

**“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 16

**IL budget per la non autosufficienza e il calcolo dei fabbisogni
standard delle Regioni**

di

Vittorio Mapelli

Luglio 2010

Premessa

Questo capitolo riflette sugli aspetti finanziari dell'assistenza continuativa agli anziani non-autosufficienti (*long-term care*) e formula una proposta per (a) la definizione di un budget socio-sanitario integrato (o virtuale) e (b) il calcolo del fabbisogno standard dei LEP (livelli essenziali di prestazioni). Non entra però nel merito della eventuale costituzione di un fondo per la non-autosufficienza, né dei meccanismi di prelievo tributario per alimentarlo. Per comprendere le problematiche sottostanti e il significato della proposta è opportuno riepilogare alcuni aspetti della non autosufficienza, trattati in diversi capitoli della ricerca¹.

Il percorso che si intende seguire si può descrivere schematicamente in questo modo. Le spese per la non-autosufficienza possono essere affrontate secondo l'approccio assicurativo (erogazione di somme di denaro a fronte dell'accertamento della condizione di n.a.), come in Germania, oppure secondo l'approccio dell'erogazione e finanziamento pubblico dei servizi per la n.a., secondo l'approccio classico di un servizio sanitario nazionale (dal lato dell'offerta)². Essendo per una serie di considerazioni preferibile il secondo approccio, si deve però far rilevare l'attuale frammentazione delle responsabilità tra i quattro soggetti istituzionali deputati all'erogazione di prestazioni per la non-autosufficienza: il SSN, i Comuni, le Famiglie³ e l'INPS. I primi tre forniscono prestazioni in natura, mentre l'INPS trasferisce indennità monetarie alle famiglie. La recente legge delega sul federalismo fiscale (L. 42/09) conferma questa separazione nel finanziamento e nella erogazione dei servizi. Si rende necessario quindi, da un lato, coordinare i servizi sanitari, assistenziali e di cura attorno alle persone non-autosufficienti e, dall'altro, vincolare e gestire in modo coordinato i finanziamenti già oggi destinati all'assistenza continuativa. Avendo ricostruito e vincolato il budget globale per l'assistenza continuativa, a livello nazionale, la sua ripartizione tra le regioni e l'assegnazione agli enti periferici di spesa – le ASL, gli Enti locali e le famiglie – può avvenire secondo una quota capitaria ad intensità variabile (fabbisogno standard), rapportata al numero di persone bisognose, che è percentualmente diverso da regione a regione.

L'esperienza della ripartizione del Fondo sanitario nazionale può offrire alcuni suggerimenti ed aiutare a superare i limiti che attualmente si riscontrano. Dato il sistema di rapporti inter-istituzionali esistente, il sistema di finanziamento richiede però un'accurata e tempestiva fase di monitoraggio e di controllo dei flussi di spesa e di prestazioni. Un problema importante (ma qui non affrontato) riguarda, infine, gli incentivi finanziari alle Regioni e ai Comuni per sviluppare i servizi socio-sanitari nelle aree più carenti.

1. Verso un Servizio Socio-Sanitario Nazionale?

I problemi generati dalla perdita di autonomia nelle persone anziane oggi sono affrontati attraverso un *mix* di prestazioni in *natura* e trasferimenti in *denaro* (v. paragr. 2), da parte di diverse

¹ Al sistema attuale e alle sue criticità sono dedicati la prima parte del progetto e le sezioni iniziali dei capitoli contenuti nella seconda parte.

² I due approcci non si escludono, anzi qui si propone di integrare la fornitura di servizi con le erogazioni monetarie

³ i considerano anche le famiglie tra i fornitori di prestazioni, perché in una prospettiva di riforma dei servizi per la n.a. i costi che oggi gravano su di esse dovrebbero essere assunti (quasi integralmente) a carico dello stato

istituzioni (SSN, Enti locali, famiglie, INPS) e con finanziamenti a cascata dal centro alla periferia, vincolati o liberi, che creano notevoli problemi di coordinamento. Sulle criticità del sistema attuale si rimanda al capitolo 1, di Chiatti e Lamura.

Gli Enti pubblici coinvolti forniscono direttamente i servizi – spesso in misura inadeguata rispetto ai bisogni e alle aspettative – e trasferiscono denaro alle famiglie a sostegno parziale delle prestazioni acquistate sul mercato dei collaboratori esterni. Un sistema pubblico ideale dovrebbe essere probabilmente composto da uno stesso *mix* di prestazioni in natura e in denaro, ma potenziato nelle risorse rispetto alla situazione attuale. Dovrebbe, in particolare, potenziare l’offerta pubblica di servizi sanitari e assistenziali e incrementare i trasferimenti monetari alle famiglie, fino a coprire integralmente (o quasi) le spese per le badanti, lasciando però il compito alle famiglie di contrattare con gli operatori privati l’acquisto delle prestazioni di assistenza, custodia e supporto. Una sistema che assicuri una tale copertura dei bisogni dei non-autosufficienti sarebbe definito “*completo*” (v. cap. 15).

Un sistema ideale dovrebbe essere, inoltre, *integrato* a livello di istituzioni e di finanziamenti. Oggi il SSN eroga le prestazioni socio-sanitarie e i Comuni le prestazioni socio-assistenziali, ma poiché i bisogni delle persone non-autosufficienti sono unitari, sembrerebbe opportuno creare un Servizio *Socio-Sanitario* Nazionale e integrare, a livello locale, le funzioni dei Comuni in Aziende *Socio-Sanitarie* Locali. Gli attuali finanziamenti dello stato (FNPS), delle Regioni e dei Comuni per i servizi sociali rivolti agli anziani non-autosufficienti⁴ dovrebbero anch’essi confluire in un budget socio-sanitario nazionale. Potrebbero invece continuare ad essere gestite autonomamente dall’INPS le indennità monetarie per l’acquisto delle prestazioni delle badanti, che tuttavia dovrebbero essere contabilizzate nel budget nazionale e regionale per la non-autosufficienza ed essere allocate, insieme alla cifra per i servizi, secondo il principio della quota capitaria ad intensità variabile (v. paragr. 7).

Nell’immediato, però, non si scorge all’orizzonte una riforma del *welfare* dei Comuni che lasci presagire un’integrazione istituzionale e finanziaria. La legge delega sul federalismo fiscale (L 42/09) sembra invece avere cristallizzato l’attuale separatezza istituzionale e finanziaria. Tuttavia, anche nelle condizioni attuali e dei prossimi anni, si può sempre immaginare un sistema più coordinato di assistenza continuativa.

Le idee e le proposte che seguono sono quindi rivolte a migliorare, nell’immediato, le situazioni che sono suscettibili di cambiamento – un’ipotetica fase di transizione verso un’ipotetica riforma dell’assistenza continuativa alla n.a. – e scaturiscono da riflessioni svolte intorno all’esperienza trentennale del SSN, che alla sua nascita ereditava una frammentazione istituzionale e finanziaria molto simile a quella attuale della non-autosufficienza.

2. Le prestazioni per la non-autosufficienza

Per stimare il fabbisogno finanziario per la non-autosufficienza è necessario compiere due operazioni preliminari: (1) individuare le prestazioni sanitarie, assistenziali e sociali ritenute “essenziali” e (2) definire il grado di copertura a carico del finanziatore pubblico. Mentre le prestazioni sanitarie per la n.a. sono integralmente finanziate dal SSN – anche se in misura non

⁴ E per altri servizi a valenza socio-sanitaria come le dipendenze da sostanze nocive

adeguata – le altre prestazioni sono a carico degli Enti locali e delle famiglie, che soffrono ancora di più della penuria di finanziamenti.

Le prestazioni per la non-autosufficienza si possono raggruppare in tre aree:

- i) prestazioni sanitarie e sanitarie-assistenziali erogate dal SSN e prevalentemente dedicate alla non-autosufficienza (ad es. assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie-assistenziali, strutture semiresidenziali);
- ii) prestazioni socio-assistenziali erogate dagli Enti locali (ad es. servizio di assistenza domiciliare, centri diurni);
- iii) assistenza, custodia e supporto (a.c.s. o “assistenza non professionale”) erogata da collaboratori familiari (ad es. badanti, colf) o fornita direttamente dai familiari.

a cui si aggiungono le:

- iv) prestazioni in denaro erogate dall’INPS (indennità di accompagnamento) e dalla Regione (buoni e voucher) , che rappresentano i mezzi monetari a sostegno del reddito familiare e/o per acquistare le prestazioni dei collaboratori esterni.

