva assegnato il Fnps tra le regioni.

Quanto al primo criterio, sebbene quello utilizzato non sia un indicatore specifico della distribuzione della non autosufficienza, è considerabile una *proxy* sicuramente più affinata rispetto ad altri parametri utilizzati in passato quando, ad esempio, per allocare le risorse del FSN relative

all'assistenza agli anziani, si considerava tutta la popolazione ultra 65enne, senza considerare che l'incidenza della disabilità negli "anziani più giovani" è abbastanza limitata²⁴.

Il riparto del 40% sulla base della distribuzione del Fnps non sembra invece ispirato ad una ricerca del reale fabbisogno regionale di assistenza continuativa, poiché come argomentato in precedenza, le quote regionali utilizzate per questo scopo risultano da un mix di indicatori riferiti a diverse politiche sociali (non esclusivamente alla non autosufficienza); inoltre è discutibile il ricorso a quote "congelate" dal 2002 e non aggiornate rispetto ai cambiamenti socio-demografici che hanno interessato le singole regioni. Come già osservato a proposito del Fnps, si presume che anche questa scelta sia giustificata dalla volontà di evitare nuove conflittualità tra le regioni.

Le risorse in questione pervengono alle regioni specificandone la destinazione per la non autosufficienza e suggerendo alcune aree prioritarie di intervento²⁵. Non vengono invece individuati i percorsi che tali fondi devono seguire a livello infraregionale, lasciando all'autonomia degli enti decentrati la scelta di modelli organizzativi idonei alla relativa gestione.

Il programmatore nazionale si è invece preoccupato di specificare che tali somme devono essere utilizzate per coprire i costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria, che le prestazioni finanziate non sono sostitutive di quelle sanitarie e che gli enti locali non devono ridurre i contributi già destinati a tale scopo, considerando queste somme come aggiuntive.

A ben vedere queste indicazioni rischiano di rimanere disattese, perché non accompagnate da opportuni incentivi-sanzioni per le regioni, dal momento che i finanziamenti sono erogati senza essere condizionati ad obiettivi specifici da raggiungere. Non esistono insomma strumenti con cui il livello centrale possa verificare l'effettiva destinazione di queste risorse per migliorare l'assistenza ai non autosufficienti e, in pratica, le garanzie per i cittadini dei vari territori potrebbero non essere affatto rafforzate. Inoltre, non essendo previsti meccanismi di addizionalità, permane anche il rischio che regioni e comuni possano diminuire le risorse proprie che fino ad oggi hanno destinato alla non autosufficienza.

E' doveroso segnalare che nel decreto interministeriale del 6/8/2008 è specificata la volontà di istituire un apposito sistema di monitoraggio per "*verificare l'efficace gestione delle risorse*", di cui però all'attualità non si conoscono ancora le modalità attuative.

Per quanto valutare gli effetti del fondo sia ancora prematuro, non si può fare a meno di sottolineare alcune criticità di questa vicenda: il principale limite di un siffatto finanziamento è quello di non essere stato concepito all'interno di una riforma (Gori, 2008b); tenuto conto delle peculiarità di questo settore, assicurare risorse adeguate è solo uno degli elementi della definizione di un modello completo per un programma per la non autosufficienza, un obiettivo che richiede che siano individuati anche i relativi meccanismi di domanda e offerta (Bosi et. al, 2008).

Da notare che dopo la fase di avvio del fondo (il triennio 2007-2009) si è temuto che lo stesso non venisse rifinanziato per gli anni successivi, visto che non ve ne era traccia nelle manovre di programmazione economica: solo dopo il "braccio di ferro" tra Stato e Regioni che ha contrassegnato l'estate 2009, in sede di accordo per il Patto della Salute 2010-2012 il Governo ha

²⁴ Secondo la più recente indagine Multiscopo Istat, nel 2005 rispetto al totale delle persone con disabilità di oltre 6 anni che vivono a domicilio, solo il 6,7% si concentra nella fascia 65-74 anni; tale percentuale sale al 10,7% dai 75 ai 79 anni, al 16,1% nella fascia 75-79 anni, per arrivare al 46,3% negli ultra80enni.

²⁵ Si tratta del potenziamento dei punti unici di accesso, della predisposizione dei piani individualizzati di assistenza per la presa in carico dell'utente che favoriscano il mantenimento dell'autonomia, anche grazie a nuove tecnologie e degli interventi a favore della domiciliarità.

assicurato di proseguire l'impegno finanziario (400 milioni) anche per il 2010. Una vicenda che dimostra quanto questo canale di finanziamento per la non autosufficienza sia ancora fragile (troppo in balia delle contingenze annuali) e bisognoso di essere accompagnato da una riforma strutturale.

4. Il finanziamento dell'integrazione socio-sanitaria

Nel nostro paese, da tempo, il SSN e i comuni concorrono con proprie risorse al finanziamento dei servizi socio-sanitari e, una delle partite più rilevanti per le quali è prevista una responsabilità finanziaria congiunta dei due sistemi, è proprio la spesa per i servizi a favore di disabili e anziani, trattandosi di prestazioni in cui sono molto incerti i confini tra sanitario e sociale.

Le regole di questo co-finanziamento vanno originariamente cercate nel Dpcm 14/2/2001 che, in base alla presunta maggiore o minore prevalenza della componente sanitaria o sociale delle singole tipologie di prestazioni, ha individuato la quota di oneri che deve sopportare ciascuno dei due finanziatori (sanità e comuni)²⁶. Questa distinzione ha un rilievo enorme per gli utenti, dal momento che i municipi, per la quota a loro carico, possono richiedere una compartecipazione ai costi.

Quando sono stati definiti i Lea (Dpcm 29/11/2001) segnando i confini delle prestazioni che il SSN intendeva garantire (almeno formalmente) su tutto il territorio nazionale, per la sfera del socio-sanitario il legislatore ha fatto riferimento proprio alle percentuali che il Dpcm 14/2/2001 aveva posto a carico della sanità. La quota a carico dei comuni non era considerata essenziale dal SSN, e per il fatto di essere potenzialmente trasferibile sugli utenti, si distingueva dai "Lea sociosanitari" per un minor grado di socializzazione del rischio.

Questa materia è stata rivisitata di recente grazie al decreto di aggiornamento dei Lea (Dpcm 21/4/2008) che ha parzialmente modificato i criteri di riparto degli oneri dell'assistenza sociosanitaria²⁷. Tenendo conto anche di queste ultime novità, si prevede un totale finanziamento a carico del SSN solo per alcuni servizi di tipo LTC (per le attività destinate ai malati terminali, per i trattamenti per le persone non autosufficienti che richiedono elevata tutela sanitaria e per i trattamenti socio-riabilitativi intensivi-estensivi per i disabili con elevate necessità assistenziali).

Per le restanti prestazioni si richiedono forme di partecipazione parziale del SSN e dei comuni, differenziando le quote dovute a seconda che si tratti di servizi rivolti ai disabili o ai non autosufficienti (quest'ultima nozione è stata introdotta dal Dpcm 21/4/2008, mentre in precedenza ci si riferiva ai servizi per gli anziani).

Il SSN è tenuto a contribuire al 50% delle rette per i non autosufficienti che ricevono trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale in strutture residenziali o

²⁶ Il Dpcm 14/2/2001 ha recuperato la classificazione effettuata dal Dlgs 502/1992 e individuato tre diverse tipologie di prestazioni, definendo i relativi soggetti finanziatori: le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a carico del fondo sanitario; le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a carico dei comuni; le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, a carico del fondo sanitario. Per molti interventi sociosanitari è difficile trovare una collocazione univoca nelle tre precedenti categorie concettuali, dal momento che si verifica una compresenza inscindibile tra le prestazioni considerate a carico del fondo sanitario e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Con il Dpcm 14/2/2001 si è cercato di dare soluzione a questo problema, individuando le percentuali di contribuzione della sanità e del sociale.

²⁷ A proposito del Dpcm 21/4/2008 è stato sottolineato che il provvedimento non ha costituito soltanto una modifica alle quote di riparto tra sanità e sociale, quanto anche un miglioramento nella definizione del fabbisogno assistenziale delle varie casistiche, perché rispetto alla normativa precedente sono stati specificati i trattamenti necessari (Ragaini, 2008).

diurne; la partecipazione è elevata al 60% per il riorientamento dei soggetti affetti da demenze senili²⁸: si tratta di una novità del più recente decreto che evidentemente riconosce a questa casistica un maggior fabbisogno assistenziale di tipo sanitario, sebbene la maggiorazione applicata sia considerata da qualcuno ancora insufficiente (Ragaini, 2008).

