

*“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*

IL BUDGET PER LA NON-AUTOSUFFICIENZA E IL CALCOLO DEI FABBISOGNI STANDARD DELLE REGIONI

Vittorio Mapelli

Università degli Studi di Milano

Indice

1. Introduzione
2. Le criticità attuali
3. Le principali alternative
4. Il quadro d'insieme

Introduzione

Introduzione

Il capitolo si concentra su:

1. la costruzione di un **budget integrato** (o “**virtuale**”) per la non-autosufficienza, che raggruppi tutte le attuali fonti di finanziamento (sanitarie, assistenziali, familiari)
2. le possibili metodologie di calcolo del **fabbisogno standard** (**quota capitaria**), per ripartire il budget nazionale tra le regioni
3. le condizioni per un **efficace utilizzo** delle risorse

Le criticità attuali

La situazione attuale

Il finanziamento dei servizi per la non-autosufficienza attualmente deriva da **tre** fonti **pubbliche**:

- il SSN
 - gli Enti Locali (FNPS, Regioni, Comuni)
 - l'INPS (indennità di accompagnamento)
- e **una privata**
- le famiglie (pagamento collaboratori esterni o erogazione di prestazioni in natura)

In un futuro “modello completo” anche il finanziamento delle **famiglie** dovrebbe essere assunto a carico delle finanze pubbliche, obiettivo da raggiungere gradualmente

Le criticità

I canali di finanziamento sono **separati** e la L 42/09 non prevede la loro unificazione

Per il “sociale” i metodi di assegnazione delle risorse alle Regioni e agli Enti Locali sono **diversi** e basati sulla **quota capitaria semplice** (stesse risorse per ogni abitante)

La spesa socio-sanitaria e socio-assistenziale delle Regioni e dei Comuni è **squilibrata** (bassa al Sud) e ritenuta **insufficiente** per la componente socio-assistenziale

Le criticità (II)

L'assegnazione dei finanziamenti alle Regioni, ASL, Enti Locali **non** è **vincolata** per LEA o LEP (vietata da norme costituzionali)

con la conseguenza che alcuni LEA non sono erogati in quantità sufficiente e altri in quantità eccessiva

Ad es. in Campania la spesa per le RSA è di 6 € per abitante e per i farmaci di 204 €, contro i 97 € e i 172 € della Lombardia

Le esigenze

La soluzione definitiva potrebbe essere un Servizio **Socio-Sanitario** Nazionale **integrato***

- a livello istituzionale (Azienda socio-sanitaria locale)
- nel finanziamento
- nella erogazione dei servizi

(*) non solo per la non-autosufficienza, ma per tutti i servizi

Nella fase di transizione si possono coordinare i finanziamenti pubblici in un “**budget virtuale**” per la n.a.

Secondo una possibile lettura della L 42/09, il fabbisogno standard implicherebbe un **incremento** di risorse per la parte socio-assistenziale, al fine di ridurre il **divario** di spesa tra gli Enti locali e le Regioni

Le esigenze (II)

L'assegnazione dei finanziamenti alle Regioni, ASL, Enti Locali dovrebbe seguire uno **stesso criterio**

E' opportuno non solo definire i LEPS, ma individuare dei **"percorsi sanitari-assistenziali"** omnicomprensivi di tutte le prestazioni e di tutte le risorse

Tre possibili macro-percorsi (ed eventuali sotto-percorsi):

- **istituzionale** (in strutture residenziali assistite)
- **domiciliare** (a domicilio, con integrazione delle prestazioni sanitarie, assistenziali, di custodia e supporto)
- **semi-residenziale** (o misto)

Le principali alternative

I principi

La 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)

Il **fabbisogno standard** è “l'integrale copertura delle **spese** corrispondenti al fabbisogno standard per i livelli essenziali di prestazioni” (art. 9 comma 1 lett. c.1)

Quindi il fabbisogno corrisponde alla **spesa** per i LEP

Date le modalità di calcolo delle assegnazioni regionali, si può fare coincidere il fabbisogno standard con la **quota capitaria**

I principi

La **quota capitaria** è l'ammontare di risorse necessarie per soddisfare i bisogni di salute e di assistenza di una data persona, con certe caratteristiche, per un dato periodo (Rice, Smith 1999)