In questa sede non si entra nel merito della definizione dei LEPS e del grado di *copertura* delle spese a carico del finanziatore pubblico. La definizione dei LEPS – in termini di risorse pro-capite spendibili – è una questione che deve conciliare “interessi protetti” (se non proprio diritti esigibili) e compatibilità macro-economiche. Si può solo fare l’ovvia considerazione che sia i servizi sanitario-assistenziali (del SSN) che quelli socio-assistenziali (dei Comuni) meritano un potenziamento dell’offerta ed un’azione di riequilibrio tra le regioni italiane, oggi fortemente sperequate. Questo non impedisce che prima si debba cercare di reperire risorse. all’interno del SSN, riducendo sprechi, inefficienze ed eccessi di consumi (v. paragr. 5 e Mapelli 2004).

3. I percorsi sanitari-assistenziali

Le prestazioni sanitarie e assistenziali ruotano attorno agli anziani non-autosufficienti in modo più o meno coordinato e programmato. La coordinazione dipende dagli attori che assistono le persone non-autosufficienti e dall’evoluzione delle patologie all’origine della n.a., che non sempre è prevedibile, nonostante sia a decorso cronico degenerativo. Tuttavia si possono definire due o tre *macro-percorsi* sanitario-assistenziali, che hanno forte rilevanza per il finanziamento dei servizi erogati. I percorsi si possono così identificare:

- a) percorso *istituzionale* (o *residenziale*): si svolge in prevalenza nelle strutture residenziali assistite (RSA, case protette, case di riposo e simili), dove sono fornite prestazioni sanitarie, assistenziali, sociali e di custodia in forma integrata;

- b) percorso *domiciliare*: si svolge a domicilio del paziente, integrando sulla persona (con maggiore difficoltà) le prestazioni sanitarie, assistenziali, sociali fornite da diversi attori (ad es., medico di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali, badanti, familiari);
- c) percorso *misto* (o *semi-residenziale*): il percorso è definito misto in un duplice senso, sia perché nel corso degli anni può prevedere una fase iniziale a domicilio e successivamente il ricovero in strutture residenziali, secondo l'evolversi delle condizioni di salute, sia perché può essere affrontato con il supporto di strutture semiresidenziali (centri diurni, di riabilitazione, ecc.) e il sostegno della famiglia.

Questi macro-percorsi si possono ulteriormente articolare in sotto-percorsi, secondo l'intensità (quantità) assistenziale richiesta e le condizioni cliniche, come viene fatto, ad esempio, per la classificazione dei pazienti nelle RSA (sistemi SOSIA e simili).

Pur essendo le situazioni regionali molto variegata⁵, si osserva che il percorso domiciliare è il più diffuso numericamente⁶, ma il meno sviluppato per quantità e qualità di servizi offerti. L'assistenza domiciliare integrata è diffusa, infatti, in modo soddisfacente solo in poche ASL (ad es. l'esperienza dell'ASL di Lecco; Scaccabarozzi et al. 2006), soprattutto del nord e del centro. Il percorso residenziale è più costoso per la famiglia degli anziani non-autosufficienti, perché rimane a loro carico la retta giornaliera per la parte assistenziale (circa il 50% del costo, equivalente a 40-50 euro al giorno).

La definizione dei percorsi sanitari-assistenziali, associata a quella dei LEPS, è un'operazione preliminare da compiere per definire le modalità di finanziamento della non-autosufficienza. Infatti, il principio su cui dovrebbe basarsi è quello della *neutralità* finanziaria della scelta per la famiglia. In altri termini, la famiglia non dovrebbe essere costretta a scegliere in base alla (minore) costosità di un'opzione rispetto all'altra (ad es. percorso domiciliare vs. residenziale) – perché i costi monetari sarebbero sostenuti dall'ente pubblico – ma secondo altre considerazioni (ad es. possibilità e disponibilità a seguire direttamente il familiare a domicilio).

4. Le attuali fonti e modalità di finanziamento dei servizi sanitari-assistenziali e socio-assistenziali

La non-autosufficienza non dispone di un canale specifico di finanziamento, né all'interno del SSN, né della spesa sociale degli Enti locali. Solo recentemente alcune regioni e province autonome (Trento, Bolzano, Emilia-Romagna, Veneto, Friuli-V.G., Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Sardegna) hanno istituito un fondo specifico per la n.a. (v. Pelliccia, cap. 3). E' specifico solo il finanziamento dell'INPS per l'indennità di accompagnamento, che tuttavia può riguardare anche le persone non anziane.

⁵ Nelle regioni meridionali sia le strutture residenziali che l'assistenza domiciliare sono scarsamente sviluppate. Sulle esperienze regionali si veda il cap. 5 di Bertoni e Riboldi, e Gori, a cura di, 2008

⁶ Secondo l'indagine ISTAT del 2005, vi sono 188.859 anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale, 70.271 in assistenza domiciliare integrata e 69.575 anziani in strutture residenziali

La componente sanitaria

Nell'ambito del SSN, il processo di ripartizione tra le regioni del budget nazionale⁷ prevede un sotto-livello, all'interno del LEA "Assistenza distrettuale", definito "Assistenza agli anziani" che fino al 2005 rappresentava il 4-6% del totale. Finanzia l'assistenza agli anziani, anche non-autosufficienti, e comprende l'assistenza domiciliare programmata, residenziale e semiresidenziale.

Nel 2005 la spesa effettiva per queste voci era pari al 3,2% (3.1 miliardi di euro) della spesa totale del SSN, secondo i dati dell'AGENAS (cap. 3). Secondo la Ragioneria Generale dello Stato la spesa per gli anziani non-autosufficienti nel 2007 è pari allo 0,46% del Pil (7.200 miliardi)⁸. Il criterio di calcolo delle assegnazioni regionali è basato sulla percentuale di anziani presenti in ogni regione, rispetto alla popolazione totale, e sulla quota capitaria semplice. Il criterio è molto elementare e suppone che la proporzione di anziani non-autosufficienti sia identica in tutte le regioni. La spesa effettiva delle regioni per queste voci è molto variabile e compresa lo 0,4% della Basilicata e l'11% di Trento (cap. 3).

La procedura prevede un trasferimento delle risorse "a cascata" dallo stato alle regioni e da queste alle ASL, che pagano gli erogatori dei servizi. Nonostante la procedura di ripartizione del budget nazionale preveda delle percentuali predefinite per LEA e sottolivello di assistenza, l'assegnazione finale alle regioni *non è vincolata*. Ciò consente alle regioni e alle ASL di spendere una diversa cifra, che generalmente è inferiore a quella prevista. Infatti la spesa delle ASL presenta un diverso grado di cogenza: vi sono spese "obbligate" dai contratti e dalle convenzioni in atto (ad es. con i medici di famiglia, le AO e le case di cura) e spese "volontarie", che discendono da scelte programmatiche dell'ASL (ad es. assistenza domiciliare integrata) e dalla disponibilità di servizi sul territorio. I servizi per la non-autosufficienza rientrano spesso tra le spese "volontarie" dell'ASL, data anche la loro elevata costosità (ad es. per i malati di Alzheimer).

Nel caso dell'assistenza in RSA va considerato inoltre l'onere della compartecipazione gravante sulla famiglia, che spiega come nelle regioni più povere del Sud la spesa per l'assistenza residenziale sia inferiore a quella di altre regioni (ad es. nel 2007 in Campania è di soli 6 euro pro-capite, contro i 97 euro della Lombardia) (Mapelli 2009).

La gestione dei finanziamenti per gli anziani n.a. in alcune regioni è a cura dell'Assessorato alla Sanità, mentre in altre dell'Assessorato ai Servizi Sociali.

Il trasferimento dei fondi dalla regione alle ASL avviene, in alcune regioni, sulla base della *quota capitaria*, ma in altre del *pagamento diretto* delle strutture residenziali accreditate da parte della regione, secondo il numero di prestazioni consumate (giornate di presenza) o secondo metodi più sofisticati (ad es. SOSIA), che articolano le rette giornaliere secondo la gravità⁹ dei pazienti ricoverati. In questo caso il criterio di allocazione è quindi di tipo storico-incrementale.

