

**“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 11

La ripartizione della spesa tra utenti e servizi

di

Franco Pesaresi¹

Luglio 2010

¹ Direttore Area Servizi alla persona e alla famiglia comune di Ancona, presidente Anoss.

1. Le maggiori criticità della situazione attuale

I costi dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti sono ripartiti fra il Servizio sanitario, l'utente e il suo comune di residenza. Costituisce un aspetto strategico delle politiche di welfare il modo in cui la spesa per l'assistenza ai non autosufficienti viene ripartita fra i vari soggetti. Il presente capitolo si occupa della suddivisione di questi costi analizzando sinteticamente la situazione ed evidenziando le principali criticità. L'obiettivo del capitolo consiste nel proporre alcune ipotesi di cambiamento capaci di incidere su tali aspetti problematici, evidenziando altresì l'impatto economico ed organizzativo che tali ipotesi potrebbero avere nel sistema dei servizi sociosanitari e nelle famiglie.

Il 47,8% della spesa per l'assistenza sociale e socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti è sostenuta direttamente dagli assistiti e dalle loro famiglie². Il resto della spesa è ripartito fra i vari soggetti pubblici, precisamente: lo Stato si fa carico del 26,4% della spesa (mediante l'erogazione della indennità di accompagnamento), le ASL del 18,6% e i comuni del 5,2% (Cfr. fig.1). La gran parte della spesa è assorbita dalle assistenti familiari e dall'assistenza residenziale.

La situazione è la stessa anche per l'assistenza ai disabili non autosufficienti, anche se in questo caso gli oneri per l'assistenza residenziale a carico dell'assistito sono tradizionalmente più bassi di quelli applicati agli anziani. Per alcune prestazioni assistenziali la quota a carico delle famiglie è ancora più elevata. Valga per tutti l'esempio delle assistenti familiari che sono pagate quasi integralmente dall'assistito (esclusi i contributi mensili che poche regioni erogano).

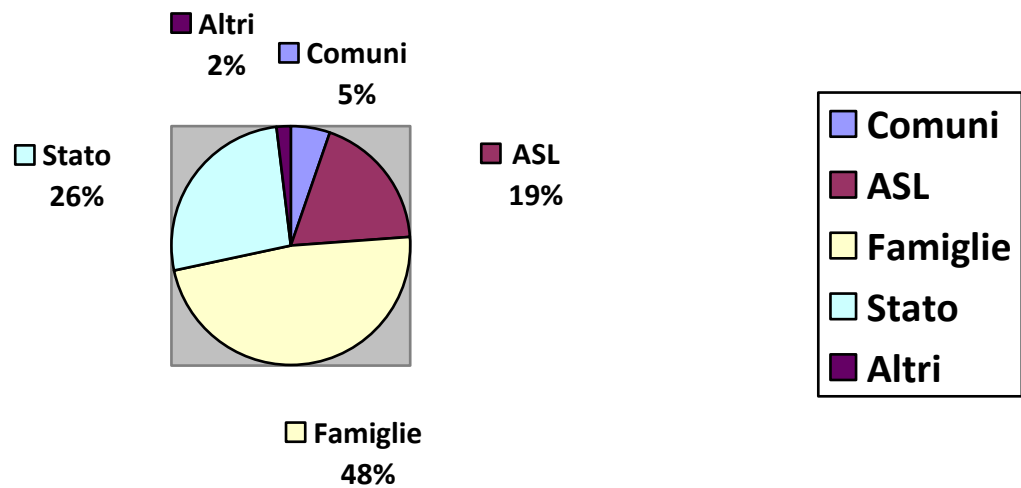
Nel caso dell'assistenza residenziale per anziani, i costi sostenuti dalle famiglie possono variare molto, sia in relazione alla tipologia di presidio residenziale, sia in relazione alle condizioni economiche dell'ospite e della sua famiglia. Risulta infatti che il 56,5% del totale degli anziani ospitati paghi interamente (anche con l'aiuto della famiglia) i costi del soggiorno, che generalmente superano i 1.000 euro al mese; mentre il 35,5% sostiene solo una parte dei costi, versando generalmente somme inferiori ai 1.000 euro mensili. Il restante 8% non paga nulla perché non ha mezzi sufficienti. Dal canto loro, i comuni intervengono o per pagare le rette di quelle persone che non hanno risorse economiche, che rappresentano il 7,7% dei ricoverati, con importi che superano i 1.000 euro mensili, o per integrare le rette di coloro le cui risorse non sono sufficienti. Nel complesso i comuni contribuiscono al pagamento della retta nel 43,5% dei casi con importi che nella stragrande maggioranza dei casi non superano i 1.000 euro mensili. Da ultimo, le ASL intervengono nella metà dei casi (49%) con importi superiori ai 1.000 euro mensili, mentre non intervengono affatto nel 27,8% dei casi che presumibilmente coincidono con i soggetti autosufficienti ospitati nelle case di riposo (Pesaresi, 2009).

Il primo nodo è dunque rappresentato dall'elevato onere privato per l'assistenza dei non autosufficienti e nell'inadeguato livello di compartecipazione degli altri soggetti pubblici con particolare riferimento alla sanità.

Attualmente, il finanziamento dei servizi locali per la non autosufficienza poggia su tre soggetti: il servizio sanitario, i comuni e le famiglie. La ripartizione dei costi fra questi soggetti dipende sia dalle norme nazionali (LEA), che dalle politiche regionali e comunali.

² Non sono qui ricompresi i costi dell'assistenza sanitaria specialistica, farmaceutica ed ospedaliera.

Fig. 1 - La ripartizione della spesa per gli anziani non autosufficienti. Italia 2003



Fonte: Pesaresi (2008).

La ripartizione degli oneri fra il sociale e il sanitario dovrebbe dipendere dal Decreto sui LEA (DPCM 29/11/2001) che all'allegato 1C ha stabilito la ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie fra le ASL, gli utenti e i comuni. Però, nell'attuale quadro normativo è necessario che le singole regioni recepiscano l'atto anche apportando modificazioni, a patto che si preveda idoneo finanziamento delle modificazioni migliorative. Dal 2001 ad oggi solo 9 regioni hanno provveduto (la Calabria, il Lazio, la Liguria, il Piemonte, la Puglia, la Sardegna, la Toscana, l'Umbria e il Veneto) a determinare in modo organico le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario basando i propri provvedimenti sul recepimento dei DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001, a cui generalmente hanno apportato numerose modificazioni. Mentre nelle restanti regioni si evidenziano spesso provvedimenti disorganici relativi a singole prestazioni. Partendo dall'analisi dei provvedimenti delle 9 regioni più "virtuose" è stato possibile identificare l'orientamento prevalente, giungendo ad un'unica sintesi possibile, purtroppo non esaustiva di un panorama di atti regionali estremamente diversificati.