Per i servizi ai disabili la quota a carico del SSN è pari al 40% per i trattamenti a favore di soggetti privi del sostegno familiare e per i centri occupazionali semiresidenziali, mentre una maggiore contribuzione sanitaria (70%) è riconosciuta ai disabili gravi per gli interventi socio-riabilitativi (diurni o residenziali).

Indipendentemente dall'utenza coinvolta, i comuni e il SSN partecipano in pari misura (50%) al finanziamento dell'assistenza domiciliare.

Si segnala che all'interno di questo rapporto un capitolo specifico (11) approfondisce il metodo di riparto della spesa tra sanità e sociale, valutandone l'efficacia e l'equità e disegnando scenari di revisione dei parametri di co-finanziamento attualmente in uso.

Il sistema di co-finanziamento dell'assistenza socio-sanitaria all'italiana ha costituito una soluzione semplicistica, dettata da esigenze operative più che da una reale ricerca del modello ottimale di finanziamento di quest'area di confine e, per questo, non certo immune da criticità. Innanzi tutto la determinazione delle quote a carico della sanità e dei comuni non è stata effettuata sulla base di evidenze scientifiche che abbiano quantificato, per ogni prestazione, il contenuto di tipo sociale e quello sanitario (Gori, 2008a). Peraltro, dal momento che le soluzioni per l'assistenza continuativa sono in continua evoluzione, non sembra corretto mantenere le medesime quote di partecipazione costanti nel lungo periodo, ma sarebbe necessario aggiornarle in modo da tener conto delle modifiche delle competenze delle varie istituzioni (Rebba, 2001).

La definizione dei criteri di riparto ha dato origine ad un elevato livello di attrito tra i diversi attori coinvolti, in particolare ha suscitato le ire dei comuni che si sono trovati ad affrontare oneri precedentemente a carico del SSN (Rebba, 2002) senza un opportuno adeguamento delle disponibilità finanziarie da destinare a questo scopo, intravedendo come unica soluzione ammissibile quella di aumentare il grado di compartecipazione degli utenti.

In generale, si è creata una situazione di rimpallo delle responsabilità finanziarie, con il rischio di compromettere l'effettiva possibilità di accesso degli utenti ai Leasociosanitari (in particolare, a quelli relativi alla Ltc) per assenza di continuità assistenziale (Rebba, 2002): anziché promuovere la collaborazione tra i diversi attori per migliorare l'offerta in questo campo si è finiti con il renderlo una sorta di "terra di nessuno". Inoltre, i criteri di riparto individuati dai Dpcm sui Lea non sempre sono stati rispettati nella realtà, anche perchè ancora oggi in diverse regioni queste regole non sono state recepite: a proposito dell'assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti, è stato dimostrato che, di fatto, la quota sostenuta dal SSN è inferiore a quella individuata dalla normativa nazionale, con profonde differenze tra le singole realtà regionali (Pesaresi, 2008b).

Da notare che la presenza di due soggetti finanziatori dello stesso servizio ha finito col generare per entrambi comportamenti per limitare la quota a proprio carico, con effetti negativi sotto il profilo dell'efficienza (Fiorentini, 2004 e Ugolini, 2004): ad esempio, gli enti locali hanno cercato di aumentare la medicalizzazione dei servizi a favore di anziani e disabili, allo scopo di scaricare costi sul sistema sanitario (Ugolini, 2004).

²⁸

Nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività.

In generale, un siffatto modello di finanziamento, che mantiene i budget dei due sistemi ben distinti, non comporta incentivi a coordinarsi per ricercare forme di integrazione tra i due mondi e tendere alla giusta combinazione tra prestazioni sociali e sanitarie (Rebba, 2001). A proposito della non autosufficienza Bosi et al. (2008) sottolineano che se esistesse una effettiva integrazione (a dispetto dell'attuale situazione di conflittualità tra sociale e sanitario) si potenzierebbe la riabilitazione e la prevenzione secondaria, prevenendo la degenerazione delle cronicità. L'esistenza di due diversi finanziatori impedisce, di fronte al bisogno socio-sanitario, di scegliere in maniera unitaria un'allocazione delle risorse tra le possibili risposte assistenziali che tenga conto di tutti i costi e i benefici, e non soltanto di quelli a proprio carico (Fiorentini, 2004).

In generale si considerano più adatti a tale scopo modelli che promuovono una maggiore integrazione istituzionale, tale da far sì che un unico soggetto internalizzi tutti gli effetti delle scelte assistenziali. Ad esempio, in Rebba (2002), proprio per la LTC, è stata suggerita un'importazione nel nostro paese dell'esperienza britannica di gestione comune delle risorse sanitarie e socio-assistenziali (*pooled budget*).

Tuttavia il passaggio ad un finanziatore unico non è di per sé considerabile un rimedio assoluto, perché anche questa soluzione è portatrice di rischi specifici²⁹; questa scelta dovrebbe essere accompagnata dalla definizione di adeguati meccanismi di definizione della domanda, programmazione e regolazione dei servizi (Fiorentini, 2004). Peraltro, anche tenendo conto delle esperienze di integrazione condotte in altri contesti nazionali, non risultano ancora sufficienti evidenze empiriche per dimostrare la superiorità di un modello organizzativo rispetto agli altri (Ugolini, 2004).

Nonostante questa mancanza di certezze su quale sia il sistema ottimale per il finanziamento dell'integrazione socio-sanitaria, nella prospettiva di implementazione dei servizi per la non autosufficienza, occorre inevitabilmente ripensare la soluzione in uso oggi, per ricercare miglioramenti sotto il profilo dell'efficienza e dell'accessibilità ai servizi (alcune proposte di nuovi possibili assetti istituzionali sono ipotizzate nel capitolo 16).

5. La spesa delle regioni per l'assistenza domiciliare-residenziale-semiresidenziale: variabilità e necessità di intervento

Dopo aver illustrato nei precedenti paragrafi le modalità con cui le regioni ricevono risorse per l'assistenza sanitaria ai non autosufficienti, si presentano alcune sintetiche evidenze sulla spesa effettiva delle regioni per tale tipologia di bisogno: ciò permette di trarre qualche considerazione di massima sull'efficacia dei suddetti meccanismi di finanziamento e di raccogliere suggerimenti per eventuali ipotesi di riforma.

Occorre premettere che dato l'attuale sistema informativo sanitario, numerosi ostacoli impediscono una rigorosa quantificazione delle risorse che i SSR dedicano all'assistenza continuativa³⁰. Pertanto, l'analisi che segue non ha alcuna pretesa di esaustività e, oltretutto, i

²⁹ Fiorentini (2004) segnala, tra i rischi dell'integrazione orizzontale tra diversi enti per l'assistenza sociosanitaria quello di una perdita di specializzazione e di efficienza tecnica, la maggior propensione di un soggetto simile a generare disavanzi e il fatto che il soggetto in questione realizzi una spesa non coerente con le indicazioni degli enti finanziatori.

³⁰ Le rilevazioni tradizionali del sistema contabile delle aziende sanitarie (contabilità generale ed i conseguenti modelli di conto economico), offrono uno spaccato della spesa per fattori produttivi, ma non permettono di evidenziare la destinazione della stessa. Anche alcune informazioni statistiche di carattere aggregato che traggono origine dal sistema informativo sanitario (ad esempio la spesa per funzioni pubblicata annualmente nella Relazione sulla situazione

risultati vanno interpretati con cautela, dal momento che i valori potrebbero presentare alcune criticità legate al metodo di rilevazione dei costi³¹.