La componente sociale

Il finanziamento dei servizi socio-assistenziali degli Enti Locali è in piccola parte derivato dal Fondo nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), gestito dal Ministero del Lavoro e delle

⁷ Il Fondo sanitario nazionale, come abitualmente viene indicato, anche se formalmente è stato soppresso nel 2001

⁸ La Ragioneria Generale dello Stato include altre voci di spesa per la *long-term care*, in accordo con i criteri dell'EPC-EWG dell'UE

⁹ La gravità è determinata da punteggi relativi ad alcune aree quali la cognitività, la mobilità, la presenza di pluripatologie

Politiche sociali, e in parte maggiore dalle entrate proprie. Ad esempio, nel 2005 la dotazione del FNPS è stata globalmente di 583 milioni di euro, mentre la spesa sociale dei Comuni è stata di 1,3 miliardi di euro per gli anziani e di 1,2 miliardi per i disabili (ISTAT, 2008). Le regioni, inoltre, possono aggiungere risorse proprie attingendo o al bilancio o alla propria capacità impositiva.

Il FNPS è un aggregato composto da diversi fondi specifici, istituiti da leggi settoriali dello stato (ad es. per la famiglia e i minori, gli anziani, i disabili, i tossicodipendenti, ecc.), la cui ripartizione tra le regioni segue criteri differenziati. Ad esempio, la quota destinata agli anziani è suddivisa secondo la composizione per età della popolazione anziana (50% secondo la popolazione ultra65enne e 50% secondo quella ultra75enne). Oltre alle risorse per gli anziani, il FNPS comprende una quota destinata ai “Disabili”, che tramite le regioni viene assegnata ai comuni. Dopo la recente riforma costituzionale i fondi sono assegnati alle regioni senza vincolo di destinazione.

I fondi propri dei Comuni, per definizione, non seguono una procedura di ripartizione e, quindi, di equalizzazione. Le risorse di ogni Comune sono dettate dalla spesa storica (scelte del passato) e dalle priorità del presente. Si verifica quindi che la spesa pro-capite dei Comuni è fortemente differenziata, specie tra nord e sud.

La componente familiare

Le famiglie con persone non-autosufficienti contribuiscono al finanziamento in due modi: attraverso (a) il pagamento delle *compartecipazioni* ai servizi offerti dagli Enti pubblici (ad es. RSA, SAD, Centri diurni) e (b) il pagamento dei *collaboratori familiari* (badanti, colf) per l’assistenza non professionale prestata. Una terza forma di finanziamento sono (c) le prestazioni in natura fornite dai familiari attraverso il *tempo* dedicato ai loro congiunti non-autosufficienti. Il tempo dedicato può essere sostitutivo della collaborazione di una badante, qualora i familiari siano disponibili e non abbiano i mezzi finanziari, o integrativo di un servizio prestato dalla badante.

Le famiglie sostengono attualmente l’onere maggiore per la non-autosufficienza. Secondo uno studio campionario condotto in Lombardia, gli esborsi delle famiglie (al netto delle entrate per le indennità dell’INPS) sarebbero pari al 53% delle spese totali per i servizi socio-sanitarie e assistenziali dei n.a.. La percentuale salirebbe al 73% se si valorizzasse il tempo dei familiari con il costo orario di una badante, pari a 2,7 euro all’ora (Mapelli 2007).

Tuttavia, molte famiglie con persone non-autosufficienti beneficiano di due tipi di entrate monetarie, alcune *vincolate* all’acquisto di prestazioni socio-assistenziali (*voucher* o buoni regionali e comunali) e altre *libere*, derivanti dell’indennità di accompagnamento dell’INPS per l’invalidità civile¹⁰, oltre che da sussidi economici minori e occasionali da parte dei Comuni.

5. La copertura dei rischi di non-autosufficienza e il budget nazionale

Per garantire un’adeguata copertura dei bisogni di assistenza continuativa sembra necessario compiere alcune operazioni:

- definire i LEP per la non-autosufficienza e il fabbisogno finanziario a regime
- incrementare le risorse attuali

¹⁰ L’importo mensile per l’invalidità di accompagnamento è di 472,04 euro e non è articolato né per grado di invalidità, né per classi di reddito

- redistribuire le risorse tra le regioni
- coordinare l'impiego delle risorse (budget virtuale).

5.1 La definizione dei LEP e dei rischi coperti

La definizione dei LEP, incluse le prestazioni monetarie per coprire i costi delle badanti, è un'operazione essenzialmente politica, che deve tenere conto degli interessi dei cittadini e delle compatibilità macro-economiche. In questa ricerca sono state effettuate stime sul finanziamento necessario a regime – secondo diverse ipotesi – e sul *gap* di risorse necessarie. Nel settore sanitario non sembrano richiesti grossi sforzi finanziari, se solo i fondi previsti per l'assistenza agli anziani (4-6%) fossero realmente destinati a questo scopo e si potessero recuperare risorse addizionali da un migliore utilizzo di quelle in gioco: ad esempio, riducendo i ricoveri ospedalieri inappropriati (2,8 miliardi di euro, secondo il CEIS (2008)) o gli eccessivi consumi di farmaci (AIFA; 0,9 mld di euro), abbassando i costi unitari dei ricoveri ospedalieri (2,4 mld di euro) e diminuendo i tassi di ospedalizzazione (2,9 mld) (Mapelli 2009).

Più problematica è l'area socio-assistenziale dei Comuni, dove è necessario uno sforzo di definizione e omogeneizzazione dei LEPS. Uno dei LEP da definire e riconoscere *ex novo* dovrebbe essere la funzione di assistenza, custodia e supporto oggi garantita – nel percorso domiciliare – dai collaboratori esterni o più spesso dai familiari stessi e, nel percorso residenziale, dal personale della struttura residenziale. In entrambi i casi l'onere finanziario per la famiglia è oggi considerevole (1.000-1.500 euro al mese).

Il riconoscimento di un LEP specifico comporterebbe un impegno di spesa non indifferente per le finanze dello stato e delle regioni, qualora fossero chiamate a contribuire con imposte proprie (per le possibili stime si rinvia ai capitoli della seconda parte e al quadro complessivo proposto nella quarta). Questo LEP sarebbe garantito da un'erogazione *monetaria* alle famiglie, libera o vincolata all'acquisto delle prestazioni sul mercato regolato. I collaboratori esterni (badanti, colf) dovrebbero essere formati, abilitati alla professione e regolarmente assunti¹¹. L'ammontare dell'indennità, inoltre, dovrebbe essere variabile¹² e correlato al grado di non-autosufficienza, valutato dall'apposita commissione..

Nei primi due ambiti di intervento (e probabilmente anche per le collaborazioni domestiche) è comunque necessario uno sforzo redistributivo per equalizzare l'offerta di servizi tra le regioni, oggi molto sperequata. Lo strumento di elezione dovrebbe essere il metodo di calcolo del fabbisogno standard, nella fase di ripartizione del budget nazionale (v. paragr. 6).

5.2 La costituzione del budget virtuale per la non-autosufficienza

Stante l'attuale separazione istituzionale tra le aree sanitaria e sociale, per ottimizzare l'impiego delle risorse sarebbe opportuno costruire un *budget virtuale* per la non-autosufficienza e coordinare gli interventi delle istituzioni a livello locale (di erogazione). I problemi della non-

¹¹ Si potrebbero assimilare ai collaboratori esterni e remunerare anche i familiari, secondo le stesse regole
¹² Attualmente l'INPS eroga un'indennità di accompagnamento in misura fissa mensile di 472 euro

autosufficienza, infatti, sono specifici (identificabili), diffusi e multidimensionali. Con l'ipotetica creazione del SSSN il coordinamento delle risorse e degli interventi sarebbe molto facilitato.

Oggi le risorse disponibili non sono vincolate alla non-autosufficienza, ma semplicemente destinate discrezionalmente a questo scopo dalle regioni, dai Comuni e dalle ASL. Le sole risorse a destinazione vincolata sono le indennità di accompagnamento dell'INPS. Il primo passo da compiere è dunque quello di (i) *finalizzare* e (ii) *vincolare* le risorse attualmente spese per questo obiettivo (v. paragr. 7). Sotto il coordinamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali si dovrebbe ricostruire il budget virtuale nazionale e regionale delle risorse in campo, comprendente anche la spesa "autonoma" dei Comuni e le indennità dell'INPS. Potrebbe essere possibile anche stimare la spesa privata per le prestazioni delle badanti. Il budget virtuale avrebbe lo scopo di far conoscere (i) l'entità delle risorse oggi disponibili, (ii) la loro destinazione funzionale e (iii) gli squilibri nella spesa tra le regioni. Non costituirebbe un momento di gestione integrata delle risorse, ma semplicemente uno strumento di politica sanitaria. L'attivazione di questo processo potrebbe portare anche ad uniformare i criteri di ripartizione delle risorse tra le aree sanitaria e sociale

Il coordinamento nell'impiego delle risorse dovrebbe avvenire a livello locale, tra ASL e Comuni, dove si dovrebbe poter costruire un budget virtuale (inclusivo delle indennità monetarie dell'INPS) più analitico e suddiviso per Distretti. Sulla base di questi elementi di conoscenza e attraverso meccanismi di cooperazione istituzionale tra ASL e Comuni si dovrebbe ottimizzare l'uso delle risorse destinate alla non-autosufficienza.