Il fabbisogno regionale è calcolata con una procedura **top-down**: definizione politica del budget nazionale e assegnazione delle quote per **divisione**

Il fabbisogno scaturisce dalla moltiplicazione tra:

- **popolazione** residente (dimensione regionale) (P_r)
- un indicatore dei **bisogni sanitari/assist.** regionali (b_{ir})
- il **valore finanziario** delle risorse necessarie a soddisfare i bisogni sanitari/assistenziali (s_n)

Le metodologie di calcolo della quota capitaria

La quota capitaria può essere calcolata secondo **quattro** metodi:

- il metodo della quota capitaria **semplice**
- il metodo della quota capitaria **ponderata** (e globale)
- il metodo **analitico** a costi (e quantità) standard
- il metodo della quota capitaria **aggiustata** per il rischio o l'intensità assistenziale

I primi due metodi non sembrano coerenti con la L 42/09

Il terzo metodo non sembra adeguato per la n.a.

Si propone il quarto metodo

NB Il metodo della spesa sanitaria pro-capite delle regioni "virtuose" non ha un fondamento teorico

Il metodo 1

Quota capitaria semplice

Si ispira al criterio di **eguaglianza formale** o **uniformità**
Assegna le stesse risorse per ogni persona (n.a.)

E' il metodo più semplice, ma potenzialmente il **meno equo**, perché suppone che:

- la **prevalenza**
- la **tipologia** dei bisogni
nelle diverse regioni sia identica
- la quantità di **risorse** per soddisfare i bisogni sia
(debba essere) uguale in tutte le regioni

Tuttavia è usato quando mancano le prime due informazioni

Il metodo 2

Quota capitaria pesata (e globale)

E' quello attualmente in uso per il SSN (la procedura completa è stata applicata nel 2003 per l'ultima volta)

Calcola per ogni LEA (o sotto-livello: farmaci, ospedali e specialistica) un fabbisogno medio di spesa, ponderato secondo le **classi di età** della popolazione

Si definisce **globale** perché la quota capitaria è rivolta alla globalità della popolazione e dei bisogni, senza distinguere la loro tipologia

Il metodo 2

I pesi della quota capitaria

I pesi per le classi di età sono calcolati **sulla spesa** sanitaria per classi di età

Dato il metodo di calcolo, i pesi inglobano **implicitamente** delle **quantità** e dei **costi "standard"** per prestazione, che sono "imposti" alle Regioni, con una applicazione **meccanica** della media nazionale

Esempio: LEA Assistenza ospedaliera, classe 65-74 anni, peso 2,10
calcolato sulla spesa pro-capite nazionale 883/420 €
dove 883 € = tasso osped. 237‰ x costo ricovero 3.717€

Di conseguenza:

- le regioni con bisogni (consumi) superiori alla media sono penalizzate
- le regioni con costi (e quantità) inferiori alla media sono premiate

Il metodo 3

Il calcolo analitico a costi e (quantità) standard

Il valore finanziario della formula (s_n) può essere scomposto nel prodotto ($q \bullet c$)

dove: q = quantità di prestazioni sanitarie o assistenziali

c = costo delle prestazioni sanitarie (dei servizi a gestione diretta)

Se si fissa il **costo standard** (es. dei ricoveri) si può moltiplicare per le **quantità effettive** o **standard** di prestazioni e calcolare la quota capitaria

Si può assumere come costo standard il valore medio nazionale o calcolarlo secondo una **funzione di costo**

Analogamente le quantità standard di prestazioni dovrebbero essere fissate in **funzione dei bisogni**

Il metodo 4

Quota capitaria aggiustata per il rischio o l'intensità assistenziale

Il presupposto è che i bisogni sanitari e assistenziali:

- siano rappresentati meglio dai diversi **tipi di malattia** (**diagnosi**) o dalla **gravità** della non-autosufficienza
- abbiano una **diversa** prevalenza da regione a regione

La formula allocativa è calcolata come il prodotto tra:

- la **prevalenza** dei (diversi tipi di) bisogni sanitari/assistenziali
- il **costo standard di trattamento** di un dato bisogno (ad es. tumori, infarto) o di un **percorso assistenziale**

E' basata sul principio di **equità verticale** (diversità dei bisogni) e **efficienza allocativa** (identità di risorse per lo stesso bisogno)

