

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

LA SUDDIVISIONE DELLA SPESA TRA SOCIALE E SANITARIO

Franco Pesaresi

Introduzione

- La presentazione si occupa di come i costi per le prestazioni sociosanitarie per i non autosufficienti sono suddivise fra il sociale e il sanitario e di quali possibili riforme si possono attuare.
- Tale materia è regolata dalle regioni sulla base del decreto sui LEA (allegato 1C DPCM 27/11/2001).
- Non si occupa, invece, della ripartizione della quota sociale fra assistito e comune, che vede spesso l'uso dell'ISEE, e che solleva problematiche di diversa natura

Indice

1. Le criticità attuali
2. Introduzione al complesso delle alternative di riforma
3. Illustrazione di ogni singola alternativa

Le criticità attuali

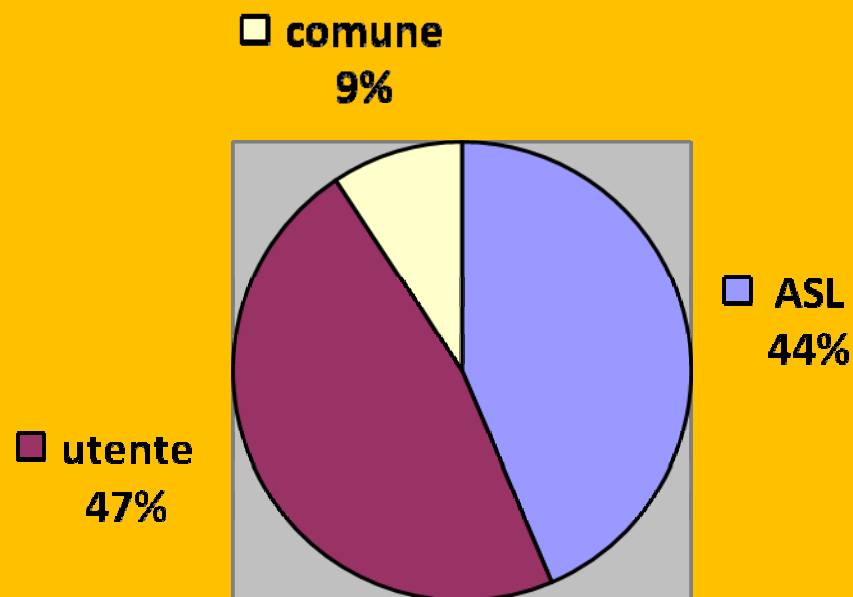
Le criticità attuali 1

- Spesa familiare molto elevata soprattutto per l'assistenza residenziale (vedi slide 6) .
- Basso livello della spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria (vedi slide 6) .

Chi paga la spesa residenziale per anziani?

Costo al mese: RA 1.528; RSS 2.454; RSA 2.702

Fig. 2 - Ripartizione della spesa per assistenza residenziale per anziani. Italia 2004



Le criticità attuali 2

- Grandi disomogeneità fra le regioni per quel che riguarda l'applicazione dei LEA sociosanitari e, conseguentemente, le relative spese a carico della sanità (vedi slide 8). Per esempio: la quota sanitaria media per le residenze protette è di 32,66 euro al giorno ma in Sardegna è di 10,40 mentre in Veneto e Calabria supera i 46 euro al giorno.
- Grandi disomogeneità della ripartizione della quota sociale fra comune e assistito con contenziosi diffusi relativi all'applicazione dell'ISEE.

RSA: % quota sanitaria

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	2007	50
Toscana, Veneto	2007	50
Lombardia	2004	36-54
Emilia Romagna	2007	43

Le principali ipotesi

Le ipotesi

- Per superare le criticità indicate si evidenziano 4 ipotesi che coprono le principali ipotesi maturate nel dibattito nazionale.
- Le ipotesi tendono anche all'uso più appropriato delle risorse e al contrasto del rischio di istituzionalizzazione.
- Le ipotesi sono ordinate seguendo una logica di coerenza e gradualità tenendo conto della conformità allo sviluppo delle norme attuali, del grado di consenso nel dibattito nazionale e della loro praticabilità istituzionale.