6. Il calcolo dei fabbisogni standard e la ripartizione del budget nazionale

6.1. Il calcolo del fabbisogno standard

La recente legge delega sul federalismo fiscale (L. 42/09) prevede che i finanziamenti per i LEA e i LEPS, destinati alle Regioni e agli Enti locali, siano ripartiti secondo il principio del fabbisogno standard, calcolato in base ai costi standard (art. 2 lett. f). La legge 42/09 definisce innanzitutto il "fabbisogno standard" come "l'integrale copertura delle spese corrispondenti al fabbisogno standard per i livelli essenziali di prestazioni" (art. 9 comma 1 lett. c.1)¹³. Da ciò discende che il fabbisogno standard corrisponde alla *spesa* per i LEP. Poiché le procedure di calcolo del fabbisogno regionale si basano sul prodotto tra la popolazione residente e un valore medio per abitante, si può far coincidere il fabbisogno standard con la *quota capitaria* (semplice o ponderata). Si è molto discusso e ancora si discuterà sull'applicazione di questo principio. Alcuni – e tra questi il Ministero del lavoro e delle politiche sociali – identificano il costo standard con il fabbisogno standard regionale (o comunale) e quindi con l'attuale quota capitaria pesata. Altri invece – e tra questi l'autore del presente capitolo¹⁴ – con il metodo analitico, basato sul prodotto tra costi standard per prestazione e quantità (eventualmente standard) di prestazioni.

Questa interpretazione deriva sia dal significato, in letteratura, dell'espressione "costi standard" (costo unitario di riferimento per un'efficiente produzione aziendale), sia dall'esegesi del

¹³ Si veda anche l'art. 2 comma 2 lettera m) "superamento graduale...del criterio della spesa storica a favore: 1) del fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'articolo 117..della Costituzione"

¹⁴ Anche se poi non si proporrà l'applicazione di questo metodo al fabbisogno socio-sanitario e assistenziale

testo legislativo, che indica distintamente i costi e i fabbisogni standard. Secondo questo approccio il costo standard sarebbe il metodo di calcolo per addivenire al fabbisogno standard. L'attuazione del metodo secondo questo significato potrebbe risultare fortemente innovativa e potenzialmente dirompente per la prassi attuale (v. oltre).

Il fabbisogno standard – la quota capitaria – può essere calcolata secondo quattro distinti approcci, che hanno diverse implicazioni sull'operato delle Regioni e degli Enti locali:

- i) il metodo della quota capitaria semplice
- ii) il metodo della quota capitaria ponderata (e globale)
- iii) il metodo analitico¹⁵
- iv) il metodo della quota capitaria aggiustata per il rischio o per l'intensità assistenziale.

Il primo metodo si ispira al criterio di eguaglianza (o uniformità) e assegna le stesse risorse per ogni persona anziana. E' il metodo più semplice, ma potenzialmente il meno equo, perché nel calcolare la quota capitaria suppone che (a) la prevalenza e (b) la tipologia dei bisogni nelle diverse regioni sia identica e (c) la quantità di risorse per soddisfare i bisogni sia (debba essere) uguale in tutte le regioni.

Il metodo (ii) della quota capitaria ponderata è quello attualmente in uso per il SSN, che calcola per ogni LEA (o sotto-livello) un fabbisogno medio di spesa, ponderato secondo le classi di età degli assistiti. Viene definito globale perché la quota capitaria è rivolta alla globalità della popolazione e non distingue secondo la tipologia dei bisogni sanitari (ad es. le patologie).

Il metodo analitico (iii) è una variante del precedente, che consiste nel calcolare il fabbisogno moltiplicando i costi standard delle prestazioni per le quantità, effettive o standard, di prestazioni; anch'esso è un metodo globale, perché rivolto alla globalità dei bisogni.

Il metodo (iv) basato sull'aggiustamento per il rischio si distingue dai precedenti perché identifica un fabbisogno di spesa diverso per tipo di rischio (patologia, non-autosufficienza)¹⁶, senza distinguere tra i LEA e i sotto-livelli. Anche in questo metodo sarebbe possibile distinguere all'interno dei rischi alcuni LEA o sotto-livelli (ad es. spesa per farmaci, ricoveri, ecc.), ma le informazioni necessarie diventerebbero molto numerose. Con questo metodo si assegna una quota capitaria omnicomprensiva per tutti i tipi di prestazioni (LEA), differenziata però in relazione alla prevalenza e all'intensità dei rischi/bisogni. E' intuitivo infatti che il fabbisogno di risorse per il trattamento, ad esempio, di un tumore è diverso da quello per un infarto.

La differenza sostanziale tra i primi tre metodi e il quarto consiste nel fatto che i primi tre si basano sull'idea di bisogni, prestazioni e costi *uniformi*, mentre il quarto su bisogni *differenziati* (tra le regioni), ma risorse standard per trattare un dato bisogno.

Il primo metodo non sembra proponibile, nel caso della non-autosufficienza (e in generale), anche se a volte è l'unico praticabile, perché mancano le informazioni sui bisogni o sui pesi per correggere la quota semplice.

¹⁵ Nel Cap. 15 di Bosi et al. il secondo e terzo metodi sono indicati rispettivamente come approccio macroeconomico e approccio ingegneristico

¹⁶ Il numero di patologie (croniche) da considerare può variare da alcune decine fino ad un centinaio. In sanità i malati cronici, pur essendo una percentuale ridotta (25-35% della popolazione), assorbono circa l'80% della spesa totale

Si offre qui di seguito una descrizione più dettagliata degli altri tre approcci per suggerire infine quale sia preferibile per finanziare l'assistenza continuativa alle persone non-autosufficienti. Gli esempi numerici fanno riferimento alla sanità per la quale si dispone di maggiori informazioni, ma non dovrebbe essere difficile trasferire il metodo all'assistenza sociale.

6.1.1 Il metodo della quota capitaria ponderata (globale)

Il calcolo della quota capitaria ponderata avviene in occasione della ripartizione del budget nazionale del SSN tra le regioni. L'accordo raggiunto tra Stato e Regioni per il triennio 2007-09 ha cristallizzato (salvo minimi aggiustamenti) i risultati dei calcoli dell'anno 2006, che a loro volta avevano già in parte alterato la formula originaria messa a punto negli anni 2002-03. Per comprenderne la logica e le implicazioni allocative si descrive la procedura seguita nel 2003.

La prima operazione è la suddivisione (a priori) del budget totale secondo i tre LEA e i rispettivi sotto-livelli. Le percentuali del 2003 sono state:

1.Assistenza sanitaria collettiva	5%
2.Assistenza distrettuale	50%
- medicina generale, pediatria	6,9%
- farmaceutica	13%
- specialistica	13%
- assistenza anziani	6%
- altri servizi territoriali	12,1
3.Assistenza ospedaliera	45%
TOTALE	100%

Successivamente si procede alla ripartizione delle 7 funzioni di spesa attraverso la ponderazione della popolazione regionale, con valori specifici per la farmaceutica, la specialistica e l'ospedaliera (71% del totale), e con valore 1 per le altre funzioni (quota capitaria semplice). Nella sua essenza la formula allocativa è così concepita:

$$\text{Fabbisogno finanziario}_j = \text{Popolazione}_j \cdot \bar{k}_n \cdot \bar{s}_n$$

dove \bar{k}_n rappresenta il vettore dei *pesi* specifici nazionali delle classi di età di una dato LEA (o funzione assistenziale), \bar{s}_n la spesa pro-capite nazionale (quota capitaria semplice) dello stesso LEA e j la regione j esima¹⁷. In altri termini, il fabbisogno finanziario di ogni regione scaturisce dal prodotto tra la popolazione pesata per \bar{k}_n (superiore o inferiore a quella reale) e il valore *pro-capite nazionale* di spesa per quel LEA. Dopo la compensazione per la mobilità sanitaria inter-regionale, la quota finale assegnata alle regioni è un ammontare *globale*, senza alcun vincolo di destinazione alle singole funzioni di spesa.