Nel campo dell'assistenza socio-sanitaria agli **anziani**, le regioni il più delle volte prevedono che tutta l'assistenza in fase intensiva sia carico del Servizio Sanitario, con esclusione di una quota del 50-40% dell'assistenza tutelare che viene fornita nell'ADI. Allo stesso modo anche l'assistenza in fase estensiva è a totale carico del Servizio Sanitario, con eccezione del 50-40% dell'assistenza tutelare dell'ADI e il 50% del costo complessivo dell'assistenza semiresidenziale. Nella fase della

lungoassistenza non sono coperti dal Servizio Sanitario il 50-40% dell'assistenza tutelare dell'ADI ed il 50% dell'assistenza semiresidenziale e residenziale³ (Cfr. Tab. 1).

Analogamente nel campo dell'assistenza socio-sanitaria ai **disabili**, l'orientamento predominante delle regioni riconduce la spesa di tutta l'assistenza in fase intensiva ed estensiva a carico del SSN, con esclusione di una quota del 50-40% dell'assistenza tutelare che viene fornita nell'ADI. Nella fase poi della lungoassistenza non sono coperti dal SSN il 50-40% dell'assistenza tutelare dell'ADI ed il 25-50% dell'assistenza semiresidenziale. Per quel che riguarda l'assistenza residenziale, il Servizio sanitario non si fa carico mediamente del 30% del costo per i disabili gravi e del 60% del costo per i disabili privi del sostegno familiare. Mentre per altre categorie di disabili è difficile definire un orientamento prevalente⁴ (Cfr. Tab. 1).

Le eccezioni previste dalla normativa per le fasi intensive ed estensive dell'assistenza non hanno valide motivazioni tenuto conto che tali fasi sono caratterizzate dall'intento curativo e riabilitativo, rispetto alla fase della lungoassistenza caratterizzata dall'intento di mantenimento. Bisogna pertanto superare queste deroghe per una questione di equità e di coerenza e, per rendere applicabile in modo omogeneo la norma in tutta Italia, occorre anche definire la durata delle varie fasi.

Si è sinora parlato di orientamento prevalente delle regioni perché trovare una sintesi dei provvedimenti regionali è estremamente difficile, dato che le regioni hanno apportato moltissime modificazioni alle prestazioni e alle quote di partecipazione alla spesa rispetto all'atto nazionale di riferimento seguendo logiche disomogenee e non facilmente comprensibili.

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

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

³ In Piemonte, invece, nei centri diurni per i malati di Alzheimer il SSN si fa carico del 70% dei costi (DGR 38 11189/2009).

⁴ Per gli approfondimenti vedi l'Allegato 1.

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

Valga per tutti l'esempio delle quote di spesa sanitaria nelle RSA per anziani applicate dalle varie regioni che variano da un minimo del 43% ad un massimo dell'81% (Cfr. Tab. 2). Alla luce dei dati sulla spesa e della normativa regionale sulla ripartizione della stessa si evidenzia dunque un basso livello della spesa pubblica per i servizi sociosanitari con particolare riferimento alla spesa sanitaria ed anche, quando si scende nel dettaglio dei singoli servizi, una straordinaria disomogeneità dei comportamenti delle singole regioni.

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

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

Fonte: Deliberazioni regionali.

Box 1 – La ripartizione della spesa per la non autosufficienza. Le criticità attuali

- Spesa familiare molto elevata.
- Basso livello della spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria.
- Grandi disomogeneità fra le regioni per quel che riguarda le spese a carico della sanità.
- La quota sociale viene ripartita in modo assai differenziato fra il comune e l'assistito con l'ausilio di uno strumento avanzato – l'ISEE – che propone aspetti problematici di politica redistributiva.

2. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni

L'idea di fondo è quella di rivedere le regole per la suddivisione della spesa fra utenti ed enti pubblici in modo da superare le criticità evidenziate. Si tratta di definire una ripartizione degli oneri più equilibrata e sostenibile. Il progetto di riordino deve essere contenuto in una proposta organica che intervenga in modo globale ed integrato nella ripartizione degli oneri assistenziali. Il tema della ripartizione dei costi è piuttosto complesso, fa capo a diversi livelli di governo, ma è sostanzialmente riconducibile ai seguenti argomenti:

- a) la suddivisione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale;
- b) la suddivisione della spesa sociale fra utente e comune ed, all'interno di quest'ultimo, le modalità di determinazione della compartecipazione dell'utente.

Questi argomenti vanno valutati insieme perché le decisioni che vengono prese da un soggetto hanno conseguenze immediate anche negli altri. Le regole e le quote di partecipazione alla spesa delle ASL, dei comuni e delle famiglie sono strettamente interdipendenti. Per questo il presente capitolo va letto insieme al successivo realizzato da Stefano Toso che si occupa in modo specifico della suddivisione della quota sociale fra utente e comune con specifico riferimento all'utilizzo dello strumento dell'ISEE.

In base a quanto sinora esposto ed affermato si prospettano dunque 4 ipotesi che è possibile ordinare secondo una logica di coerenza e gradualità, tenendo sempre conto della conformità allo sviluppo delle norme attuali e della loro praticabilità istituzionale.

Le ipotesi:

1. nessun cambiamento di quanto contenuto nell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001;
2. elaborazione di aggiustamenti e precisazioni in applicazione della normativa vigente. Come proposto nella Tab. 3 riguardo le prestazioni P2.1, P2.2, P2.3 e P2.4;
3. modifica, oltre a quanto previsto nell'ipotesi 2, delle quote relative alle RSA per anziani ponendo il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale. Come proposto nella Tab. 3 riguardo la prestazione P3;
4. modifica, oltre a quanto previsto nell'ipotesi 3, delle quote relative all'assistenza semiresidenziale per anziani prevedendo per i non autosufficienti il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale ed, invece, per gli anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione ponendo la quota del 40% dei costi a carico della sanità e del 60% a carico del sociale. Come proposto nella Tab. 3 riguardo la prestazione P4;

Tab. 3. Quadro normativo e nuova proposta di ripartizione degli oneri sociali e sanitari delle prestazioni sociosanitarie indicate nell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001