Tab. 1. Costi per Lea assistenza agli anziani (2005): v.a. per anziano per regime e composizione (%); incidenza (%) su totali costi per Lea dei Lea anziani e distrettuali

	Costi per anziano (eur)								Costi per Lea anziani/ Tot. Costi per Lea (%)	Costi per Lea distretto/ Tot. Costi per Lea
	Domiciliare		Semiresidenziale		Residenziale		Totale			
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%		
PIEMONTE	43,02	16,4%	17,74	6,8%	201,02	76,8%	261,78	100,0%	3,5%	50,0%
VALLE D'AOSTA	53,37	38,4%	14,88	10,7%	70,82	50,9%	139,07	100,0%	1,4%	47,7%
LOMBARDIA	4,64	1,1%	12,29	2,8%	419,29	96,1%	436,21	100,0%	5,6%	51,1%
P.A. BOLZANO	215,63	19,0%	92,49	8,2%	825,91	72,8%	1.134,03	100,0%	9,4%	51,8%
P.A. TRENTO	0,00	0,0%	0,12	0,0%	1.051,57	100,0%	1.051,69	100,0%	11,0%	50,6%
VENETO	68,56	13,3%	14,62	2,8%	433,43	83,9%	516,61	100,0%	6,1%	49,5%
FRIULI V.G.	30,21	9,5%	16,69	5,2%	271,95	85,3%	318,85	100,0%	4,3%	48,4%
LIGURIA	40,17	21,5%	4,37	2,3%	142,48	76,2%	187,01	100,0%	2,7%	53,9%
EMILIA ROMAGNA	2,63	0,8%	9,99	3,2%	304,07	96,0%	316,68	100,0%	4,4%	53,8%
TOSCANA	12,66	5,6%	11,00	4,9%	201,60	89,5%	225,27	100,0%	3,2%	51,3%
UMBRIA	11,53	5,4%	18,64	8,8%	182,31	85,8%	212,48	100,0%	3,1%	49,4%
MARCHE	12,22	8,8%	0,68	0,5%	126,68	90,8%	139,57	100,0%	2,0%	50,7%
ABRUZZO	34,30	19,6%	5,63	3,2%	135,47	77,2%	175,39	100,0%	2,2%	46,5%
MOLISE	11,34	13,9%	0,68	0,8%	69,83	85,3%	81,85	100,0%	1,0%	42,2%
CAMPANIA	32,63	56,1%	11,89	20,5%	13,60	23,4%	58,11	100,0%	0,5%	46,4%
PUGLIA	12,20	24,7%	5,78	11,7%	31,49	63,7%	49,47	100,0%	0,5%	48,5%
BASILICATA	6,98	24,1%	4,96	17,1%	17,00	58,7%	28,94	100,0%	0,4%	47,3%
CALABRIA	62,01	36,6%	22,24	13,1%	85,09	50,2%	169,34	100,0%	2,0%	47,6%
SICILIA	13,04	18,4%	21,68	30,5%	36,33	51,1%	71,04	100,0%	0,8%	47,8%
SARDEGNA	8,94	18,7%	17,41	36,4%	21,51	44,9%	47,87	100,0%	0,5%	45,7%
ITALIA (senza Lazio)	24,79	9,5%	13,20	5,1%	221,93	85,4%	259,92	100,0%	3,2%	49,5%
Nord	28,57	7,3%	13,78	3,5%	349,70	89,2%	392,05	100,0%	5,1%	51,1%
Centro (senza Lazio)	12,39	6,1%	9,55	4,7%	180,18	89,1%	202,12	100,0%	2,9%	50,9%
Sud	23,74	30,2%	13,71	17,4%	41,26	52,4%	78,70	100,0%	0,8%	47,2%

Fonte: Ns elaborazioni su dati Age.na.s

In merito ai servizi rivolti agli anziani (Tab. 1), confrontando i valori dei costi sostenuti per questi Lea (rapportati al numero di over 65enni) emerge una fortissima variabilità interregionale della spesa, sia per quel che riguarda i singoli regimi assistenziali, sia per il loro complesso: ad esempio, per l'assistenza domiciliare il costo oscilla da un minimo di 2,63 eur dell'Emilia Romagna³² ai 215,63 eur di Bolzano; per la semiresidenziale dagli 0,12 eur di Trento ai 92,49 eur di

economica del Paese) non offrono sufficienti dati di dettaglio (i dati sulla spesa per anziani e disabili del SSN sono inclusi in un aggregato molto più ampio "altra assistenza convenzionata e accreditata", nel quale sono compresi, senza possibilità di scorporo, anche l'assistenza termale, la medicina dei servizi, i servizi per la salute mentale e quelli per tossicodipendenti e alcolisti; peraltro, tale aggregato riguarda solo gli acquisti di prestazioni e non comprende la spesa sostenuta direttamente dai servizi a gestione diretta del SSN).

Negli anni recenti, con l'introduzione delle rilevazioni "modello LA", si è cercato di raccogliere in maniera omogenea su tutto il territorio i costi per funzione, con riferimento ai livelli di assistenza individuati dal Dpcm 29/11/2001. A distanza di otto anni dalla sua diffusione, è difficile reperire dati di questa fonte (gli ultimi pubblicati risalgono al 2001) e, comunque, i risultati ottenuti non offrono sufficienti garanzie di uniformità (vedi nota successiva).

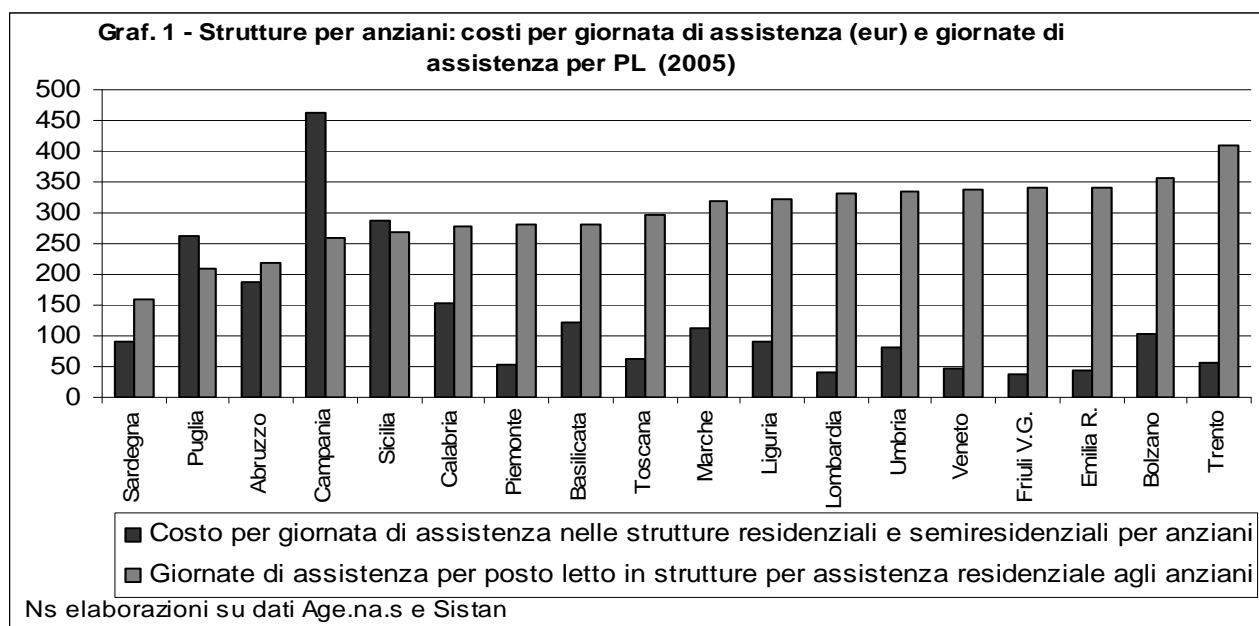
³¹ I valori dei costi per Lea del 2005 per il macrolivello dell'assistenza distrettuale, per l'assistenza agli anziani e per l'Adi sono stati forniti, su richiesta, dall'Age.na.s (per tutte le regioni tranne il Lazio). I costi sono al netto degli ammortamenti per immobilizzazioni materiali acquistate con finanziamenti statali e degli oneri straordinari. Si precisa che questa rilevazione non ha ancora raggiunto un livello di omogeneità dei dati molto elevato, perché i costi segnalati risentono fortemente del diverso grado di sviluppo, tra le regioni, dei sistemi aziendali di contabilità analitica.

³² Si tralascia il caso di Trento che non ha indicato nessun costo per l'assistenza domiciliare agli anziani.