¹⁷ I simboli sono soprassegnati per indicare che sono fissati esogenamente dal decisore politico

La tabella 1 riporta, come esempio, la procedura di calcolo per il LEA “Assistenza ospedaliera”: i pesi (\bar{k}_n) e la spesa ospedaliera pro-capite nazionale (\bar{s}_n) sono identici per tutte le regioni e vengono moltiplicati per la popolazione delle diverse classi di età di ogni regione. I dati si riferiscono al 2005¹⁸.

Tab. 1. Metodo di ripartizione tra le regioni del LEA “Assistenza ospedaliera”. Regione j-esima

Classi di età	Formula ripartizione FSN			
	Popolazione	Pesi	Quota pro-capite nazionale (€)	Totale assegnazione regionale
Regione j				
0 - 1		2,97	420	
1 - 4		0,41	420	
5-14		0,22	420	
15-24		0,36	420	
45-64		0,94	420	
65-74		2,10	420	
75 >		3,07	420	
TOTALE			420	

I pesi sono ricavati dalla spesa ospedaliera per classi di età. Ad esempio, il coefficiente 2,10 della classe 65-74 anni è calcolato come rapporto tra la spesa pro-capite della classe e quello totale (883/420 euro), valore il primo che a sua volta è il prodotto tra il tasso di ospedalizzazione della classe 65-74 anni (237 per 1000 abitanti) e il valore medio per ricovero di 3.717 euro (tab. 2).

Tab. 2. Calcolo e scomposizione dei pesi del LEA “Assistenza ospedaliera”

Classi di età	Calcolo pesi		Scomposizione pesi				
			Tasso ospedal.		Costo medio per ricovero		Totale peso
	spesa p.c. per età	pesi	per 1000 ab.	n. indice su totale (a)	v.a. (€)	n. indice su totale (b)	Peso (c) = (a) * (b)
0 - 1	1.247	2,97	529	3,83	2.355	0,77	2,97
1 - 4	172	0,41	102	0,74	1.685	0,55	0,41
5-14	93	0,22	51	0,37	1.800	0,59	0,22
15-24	152	0,36	72	0,52	2.121	0,70	0,36
45-64	395	0,94	121	0,87	3.271	1,08	0,94
65-74	883	2,10	237	1,72	3.717	1,22	2,10
75 >	1.291	3,07	351	2,54	3.682	1,21	3,07
TOTALE	420	1,00	138	1,00	3.040	1,00	1,00

I coefficienti utilizzati per ponderare la popolazione regionale contengono quindi, *implicitamente*, delle *quantità* e dei *costi* di riferimento. In altri termini, nel ripartire le risorse del

¹⁸

I dati non si riferiscono al FSN ripartito, ma alla spesa ospedaliera su cui sono stati calcolati i pesi della tab. 2

Fondo sanitario si ipotizza che in tutte le regioni gli anziani debbano avere un tasso di ricovero di 237 per mille ed un costo medio per ricovero di 3.717 euro¹⁹.

Analogamente si procede per tutte le altre classi di età. Questa procedura di calcolo costituisce, di fatto, l'applicazione del metodo analitico previsto dalla L. 42/09. Alcuni studiosi e decisori politici hanno sostenuto recentemente l'impossibilità pratica di applicare il metodo analitico, senza rendersi conto che il metodo è in vigore dal 2002 (o addirittura dal 1985, quando però i pesi non erano calcolati su dati empirici, ma concordati a livello politico).

Sul piano pratico le conseguenze sono che:

- le regioni con *bisogni* sanitari e, quindi consumi sanitari (tasso di ospedalizzazione), superiori alla media nazionale (implicitamente contenuta nel peso \bar{k}_n) non ricevono risorse sufficienti, mentre ricevono risorse eccessive quelle con bisogni inferiori alla media;
- le regioni con *costi unitari* delle prestazioni superiori al costo medio implicito nella formula sono giustamente penalizzate, ma le regioni con costi inferiori sono inopinatamente premiate con la differenza tra i loro costi effettivi e quelli medi nazionali²⁰.

6.1.2 Il metodo analitico a costi (e quantità) standard

Il metodo *analitico*, basato su costi ed eventualmente quantità standard delle prestazioni sanitarie, rappresenta un'evoluzione dell'attuale formula di riparto del budget del SSN, che può risolvere alcune sue incongruenze e garantire l'effettiva erogazione degli attesi Livelli essenziali di assistenza. Poiché il fabbisogno e la spesa sanitaria scaturiscono dal prodotto tra quantità e costi (reali o standard) delle prestazioni, la formula di calcolo è del tipo:

$$\text{Fabbisogno finanziario}_j = \text{Popolazione}_j \cdot \bar{q}_z \cdot \bar{c}_z$$

dove \bar{q}_z e \bar{c}_z denotano rispettivamente le quantità (consumi sanitari) pro-capite standard e i costi standard delle diverse prestazioni sanitarie z , mentre la j indica la regione j -esima. L'applicazione letterale della L. 42/09 prevede l'applicazione dei soli costi standard alle quantità effettive di prestazioni sanitarie consumate.

Tuttavia la stessa logica che ha ispirato la legge si può estendere anche alle quantità di prestazioni, che in alcune situazioni possono superare dei valori "normali", per cui una loro riduzione non influirebbe negativamente sullo stato di salute della popolazione. Ovviamente per questa operazione occorre molta cautela e una profonda conoscenza epidemiologica delle quantità di prestazioni ritenute mediamente necessarie per curare i pazienti.

Se si accetta il criterio dello standard di riferimento, si devono operare dei *tagli* alle quantità di prestazioni e ai costi superiori alla norma, mentre non sembra necessario "premiare" le regioni

¹⁹ In realtà la formula di calcolo utilizza non i valori assoluti, ma i numeri indice per classe di età rispetto alla media nazionale (v. tab. 2)

²⁰ Poiché i costi unitari delle prestazioni sono in realtà dei costi medi di un *mix* di prestazioni con diversi costi (o tariffe), vengono penalizzate anche le regioni con i mix più costosi del riferimento nazionale, malgrado i costi delle singole prestazioni possano essere efficienti

posizionate al di sotto dello standard. In tal modo si liberano risorse che si possono risparmiare o destinare a soddisfare bisogni presumibilmente insoddisfatti, nella stessa o in altre regioni.

La tab. 3 illustra la situazione ipotetica di quattro regioni nelle quali quantità e costi storici (ultime due colonne) sono superiori o inferiori allo standard azionale. Lo standard è fissato nel tasso di ospedalizzazione di 180 per 1000 abitanti e nel costo medio per ricovero degli ospedali pubblici²¹.

Tab. 3. Metodo analitico di calcolo del LEA “Assistenza ospedaliera”

Regioni	Formula ripartizione FSN					Dati storici	
	Popolazione (1)	Quantità standard (t. ospedaliz./ 1000) (2)	Costo standard per ricovero (€) (3)	Totale assegnazione regionale (4)=1*2*3	Quota capitaria LEA "Ass. osp."(a) =(2)*(3)	Quantità effettive (t. ospedal./ 1000)	Costo effettivo per ricovero (€)
Regione 1		172,0	4.920		846	172,0	4.920
Regione 2		175,0	5.179		906	175,0	5.540
Regione 3		180,0	5.179		932	196,0	5.620
Regione 4		180,0	5.179		932	191,0	4.890
TOTALE		180 b	5.179				

(a) La quota pro-capite non può essere confrontata con quella di tab. 1, perché calcolata secondo criteri diversi (valori tariffari per la tab. 1 e costi storici per la tab. 3)

(b) Il tasso effettivo, dopo la standardizzazione può risultare inferiore a 180 per mille

Secondo la logica descritta, se i tassi di ospedalizzazione e i costi per ricovero sono inferiori allo standard vengono confermati, mentre sono abbattuti se sono superiori. Sia le quantità che i costi per ricovero si possono articolare per classi di età, rendendo più realistici gli standard. Disponendo dei dati necessari (economici ed epidemiologici), sarebbe opportuno calcolare delle funzioni di costo e di bisogno di ricovero da applicare alle singole regioni, anziché applicare un valore puntuale unico.