La progressività

- Le ipotesi costituiscono degli step progressivi di un progetto di riforma che si completa con l'ipotesi 4.
- Le 4 ipotesi non sono dunque alternative anche se sono singolarmente enucleabili.
- Non a caso, ogni ipotesi ricomprende la precedente e dunque anche l'impegno finanziario è crescente passando dalla prima all'ultima ipotesi

Le 4 ipotesi

1. Nessun cambiamento
2. La giusta applicazione
3. RSA al 60% + ipotesi 2
4. Modulazione dei centri diurni + ipotesi 3

Ipotesi 1: nessun cambiamento

- NESSUN CAMBIAMENTO (della normativa rispetto all'allegato 1C del DPCM 29/11/2001)
- Immutabilità apparente. L'ipotesi prevede il recepimento completo da parte di tutte le regioni dell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001, oggi limitata a sole 8 regioni.
- L'aumento dei costi che deriverebbe dalla piena attuazione regionale qui non viene considerato dato che il FSN provvede al finanziamento completo dei LEA sia per le regioni adempienti che per quelle inadempienti. Queste ultime dovranno provvedere con riduzioni di spesa di altri settori sanitari o con altre entrate.

Ipotesi 1: la griglia valutativa

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E 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 differenze territoriali
Fattibilità	Realizzabile con facilità
Welfare futuro	Non risolve i problemi.

Ipotesi 2: la giusta applicazione

La giusta applicazione:
PRECISAZIONI ED AGGIUSTAMENTI
PER UNA APPLICAZIONE OMOGENEA
ED EQUA DELLA NORMATIVA
VIGENTE.

Non si tratta di nuove riforme ma della coerente attuazione, con modificazioni marginali, di quanto previsto nell'all. 1C del DPCM 29/11/2001 e nel DPCM 13/2/2001.

I ipotesi 2.1

Precisazione e pubblicizzazione di cosa si intenda per "aiuto infermieristico" nell'assistenza domiciliare.

Questo aspetto è rimasto sempre in ombra. Se si pubblicizzasse che le prestazioni di aiuto infermieristico (oneri ripartiti a metà fra sociale e sanitario) non coincidono con le prestazioni dell'infermiere professionale ma costituiscono prestazioni di assistenza tutelare svolte da altri operatori, questo potrebbe favorire l'integrazione e lo sviluppo delle prestazioni sociosanitarie.

Ipotesi 2.2

Assegnazione delle fasi intensive ed estensive dell'assistenza alla spesa sanitaria mentre la partecipazione sociale alla spesa rimane nella fase della lungoassistenza. Definizione della fasi intensive ed estensive.

DPCM 14/2/2001 e DPCM 29/11/2001 assegnano le fasi dell'assistenza estensiva e intensiva alla sanità ma con tre eccezioni (centri diurni per anziani e disabili, aiuto infermieristico ADI). Inoltre non viene definita la loro durata.

Occorre dare coerenza alla normativa superando le eccezioni e definendo nel contempo la durata delle fasi estensive ed intensive (ADI: 60 gg. in caso di dimissione da ospedale o RSA; CD anziani o disabili, RS per disabili gravi: 45 gg. In caso di dimissione da ospedale o strutture residenziali; RSA: 60 gg..

Maggior spesa sanitaria: 2,8 milioni.

Ipotesi 2.3

Applicazione delle % di spesa (70% sanità) previsti dal DPCM sui LEA per tutti i disabili gravi indipendentemente dalla struttura di lungoassistenza di ricovero.