Bolzano; per la residenziale dai 13,61 eur della Campania ai 1.051,57 eur di Trento. Al di là delle specificità regionali (che potrebbero essere attribuibili alla eterogeneità di imputazione dei costi ai singoli microlivelli), per tutte e tre le modalità di assistenza le cifre spese al Nord sono più elevate che nel resto del Paese, con un vantaggio molto pronunciato per l'assistenza residenziale (le risorse dedicate a questo scopo dal Nord sono quasi il doppio di quelle del Centro e oltre otto volte quelle del Sud). I costi per la domiciliarità e la semiresidenzialità sono notevolmente ridotti al Centro rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

In generale, il Nord e il Centro sembrano scegliere un modello assistenziale per gli anziani abbastanza simile, con la quasi totalità delle risorse (quasi il 90%) assorbite dall'assistenza residenziale ed una quota per la domiciliarità lievemente superiore a quella per la semiresidenzialità. Il Sud dedica al regime residenziale soltanto poco più della metà della spesa, mentre a confronto con le altre regioni, è molto forte l'incidenza dell'assistenza domiciliare (30,2%) (Tab. 1). In ogni caso, vale la pena ribadirlo, tra le regioni non esistono differenze legate soltanto al fatto che si predilige una modalità di assistenza rispetto alle altre ma, comunque, il totale delle risorse destinate ai Lea per gli anziani al Nord è quasi il doppio di quello del Centro e quasi cinque volte quello del Sud.

Colpisce anche il fatto che la quota di risorse sanitarie rivolte all'assistenza agli anziani rispetto al totale dei costi per Lea sia profondamente variabile (dallo 0,4% della Basilicata all'11% di Trento): come anticipato in precedenza, non esiste una percentuale di riferimento nazionale (e non sarebbe così desiderabile nemmeno imporla indistintamente), tuttavia queste differenze sono eccessive per essere giustificate da un diverso grado di bisogno. Del resto, anche per gli aggregati per i quali era stato indicata una quota target, come la percentuale da destinare al macrolivello distrettuale, tali indicazioni sono state disattese da molte regioni: ad esempio, al Sud il territorio assorbe solo il 47,2% dei costi, ma anche la Valle d'Aosta o il Friuli presentano quote molto contenute (Tab. 1).

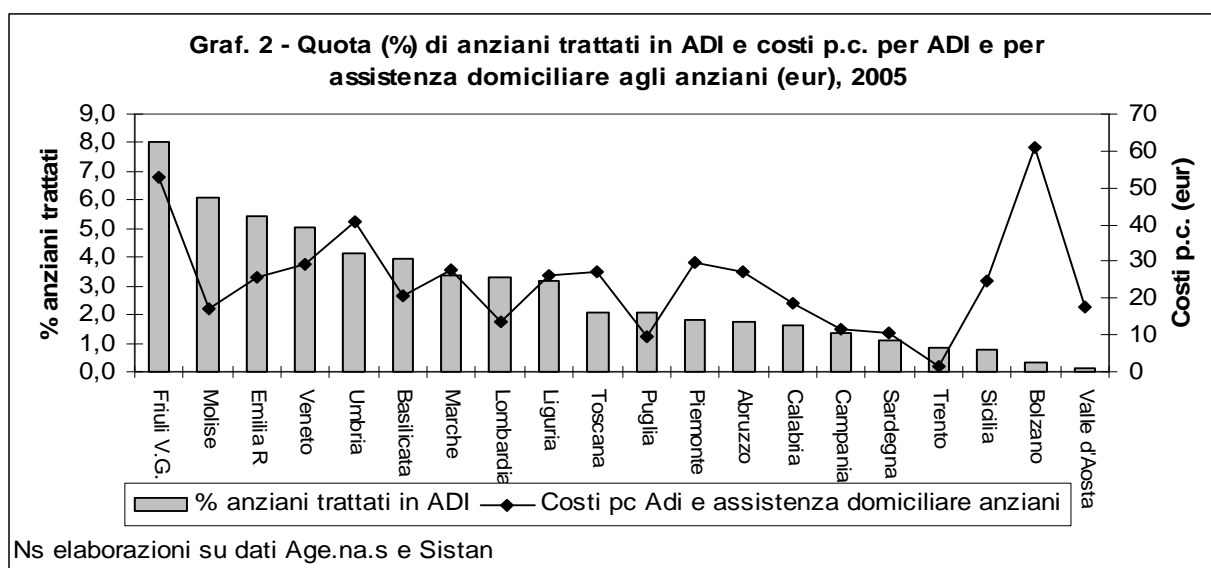


Oltre all'eterogeneità nei livelli di spesa complessiva per gli anziani, tra le regioni si riscontrano anche differenze pronunciate per i costi unitari delle prestazioni³³ (Graf. 1): ad esempio, considerando l'insieme dei servizi residenziali e semiresidenziali, il costo per giornata di assistenza varia tra i 36,60 eur del Friuli Venezia Giulia e i 462,69 eur della Campania (in generale nelle regioni del Sud i costi sono sensibilmente più elevati rispetto al Centro e al Nord).

Una delle cause di questa diversità potrebbe essere il maggiore o minore grado di utilizzo delle suddette strutture (giornate di assistenza per posto letto del Graf. 1): infatti i valori di costo per giornata più alti si verificano nelle regioni che utilizzano per meno giorni all'anno i posti letto residenziali (in genere ciò avviene nel Meridione).

E' noto come la disponibilità di PI per anziani del Sud (rapportata al numero di anziani) sia molto ristretta a confronto del resto del paese, e per questo ci si aspetterebbe un potenziamento della dotazione strutturale in queste regioni. Le evidenze appena esposte suggeriscono che la semplice implementazione della disponibilità di PI potrebbe non essere sufficiente a garantire agli anziani del Meridione l'effettiva accessibilità all'assistenza residenziale. Sembrano, infatti, esistere barriere diverse dalla disponibilità di PI (ad esempio difficoltà economiche a sostenere la compartecipazione ai costi degli utenti) che fanno sì che i posti già disponibili siano poco utilizzati.

Per una più ampia discussione sugli squilibri esistenti tra le regioni nell'offerta residenziale e semiresidenziale si rimanda al cap. 8, dove si avanzano anche proposte di riforma che possano contribuire alla riduzione di queste disuguaglianze.



Infine, alcune considerazioni sull'assistenza domiciliare (Graf.2): anche questo servizio viene assicurato con un grado di copertura (misurato in termini di percentuale di anziani trattati) molto variabile da regione a regione, con un massimo in Friuli Venezia Giulia (8%) e un minimo in Valle d'Aosta (0,2%); per l'assistenza domiciliare, a differenza dell'assistenza residenziale, non sembrano emergere *pattern* Nord-Sud, poiché tra i territori maggiormente serviti troviamo sia

³³ I valori di struttura e di attività sono stati tratti dal Sistan: si considera il complesso dei servizi residenziali e semiresidenziali agli anziani perché detta rilevazione fornisce il dato complessivo e non quello specifico dei due regimi in questione. Non si ha disponibilità di dati sul numero di PI per il Molise e la Valle d'Aosta, ragione per cui sono assenti nelle elaborazioni; il Lazio non è riportato per mancanza dei valori sui costi per Lea.

regioni settentrionali che meridionali. Questi dati sull'attività erogata, confrontati con i relativi Costi per Lea³⁴, rivelano che in genere la spesa più elevata di alcune regioni è giustificata da una migliore copertura del servizio. Fa eccezione il Molise, dove la spesa è molto contenuta rispetto ai livelli di attività e la provincia di Bolzano, che presenta la spesa più elevata a fronte di una percentuale di Adi molto contenuta.

Come per gli anziani, questa ulteriore variabilità potrebbe essere il risultato di politiche nazionali che non hanno mai cercato o posto obiettivi credibili per la domiciliarità (alcune proposte di intervento per ridurre questo tipo di differenze territoriali vengono avanzate nel cap. 7).