Come si può osservare dall'esempio, anche il metodo analitico, come il precedente, perviene a calcolare una quota capitaria per LEA, attraverso il prodotto tra le quantità (t. ospedalizzazione) e i costi standard per ricovero. Il suo vantaggio principale consiste nel rendere *espliciti* i parametri di calcolo della quota capitaria, che nel metodo attuale sono impliciti e questo ha una particolare rilevanza per il monitoraggio, a posteriori, della spesa sanitaria (v. paragr. 8)

6.1.3. Il metodo di aggiustamento per il rischio o per l'intensità assistenziale

Il metodo in vigore per il SSN ritiene che i bisogni sanitari siano globalmente catturati dall'età, attraverso la ponderazione. Tuttavia questo approccio presenta due limiti, perché (i) i bisogni di cura sono certamente correlati con l'età (in funzione crescente), ma anche con altre variabili (ad es. le condizioni ambientali, lo stato di deprivazione, le reti familiari inadeguate) e (ii)

²¹ Il costo per ricovero medio nazionale (2007) è stato calcolato dall'autore (Mapelli 2009) nell'ambito di un recente studio

sono differenziati tra le aree geografiche. In altri termini, ciò che rileva è anche il *mix* dei bisogni sanitari, perché ogni tipologia di bisogno richiede quantità diverse di risorse assistenziali. E' necessario perciò disporre di più precisi indicatori di bisogno sanitario per ripartire le risorse tra le regioni e garantire che questi siano effettivamente soddisfatti. E' il principio della diversità dei bisogni, non dell'uniformità delle prestazioni, che dovrebbe essere applicato.

I bisogni sanitari delle regioni si possono rappresentare in vari modi, ma l'indicatore più significativo è dato dalla prevalenza delle malattie croniche, perché (a) *concentrano* una forte percentuale di spesa sanitaria (80-85%) e inoltre (b) *persistono* nel tempo e quindi sono capaci di predire i futuri bisogni di assistenza sanitaria.

Lo stesso approccio può valere per i bisogni socio-assistenziali delle persone non-autosufficienti, dove non rileva tanto il tipo di n.a., ma il *percorso assistenziale* seguito (ad es. domiciliare vs. istituzionale). Ovviamente i percorsi assistenziali possono essere articolati al loro interno secondo la diversa *intensità* assistenziale richiesta (sull'esempio dei metodi SOSIA o simili).

Disponendo di indicatori specifici di bisogno, la formula di ripartizione dei budget nazionali sanitari e socio-assistenziali sarebbe data dal prodotto tra i tassi regionali di bisogno socio-sanitario (prevalenza delle malattie, della non-autosufficienza) per il *costo standard di trattamento* dei diversi tipi di malattia o di percorso assistenziale. La formula di calcolo sarebbe del tipo:

$$\text{Fabbisogno finanziario}_j = \text{Popolazione}_j \cdot \pi_{ij} \cdot \overline{\text{cm}_i}$$

dove π_{ij} indica la prevalenza delle diverse malattie *i* (tassi di bisogno) in ogni regione *j*-esima e $\overline{\text{cm}_i}$ il costo standard di trattamento di ciascuna *malattia* *i*-esima²² o di ciascun *percorso assistenziale*. Concettualmente la quota capitaria sarebbe calcolata come un premio assicurativo, il cui valore è determinato dalla probabilità di ammalarsi (π) per il costo delle cure mediche (cm). In questo modo la formula riconoscerebbe integralmente la diversità dei bisogni sanitari delle varie regioni, ma imporrebbe di trattare gli stessi bisogni con un'identica (o simile) quantità di risorse su tutto il territorio nazionale.

Nella formulazione più semplice il costo standard di trattamento delle malattie $\overline{\text{cm}_i}$ o dei percorsi assistenziali sarebbe calcolato come la media nazionale dei costi delle regioni e potrebbe quindi includere anche una (minima) parte di inefficienze (nei costi) o di eccessi di consumi (nelle quantità). Questi rischi si potrebbero evitare attraverso analisi più sofisticate, di tipo epidemiologico-clinico ed economico, sui costi delle singole malattie, arrivando a stabilire delle quantità standard e dei costi standard per malattia, secondo l'approccio tipico del metodo analitico (v. nota 21).

Per i percorsi socio-assistenziali, essendo noto che le risorse dedicate sono inadeguate, si potrebbero calcolare dei costi standard basati su un campione significativo di regioni/comuni o fissare a livello politico.

²² Volendo o potendo essere più analitici, anche ogni singolo $\overline{\text{cm}_i}$ può essere scomposto come il prodotto tra $\overline{q_i} \cdot \overline{c_i}$, ossia tra quantità standard e costi standard per ogni malattia (ad es. quanti ricoveri e farmaci servono per curare mediamente un tumore, una malattia cardiovascolare, ecc), secondo la metodologia del fabbisogno analitico esposta nel paragr. 6.1.3.

La tab. 4 illustra un esempio di calcolo dei fabbisogni regionali per la sanità e l'assistenza sociale. Come si può osservare, i tassi di bisogno della regione j-esima sono riconosciuti nella loro integrità, mentre sono applicati dei costi standard di trattamento delle malattie 1, 2, 3.

Tab. 4. Metodo di aggiustamento per il rischio o l'intensità dei bisogni.

Regione j-esima

Tipi di malattia o percorso	Formula ripartizione budget sanitario e socio-assistenziale				Dati storici	
	Popolazione (1)	Tassi di bisogno per 1000 (π) (2)	Costo standard per malattia/perc. assist. (€) (3)	Totale assegnazione regionale (4)=1*2*3	Tassi di bisogno per 1000 (π)	Costo effettivo per malattia (€)
Regione j						
Malattia 1		2,7	6.970		2,7	7.514
Malattia 2		24,0	4.210		24,0	4.706
Malattia 3		31,9	2.220		31,9	2.311
.....						
1 Perc. istituz.		6,1	12.000		6,1	11.177
2 Perc. domicil.		4,5	4.000		2,1	3.704
TOTALE						

Ovviamente, per la ripartizione del budget del SSN e del sociale non bastano informazioni campionarie sulla prevalenza dei malati, come quelle dell'*Indagine multiscope* dell'ISTAT, ma servono dati reali, che si potrebbero ricavare dai dati amministrativi delle ASL. Esistono diversi metodi per l'individuazione dei malati cronici (ad es. Mapelli 2004, Regione Lombardia: Banca Dati Assistiti). Alcune regioni già dispongono oggi di queste informazioni sia sulla prevalenza che sui costi di trattamento (Lombardia, Friuli-V.G., Emilia-Romagna, Toscana), per cui sarebbe possibile calcolare dei costi standard per malattia su un campione significativo di regioni. Per i bisogni della non-autosufficienza sarebbe necessario procedere ad una rilevazione sistematica del grado di non-autosufficienza delle persone anziane (e adulte), secondo scale valide e uniformi in tutte le regioni.

6.1.4. Il vincolo di destinazione delle risorse per la non-autosufficienza

Uno degli aspetti più controversi dell'attuale gestione del Fondo sanitario nazionale è la mancanza di vincoli di spesa sui LEA quando le risorse sono assegnate alle regioni e alle ASL, nonostante la procedura di suddivisione fissi delle percentuali per ogni LEA e sotto-livello (v. paragr. 6.1.1). Questo fa sì che, come più volte rilevato in questo studio, vi siano forti sperequazioni nei livelli regionali di spesa per la n.a. e quindi nei diritti di accesso dei cittadini ai LEP. Per garantire l'eguaglianza dei diritti sembra quindi opportuno introdurre dei *vincoli* o delle riserve di spesa per la non-autosufficienza, così da impegnare le regioni, particolarmente al sud, a sviluppare quei servizi che oggi sono più carenti.

Il vincolo di spesa dovrebbe essere posto sia sul budget del SSN che sul FNPS. Non si tratterebbe di settorializzare il budget nazionale per tipi di bisogno²³, che innescerebbe una rincorsa da parte anche di altri gruppi di pazienti gravi (malati di tumore, dializzati, ecc.), ma di costituire una riserva di spesa per le regioni oggi collocate su valori molto inferiori alla media nazionale. Le altre regioni, con situazioni più favorevoli, potrebbero superare questo limite.

Si fa osservare, da parte di alcuni, che dopo la modifica del titolo V della costituzione (2001) non è più possibile vincolare i fondi sanitari e sociali destinati alle regioni. Tuttavia si può obiettare che, nei fatti, il vincolo sulle risorse sanitarie è tuttora operante. Gli esempi sono numerosi. Il più evidente è il calcolo dei deficit regionali, con il conseguente percorso di rientro: se le risorse destinate alla sanità non fossero distinguibili dalle altre del bilancio regionale, sarebbe impossibile verificare la sopravvenienza del deficit. Un altro esempio è il vincolo del 13% sulla spesa farmaceutica (o 16% inclusa quella ospedaliera) fissato per legge nel 2001 (L 205/01). In passato fu introdotta (senza molto successo) una riserva di spesa del 6% per sviluppare la prevenzione. Alcune regioni, come la Lombardia, inoltre introducono autonomamente dei vincoli sulla spesa ospedaliera e specialistica delle proprie ASL.