Il metodo 4

Esempio

*Esempio: Metodo di aggiustamento per il rischio o l'intensità dei bisogni.
Regione j-esima*

Tipi di malattia o percorso assistenziale	Formula ripartizione budget sanitario e socio-assistenziale				Dati storici	
	Popolazione (1)	Tassi di bisogno per 1000 (π) (2)	Costo standard per malattia/ perc. asst. (€) (3)	Totale fabbisogno regionale (4)=1*2*3	Tassi di bisogno per 1000 (π)	Costo effettivo per malattia (€)
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						

Il costo standard per bisogno sanitario/assistenziale è **omnicomprensivo** (include diversi LEA e/o LEPS)

Il metodo 4

Le motivazioni della proposta

Il metodo (3) analitico non si adatta bene al caso della non-autosufficienza

- per le difficoltà di quantificare e rilevare le prestazioni soci-assistenziali
- perché la singola prestazione può non riflettere tutti i costi (ad es. tempi di attesa)

anche se rende più facile la **verifica** a posteriori e più **trasparente** il rapporto tra Ente pubblico e cittadini sul rispetto del LEPS

Il metodo 4 è **preferibile** perché

- i servizi per la non-autosufficienza richiedono **continuità assistenziale** (imprevedibilità delle condizioni) e flessibilità di prestazioni (difficilmente quantificabili a priori)
- è ispirato ai modelli **internazionali** più evoluti di **risk-adjustment**
- è coerente con altre proposte (ad es. per l'ospedalizzazione domiciliare)

Il metodo 4

La fattibilità della proposta

Per la fattibilità del metodo su scala nazionale le informazioni **devono** riguardare

l'**universo** delle regioni per i tassi di **prevalenza** dei bisogni

ma **possono** riguardare

un **campione** significativo di regioni/ASL per il calcolo dei **costi standard** per trattamento o percorso assistenziale

Il quadro d'insieme

Il budget virtuale a quote vincolate

La procedura di allocazione delle risorse dal centro alla periferia (Regioni, ASL, Enti locali) prevede tre fasi:

1. definizione del budget (virtuale) nazionale
 2. vincolo delle risorse per la n.a.
 3. calcolo dei fabbisogni standard per regione (ripartizione del budget)
- e la fase di
4. controllo e verifica finale

1. Il budget **virtuale** per la n.a. comprende le attuali fonti pubbliche (quota SSN, risorse del sociale, indennità INPS)
A regime (modello completo) comprenderà anche gli oneri oggi a carico delle famiglie per i collaboratori esterni

Il budget virtuale a quote vincolate (II)

2. Per garantire l'eguaglianza dei diritti sembra opportuno introdurre dei **vincoli** o delle **riserve di spesa** per la n.a. per impegnare le regioni (del sud) a sviluppare i servizi oggi più carenti

Il vincolo di spesa dovrebbe essere posto:

- sul budget del SSN e del FNPS
- sulle risorse degli Enti locali destinate alla n.a.

NB Oggi esiste un vincolo di legge sulla spesa farmaceutica (16%), alcune regioni si danno volontariamente dei vincoli. E' quindi possibile fissare dei vincoli di spesa

Il vincolo dovrebbe essere **flessibile** (ad es. $\pm 2\%$ rispetto alla percentuale del LEA nazionale), **scelto** dalla Regione e **verificabile** a posteriori

Il budget virtuale a quote vincolate (III)

3. Il calcolo dei fabbisogni standard per regione dovrebbe basarsi sul **metodo 4** della quota capitaria aggiustata per il rischio o l'intensità assistenziale

4. Il monitoraggio e il controllo (finale) verificano l'effettiva erogazione dei LEPS e l'**eguaglianza dei diritti** sociali

I controlli dovrebbero essere:

- **tempestivi**
 - centrati **sulle persone** (non genericamente sull'attività o sulla spesa)
 - indicatori di bisogno (n. persone secondo i vari tipi di bisogno)
 - indicatori di processo (n. prestazioni per tipo, qualità, efficienza)
 - indicatori di equità (di accesso/uso)
 - a livello macro (rispetto spesa per LEPS) e micro (infra-regionale)
- per favorire la **trasparenza** tra Ente pubblico e cittadini