Dopo la conclusione di questo lavoro l'Age.na.s (2009) ha pubblicato dati più aggiornati sui costi per i Lea per gli anziani: la situazione che emerge per il 2007 è sempre quella di un'estrema variabilità interregionale della spesa per i servizi sociosanitari nel loro complesso (a fronte di una media nazionale di 377,64 eur per anziano si oscilla dai 99,01 eur della Sardegna ai 1.428,73 eur di Bolzano), ma anche per la singola componente residenziale (dai 14,45 eur della Campania ai 1.167,26 eur di Trento, contro una media nazionale di 252,85 eur) e per quella semiresidenziale (da regioni con spesa nulla ai 102,35 eur di Bolzano, con un dato nazionale di 13,92 eur).

Il rapporto dell'Age.na.s sottolinea i problemi di qualità del dato imputabili a problemi di omogeneità delle rilevazioni effettuate dalle regioni ma, comunque, conferma che al di là di tali questioni tecniche, gli squilibri nell'assistenza a livello territoriale sono innegabili.

Un altro risultato di interesse riguarda l'incidenza dell'assistenza agli anziani non autosufficienti sulla spesa sanitaria: a livello nazionale (il dato è disponibile solo in questi termini) il peso era del 4% nel 2005 ed è passato al 4,49% nel 2006.

6. Qualche considerazione d'insieme

La rassegna sui sistemi di finanziamento degli interventi sociali e socio-sanitari ha evidenziato una generale incapacità delle metodologie di riparto dei fondi attualmente in uso di rappresentare l'effettivo grado di bisogno di assistenza continuativa delle varie realtà territoriali. L'assenza di finalizzazione delle risorse ha impedito che i fondi assegnati dallo Stato agli enti decentrati per la sanità e il sociale fossero effettivamente spesi per raggiungere gli obiettivi della programmazione nazionale.

A tale riguardo deve essere sottolineato che nonostante la definizione dei Lea sociosanitari ancora mancano standard di riferimento per l'assistenza ai non autosufficienti erogata dalle regioni, fatto che non ha permesso di condizionare l'accesso ai finanziamenti al raggiungimento di obiettivi specifici. In generale, comunque, anche il sistema di incentivi-sanzioni adottato per la sanità si è rivelato inefficace, forse perché troppo generico e poco snello sul piano del monitoraggio.

Non sono stati invece effettuati tentativi di inserire meccanismi incentivanti nel finanziamento delle politiche sociali. L'attuale sistema di co-finanziamento dei servizi sociosanitari non sembra promuovere una logica di integrazione, fatto che deve spingere a ricercare, all'interno della riforma per la non autosufficienza, nuove soluzioni operative.

³⁴ E' stata utilizzata la somma dei costi dei microlivelli "Assistenza programmata a domicilio (Adi) e "Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare agli anziani"; quest'ultima voce include anche i servizi ambulatoriali dei distretti rivolti agli anziani che, tuttavia, si presume abbiano un ruolo modesto rispetto alla domiciliarità.

Parte II: le iniziative delle Regioni

7. I criteri e le procedure generali di ripartizione del Fondo sanitario regionale tra le ASL

In questa sezione si osservano i criteri utilizzati in ambito regionale per allocare le risorse del fondo sanitario, in particolare per i servizi sociosanitari, per raccogliere eventuali suggerimenti da mutuare a livello nazionale.

Quasi tutte le regioni utilizzano, per il riparto dei fondi sanitari tra le Asl, la medesima metodologia utilizzata su base nazionale, in altre parole fanno ricorso ad una quota capitaria ponderata, articolando la ponderazione in base ai singoli livelli e sottolivelli di assistenza.

Tenendo conto di quanto emerso dalle più recenti ricognizioni effettuate a tal riguardo (Mapelli et al., 2007 e Cicchetti et al., 2007, Age.na.s, 2008), in generale, anche per l'allocazione delle risorse tra le Asl è molto diffuso il ricorso ai medesimi fattori utilizzati per il riparto nazionale. Per l'assistenza distrettuale si tendono quindi ad utilizzare soprattutto fattori demografici ed epidemiologici, tranne alcuni aggiustamenti per le caratteristiche geografiche e una sola regione (la Campania), nella quale si tiene conto del reddito come predittore di maggior bisogno di assistenza.

Dalle informazioni disponibili³⁵, non risultano essere stati compiuti, ai fini del riparto delle risorse sanitarie, sforzi specifici da parte di nessuna regione per cercare i fattori esplicativi del bisogno di assistenza continuativa della popolazione; il frequente rimando ai criteri nazionali che, come discusso in precedenza, fa riferimento un livello di aggregazione dei bisogni molto generico ("altra assistenza territoriale), impedisce alle singole regioni di tener conto delle esigenze legate alla diversa diffusione al proprio interno della non autosufficienza. Degno di nota il fatto che la Regione Friuli Venezia Giulia, nel proprio Piano Sanitario 2006-2009 (DGR 2843/2006) abbia previsto l'adozione di un modello di riparto innovativo che utilizza come pesi per la quota capitaria, tra le caratteristiche di salute della popolazione, oltre che la diffusione della cronicità anche quella della disabilità³⁶.

Un altro aspetto che sarebbe stato utile indagare è se e in che modo le regioni individuano una quota target di spesa da destinare ai servizi per anziani e disabili (si premette che comunque, a monte, c'è una grande difformità tra la quota che le singole regioni assegnano al macrolivello dell'assistenza territoriale: secondo quanto raccolto da Age.na.s, 2008 si va dal 45,7% del Friuli Venezia Giulia al 53% della Toscana).

Dalle informazioni reperite, risulta che l'Emilia Romagna (DGR 602/2008) abbia riservato, all'interno del livello "assistenza distrettuale":

³⁵ Soltanto poche regioni pubblicano on-line le delibere di riparto del FSR.

³⁶ La nuova formula dovrebbe basarsi su un modello di regressione con una tecnica che assegna ai costi osservati il ruolo di variabile dipendente, mentre i bisogni di salute sono considerati determinanti della spesa (purtroppo non è noto come questo metodo sia utilizzato per i singoli livelli di assistenza e, nello specifico, se ci sia una stima esplicita del costo per l'assistenza continuativa). I valori ottenuti sono ulteriormente corretti per premiare le aziende che a parità di bisogno di salute offrono maggiori risposte assistenziali.

- una quota specifica per l'assistenza domiciliare e gli hospice, pari al 2,22%, di cui il 25% viene ripartita tra le Asl in base alla popolazione tra i 45 e i 74 anni e il 75% in base alla distribuzione della popolazione con oltre 75 anni;
- una quota specifica per l'assistenza residenziale e semiresidenziale (inclusa la protesica), pari al 4,45%, allocata in base al solo indicatore della popolazione ultra75enne³⁷.

Nel più recente provvedimento di riparto del Veneto (DGR 2690/2008), rispetto ad un totale di risorse divise tra Asl per il finanziamento per i Lea di 7.303 milioni, le risorse attribuite per l'assistenza riabilitativa residenziale per anziani e altri soggetti non autosufficienti ammontano a 435 milioni (equivalenti al 5,9%), che vengono assegnati seguendo perlopiù criteri storici (il numero di impegnative rilasciate³⁸ e le quote a rilievo sanitario di ogni Asl verificatesi nell'esercizio precedente); queste risorse, rispetto alle restanti somme assegnate con la quota capitaria si differenziano per rappresentare uno specifico tetto di attività e spesa predeterminato.

Un'altra esperienza caratterizzata da un "isolamento" delle risorse per l'assistenza sociosanitaria rispetto alle restanti somme del FSR è quella della Lombardia. La singolarità di questa regione è quella di non attribuire globalmente attraverso la quota sanitaria tutte le somme per il finanziamento dei Lea, ma di scorporare "a monte" quelle per l'assistenza sociosanitaria che formano oggetto di un'assegnazione distinta³⁹, per poi seguire un percorso specifico all'interno dei bilanci aziendali: infatti, in questa è prevista una contabilità separata per queste risorse rispetto a quelle per l'assistenza sanitaria⁴⁰; ciò dovrebbe garantire una finalizzazione di queste somme per i Lea sociosanitari, evitando che le aziende destinino tali fondi ad altre funzioni sanitarie.

