

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

I meccanismi nazionali di finanziamento

*Laura Pelliccia
Asl Milano 2*

Indice

1. Gli obiettivi dell'analisi
2. Le fonti di finanziamento nazionali:
 - 2.a Il Fondo Sanitario Nazionale
 - 2.b Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
 - 2.c Il Fondo Nazionale per la non Autosufficienza
3. Alcune evidenze sulla situazione attuale
4. Il finanziamento dell'integrazione socio-sanitaria
5. Le iniziative delle regioni:
 - 5.a I riparti dei Fondi Sanitari Regionali
 - 5.b I Fondi Regionali per la non Autosufficienza

Gli obiettivi dell'analisi

Gli obiettivi dell'analisi (I)

Nei processi di allocazione delle varie fonti di finanziamento:

- a) In che modo si considera il diverso grado di bisogno di assistenza ai n.a. delle singole realtà territoriali?
- b) Quale peso è assegnato all'assistenza ai n.a. rispetto al totale delle risorse assegnate?
- c) Gli enti beneficiari dei fondi sono obbligati a spenderli per questo segmento di bisogno?
- d) Esistono meccanismi incentivanti per stimolare l'efficienza e l'efficacia della spesa a favore dei n.a.?

Le fonti di finanziamento nazionali: Il Fondo Sanitario Nazionale (Fsn)

Il Fondo Sanitario Nazionale (I)

Processo di riparto del Fsn: attualmente per l'"altra assistenza territoriale" si ipotizza che tutti i cittadini abbiano gli stessi bisogni (quota capitaria secca)

→ Le Regioni sono finanziate senza tener conto del diverso grado di diffusione della vecchiaia e della non autosufficienza

Il Fondo Sanitario Nazionale (II)

Il Fsn è assegnato senza vincoli di destinazione: le regioni hanno piena discrezionalità nell'allocazione della spesa

I tentativi di programmare la spesa per i Lea hanno ricercato uno spostamento di risorse dall'ospedale al territorio, senza tuttavia individuare quote specifiche per l'assistenza ai n.a.

Il Fondo Sanitario Nazionale (III)

Debolezza dei meccanismi incentivanti (l'accesso ai finanziamenti non è collegato a obiettivi per la n.a.):

- Patto di stabilità per la sanità: meccanismo troppo complesso e senza stimoli specifici per le regioni a potenziare l'assistenza ai n.a.
- Patto per la salute 2007-2009: obiettivi per la n.a. ancora troppo generici
- Patto per la salute 2010-2012: si richiede alle regioni di adottare atto di programmazione sulla dotazione strutturale per la n.a., di utilizzare la valutazione multidimensionale e di migliorare il sistema informativo per la n.a.



Permane l'esigenza di sviluppare un sistema di monitoraggio per verificare l'esigibilità dei diritti dei n.a. nelle regioni, cui collegare incentivi-sanzioni

Le fonti di finanziamento nazionali: Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (Fnps)

Il Fondo Naz. per le Politiche Sociali (I)

- Processo di riparto del Fnps: viene mantenuta dal 2002 la stessa proporzione tra le regioni. No adeguamento alle variazioni socio-demografiche
- Il riparto, per le aree dei disabili e degli anziani, considerava indicatori specifici (es. distribuzione delle famiglie con disabili gravi e distribuzione degli anziani ultra 65enni e ultra 75) ma possibilità di affinamento per tener maggior conto del bisogno di n.a..
- Progressiva rimozione dei vincoli di destinazione
- No obblighi di rendicontazione e assenza di meccanismi di incentivi-sanzioni

Le fonti di finanziamento nazionali: Il Fondo Nazionale per la non Autosufficienza (Fnna)

Il Fondo Naz. Non Autosufficienza (I)

Processo di riparto del Fnna:

- 60% in base alla popolazione >75 anni
- 40% in base al riparto Fnps

➡ Il grado di bisogno di assistenza delle varie regioni è rappresentato solo parzialmente

No obblighi di rendicontazione e assenza di meccanismi di incentivi-sanzioni

Rischio che le regioni e i comuni riducano le risorse proprie precedentemente destinate alla n.a.