Cod	Prestazione	Norma nazionale		proposta
		Quota sanitaria	Quota sociale	
P1.1	Assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo per disabili	100%	0%	Conferma delle percentuali. Si tratta delle prestazioni erogate nei centri o presidi di riabilitazione.
P1.2	Residenze/case protette per anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	Conferma delle percentuali.
P1.3	Strutture residenziali di tipo riabilitativo per	100%	0%	Conferma delle percentuali. Si tratta delle prestazioni erogate nei presidi di riabilitazione.

	disabili			
P1.4	Strutture residenziali protette per disabili (non gravi) privi di sostegno familiare	40% Nella fase di lungoassistenza	60% Nella fase di lungoassistenza	Conferma delle percentuali.
P2.1	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) per anziani per disabili	100%, escluso il 50% delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	50% delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	Conferma delle percentuali con precisazione e pubblicizzazione di che cosa si intenda per aiuto infermieristico. L'onere sociale va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Convenzionalmente si può stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e dalla RSA, l'assistenza domiciliare fornita nei 60 giorni successivi non prevede quota a carico dell'utenza per il cosiddetto "aiuto infermieristico". In questo caso sono i comuni a farsene integralmente carico.
P2.2	Assistenza semiresidenziale per disabili gravi	70% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	30% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	Conferma delle percentuali. L'onere sociale va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale.
P2.3	Tutte le strutture di cura e recupero per anziani non autosufficienti	100% Nella fase intensiva ed estensiva	0% Nella fase intensiva ed estensiva	Conferma delle percentuali. Occorre definire la durata delle fasi intensive ed estensive nelle RSA. Convenzionalmente si può stabilire che esse durano complessivamente 60 giorni.
P2.4	Strutture residenziali per disabili gravi ⁵	70% Nella fase di lungoassistenza	30% Nella fase di lungoassistenza	Conferma delle percentuali. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza residenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. Prevedere una fase transitoria (in attesa della riorganizzazione delle strutture) affinché le percentuali indicate vengano applicate a tutti i disabili gravi (con certificazione di cui alla L. 104/1992) indipendentemente dalla struttura di ricovero.
P3	RSA anziani non autosufficienti	50% Nella fase di lungoassistenza	50% Nella fase di lungoassistenza	Modifica delle percentuali: 60% a carico della sanità e 40% a carico del sociale.
P4	Assistenza semiresidenziale per anziani	50% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	50% Nella fase estensiva e di lungoassistenza	Sostituzione della attuale tipologia di prestazione con le seguenti due tipologie: a) assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti; b) assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione. Nella tipologia a) la quota sanitaria sarebbe del 60% e quella sociale del 40% da applicare nella fase di lungo assistenza. Per la fase estensiva

⁵

Il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA ha precisato in data 17 luglio 2002 che l'assistenza residenziale ai disabili prevede una partecipazione ai costi dell'utente o del comune solo in fase di lungoassistenza.

				(quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non prevede la quota sociale. Nella tipologia b) la quota sanitaria sarebbe del 40% e quella sociale del 60% da applicare indipendentemente dalla fase di assistenza.
--	--	--	--	--

Le ragioni:

Queste 4 proposte sono state scelte per una pluralità di ragioni. La principale è che le ipotesi presentate costituiscono i principali percorsi sperimentali maturati all'interno del dibattito nazionale e regionale. Non a caso tutte le ipotesi sono già attuate da qualche sparuta regione, ora da una, ora da un'altra. L'aspetto che differenzia le proposte da altre che si potrebbero fare è che queste, sollecitate peraltro da un movimento di opinione e dalle associazioni di rappresentanza degli assistiti, sono state sperimentate localmente superando il primo esame di consenso, praticabilità e sostenibilità. Di fatto costituiscono in qualche modo le proposte già naturalmente in lista d'attesa, a ridosso di quelle già approvate con l'allegato 1C del DPCM 27/11/2007, ma già pronte per aggiungersi a queste ed a diffondersi a livello nazionale. In realtà, il lavoro è consistito nella raccolta di queste azioni settoriali e disperse nei territori, trasformandole in una proposta organica nazionale. Le 4 ipotesi, oltre a superare le criticità sopra indicate, hanno il grande merito di favorire un uso più appropriato delle risorse e di contrastare il rischio di istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti.

Le ipotesi presentate costituiscono degli step progressivi di un progetto di riforma che si completa con l'ipotesi 4. In altre parole, le quattro proposte hanno la loro autonomia e sono attuabili singolarmente anche se fanno parte di un progetto più complessivo di riforma che si perfeziona con l'adozione di tutte e quattro le mozioni. Le quattro ipotesi sono anche ordinate in modo logico e progressivo in maniera tale che il passaggio dall'una all'altra sia già definito dalla numerazione delle proposte e dalla coerenza del percorso che mira ad una estensione sostenibile e graduale degli attuali diritti dei cittadini. Non a caso ogni ipotesi ricomprende la precedente (per esempio: la ipotesi 3 ricomprende anche i contenuti della ipotesi 2) e dunque anche l'impegno finanziario è crescente passando dalla prima alla quarta ipotesi, dato che quest'ultima si fa carico anche dei costi di tutte le ipotesi precedenti.

2.1. Il profilo delle quattro ipotesi

Profilo ipotesi 1: “Nessun cambiamento”. *Nessun cambiamento di quanto contenuto nell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001.* In questa ipotesi non si registrano mutamenti rispetto a quanto previsto nel decreto sui LEA del 2001. L'immutabilità è però del tutto apparente dato che allo stato attuale solo 9 regioni hanno recepito con modificazioni l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001, mentre le altre regioni hanno determinato la ripartizione dei costi fra il sociale e il sanitario in modo incompleto (solo per alcune prestazioni). Questo scenario prevede, quindi, che

tutte le regioni recepiscono l'allegato 1C del DPCM sui LEA con la ripartizione degli oneri sociali e sanitari. L'operazione dovrebbe portare ad un aumento dei costi sanitari⁶, ma non riteniamo che debbano essere calcolati come costi aggiuntivi, dato che le prestazioni sociosanitarie sono parte integrante dei LEA (allegato 1C) e quindi il loro finanziamento è già ricompreso all'interno degli stanziamenti nazionali ricevuti sia dalle regioni adempienti che da quelle inadempienti. Sarebbe anzi una grave ingiustizia finanziare i maggiori costi sostenuti dalle regioni per attuare in ritardo quanto previsto dall'allegato 1C del decreto sui LEA; in questo caso le regioni adempienti dovrebbero accontentarsi del riparto ordinario del Fondo sanitario nazionale mentre le regioni inadempienti o in ritardo potrebbero usufruire sia del Fondo sanitario nazionale sia di ulteriori finanziamenti per le prestazioni socio sanitarie da realizzare. Ingiusto ed impraticabile. Ed allora che dovranno fare le regioni inadempienti? Queste ultime dovranno provvedere con riduzioni di spesa di altri settori sanitari o con altre entrate.