Vale la pena fare un accenno anche i metodi a cui ricorre questa regione per assegnare tali risorse sociosanitarie, perché sembrano essere utilizzati criteri alternativi a quelli della quota capitaria: per alcuni servizi (tra cui probabilmente le RSA) l'allocazione infraregionale avviene sulla base dei costi storici dell'anno precedente, corretti in base agli aggiustamenti dovuti ad eventuali nuovi accreditamenti. Per altri interventi (centri diurni integrati per anziani, centri socio-educativi, centri diurni disabili, Adi, voucher) esiste uno specifico tetto aziendale alla possibilità di negoziazione con gli erogatori (budget) definito dal livello regionale, di nuovo facendo riferimento ai contratti stipulati in negli anni precedenti⁴¹ (DGR 6209/2007).

³⁷ E' stata scorporata la quota che alimenta il fondo regionale per la non autosufficienza di cui si dirà nel paragrafo successivo.

³⁸ Il numero di impegnative rilasciate in passato dalle unità di valutazione multidisciplinari è senza dubbio un indicatore capace di rappresentare i casi per cui in ogni Asl è stato accertato il fabbisogno di assistenza ai non autosufficienti. Tuttavia, questo tipo di riferimento potrebbe rivelarsi rischioso, dal momento che i valutatori del bisogno potrebbero aver interesse ad aumentare gli accertamenti per ottenere più risorse.

³⁹ Mentre il riparto dei fondi per i Lea sanitari è predisposto dalla DG Sanità, quello per i fondi sociosanitari dalla DG Famiglia e Solidarietà Sociale

⁴⁰ Peraltro, dal momento che in Lombardia le Asl rappresentano anche un anello di congiunzione per i fondi per le politiche del sociale che dal livello regionale affluiscono ai comuni (o agli enti capofila), viene mantenuta anche una distinzione specifica tra le risorse di tipo sociosanitario e quelle sociali. I bilanci si articolano in: sanitario, sociosanitario (ASSI) e sociale.

⁴¹ Di anno in anno la regione stabilisce di quanto è possibile variare rispetto agli esercizi precedenti i contratti di acquisto di prestazioni stipulati con i soggetti erogatori.

Colpisce, anche in questo caso (come era già stato notato a proposito del Veneto), il fatto che l'allocazione avvenga facendo riferimento ai livelli di attività/spesa storica piuttosto che utilizzando quote capitarie⁴².

Sembrerebbe quasi che per raggiungere obiettivi specifici si sia costretti ad un ritorno a strumenti tradizionali come i fondi a destinazione vincolata e il riferimento ai costi storici, che le riforme sanitarie degli anni '90 avevano cercato di superare.

Comunque da queste limitate informazioni non sembrano emergere criteri di riparto delle risorse mutuabili per una riforma nazionale, mentre potrebbe essere interessante l'opportunità di rendere più evidenti all'interno dei bilanci delle aziende sanitarie dei costi e dei ricavi legati all'assistenza ai non autosufficienti.

8. I fondi regionali per la non autosufficienza

Nonostante, come illustrato nel capitolo precedente, le politiche di finanziamento centrali siano risultate abbastanza deboli nell'incoraggiare le regioni a destinare risorse per la non autosufficienza, negli ultimi anni si è assistito ad un fervore di iniziative regionali a favore di questo segmento di bisogno; in alcune realtà gli interventi attuati hanno comportato anche investimenti e riforme importanti (come discusso in dettaglio nel capitolo 5 di questo rapporto).

Si tratta di progetti molto differenziati, sia per le tipologie di interventi che le regioni hanno cercato di implementare attraverso i nuovi fondi regionali per la non autosufficienza, sia per l'entità di risorse proprie che gli enti decentrati hanno destinato a questo scopo: in alcuni casi, l'investimento è stato piuttosto modesto, mentre in altri si è trattato di considerevoli interventi di riallocazione all'interno dei bilanci regionali (Bertone et al, 2008)⁴³. Peraltro, molte di queste iniziative sono ancora in corso di definizione, ossia non ne sono ancora stati completamente tracciati i percorsi attuativi. E' comunque utile, ai fini del presente lavoro, osservare queste esperienze per quel che riguarda i meccanismi con cui le regioni hanno allocato le risorse aggiuntive dedicate alla non autosufficienza.

Si osserveranno alcuni casi di fondo regionale per verificare quali elementi di novità hanno comportato questi interventi rispetto al panorama nazionale illustrato in precedenza⁴⁴; ciò permette peraltro di sottolineare alcune difficoltà incontrate dalle riforme locali, cui potrebbe trovarsi di fronte anche il *policy maker* centrale nel percorso di implementazione dei programmi nazionali a favore dei non autosufficienti⁴⁵. Si procede fornendo una breve sintesi degli aspetti finanziari dei fondi in questione, da cui verranno tratte alcune considerazioni generali.

⁴² In genere la stima del fabbisogno standard attraverso la quota capitaria è considerato un metodo più incentivante rispetto a quello della spesa storica. Il finanziamento in base alla spesa storica non responsabilizza i beneficiari al rispetto degli equilibri economici e potrebbe perpetuare l'esistenza di inefficienze e iniquità nell'allocazione dei fondi. I tetti predeterminati di spesa di Lombardia e Veneto sembrano utili per la prevenzione dei deficit, ma non è detto che siano altrettanto validi per allocare le risorse in base al fabbisogno reale, specialmente se non aggiornati in base alle variazioni socio-demografiche.

⁴³ Non tutte le riforme regionali di questo settore sono state caratterizzate dalla costituzione di fondi per la non autosufficienza, ad esempio la Lombardia ha implementato un proprio modello organizzativo senza ricorrere a tale meccanismo (Bertone et al, 2008).

⁴⁴ Nella selezione delle regioni da analizzare sono stati tralasciati i casi in cui il fondo per la non autosufficienza ha avuto una valenza solo simbolica.

⁴⁵ Data la frammentarietà delle informazioni disponibili, l'eterogeneità degli interventi finanziati e il diverso livello di implementazione delle varie iniziative regionali, questa analisi non costituisce una ricognizione completa e

Il caso dell'Emilia Romagna è indubbiamente di rilievo, se non altro per il cospicuo investimento di risorse dedicate da questa regione al potenziamento dei servizi per la non autosufficienza, un percorso avviato dalla LR 27/04 ed entrato ormai a regime. Per il 2008 la regione ha reperito risorse dalla propria fiscalità generale per 100 milioni che sommati alla stima di quanto precedentemente speso dal SSR per l'assistenza residenziale e semiresidenziale (211 milioni) oggi finanziata dal Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA), formano un fondo di 311 milioni.

Di fatto, la quota a carico della sanità (pari a circa il 3% delle risorse per finanziare i Lea) non viene ripartita tramite quota capitaria, ma trattenuta per alimentare il FRNA (DGR 602/2008).

Lo stesso fondo viene ripartito tra le Asl sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75enne, mentre il riparto tra i distretti è operato sulla base della programmazione congiunta di Asl-comuni, presso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria; la stessa concertazione si raggiunge a livello di distretto (Comitato di distretto).

Il FRNA ha lo scopo di sostenere oltre a prestazioni monetarie quali l'assegno di cura, anche l'assistenza domiciliare per anziani e disabili, le strutture diurne, i ricoveri di sollievo, le iniziative per emersione del lavoro delle badanti, l'e-care ed i contributi per adattamento domestico. Da precisare che, in ogni caso, gli oneri coperti dal fondo sono quelli sociali e sociali a rilievo sanitario, con un'espressa previsione di mantenimento delle quote sanitarie a carico della sanità.

Le risorse vengono distribuite a destinazione vincolata e, al fine di tracciarne l'utilizzo, sono sottoposte a contabilità separata, in appositi conti economici (sotto questo profilo la regione sembra avere fornito precise indicazioni contabili). Per il momento, non sembra che anche le risorse comunali siano confluite nello stesso fondo per la non autosufficienza⁴⁶.