Sembra quindi possibile – e auspicabile – vincolare le risorse per la non-autosufficienza all'interno del budget nazionale per il SSN e delle aree “anziani” e “disabili” del FNPS. Auspicabilmente il vincolo dovrebbe essere posto anche su tutti gli altri LEA del Fondo sanitario, per evitare che le aree più “forti” assorbano troppe risorse. Tuttavia dovrebbe essere *flessibile* (ad es. $\pm 2\%$ rispetto alla percentuale del LEA nazionale) per non irrigidire troppo le decisioni di spesa. Ogni regione, in sede di ripartizione del budget nazionale, dovrebbe indicare le proprie preferenze in merito alla suddivisione del fondo tra i LEA e i sotto-livelli, impegnandosi però al rispetto di queste quote e ad una verifica formale da parte dello Stato (v. Prf. 8). Ad esempio, se la percentuale nazionale del LEA “Assistenza ospedaliera” è fissata al 44% e la regione Campania si colloca storicamente al 49%, potrebbe chiedere di fissare il proprio LEA al 46%, incrementando contestualmente il LEA “Assistenza Domiciliare” del 2%. Nei sistemi sanitari di tipo federale, basati su una *National Health Insurance* (ad es. Canada, Australia) i trasferimenti dello stato ai governi periferici sono la leva più importante per ottenere che siano rispettate le priorità e le scelte politiche decise dal governo centrale (France, 2006). Nel nostro ordinamento costituzionale questo non è permesso, ma sarebbe auspicabile che fosse reintrodotta. Si potrebbero così definire dei sub-budget per LEA che sarebbero trasferiti dallo stato alle regioni nelle percentuali da esse prescelte in sede di ripartizione.

Il vincolo di spesa, insieme all'esplicitazione dei costi standard e delle quantità standard di prestazioni sanitarie (metodo 3), potrebbero, da un lato, rendere più trasparente la gestione della sanità nei rapporti con i cittadini, dall'altro stimolare le regioni ad utilizzare le risorse per servizi che altrimenti riscuoterebbero una bassa priorità di intervento.

²³

Scelta che peraltro l'autore auspica

7. Una proposta per il calcolo del fabbisogno standard regionale per la non-autosufficienza

La procedura di assegnazione delle risorse dal centro alla periferia (Regioni, ASL e Comuni) dovrebbe prevedere tre fasi:

- definizione del budget nazionale
- vincolo delle risorse per la n.a.
- calcolo dei fabbisogni standard per regione (ripartizione del budget).

La procedura immaginata è coerente con quella attuale, che parte dalla definizione politica (nell'ambito della legge finanziaria) del budget nazionale e assegna, *per divisione*, le risorse nazionali alle Regioni e agli Enti locali, secondo un fabbisogno standard (quota capitaria). E' la cosiddetta procedura dall'alto verso il basso (*top-down*), alternativa all'approccio che parte invece dalla definizione dei fabbisogni locali o regionali da soddisfare e delle risorse necessarie e *per aggregazione* verticale definisce il budget nazionale (procedura *bottom-up*). Quest'ultimo approccio lascia indeterminata la cifra del budget totale e non garantisce la compatibilità macroeconomica con gli altri settori di spesa pubblica.

Il secondo passaggio dovrebbe essere, come suggerito, il vincolo di risorse per la non-autosufficienza, sia nell'ambito del budget del SSN, sia del FNPS, sia del futuro budget sociale destinato agli Enti locali, in base alla L. 42/09

L'aspetto più cruciale riguarda il calcolo del fabbisogno standard regionale, nell'ambito del processo di ripartizione del budget nazionale, perché ancora manca una definizione legislativa (o amministrativa) dei LEP per l'area sociale e, in futuro, per l'area indicata di "assistenza, custodia e supporto".

Il metodo che si propone per il finanziamento a regime è quello basato sul prodotto tra la prevalenza dei *bisogni* in ogni regione per un costo standard *per percorso* sanitario-assistenziale e socio-sanitario (metodo 4). I percorsi sono definiti come un insieme di prestazioni, appartenenti a *diversi* LEA/LEP, che garantiscono in modo coordinato e continuativo la risposta ai numerosi bisogni delle persone non-autosufficienti. Ad esempio, il fabbisogno per il "percorso domiciliare" può includere il LEA "assistenza domiciliare integrata", il LEPS "centri diurni" e il LEP "assistenza, custodia e supporto" fornito dalle badanti, il cui importo è un trasferimento in denaro.

La caratteristica delle persone con problemi di n.a., come di quelle con malattie croniche, è infatti la *continuità* delle prestazioni di assistenza, cura e supporto. Pur essendo quantificabile il numero di prestazioni, il finanziamento non può scaturire dalla moltiplicazione tra il numero e la tariffa di prestazioni, perché vi sono costi non compresi nella tariffa (ad es. spostamenti degli operatori) o non quantificabili (ad es. tempi di attesa). In alcuni casi, inoltre, si tratta di una pura presenza vigile (ad es. della badante), misurabile in ore, ma non in numero di prestazioni²⁴.

Il finanziamento per percorso (annuale), concettualmente è simile alla quota capitaria, perché *omnicomprensivo* di un insieme di prestazioni difficilmente prevedibili a priori. In questa

²⁴ La situazione è simile a quella del pronto soccorso dove vengono effettuate prestazioni (visite, medicazioni, ecc.), ma ciò che rileva è anche la disponibilità degli operatori per interventi imprevisti (*option demand*)

direzione va anche la proposta di finanziamento delle cure domiciliari effettuata dall'apposita commissione ministeriale (Comitato Ospedalizzazione Domiciliare 2002).

Il costo standard per percorso può essere calcolato su dati rilevati presso un campione di servizi bene organizzati ed efficienti. Non interessa infatti rilevare l'universo dei servizi, ma disporre di un campione di enti dove i percorsi sono ben strutturati e completi. Sono stati indicati due macro-percorsi – domiciliare e istituzionale – ma è possibile, ovviamente, articularli in diversi sotto-percorsi, caratterizzati dall'intensità dei servizi richiesti e da altre variabili cliniche. Per l'applicazione del metodo è tuttavia essenziale rilevare il dato di prevalenza in ogni regione degli anziani non-autosufficienti, secondo il grado di n.a. Un primo inizio potrebbero essere le statistiche delle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile (secondo le diverse percentuali riconosciute), depurate degli eventuali illeciti. Il limite di questo approccio – peraltro comune anche all'attuale procedura di calcolo della quota capitaria del SSN – è di non essere analitico e, quindi, di non permettere una verifica puntuale delle quantità di prestazioni consumate. Questo aspetto, tuttavia, rileva per la fase di monitoraggio e riguarda il controllo sugli erogatori di prestazioni – soprattutto privati convenzionati – e la soddisfazione degli utenti, che può essere risolto con altri strumenti (ad es. controlli a campione, questionari sulla soddisfazione dei pazienti).

L'approccio alternativo potrebbe essere il metodo analitico²⁵, che prevede tre passaggi: (i) l'identificazione (e codifica) delle prestazioni socio-assistenziali incluse, (ii) la loro quantificazione in termini di numero medio/standard per persona e (iii) il calcolo del costo medio per prestazione. La moltiplicazione tra quantità e costi unitari delle prestazioni definisce le risorse spendibili per persona e per LEP. Si tratta di un percorso lungo, complesso e non del tutto soddisfacente perché ogni LEP andrebbe definito in relazione agli altri, essendo alcune prestazioni sostitutive o complementari alle altre. Nei primi anni '90 fu sperimentato per la sanità, ma presto abbandonato per la sua impraticabilità e l'insufficienza di risorse necessarie a garantire standard adeguati. Allo stato attuale non sembra proponibile, soprattutto per la mancanza delle informazioni di base sul numero e sui costi delle prestazioni. Ciò non fa venire meno l'esigenza di raccogliere oggi quante più possibili informazioni sul numero e sui costi delle prestazioni socio-sanitarie e assistenziali.

A regime, la ripartizione delle risorse dovrebbe comprendere anche le erogazioni monetarie per le prestazioni di assistenza, custodia e supporto delle badanti o per la quota sociale della retta nelle RSA. Per la ripartizione serve conoscere il numero effettivo delle persone non-autosufficienti ed effettuare una previsione sugli ingressi e le uscite (nuovi casi e casi cessati). Le indennità monetarie dovrebbero essere commisurate al grado di non-autosufficienza presente nel titolare, secondo la valutazione della commissione medico-sociale.