Questa prima ipotesi costituisce ovviamente un passo avanti ma non supera nessuna delle criticità evidenziate; pretende solo l'applicazione della normativa vigente ed è curioso rilevare che già questo aspetto è in grado di ridurre alcune differenze territoriali (Cfr. Tab. 4).

Tab. 4 . Griglia valutativa dell'ipotesi 1: “Nessun cambiamento”

Dimensione	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	L'intervento è già finanziato con il riparto nazionale del fondo sanitario.
Efficacia	Non supera le criticità.
Equità	Nessun impatto.
Differenze territoriali	Riduce le differenze territoriali.
Fattibilità	Realizzabile con facilità.
Welfare futuro	Non risolve i problemi .

Profilo ipotesi 2: “La giusta applicazione”. *Elaborazione di aggiustamenti e precisazioni in applicazione della normativa vigente.* In questa seconda ipotesi si dà piena applicazione a quanto previsto, seppur in modo incompleto o ambiguo, nell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001. Non si tratta quindi di vere riforme del sistema di ripartizione degli oneri stabilito nel 2001, bensì solamente della loro attuazione coerente. Infatti, gli aggiustamenti proposti fanno riferimento a principi contenuti nel Decreto sui LEA o nel DPCM 14/2/2001 sulle prestazioni sociosanitarie. Gli aggiustamenti (in un caso si tratta di una interpretazione esplicita) sono i seguenti:

- A. *Precisazione e divulgazione di che cosa si intenda per aiuto infermieristico nell'assistenza domiciliare.* Il SSN, in base all'allegato 1C del DPCM 29/11/2001, dovrebbe farsi carico del 50% dell'“aiuto infermieristico” e dell'assistenza tutelare alla persona erogati all'interno dell'assistenza domiciliare integrata (ADI). Il resto delle prestazioni erogate nell'ADI, la parte più propriamente sanitaria, è ovviamente a carico totalmente del SSN. Ma che cosa si

⁶ Il calcolo di questi costi è impossibile da farsi stante il numero delle regioni ancora inadempienti, il numero delle prestazioni coinvolte la contemporanea presenza di regole per alcune prestazioni e l'assenza per altre.

intende con la terminologia ambigua dell'”aiuto infermieristico”? E' proprio un organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni che lo chiarisce. Infatti, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA⁷ ha stabilito che “le prestazioni di aiuto infermieristico indicate alla lett. e) nell'ambito dell'assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come prestazioni infermieristiche a domicilio), ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale”. Ne consegue che i comuni non partecipano alla spesa per l'assistenza infermieristica, ma solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%. Questa interpretazione ufficiale non è adeguatamente conosciuta e praticata per cui la sua formalizzazione e la sua divulgazione dovrebbero produrre un aumento nell'uso delle ore di assistenza tutelare per gli assistiti a domicilio ed una riduzione degli oneri a carico dei comuni e dell'utenza insieme ad un aumento degli oneri a carico della sanità. Il suo costo aggiuntivo per la sanità non andrebbe calcolato in quanto esso è già ricompreso all'interno dei LEA. Questa azione dovrebbe inoltre favorire lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria.

B. *Assegnazione delle fasi intensive ed estensive dell'assistenza alla spesa sanitaria e ripartizione della spesa sociale e sanitaria nella sola fase di lungoassistenza. Definizione della durata delle fasi intensive ed estensive.* Le norme di riferimento – DPCM 14/2/2001 e DPCM 29/11/2001 – utilizzano le fasi dell'assistenza per la definizione della ripartizione della spesa fra i vari soggetti. Pur con delle eccezioni assai significative, la logica della ripartizione degli oneri prevede che nella fase intensiva ed estensiva sia il Servizio sanitario a farsi integralmente carico degli oneri legati alle prestazioni da erogare. Mentre nella fase di lungoassistenza dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per gli anziani e i disabili (esclusi quelli a responsività minimale) è prevista la partecipazione ai costi da parte dell'utente o del comune; la stessa cosa dicasi per l'assistenza tutelare dell'ADI per gli anziani non autosufficienti. Per dare coerenza e linearità al sistema occorre, nelle fasi assistenziali intensive ed estensive che sono caratterizzate dall'intento curativo/riabilitativo, eliminare la quota sociale dalle tre prestazioni citate. Quest'ultima deve invece essere mantenuta nella fase della lungo assistenza caratterizzata dall'intento di mantenimento della condizione dell'assistito. Ma questo non basta. Purtroppo, la norma non definisce chiaramente la durata delle singole fasi, per cui occorre stabilirla per poter conoscere quando inizia la fase di lungo assistenza, in cui saranno chiamati alla spesa anche i comuni e l'assistito. A questo proposito si può disporre che:

1. le fasi assistenziali intensive ed estensive sono a completo carico del Servizio sanitario;
2. l'onere sociale per l'assistenza tutelare delle cure domiciliari va previsto solo nella fase della lungoassistenza (escluse quindi le fasi intensive ed estensive). Convenzionalmente si può stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e dalla RSA, l'assistenza domiciliare fornita nei 60 giorni successivi non

⁷ Organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni in attuazione del punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001. L'interpretazione formale è stata approvata nella riunione del 17 luglio 2002 dell'organismo.

preveda alcuna quota a carico dell'utenza per il cosiddetto "aiuto infermieristico". In tale periodo, della quota sociale, se ne faranno carico i comuni;

3. l'onere sociale per l'assistenza semiresidenziale per disabili gravi va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non preveda la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,7 milioni di euro, ipotizzando che solo il 20% degli utenti non provenga dal proprio domicilio;
4. l'onere sociale per l'assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti va previsto solo nella fase della lungoassistenza. Per la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) si può convenzionalmente stabilire che in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali, l'assistenza semiresidenziale fornita nei 45 giorni successivi non preveda la quota sociale. La maggior spesa sanitaria stimata è di 1,1 milioni di euro, ipotizzando che solo il 15% degli utenti non provenga dal proprio domicilio;
5. nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti le fasi assistenziali intensive ed estensive devono avere una durata complessiva di 60 giorni. Il 61° giorno inizia la fase di lungo assistenza, come già peraltro avviene in molte regioni;
6. nelle strutture residenziali per disabili gravi la fase estensiva (quella intensiva non ricorre) va considerata in caso di dimissione dall'ospedale e da strutture residenziali per una durata di 45 giorni. In questo caso la maggior spesa sanitaria è irrisoria tenuto conto della bassissima quota di utenti che provengono direttamente dall'ospedale e dal bassissimo livello di rotazione nell'utilizzo dei posti letto.