Il Fondo Naz. Non Autosufficienza (II)

Altre criticità:

- Finanziamento inadeguato e rischi di mancato rifinanziamento annuale
- Assenza di una riforma nazionale che definisca un modello completo e i meccanismi di domanda/offerta (non basta erogare fondi)

Il finanziamento dell'integrazione socio- sanitaria

Il finanziamento dell'integraz. socio-san. (I)

Il sistema di co-finanziamento all'italiana:

- I costi dei Lea sociosanitari sono ripartiti tra sistema sanitario (regioni) e sociale (comuni-utenti) secondo quote prestabilite in atti normativi
- Le quote sono diverse a seconda delle prestazioni e dovrebbero riflettere la maggiore o minore prevalenza delle componenti sanitaria/sociale (es. 100% a carico del Ssn per attività per malati terminali e per n.a. ad elevata tutela sanitaria; 50% a carico del SSn-50% a carico comuni per assistenza domiciliare)

Il finanziamento dell'integrazione socio-san. (II)

Criticità:

- Riparto sanità-sociale non basato su evidenze scientifiche
- Conflittualità tra regioni-comuni e mancanza di reale integrazione-collaborazione tra i due sistemi per la ricerca delle soluzioni assistenziali più efficienti

Ipotesi alternative:

Budget unico sanità-sociale per finanziamento n.a.
(anche se questo modello organizzativo potrebbe presentare ulteriori criticità da gestire)

Alcune evidenze sulla situazione attuale

Alcune evidenze sulla situaz. attuale (I)

Fortissima variabilità interregionale nella spesa dei Ssr per i Lea per gli anziani*:

- Domiciliare (eur per anziano): da min 3 a max 216
- Residenz. (eur per anziano): da min 14 a max 1.052
- Semiresidenz. (eur per anziano): da min 0 a max 93

Spesa per anziano molto più elevata al Nord, soprattutto per l'assistenza residenziale.

Al Nord modello assistenziale maggiormente orientato alla residenzialità

Spesa per Lea anziani/tot spesa per Lea molto eterogenea tra le regioni: da min 0,4% a max 11% (discrezionalità delle regioni nella scelta quota per Ltc)

Alcune evidenze sulla situaz. attuale (II)

Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani*:

Estrema variabilità del costo per giornata di degenza tra le regioni (costi molto più elevati nelle regioni che utilizzano per meno giorni all'anno i PI, specialmente al Sud: occorre aumentare non solo il numero di PI ma anche l'accessibilità dei servizi)

Assistenza domiciliare*: grado di copertura del servizio molto difforme tra le regioni (da min 0,2% a max 8% di anziani trattati) → esigenza di politiche di riduzione di queste disegualianze.

*Ns elaborazioni su dati Age.na.s. e Sistan

Le iniziative delle regioni: il riparto dei Fondi Sanitari Regionali

Il riparto dei Fondi Sanitari Regionali (I)

In genere per il riparto tra Asl si usano gli stessi criteri-indicatori usati per il riparto del Fsn: no indicatori specifici di diffusione n.a.

In pochi casi (es. Emilia Romagna) nella stima del fabbisogno si individuano quote specifiche per Ltc

In alcune casi (es. Veneto/Lombardia) le risorse per l'assistenza continuativa non sono assegnate tramite quota capitaria ma con criteri perlopiù storici

Casi di "gestione separata" delle risorse per i Lea socio-sanitari rispetto al resto del Fsr (es. Lombardia)

Le iniziative delle regioni: i fondi regionali per la non autosufficienza

I fondi regionali per la non autosuffic. (I)

Alcune regioni hanno aumentato spontaneamente le proprie risorse per potenziare l'assistenza ai n.a. Per rendere questi sforzi più efficaci tali fondi sono in genere assegnati ai gestori:

- con vincolo di destinazione
- con obbligo di "contabilità separata" (si istituiscono bilanci separati per evitare che i fondi per la n.a. si confondano con la restante spesa)

I fondi regionali per la non autosuffic. (II)

Ai fini della stima del fabbisogno si fa riferimento ad indicatori più specifici di quelli utilizzati per riparto Fsr: in genere diffusione popolazione >75 anni, ma anche casi (es. Toscana) di dati ancora più predittivi del bisogno (es. diffusione non autosufficienza a livello sub-regionale)

I fondi regionali per la non autosuffic. (III)

Si persegue una maggiore integrazione nella gestione delle extra-risorse regionali, sanitarie e sociale, anche se ancora non ben definite le regole operative

Nodi da risolvere: come quantificare l'apporto finanziario dei comuni per fare in modo che il loro sforzo non si riduca rispetto alla situazione preesistente