8. Il monitoraggio e controllo delle prestazioni e della spesa²⁶

Il finanziamento standard per persona nel bisogno, assegnato alle Regioni, alle ASL e ai Comuni, è una somma probabilistica con la quale dovranno rispondere alle necessità poste delle loro popolazioni²⁷. Tuttavia la quantità e qualità di prestazioni che con quella cifra saranno erogate dipende (i) dalla capacità di governo della domanda a livello locale e (ii) dall'efficienza nella

²⁵ Non si ritiene consigliabile il metodo attuale per il Fondo sanitario a causa dei numerosi problemi evidenziati

²⁶ Una discussione più ampia del sistema di monitoraggio si trova nel capitolo 17, di Caruso.

²⁷ Allo stesso tempo rappresenta un trasferimento di rischio finanziario dal delegante al delegato

produzione dei servizi, se questi sono a gestione diretta. Il finanziamento standard è calcolato in modo da risultare equo tra le varie popolazioni regionali (“a diversità di bisogni, diversità di risorse”, secondo il principio di equità verticale), ma la spesa risultante a posteriori non garantisce necessariamente l’eguaglianza di trattamento dei cittadini. Diviene quindi cruciale monitorare in corso d’opera e controllare a posteriori l’effettiva erogazione di prestazioni per comparare le situazioni locali e adottare le necessarie misure correttive. Il controllo sulla spesa sanitaria e sociale (ivi inclusi l’efficienza e i costi delle prestazioni) risponde anche a finalità economiche e di controllo del debito pubblico, ma in questa sede questa preoccupazione è meno rilevante. Il fuoco dell’attenzione è sui diritti dei cittadini alle prestazioni e sull’equità di accesso/uso dei servizi.

Non si entra nel merito delle procedure e degli indicatori socio-sanitari necessari al controllo, ma si vogliono semplicemente richiamare alcuni aspetti che l’esperienza del SSN e del *welfare* dei Comuni hanno dimostrato essere cruciali.

Il primo punto è che i controlli devono essere *tempestivi*. Le informazioni dovrebbero essere disponibili in tempi brevi, almeno a livello locale (se annuali entro il trimestre dell’anno successivo; se semestrali, entro il mese seguente), per permettere di intervenire e correggere gli scostamenti. Le informazioni tardive (dopo due anni, come avviene per molti dati del SSN) servono solo a scopi statistici e non di *policy*.

Gli indicatori dovrebbero essere *orientati alle persone* e non genericamente all’attività o alla spesa dei servizi. Le informazioni attualmente disponibili sono di tipo funzionale o economico e permettono solo di calcolare valori medi pro-capite. Ciò che serve è il collegamento tra prestazioni, spesa, esiti e le persone che effettivamente hanno avuto accesso ai servizi (gli “utenti”²⁸). Con gli attuali sistemi informativi è possibile effettuare il collegamento tra il codice assistito e il codice della prestazione (una volta che questa sia identificata). Inserendo la tariffa della prestazione è possibile ottenere anche la spesa per utente.

A questo scopo servirebbe una batteria di:

- indicatori di bisogno (n. di persone secondo la tipologia di bisogno sanitario-assistenziale)
- indicatori di processo (n. di prestazioni per tipo, qualità dei servizi, efficienza)
- indicatori di equità di accesso/uso
- indicatori di esito o di soddisfazione degli utenti.

Gli indicatori di bisogno si riferiscono ovviamente ai bisogni espressi, ma attraverso opportune tecniche statistiche si possono stimare anche i bisogni attesi, date le caratteristiche della popolazione locale. I dati sul bisogno possono scaturire dalle rilevazioni di tipo amministrativo oggi condotte per vari scopi (ad es. dai Comuni, dall’INPS, ecc.). Associati a questi vi dovrebbero essere le tradizionali caratteristiche socio-demografiche delle persone nel bisogno. Gli indicatori di processo attengono al grado di copertura dei bisogni tramite un numero adeguato, per quantità e qualità, di prestazioni. Gli indicatori di equità (che generalmente non sono disponibili) dovrebbero misurare le opportunità di accesso o gli usi effettivi di prestazioni a parità di bisogno. Si possono calcolare a partire dal primo gruppo di indicatori. Gli indicatori di esito sono più difficili da valutare, sul piano logico, perché non è agevole individuare un nesso di causa-effetto tra utilizzo dei

²⁸

Persone che nel periodo hanno utilizzato almeno una prestazione

servizi e risultati sulla qualità di vita. Tuttavia uno sforzo andrebbe fatto in questa direzione, perché sono l'esito e la qualità di vita ciò che realmente conta per gli anziani non-autosufficienti.

Gli indicatori e le verifiche dovrebbero essere anche di tipo *macro-economico* e riguardare il rispetto dei vincoli settoriali di spesa (LEA)²⁹, le quantità e i costi unitari delle prestazioni fissati in sede di ripartizione del budget tra le regioni. Le verifiche dovrebbero essere effettuate dallo Stato nei confronti delle Regioni ed avere implicazioni sulle quote di assegnazione del budget successivo. Il processo sarebbe favorito dalla disponibilità di statistiche sul numero di prestazioni consumate e sul loro costo³⁰. A livello infra-regionale il controllo servirebbe a migliorare la *trasparenza* nei rapporti tra gli amministratori e la popolazione. Infatti potrebbe rivelare che alcuni servizi non sono disponibili in quantità sufficiente perché vi sono stati eccessi di costi o di consumi di prestazioni in altri settori, che hanno sottratto le risorse necessarie. I dati sulle quantità di prestazioni servirebbero anche a controllare gli erogatori (specialmente privati accreditati), qualora il servizio fosse erogato sulla base di un *voucher* per ciclo di trattamento, che non specifica il numero di prestazioni.

Un ultimo aspetto riguarda il sistema di incentivi e sanzioni (v. cap. 17). L'esperienza del SSN prova che il sistema delle verifiche e rendicontazioni (ad es. la Relazione annuale) non è mai stato accompagnato da *sanzioni* o che queste non sono mai state realmente efficaci. L'unica vera e ultimativa sanzione è il ripiano del disavanzo da parte della regione e l'adozione di un piano di rientro, assistito dal Governo, se sono superati i parametri di legge. Tuttavia anche in questo caso nulla garantisce che la maggiore spesa abbia effettivamente prodotto una maggiore quantità e qualità di prestazioni. Alla luce delle esperienze passate, sembra preferibile affidarsi ai meccanismi automatici ed espliciti (*built-in*) dei criteri di riparto (vincoli per LEA, costi standard per percorso, costi e quantità standard), che possano indirizzare l'attività degli enti coinvolti, e a verifiche tempestive accompagnate da nuovi impegni da parte delle regioni inadempienti.

Riferimenti Bibliografici

AIFA (2009), *L'uso dei farmaci in Italia*, Rapporto nazionale 2008, Roma

CEIS, *Rapporto Sanità 2008*, Roma 2009

Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (2002), *Caratterizzazione dei servizi di cure domiciliari Documento conclusivo*, Ministero della Salute, Roma, 30 settembre 2002

France G. (2006), *Federalismo e sanità*, Milano, Giuffrè Editore.

Gori, C (a cura di), 2008, *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

ISTAT (2008), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2005*, Roma

Mapelli V. (2004), *Bisogni sanitari, consumi e spesa nella base dati di un'Asl lombarda*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2004*, Bologna, Il Mulino, pp. 147-170

²⁹ La verifica dovrebbe essere conclusa prima della nuova ripartizione del budget nazionale

³⁰ Uno degli scopi principali del metodo analitico di calcolo del fabbisogno (metodo 3) è precisamente questo

- Mapelli V. (2006), *Le risorse addizionali del SSN per i non autosufficienti*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino, pp 375-394
- Mapelli V. (2009), *La perequazione degli standard sanitari delle Regioni*, in Arachi G, Mapelli V, Zanardi A., *Prime simulazioni del sistema di finanziamento e di perequazione di Regioni e Comuni previsto dal ddl sul federalismo fiscale*, mimeo, Roma, 2009, pp. 74
- Ragioneria Generale dello Stato (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 10, Roma
- Scaccabarozzi G. et al. (2007), *La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare*, in Falcitelli N., Langiano T., *La remunerazione delle attività sanitarie. Caratteristiche attuali e ipotesi evolutive*, Bologna, il Mulino, p. 89-118, 2007