C. *Applicazione delle medesime percentuali di ripartizione dei costi a tutti i disabili gravi con la certificazione di gravità (di cui alla L. 104/1992) indipendentemente dalla struttura residenziale di collocazione.* Le strutture residenziali per i disabili sono essenzialmente di tre tipologie, anche se le denominazioni usate sono le più varie: a) le RSA per disabili (strutture sanitarie per disabili gravi con bisogni di ampia copertura sanitaria fino alle 24 ore); b) le strutture protette (strutture sociosanitarie per disabili gravi); c) le strutture a carattere comunitario (strutture sociali o sociosanitarie caratterizzate da bassa intensità assistenziale) per disabili con limitata autonomia personale, privi del necessario supporto familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza. La riorganizzazione di questo settore assistenziale è stata realizzata solo in poche regioni per cui solo in una minoranza di regioni viene applicata la ripartizione dei costi prevista dalla normativa nazionale per le strutture per disabili gravi. Inoltre, i disabili gravi regolarmente certificati in base alla L. 104/1992, in realtà, sono impropriamente collocati in tutte e tre le tipologie di strutture con trattamenti assistenziali ed oneri assai diversi. A questo punto per non penalizzare i disabili gravi che abitano in una regione che non ha ancora attuato la riorganizzazione del settore residenziale per i disabili, si avanza una specifica proposta. Ovvero, transitoriamente, al fine di trattare equamente tutti i disabili gravi e per stimolare positivamente le regioni, in attesa che diano attuazione alle riorganizzazioni delle strutture

residenziali, può essere applicata la ripartizione dei costi pari al 70% di quota sanitaria e al 30% di quota sociale per tutti i disabili gravi con certificazione di cui alla L. 104/1992, indipendentemente dalla struttura residenziale in cui sono collocati. Il punto di approdo è naturalmente quello di avere strutture dedicate ma nel frattempo sarebbe ingiusto non applicare le quote stabilite a livello nazionale. I maggiori costi sanitari relativi a questa operazione sono stati quantificati in 66,2 milioni di euro.

Nel complesso, questa ipotesi si pone primariamente l'obiettivo di migliorare l'equità nell'applicazione regionale dei LEA sociosanitari, di ridurre i costi degli assistiti e di perseguire l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sociosanitaria. Infatti, la suddetta proposta considera allo stesso modo disabili nelle stesse condizioni di gravità ma che per ritardi organizzativi, sono collocati in strutture diverse. Senza peraltro dimenticare che, in tal modo si riducono giustamente anche gli oneri a carico dell'assistito. Gli stessi obiettivi sono stati perseguiti definendo anche la durata delle fasi assistenziali estensive ed intensive (prive di partecipazione sociale alla spesa) dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), dei Centri diurni e delle Residenze sanitarie. Si tratta di un complesso di interventi il cui costo sanitario ammonta a circa 69 milioni di euro (66,2 milioni per i disabili gravi, cui si aggiungono 2,8 milioni di euro per l'esenzione sociale nei primi 45 giorni di degenza nei centri diurni), ma che aumenta l'equità del sistema e riduce le differenze territoriali (tenuto conto che alcuni interventi sono già attuati da diverse regioni) (Cfr. Tab. 5).

Tab. 5. Griglia valutativa dell'ipotesi 2: “La giusta applicazione”

Dimensioni	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggior spesa pari a 69 milioni di euro.
Efficacia	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia. Migliori condizioni di accesso all'ADI.
Equità	Attuazione più equa della normativa. Si trattano in modo equo persone nelle medesime condizioni (disabili gravi).
Differenze territoriali	Riduzione delle differenze fra le regioni considerato che alcuni interventi sono già attuati da molte regioni.
Fattibilità	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative. Sono realizzabili abbastanza facilmente.
Welfare futuro	Gli aggiustamenti proposti possono essere mantenuti senza scompensi, anche in futuro. Anzi, il loro impatto si ridurrà nel futuro (per i disabili gravi).

Un intervento di questo tipo, per la dimensione del costo, è sostenibile nel tempo ed anzi il suo impatto dovrebbe ridursi in futuro man mano che avanza la riorganizzazione dei servizi residenziali per i disabili gravi. Le proposte della ipotesi 2, anche se più numerose di quelle contenute nelle altre ipotesi, sono realizzabili abbastanza facilmente dato che non richiedono trasformazioni organizzative ma solo regolamentari (Cfr. Tab. 5).

Profilo ipotesi 3: “RSA al 60%”. *Oltre a quanto previsto nell'ipotesi 2, occorre modificare le quote relative alle RSA per anziani non autosufficienti ponendo il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale. Attualmente la quota di partecipazione alla spesa da parte degli*

utenti è fissata in egual misura al 50% sia nelle residenze/case protette, sia nelle RSA per anziani, seppure codesta ripartizione non sia supportata da studi oggettivi sui costi delle strutture residenziali per anziani e sulla loro origine. Le RSA ospitano anziani con bisogni sanitari più importanti delle residenze protette e quindi garantiscono livelli assistenziali sanitari più elevati che comprendono la copertura sanitaria nelle 24 ore. Questo spiega il maggior onere sanitario da prevedere per le RSA, portandolo, per l'appunto, al 60% del totale dei costi. Non è infatti logico prevedere una identica ripartizione dei costi nelle due strutture, perché diverse sono le quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie che vengono erogate. Si tenga conto che parliamo di prestazioni socio-sanitarie caratterizzate, per espressa determinazione di legge, dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza, per cui la ripartizione dei costi non può essere fatta semplicemente valutando il costo delle figure prettamente sanitarie.

L'ipotesi non è nuova, dato che un terzo delle regioni italiane ha già modificato la ripartizione dei costi delle RSA, assegnando alla sanità un onere superiore al 50% (Cfr. Tab.2). Con questa proposta si intende promuovere l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sanitaria e nel contempo ridurre gli oneri a carico degli assistiti. Una struttura sanitaria preposta alla cura di soggetti non autosufficienti, che richiede una copertura sanitaria nelle 24 ore, non può dividere a metà le spese con gli assistiti. Questo infatti non accade con nessuna altra prestazione sanitaria che abbia queste caratteristiche.