In Umbria il suddetto fondo è stato recentemente istituito facendovi convergere le risorse per l'assistenza ai non autosufficienti fino a quel momento spese dalla sanità (stimate in 20,7 milioni), i fondi del Fondo Nazionale per la non Autosufficienza (7 milioni) e un apporto di risorse proprie della regione (4 milioni). Tali somme dovrebbero servire a finanziare tutte le prestazioni sociosanitarie a favore dei non autosufficienti, con una certa preferenza per il mantenimento del soggetto al domicilio; in particolare, il contributo della regione dovrebbe servire a finanziare gli oneri a rilevanza sociale, mentre gli oneri a carico della sanità dovrebbero continuare ad essere finanziati dal SSN. Si prevede che il fondo debba essere alimentato anche con le risorse attualmente spese dai comuni, con l'avvertenza che il contributo di questi ultimi (come quello delle Asl) non possa scendere al di sotto della media osservata nell'ultimo triennio (condizione senza la quale non si ha diritto ai trasferimenti). Non è stato tuttavia definita la modalità con si provvederà a stimare il costo sinora sostenuto dai comuni a tale scopo, ai fini della verifica del rispetto di questa clausola di mantenimento degli impegni finanziari. La legge istitutiva del fondo (L. 9/2007) prevede anche per la regione l'impegno, nella definizione del proprio stanziamento annuale, a non ridurre il proprio apporto rispetto all'anno di partenza (2008).

non ha la pretesa di realizzare confronti globali tra le regioni (per questi aspetti si rimanda all'apposito capitolo di questo volume).

⁴⁶ La Dgr 1206/07 ha promosso l'avvio della ricostruzione del quadro allargato degli interventi per arrivare a quantificare le risorse dedicate alla non autosufficienza non solo dalla regione, ma anche dai comuni. Ciò dovrebbe permettere di verificare il requisito posto a tutti i soggetti, di non ridurre le risorse precedentemente destinate a tale scopo. Da notare che sono possibili forme di gestione integrata anche delle risorse, nel caso in cui fossero lanciati programmi finalizzati che vedono l'impegno sia della sanità che dei comuni (con un budget comune)

Le risorse sono ripartite tra le Asl in base alla distribuzione degli ultra75enni, specificando la quota relativa a ciascun distretto sociosanitario e Ambito Territoriale Sociale, e pervengono con vincolo di destinazione. A tale scopo devono essere evidenziate in una contabilità separata nei bilanci delle aziende sanitarie e, gli eventuali avanzi di questa gestione, devono essere impiegati negli esercizi successivi esclusivamente per lo stesso scopo.

In Veneto, il fondo per la non autosufficienza viene alimentato da un fondo preesistente (per la domiciliarità) a favore dei servizi a sostegno delle famiglie con disabili gravi che la regione finanzia con risorse proprie (26,8 milioni per il 2008) e dalle risorse che il SSR dedica all'assistenza semiresidenziale per i disabili (196,7 milioni per il 2008)⁴⁷. A proposito di quest'ultima posta, sembrerebbe che tali quote non vengano più ripartite tra le Asl insieme agli altri fondi per il finanziamento dei Lea, ma che vadano direttamente ad alimentare a monte il fondo per la non autosufficienza (DGR 1944/2008).

Il fondo in questione viene poi ripartito (secondo criteri ancora non noti) tra le Ulss, che possono utilizzarlo solo secondo gli indirizzi definiti di concerto con le rispettive Conferenze dei sindaci (coerentemente con i rispettivi piani di zona); i comuni sono dunque coinvolti nella programmazione degli interventi, sebbene non sembra che questo fondo implichi una co-gestione delle risorse da parte di sanità e comuni (il finanziamento a carico del sociale continua ad essere separato da quello sanitario).

In Toscana il fondo per la non autosufficienza è appena stato varato, insieme ad alcune prime misure per il 2008 (DGR 754/2008) che saranno gradualmente implementate nel prossimo triennio all'interno di un progetto più ambizioso; a fine 2008 è stata peraltro approvata la legge istitutiva del fondo (LR 66/2008).

Per il primo anno la regione ha destinato risorse proprie al finanziamento di giornate di degenza nelle Rsa per ridurre le liste d'attesa⁴⁸ (con 6,5 milioni trasferiti alle Usl che servono a coprire anche la quota a carico del sociale⁴⁹) e al potenziamento dell'assistenza domiciliare (con 20 milioni)⁵⁰.

Le risorse per quest'ultima tipologia di interventi sono ripartite tra i distretti, afferendo alla Società della Salute⁵¹, il nuovo soggetto istituzionale che questa regione ha promosso per l'integrazione socio-sanitaria di cui fanno parte non solo le Asl ma anche i comuni.

Ad entrambi questi soggetti viene richiesto di attivare una contabilità separata nei propri bilanci per tutte le risorse destinate ai servizi sociosanitari per la non autosufficienza.

Sono stati individuati quattro criteri per il riparto delle risorse per l'assistenza domiciliare (non è chiaro come queste singole formule siano state combinate insieme):

- popolazione di oltre 65 anni;

⁴⁷ La legge istitutiva del Fondo per la non autosufficienza veneto (LR n.1/2008) prevede che vi confluiscono anche le risorse destinate al finanziamento del servizio di telesoccorso e telecontrollo a domicilio con sistemi telematici integrati ed eventuali le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici o privati destinati alla non autosufficienza

⁴⁸ La regione ambisce ad azzerare completamente le liste d'attesa entro il 2010.

⁴⁹ Di fatto, si fa in modo che gli oneri di questi interventi siano trattati come componente sanitaria dell'assistenza residenziale e pertanto non è richiesta compartecipazione agli utenti.

⁵⁰ La Dgr 754/2008 prevede anche di coprire del 50% della spesa degli hospice per cure palliative effettivamente attivati, rimandando tuttavia la definizione del relativo stanziamento ad un provvedimento successivo.

⁵¹ Per i distretti per i quali la Società della Salute non è stata ancora costituita le risorse pervengono alle USL.

- incidenza degli ultra 65enni sulla popolazione residente;
- popolazione non autosufficiente;
- quota non autosufficienti del distretto su totale regione.

In merito a questi ultimi due punti non è precisata la fonte dei dati in questione, ma si presume si faccia riferimento ad indagine campionarie di tipo epidemiologico svolte dall'Agenzia Regionale Sanitaria.

Il controllo dell'effettiva destinazione di queste risorse secondo gli indirizzi regionali è affidato a rendiconti mensili che i distretti devono produrre a proposito delle quote sanitarie di giornate in Rsa e sullo smaltimento delle liste d'attesa.

Per il futuro⁵² si prevede che altri interventi oggi finanziati dal FSR vengano trasferiti all'interno del Fondo regionale per la non autosufficienza (tutta l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare agli anziani e, dal 2010, anche quella per disabili di meno di 65 anni non autosufficienti), con un impegno della regione che, a regime, raggiungerà gli 80 milioni. La peculiarità di questo progetto è quella di voler realizzare un budget unico tra le varie fonti a sostegno degli interventi sociosanitari per la non autosufficienza: risorse sanitarie, risorse di derivazione comunale, risorse del fondo sociale regionale, risorse del fondo nazionale per la non autosufficienza. Si conferma il vincolo di destinazione delle risorse del FSR (che continueranno ad essere trasferite alle Asl); gli altri finanziamenti regionali saranno erogati alle Sds e questo canale sarà alimentato anche dalle risorse dei comuni. Non è ancora chiara la modalità con cui sarà determinato il concorso di questi ultimi (si accenna solo ad un co-finanziamento minimo del 30% delle spese per l'assistenza domiciliare, mentre è ancora incerta la quota a loro carico per gli altri servizi).

Queste regole contenute nei primi provvedimenti operativi per il 2008 sono state formalizzate con la legge istitutiva del fondo, che ha confermato l'obbligo di trasferimento delle risorse alle Sds, se già costituite, oppure alle Aziende Unità Sanitaria Locale con vincolo di destinazione e con obbligo di contabilità separata. Lo stesso provvedimento elenca i criteri per il riparto delle risorse alle zone distretto, menzionando indicatori di carattere demografico, indicatori sull'incidenza della disabilità e della non autosufficienza e indicatori sul numero di anziani e disabili accolti in strutture residenziali e semi-residenziali⁵³.

La definizione del concorso finanziario dei comuni viene demandato a "patti interistituzionali", con il vincolo che tale apporto non può essere inferiore a quanto speso individualmente dal singolo comune per i non autosufficienti nei bilanci del 2007 (purtroppo non vengono ulteriormente declinate le regole operative per individuare in maniera uniforme tali importi).

Le esperienze esaminate sono indubbiamente di rilievo in quanto manifestano una sensibilità dei governi regionali alle politiche per la non autosufficienza, verso le quali hanno destinato risorse sottraendole ad altri potenziali usi.