In Italia sono presenti almeno tre tipologie di strutture residenziali per disabili (RSA, strutture protette, strutture a carattere comunitario). La riorganizzazione di questo settore è in ritardo nelle varie regioni per cui disabili nelle stesse condizioni di gravità sono trattati in modo difforme. Ipotesi: transitoriamente, in attesa delle riorganizzazioni regionali, si applichi la quota di ripartizione dei costi di legge per tutti i disabili gravi con certificazione di cui alla L. 104/1992 indipendentemente dalla struttura residenziale in cui sono collocati.

Maggior spesa sanitaria: 66,2 milioni.

I ipotesi 2 : le ragioni

- Questa ipotesi si pone soprattutto 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 sanitaria.
- Questo obiettivo si persegue trattando allo stesso modo disabili nelle stesse condizioni di gravità ma che per ritardi organizzativi sono collocati in strutture diverse. In questo modo si riducono giustamente anche gli oneri a carico dell'assistito.
- Si persegue anche definendo la durata (da applicare uniformemente in Italia) delle fasi assistenziali estensive ed intensive (prive di partecipazione sociale alla spesa) di ADI, CD e RS.

I ipotesi 2: la griglia valutativa

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Maggior spesa pari a 69 milioni di euro.
Efficacia	Riduzione costi a carico degli assistiti. Percezione degli assistiti di maggiore giustizia. Migliori condizioni di accesso all'assistenza domiciliare integrata.
Equità	Attuazione più equa della normativa. Si trattano in modo equo persone nelle medesime condizioni (disabili gravi).
Differenze territoriali	Riduce le differenze fra le regioni dato 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 (disabili gravi).

Ipotesi 3: RSA al 60%

RSA AL 60%: QUOTA SANITARIA DELLE RSA AL 60% + IPOTESI 2.

Attualmente la norma nazionale prevede una ripartizione della spesa a metà fra sociale e sanitario sia per le RSA che per le residenze protette. Le RSA ospitano anziani con bisogni sanitari più importanti delle RP e quindi garantiscono livelli assistenziali sanitari più elevati che comprendono la copertura sanitaria nelle 24 ore. Questo spiega un maggior onere sanitario. Diverse regioni stanno già applicando percentuali di spesa sanitaria superiore al 50% (slide 8).

Ipotesi 3: le ragioni

- 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 richiedono una copertura sanitaria nelle 24 ore non possono dividere a metà le spese con gli assistiti (non accade per le altre prestazioni sanitarie). L'attuale ripartizione non è supportata da studi oggettivi sui costi delle RSA.

Ipotesi 3: la griglia valutativa

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Maggior spesa pari a 312 milioni di euro.
Efficacia	Riduzione costi a carico degli assistiti. Percezione degli assistiti di maggiore giustizia. Promozione 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	Riduce le differenze fra le regioni dato che alcune hanno già previsto % di spesa sanitaria superiori al 50%.
Fattibilità	Le proposte non richiedono trasformazioni organizzative. Sono realizzabili facilmente fatto salvo il reperimento del finanziamento.
Welfare futuro	L'impatto nel futuro dipende dal livello di sviluppo delle RSA ma considerando che dovrebbero essere riservate a non autosufficienti non assistibili a domicilio l'onere dovrebbe essere sostenibile.

I ipotesi 4: modulare i centri diurni

MODULARE I CENTRI DIURNI:
MODIFICA DELLA QUOTA SANITARIA
DELL'ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE +
IPOTESI 3.

L'ipotesi prevede che la quota sanitaria dei centri diurni per anziani non autosufficienti salga al 60% e scenda invece al 40% nei centri diurni per gli anziani a rischio di istituzionalizzazione.

Attualmente è prevista una ripartizione al 50% dei costi per gli anziani non autosufficienti. Nella realtà non vengono accolti solo i non autosufficienti.