Una modificazione di questo tipo determinerebbe un maggior costo sanitario annuo di 312 milioni di euro. Il suo impatto economico nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA, ma considerando che le stesse dovrebbero essere riservate a non autosufficienti non assistibili a domicilio, l'onere da assumere dovrebbe essere considerato prioritario. La proposta si caratterizza per una serie di effetti positivi. Mantiene un alto livello di efficacia perché interviene direttamente su una delle più importanti criticità costituita dall'alto costo sostenuto dagli assistiti con una azione di facile realizzabilità che non richiede trasformazioni organizzative (Cfr. Tab. 6).

Tab. 6. Griglia valutativa dell'ipotesi 3: "RSA al 60%"

Dimensione	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	Maggiore spesa pari a 312 milioni di euro.
Efficacia	Riduzione dei costi a carico degli assistiti, Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia. Promozione dell'appropriatezza nell'uso delle risorse.
Equità	Maggiore equità perché c'è un trattamento diverso fra persone in condizioni diverse (ricoverate in RSA o RP).
Differenze territoriali	Riduzione delle differenze fra le regioni dato che alcune hanno già previsto percentuali di spesa superiori al 50%.
Fattibilità	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative. Sono realizzabili abbastanza facilmente.
Welfare futuro	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA.

Cresce così anche l'equità del sistema perché riconoscendo un maggior contributo sanitario nelle RSA rispetto alle residenze protette si riconoscono oggettivamente le maggiori necessità degli

anziani che in tali strutture vengono ricoverati. Analogamente, si riducono anche le differenze territoriali allargando all'intera nazione un percorso che diverse regioni hanno già avviato adottando quote di spesa sanitaria per le RSA superiori al 50% (Cfr. Tab. 6).

Profilo ipotesi 4: “Modulazione dei centri diurni”. *Oltre a quanto previsto nell'ipotesi 3, occorre modificare le quote relative all'assistenza semiresidenziale per anziani. Sono da prevedere due prestazioni al posto di quella attuale (50% sanità e 50% sociale): l'assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti con il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale; l'assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione con il 40% dei costi a carico della sanità e il 60% a carico del sociale.* Nella situazione attuale è prevista una sola tipologia di assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti che prevede una ripartizione degli oneri al 50% fra sanità e sociale. Ad oggi, nei Centri diurni vengono accolti anche anziani che non sono ancora non autosufficienti ma che lo sono parzialmente, e che soprattutto per le loro condizioni sociali e sanitarie sono a rischio di istituzionalizzazione.

L'attuale normativa nazionale presenta le seguenti criticità:

- non incentiva l'uso del centro diurno per anziani non autosufficienti al fine di contrastare il ricovero in strutture residenziali;
- non presta la necessaria attenzione alla categoria degli anziani parzialmente autosufficienti ed a rischio di istituzionalizzazione che, pur non avendo la necessità di prestazioni sanitarie pari a quelle dei non autosufficienti, abbisognano comunque di assistenza che eviti o rinvi il possibile ricorso alle strutture residenziali. Obiettivo questo ampiamente condiviso sia dal settore sanitario che da quello sociale. Anche in questo caso sarebbe logico prevedere un contributo della sanità alla copertura dei costi, seppur più basso, vista la migliore condizione degli anziani coinvolti.

La presente ipotesi di cambiamento supera le criticità e le iniquità per diventare strumento efficace di politica sanitaria e sociosanitaria che consente un uso più appropriato delle risorse, contrasta il rischio di istituzionalizzazione degli anziani, migliorandone in definitiva la qualità della vita. Inoltre, favorisce l'effettiva rispondenza dell'attribuzione dei costi alla loro effettiva natura sociale o sanitaria e, nel contempo, riduce gli oneri a carico degli assistiti non autosufficienti (Cfr. Tab. 7).

Tab. 7. Griglia valutativa dell'ipotesi 4: “Modulazione dei centri diurni”

Dimensione	Punti di forza e Punti di debolezza
Finanza pubblica	7 milioni di euro.
Efficacia	Interventi più appropriati e quindi più efficaci. Più tutela per i soggetti a rischio di istituzionalizzazione.
Equità	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni diverse.
Differenze territoriali	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.
Fattibilità	Richiede una riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale. Tempi medi.
Welfare futuro	Effetti da verificare nel tempo. Se come previsto, l'iniziativa incide sul rischio di istituzionalizzazione l'impatto sarà certamente positivo.

Tale ipotesi è in parte ripresa dal Piemonte, dove il Servizio sanitario si fa carico del 70% dei costi dei centri diurni per i malati di Alzheimer. La maggior spesa sanitaria relativa a questa ipotesi non è facilmente stimabile per l'assenza dei dati necessari sulla quota di non autosufficienti e di parzialmente non autosufficienti presenti nei centri diurni⁸. Ipotizzando che gli ospiti dei centri diurni per anziani siano per due terzi non autosufficienti e per un terzo parzialmente non autosufficiente si può stimare un maggior onere sanitario di 7 milioni di euro all'anno. Nel lungo periodo le conseguenze sulla spesa potrebbero essere addirittura positive per l'effetto di contenimento dei ricoveri in strutture residenziali. La proposta richiede però un intervento regionale di riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale che può richiedere tempi medi o medio-lunghi di realizzazione (Cfr. Tab. 7).

2.2. Percorso attuativo

Tutte le proposte, che possono essere trattate come moduli aggiuntivi e progressivi, vanno ad intaccare l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 sui LEA. La loro approvazione a livello nazionale passa dunque attraverso una modifica del DPCM 29/11/2001 sui LEA da approvare in Conferenza Stato-Regioni e in Conferenza Stato-Città-Autonomie locali. L'attuazione poi spetta alle regioni, che però nell'esperienza attuale si è dimostrata troppo lenta. Per questo motivo risulterà decisivo il monitoraggio statale sullo stato di attuazione della normativa per stimolare tutti ad un puntuale adempimento di quanto concordato.

Le modificazioni normative regionali possono richiedere tempi relativamente brevi di recepimento inferiori all'anno e produrre immediatamente degli effetti finanziari. Le modificazioni nell'offerta dei servizi hanno invece bisogno almeno del medio periodo per produrre effetti davvero significativi.