Per accertarsi che questi investimenti raggiungano realmente questo obiettivo, i legislatori regionali hanno utilizzato lo strumento dei finanziamenti vincolati: piuttosto che rischiare che i

⁵² Informazioni tratte da "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" della Direzione Generale diritto alla salute e politiche di solidarietà della regione Toscana, versione del settembre 2008, da considerare un documento ancora incompleto e soggetto alla possibilità di modifiche future.

⁵³ Quest'ultima tipologia di indicatore comporta il rischio di premiare i distretti già maggiormente serviti.

beneficiari dei fondi li utilizzassero per altre funzioni si è preferito ad esempio frenare l'autonomia gestionale delle Asl⁵⁴.

Un altro elemento comune è il ricorso a sistemi di contabilità separata dei fondi per la non autosufficienza rispetto ai bilanci delle aziende sanitarie e dei comuni. Tale espediente ha innanzi tutto vantaggi sul piano dell'"evidenza" delle risorse destinate a queste politiche e impedisce che i trasferimenti si confondano all'interno dei conti economici e finiscano per subsidiare altri servizi sanitari.

Questi meccanismi, comunque, non sembrano in grado di assicurare che la gestione degli interventi per la non autosufficienza conduca ad un equilibrio economico e, peraltro, non sembrano essere state definite le responsabilità in caso di sfondamento dei budget programmati (in alcuni casi, come quello dell'Umbria e dell'Emilia Romagna, si prevede che gli eventuali avanzi della gestione debbano essere utilizzati per gli interventi per la non autosufficienza degli anni successivi, ma non vengono tracciate le regole per la copertura di eventuali deficit).

Da precisare che nell'attesa di una esplicita definizione dei diritti soggettivi dei non autosufficienti il rischio di generare disavanzi sembra in ogni caso contenuto: nella situazione attuale i gestori potrebbero essere portati a spendere soltanto le risorse disponibili, negando l'accesso alle prestazioni una volta esauriti i fondi (in pratica il budget ha una funzione autorizzativa della spesa). Questo fenomeno ha caratterizzato per molto tempo le politiche sociali degli enti locali dal momento che, in assenza della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali, la maggiore o minore spesa è stata condizionata dalle disponibilità finanziarie.

Nel caso della sanità, invece, storicamente si è manifestata una maggiore attitudine a generare disavanzi, dal momento che l'esistenza dei Lea e l'individuazione di un comune denominatore di servizi da assicurare in tutti i territori ha fatto sì che la spesa fosse più difficilmente controllabile.

Un aspetto da giudicare con favore di queste politiche regionali è il fatto che abbiano spinto le regioni a ripensare i criteri di allocazione delle risorse, ricercando una maggior capacità di rappresentare il fabbisogno di assistenza ai non autosufficienti rispetto a quanto non si facesse nel riparto delle risorse per la sanità. Specialmente nei casi in cui i fondi corrispondenti agli oneri in precedenza a carico della sanità sono stati incorporati a monte dal riparto del FSR e redistribuiti sottoforma di fondo per la non autosufficienza con criteri specifici, è avvenuta una riallocazione più selettiva.

Sicuramente, rispetto agli sforzi compiuti nella ricerca di indicatori validi (che spesso hanno portato a considerare la distribuzione degli ultra 75 enni), possono ancora essere compiuti passi in avanti. E' esemplare, sotto questo profilo, la scelta della Toscana di utilizzare i risultati di indagini epidemiologiche sulla diffusione della non autosufficienza (indicatori validi perché non manipolabili dalle parti interessate come potrebbero essere i dati di natura amministrativa sui livelli di attività erogata). Sarebbe indubbiamente utile disporre di informazioni simili anche a livello nazionale.

⁵⁴ Riguardo all'utilizzo dei finanziamenti vincolati per il fondo dell'Emilia Romagna, Fiorentini (2004) aveva osservato che i vincoli posti dalle regioni potrebbero essere meno inopportuni di quelli posti sul piano nazionale: nel secondo caso, imporre scelte allocative uniformi potrebbe rivelarsi inefficiente perché non rispetta le differenti preferenze locali, un problema che si ridimensiona a livello regionale, dal momento che le preferenze dovrebbero essere più uniformi.

Quanto alle capacità dei fondi regionali di promuovere l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario, in generale questo processo è favorito dalle modifiche di carattere organizzativo che hanno accompagnato le riforme regionali (ci si riferisce alle attività di pianificazione degli interventi); non sembrano invece essere state realizzate forme di budget comune (al massimo le nuove risorse sono servite per ridurre gli oneri a carico dei comuni e degli utenti, senza tuttavia disegnare un nuovo modello organizzativo di finanziamento).

Quando la Sds entrerà a regime in Toscana, si assisterà ad un'integrazione anche finanziaria, di cui però oggi non sono ancora noti i dettagli. Va ricordato che quasi tutti i fondi contemplano una fusione di risorse regionali, sanitarie e comunali ma che, a proposito di quest'ultima fonte, non sono state individuate regole per definire l'apporto dovuto dai comuni (ci si limita a precisare che non devono ridurre le risorse che finora destinavano a questo scopo, senza però chiarire come effettuare tale quantificazione)⁵⁵; di questa difficoltà si dovrebbe tener conto anche per le riforme nazionali.

Si sottolinea infine che i fondi regionali per la non autosufficienza esaminati non sembrano contenere incentivi finanziari per gli attori del sistema a ricercare miglioramenti di efficienza (di fatto i distretti hanno interesse a spendere tutte le risorse assegnate e non a contenere i costi); non esistono neppure meccanismi premianti a favore di chi riesce maggiormente ad assicurare l'accessibilità ai servizi.

⁵⁵ Mentre per la sanità le regioni, quali regolatori dei SSR, dispongono di informazioni sulla spesa storica delle Asl per i servizi per anziani e disabili, non avviene altrettanto per la spesa dei singoli comuni per la non autosufficienza, perché finora i comuni non sono mai stati tenuti a garantire un debito informativo a tale riguardo nei confronti delle rispettive regioni.

Bibliografia di riferimento

- Age.na.s (2008), *Sistemi regionali di ripartizione del Fondo Sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza*, analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008, www.assr.it
- Age.na.s (2009), *Rilevazione sull'attuale spesa sanitaria pubblica per gli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, www.assr.it
- Arcangeli L. e De Vincenti C. (2008), *La politica sanitaria*, in *La finanza pubblica italiana – Rapporto 2008*, Bologna, Il Mulino.
- Bertone et al. (2008), *Il quadro delle riforme*, in C. Gori (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci
- Bosi et. al (2008), *Le politiche per la non autosufficienza*, in *La finanza pubblica italiana 2008*, a cura di M.C. Guerra e A. Zanardi, Bologna, Il Mulino.
- Cicchetti et al, (2007), *Allocazione delle risorse e modelli di solidarietà sociale in un'epoca di devolution*, Paper presentato alla Conferenza annuale Aies, 18 ottobre 2007, Firenze.
- Fiorentini G. (2004), *Dimensioni verticali e orizzontali dell'integrazione socio-sanitaria: assetti istituzionali e organizzativi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Gori C. (2008a), *Quali livelli essenziali per i non autosufficienti*, in *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, in E. Ranci Ortigosa (a cura di), *i Quid*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.
- Gori C. (2008b), *Prove di riforma*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 4.
- Mapelli V. (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*, in Politiche Sanitarie, n. 1.
- Mapelli V. (2007), *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, in Quaderni, n. 57.
- Pesaresi F. (2008b), *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in C. Gori (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- Pesaresi F.(2008a), *La spesa pubblica per le prestazioni sociali*, in E. Ranci Ortigosa (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni, i Quid*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.
- Ragaini F. (2008), *I nuovi Lea sociosanitari*, Appunti sulle politiche sociali, n. 3.
- Rebba V. (2001), *La sanità territoriale: i servizi di assistenza domiciliare integrata*, in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Rebba V. (2002), *“Concorrenza amministrata nei servizi socio-sanitari: il caso della “long term care”*”, in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Toniolo et al. (2003), *Alcune considerazioni relative al “modello Fiuggi” per il riparto tra le regioni delle risorse sanitarie*, in Politiche sanitarie, n. 3.
- Ugolini C. (2004), *La gestione integrata dei servizi sociosanitari: questioni aperte secondo la teoria economica*, in Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.