I ipotesi 4: le ragioni

- L'ipotesi si pone l'obiettivo di:
 - Migliorare l'effettiva rispondenza dei costi alla loro natura sociale o sanitaria e, nel contempo, ridurre gli oneri a carico degli assistiti non autosufficienti
 - incentivare l'uso da parte degli anziani non autosufficienti del CD al fine di contrastare i rischi di istituzionalizzazione
 - includere anche i soggetti parzialmente non autosufficienti ma a rischio di ricovero seppur con quote di spesa diverse.
 - di migliorare l'appropriatezza nell'uso del servizio.

I ipotesi 4: la griglia valutativa

DIMENSIONE	PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA
Finanza pubblica	Maggior spesa pari a 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 l'iniziativa incide, come previsto, sul rischio di istituzionalizzazione l'impatto sarà molto positivo.

Le stime di spesa sanitaria in condizioni di stabilità dell'offerta

IPOTESI	MAGGIOR COSTO (milioni di 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	Rimangono da aggiungere i modesti costi che deriverebbero dalla definizione delle fasi estensive ed intensive di RSA e CD.
3. RSA al 60%	312 (+ 69 ipotesi 2)	Diverse regioni già applicano una percentuale di spesa sanitaria superiore al 50%.
4. Modulazione dei centri diurni	7 (+ 381 ipotesi 3)	Ipotizzando che gli anziani fruitori siano per i due terzi non autosufficienti.

La maggior spesa sanitaria in condizioni di sviluppo dell'offerta

p.l. per mille anziani e **(maggior costo in milioni di €)** (RSA al 60%)

Strutture	Commissione LEA. Fra 5 anni	Commissione LEA. A regime	Situazione al 2005	ipotesi fra 4 anni	ipotesi moderata fra 8 anni
RSA	6,7	8,4	8,0	8,3 (66)	8,3 (70)
RSA alzheimer	5,0	6,2	0,3	1,6 (329)	3,0 (720)
Residenze protette	20,0	25,0	8,2	9,8 (307)	15,0 (1.374)
Residenze assistenziali	-	-	6,4	3,2 (-142)	2,0 (-206)
TOTALE	31,7	40,0	22,9	22,9 (560)	28,3 (1.958)

Percorso attuativo

- Tutte le ipotesi, che possono essere trattate come moduli aggiuntivi e progressivi, vanno ad intaccare l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 sui LEA.
- La loro attuazione a livello nazionale passa dunque attraverso una modifica del DPCM 29/11/2001 sui LEA da approvare in Conferenza Stato-Regioni nonché in Conferenza Stato-Città-autonomie locali.
- L'attuazione poi spetta alle regioni. Importante sarà il monitoraggio statale visto lo stato di attuazione attuale di quella parte dei LEA.
- 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.

Conclusioni

- Nel sistema attuale delle cure di lungo termine per le persone non autosufficienti permangono le seguenti criticità:
 - Elevata spesa familiare per l'assistenza residenziale a fronte di un basso livello di spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria;
 - Qualche incoerenza nel complesso della normativa nazionale sulla ripartizione della spesa per i servizi sociosanitari;
 - Grandi disomogeneità regionali nell'applicazione dei LEA sociosanitari.
- Le ipotesi presentate, anche modulabili, puntano a superare quelle criticità tenendo conto della loro praticabilità organizzativa e finanziaria.

Quadro comparato delle 4 ipotesi

	Mantenere status quo	Giusta applicazione	RSA al 60%	Modulare i centri diurni
Finanza pubblica (milioni in euro)	=	+69	+381 (312+69)	+388 (7+381)
Efficacia	=	+	++	++
Equità	=	+	++	+++
Differenziazioni territoriali	=	+	++	++
Fattibilità	+++	+++	++	++
Welfare futuro	-	+++	++	++

Quadro comparato delle 4 ipotesi rispetto alle criticità

criticità	Mantenere status quo	Giusta applicazione	RSA al 60%	Modulare i centri diurni
Spesa familiare elevata	=	++	+++	=/+
Differenze regionali nell'applicazione dei LEA	=	+++	++	++
Differenze locali nella ripartizione della quota sociale	=	+	+	+

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