3. Sintesi conclusiva

Nel sistema attuale delle cure di lungo termine per le persone non autosufficienti permangono le seguenti criticità:

- elevata spesa familiare con particolare riferimento all'assistenza residenziale a fronte di un basso livello di spesa pubblica, soprattutto sanitaria;
- qualche incoerenza nel complesso della normativa nazionale sulla ripartizione della spesa per i servizi sociosanitari;
- grandi disomogeneità regionali nell'applicazione dei LEA sociosanitari.

⁸ Che la quota degli anziani parzialmente non autosufficienti presenti nei centri diurni sia comunque significativa si desume dalla lettura del capitolo della presente ricerca dedicato all'assistenza residenziale e semiresidenziale dove si evidenzia che i centri diurni autorizzati ad ospitarli sono la maggioranza.

Le proposte presentate puntano a superare queste criticità tenendo conto della loro praticabilità organizzativa e finanziaria. L'altra caratteristica che le contraddistingue è la modularità che permette alle proposte stesse di essere adottate singolarmente o sommandosi l'una all'altra in un percorso graduale e logico che si completa con l'adozione della quarta ipotesi. Inoltre di ogni ipotesi sono stati valutati gli effetti sull'utenza, nell'organizzazione dei servizi e nella finanza pubblica secondo uno schema uguale per tutti che è stato sintetizzato nella Tab. 8. La stessa tabella ci consegna la valutazione sintetica di un pacchetto di proposte in grado di migliorare la ripartizione della spesa per i servizi per la non autosufficienza con costi sostenibili.

Tab. 8. Sintesi delle griglie valutative delle 4 ipotesi

Dimensione	Ip. 1: nessun cambiamento	Ip.2: La giusta applicazione	Ip. 3: RSA al 60%	Ip. 4: Modulazione centri diurni
Finanza pubblica	L'intervento è già finanziato con il riparto del FSN.	Maggior spesa pari a 69,0 milioni di euro.	Maggiore spesa pari a 312 milioni di euro.	Maggiore spesa pari a 7 milioni di euro.
Efficacia	Non supera le criticità	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia.	Riduzione dei costi a carico degli assistiti. Percezione da parte degli assistiti di maggiore giustizia. Promozione dell'appropriatezza nell'uso delle risorse.	Interventi più appropriati e quindi più efficaci. Più tutela per i soggetti a rischio di istituzionalizzazione.
Equità	Nessun impatto	Si trattano in modo equo persone nelle medesime condizioni.	Maggiore equità perché c'è un trattamento diverso fra persone in condizioni diverse.	Intervento più equo perché considera diversamente persone in condizioni diverse.
Differenze territoriali	Riduce le differenze territoriali	Riduce le differenze fra le regioni.	Riduce le differenze fra le regioni.	Impegna tutte le regioni a riorganizzare l'assistenza semiresidenziale.
Fattibilità	Realizzabile con facilità	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative.	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative.	Richiede una riorganizzazione dell'assistenza semiresidenziale. Tempi medi.
Welfare futuro	Non risolve i problemi	Gli aggiustamenti proposti possono essere mantenuti senza scompensi, anche in futuro.	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA ma l'onere dovrebbe essere sostenibile.	Effetti da verificare nel tempo. Se l'iniziativa incide sui ricoveri l'impatto sarà molto positivo.

Il complesso delle proposte, infatti, prevede una maggiore spesa sanitaria complessiva di 388 milioni di euro annui in condizioni di stabilità dell'offerta dei servizi (Cfr. Tab. 9), che andranno a ridurre gli oneri sostenuti soprattutto dagli utenti dei servizi. Spesa che si può diminuire in modo significativo nel caso di adozione solo di alcune delle ipotesi prospettate.

Il maggior costo sanitario del complesso di queste riforme non è particolarmente elevato. I motivi sono stati esplicitati. Non si è voluto tener conto dei costi che potrebbero derivare dall'applicazione dell'allegato 1C del DPCM 27/11/2001 da parte delle regioni ancora inadempienti

perché questi interventi, anche se non realizzati in molte regioni, sono già finanziati in tutte le regioni con il riparto annuale del Fondo sanitario nazionale. Allo stesso modo, non sono stati calcolati i maggiori costi sanitari che potrebbero derivare da uno sviluppo dell'assistenza tutelare sociale all'interno dell'ADI il cui costo ricadrebbe per il 50% sugli enti sanitari, perché anche questa prestazione, anche se ancora poco sviluppata in Italia, è già prevista dai LEA e quindi già finanziata dal Fondo sanitario nazionale. Questi due elementi pur producendo dei costi non possono essere valutati come maggiori costi che derivano dalla presente proposta di riforma e conseguentemente non sono stati valutati.

Nella valutazione della maggiore spesa sanitaria complessiva ha inciso moltissimo l'aver assunto come punto di riferimento l'offerta di servizi residenziali attuali, anche se questa risulta ad oggi fra le più deboli di Europa e dunque dovrà in futuro sicuramente crescere, come viene illustrato nel capitolo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale. Inoltre, la stima dei maggiori costi sanitari è stata influenzata dal vincolo normativo di aver potuto prevedere delle nuove regole solo per le RSA, che però costituiscono solo un terzo dell'offerta residenziale per anziani e non averlo potuto fare, per esempio, per le residenze assistenziali (case di riposo), che formalmente non possono ospitare soggetti non autosufficienti, mentre nella realtà ne sono pieni.

Tutto questo non inficia il rigore e la fondatezza delle stime di maggior spesa presentate che, in presenza di un aumento dell'offerta residenziale o semiresidenziale, vedrà aumentare proporzionalmente i propri valori di spesa⁹.

Tab. 9. Le stime di maggior spesa sanitaria delle 4 ipotesi

Ipotesi	Maggior costo sanitario (mln. Euro)	Note
1. Nessun cambiamento	0	L'applicazione degli attuali LEA può determinare un maggior costo già finanziato dal FSN.
2. La giusta applicazione	69,0	
3. RSA al 60%	311,7	Diverse regioni già applicano una percentuale di spesa sanitaria superiore al 50%.
4. Modulazione dei centri diurni	7,0	ipotizzando che gli utenti dei centri diurni per anziani siano per 2/3 non autosufficienti e per 1/3 parzialmente non autosufficienti
TOTALE	387,7	

Note: la stima è stata realizzata a cura del CAPP ipotizzando una condizione di stabilità dell'offerta. La valutazione della ipotesi 4 è stata realizzata da F. Pesaresi.

Bibliografia di riferimento

Agenas, *Modelli e costi di assistenza agli anziani non autosufficienti e modelli innovativi di assistenza primaria*, Agenas, Roma, 2009. Sito web: www.assr.it

⁹ Così pure come i maggiori costi effettivi delle regioni inadempienti saranno nella realtà superiori a quelli stimati dovendo aggiungere a questi quelli relativi agli atti ancora non recepiti.

- Busilacchi G., Pesaresi F., “Diverse strategie nella richiesta di contributi agli utenti: un’analisi dei modelli di compartecipazione al costo dei servizi LTC nelle regioni”, in *La rivista delle Politiche sociali*, n. 2/2005, Ediesse Editore.
- Cavazza G., Zanini G., *Tariffe eque nei servizi alla persona*, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2008.
- Istat, *L’assistenza residenziale e socio-assistenziale – anno 2004*, Istat, Roma, 2007.
- Istat, *L’assistenza residenziale e socio-assistenziale – anno 2005*, Istat, Roma, 2008.
- Pesaresi F., *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in Gori C. (a cura di), “Le riforme regionali per i non autosufficienti”, Carocci press online, Roma, 2008.
- Pesaresi F., Brizioli E., *I servizi residenziali*, in N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), “L’assistenza agli anziani non autosufficienti – Rapporto 2009”, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2009.

Nota metodologica sulle previsioni di spesa

A cura del CAPP dell’Università di Modena

La fonte principale dei dati per le simulazioni sulla ripartizione degli oneri nell’assistenza residenziale¹⁰ è l’“Indagine sull’assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia” dell’Istat, anni 2004 e 2005. Per le stime di spesa media mensile per utente, suddivise in quota sanitaria e quota sociale la fonte è Pesaresi (2008), che ha rielaborato i dati sulle tariffe e le rette pagate da SSN, Comune e utente per disabili adulti e anziani non autosufficienti, riportati nell’Indagine sull’assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2004. Differentemente dal capitolo sullo sviluppo della residenzialità, si ragiona sul numero di ospiti e non sul numero di posti letto. Di conseguenza, i valori di spesa totale per tipo di utente e presidio possono essere inferiori, nel caso in cui le residenze considerate, in particolare le residenze socio-sanitarie per anziani, ospitano anche disabili adulti. Inoltre, i nuclei alzheimer, rappresentando una quota molto ridotta del totale, vengono qui ricompresi fra le RSA.

Le tariffe medie regionali per ospite in RSA sono state stimate moltiplicando la spesa media regionale per utente per il rapporto a livello nazionale fra spesa media per utente in RSA e spesa media per utente in residenze. Lo stesso metodo viene utilizzato per stimare la spesa media per utente in residenza socio-sanitaria per anziani. Nell’indagine del 2004 non sono, infatti, disponibili dati a livello regionale distinti per tipo di presidio. La stima proposta, di per sé approssimativa, è stata verificata controllando le quote sanitarie risultanti con quelle rilevate da Pesaresi (2008) per varie regioni. Per alcune regioni è stato necessario un aggiustamento. In particolare, per Molise, Puglia e Basilicata si è utilizzata la spesa media nazionale per RSA (Pesaresi, 2008), mentre per

¹⁰ I costi per le proposte relative all’Adi non sono stati stimati in quanto non è risultato possibile integrare in modo coerente i dati sulla spesa comunale per l’Adi con quelli sulla spesa da parte del SSN. Le stime di spesa per le riforme dell’assistenza semiresidenziale nelle ipotesi 2 e 4 sono state elaborate da Franco Pesaresi.

Valle d'Aosta la si è posta pari a un valore rilevato sulla base delle tariffe applicate dai presidi regionali. Si noti che non si è definito un costo standard a livello nazionale, né si è ipotizzata convergenza fra i livelli di spesa media regionale. La scelta è giustificata dalla presenza di forti differenziazioni regionali che difficilmente si livelleranno nel breve periodo. Infine, per i disabili gravi ospiti in residenze diverse dalle RSA si è posta una spesa media pari alla spesa media rilevata a livello regionale. Tutti i valori sono stati riportati al 2009 utilizzando l'indice dei prezzi al consumo NIC (comprensivo dei tabacchi).

La procedura generale per ragionare sullo status quo (anno 2009) è stata quella di stimare la percentuale di ospiti in residenze sul totale di popolazione residente al 31/12/2005, per poi riportarla al 2009 per i rispettivi valori della popolazione¹¹. L'ipotesi sottostante è che il tasso di istituzionalizzazione sia rimasto costante rispetto all'ultimo dato disponibile. Il numero di ospiti al 31/12/2005 è tratto dall'Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale, mentre la fonte per i dati sulla popolazione residente (all'1/1/2006 e previsione per l'1/1/2010, scenario centrale) è demo.istat.it. Questa procedura, descritta in termini generali, è stata adottata distinguendo sia per tipo di utente (disabile adulto o anziano) che per tipo di struttura. Nelle elaborazioni non sono stati considerati i minori con handicap ospiti in residenze, perché i dati originali di spesa si riferivano a disabili adulti e anziani non autosufficienti. Per distinguere tra disabili gravi e disabili non gravi viene invece utilizzata la proporzione di disabili adulti "totalmente dipendenti" sul totale dei disabili adulti presenti in strutture, dato presente nella sola "Indagine sull'assistenza residenziale" per l'anno 2004. Non essendo distinta per tipo di struttura, per poter utilizzare questa informazione assumiamo che il 100% dei disabili ospiti in RSA sia da considerarsi grave, quanto meno ai fini della definizione delle quote sanitarie.

Nella stima dei costi al variare della ripartizione fra sociale e sanitario si è assunto che il tasso di istituzionalizzazione e la distribuzione per tipo di presidio non cambino. In questo modo si è isolata la spesa per le riforme introdotte in questo capitolo dalle proposte relative allo sviluppo e alla rimodulazione complessiva dell'assistenza residenziale. E' bene precisare che, per ragioni chiarite all'interno del paragrafo, si è ipotizzato che la corretta applicazione delle quote previste attualmente dalla normativa (scenario 1) non comporti una variazione della spesa. Tutti i cambiamenti indicati per gli altri scenari vanno quindi intesi al netto dell'applicazione dei criteri di suddivisione che dovrebbero essere già stati introdotti. Infine, per le motivazioni esposte nell'introduzione, tutte le stime proposte nel capitolo sono di tipo statico.

¹¹ Per la percentuale di anziani ospiti in RSA del Molise ci si è riferiti al 31/12/2004, perché a tale data risultava positiva, mentre l'indagine del 2005 riporta un valore nullo.

