

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

8 Sistemi di long term care: una comparazione tra cinque regioni italiane

*di Clara Carbone, Giovanni Fosti, Mariafrancesca Sicilia,
Pierangelo Spano ed Emilio Tanzi**

8.1 Premessa

I dati relativi alla popolazione italiana evidenziano significativi fenomeni di invecchiamento: pur in presenza di un'elevata variabilità regionale, secondo i dati ISTAT, il 19,2 per cento della popolazione italiana nel 2004 era costituito da ultrasessantacinquenni (nel 1997 la medesima porzione di popolazione ammontava al 17,1 per cento).

Accanto ai fenomeni di invecchiamento, la crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro e le trasformazioni nel ruolo assunto dalle famiglie determinano un crescente fabbisogno di servizi dedicati al *long term care* e di progressiva articolazione dei sistemi di offerta di servizi per la popolazione anziana, riconosciuta anche nei più recenti strumenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

I servizi che si confrontano con le esigenze socio-sanitarie della popolazione anziana sono sostanzialmente afferenti a due tipologie:

- le strutture residenziali socio-sanitarie (che assumono denominazioni differenti nei diversi contesti regionali);
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e i servizi diurni di natura socio-sanitaria.

A tali servizi si aggiungono le strutture residenziali a prevalente contenuto sociale (anch'esse connotate da differenti denominazioni nelle singole regioni) per l'utenza meno fragile e gli ospedali per i bisogni di natura sanitaria, ma anche, con ampi margini di inappropriatazza, per fabbisogni di natura socio-sanitaria cui il sistema non è in grado di fornire altre risposte.

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, il par. 8.4 va attribuito a Clara Carbone, i par. 8.1 e 8.7 a Giovanni Fosti, i par. 8.2, 8.3 e 8.5 a Mariafrancesca Sicilia e il par. 8.6 a Pierangelo Spano ed Emilio Tanzi.

La dotazione di strutture residenziali di natura socio-sanitaria, che costituiscono il cuore del sistema di *long term care*, è raddoppiata tra il 1997 e il 2004, passando dalle 1.011 strutture censite nel 1997 alle 2.158 censite nel 2004 (Annuario Statistico SSN).

Il presente capitolo assume come focus il sistema di offerta di servizi socio-sanitari offerti agli anziani nell'ambito di strutture residenziali in cinque regioni (Emilia Romagna, Marche, Sicilia, Toscana, Veneto) scelte con la finalità di esprimere tutte le aree del paese e anche in considerazione del grado di accessibilità ai dati prodotti dalle singole regioni.

Il capitolo presenta una descrizione dei singoli modelli regionali e un'analisi sinottica finale.

I contesti regionali di *long term care* sono stati analizzati evidenziando i seguenti elementi:

- dati rappresentativi della domanda socio-sanitaria;
- articolazione del sistema di offerta;
- meccanismi di finanziamento adottati;
- modelli di accreditamento e governo degli accessi alle strutture prescelti.

Ai fini di evidenziare l'integrazione del sistema di offerta sanitaria e socio-sanitaria, oltre ai dati relativi al sistema di offerta di servizi residenziali verranno evidenziati nel par. 8.7 anche i dati relativi ai ricoveri ospedalieri e ai servizi di ADI nelle singole regioni.

Le fonti dei dati relativi ai servizi residenziali sono prevalentemente regionali, mentre per i dati relativi all'ADI e ai ricoveri ospedalieri la fonte è il ministero della Salute.

I dati di provenienza regionale non risultano sempre omogenei tra loro. Ai fini della lettura dei modelli si ritiene opportuno esplicitare alcune scelte assunte:

- i dati sono relativi all'anno 2004, tranne che per le regioni i cui sistemi informativi sono aggiornati, al momento della redazione di questo capitolo, fino al 2003 (Emilia Romagna e Marche).
- negli approfondimenti dei singoli casi regionali, laddove è stato possibile reperire i dati relativi a più anni, si è ritenuto di pubblicarli al fine di evidenziare le tendenze interne al singolo modello, così come si è ritenuto di evidenziare alcune specificità regionali significative sia in termini descrittivi che a fini di comparazione con gli altri sistemi di *long term care*;
- i sistemi regionali adottano nomenclature diverse per la definizione dei servizi; i servizi cui si fa riferimento nel presente capitolo, salvo diversa esplicitazione, sono quelli residenziali di natura socio-sanitaria per anziani;
- non sono stati invece considerati i servizi residenziali di natura socio-assistenziale.

8.2 Regione Emilia Romagna¹

8.2.1 Principali dati di domanda e di offerta socio-sanitaria

L'Emilia Romagna costituisce una delle regioni italiane di più grandi dimensioni sotto il profilo demografico con una popolazione al 1° gennaio 2004 pari a 4.080.479 abitanti (7 per cento della popolazione italiana).

I dati mostrano un'incidenza della popolazione anziana ultrasessantacinquenne del 22,7 per cento e della popolazione anziana ultrasettantacinquenne dell'11,1 per cento. Tali percentuali risultano superiori rispetto a quelle medie nazionali pari al 19,2 e al 8,8 per cento (cfr. Tab. 8.1).

L'offerta di servizi residenziali per anziani non autosufficienti in Emilia Romagna si articola in due tipologie di strutture (D.G.R. 1378/1999): Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e case protette.

Le differenze tra le due categorie di strutture sono da ricercare, da una parte, nella diversa tipologia di pazienti assistiti e, dall'altra, nei requisiti richiesti per il convenzionamento (D.G.R. 1378/1999 con particolare riferimento all'Allegato 2)².

Le strutture possono essere distinte in strutture monofunzionali e strutture polifunzionali.

Le strutture monofunzionali contengono unità di offerta di un'unica tipologia (RSA o case protette), invece le strutture polifunzionali ospitano sia unità di case protette sia unità di RSA (chiamate nuclei).

Nel 2003 il numero complessivo di strutture residenziali per anziani era di 300, di cui 25 (8,3 per cento) solo RSA, 236 solo case protette (78,7 per cento) e 39 polifunzionali, per un totale di 18.573 posti letto autorizzati, di cui 2.129

Tabella 8.1 **Emilia Romagna vs. Italia: indicatori demografici (2004)**

	Emilia Romagna	Italia
Popolazione	4.080.479	57.888.245
Percentuale su Italia	7,0%	100,0%
Popolazione anziana (oltre 65 anni)	22,7%	19,2%
Popolazione anziana (oltre 75 anni)	11,1%	8,8%

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

¹ Si ringraziano i referenti regionali, il dottor Patrizio Nocerini e la dottoressa Simonetta Puglioli, per aver apportato la stesura di questo paragrafo.

² I requisiti per l'autorizzazione al funzionamento sono stati omogeneizzati con la D.G.R. 564/2000.

Tabella 8.2 **Strutture per tipologia di funzioni svolte (2002 e 2003)**

	2002				2003			
	Solo RSA	Solo case protette	RSA + case protette	Totale strutture resid.	Solo RSA	Solo case protette	RSA + case protette	Totale strutture resid.
Strutture per tipologia di funzioni	25	234	36	295	25	236	39	300
Percentuale su totale strutture residenziali	8,5%	79,3%	12,2%	100%	8,3%	78,7%	13,0%	100%

Fonte: Relazione della Direzione generale sanità e politiche sociali – Regione Emilia Romagna

Tabella 8.3 **Autorizzazione vs convenzionamento: numero posti letto per RSA e case protette considerate come servizi-funzioni (2002 e 2003)**

	2002			2003		
	RSA	Case protette	Totale strutture residenziali	RSA	Case protette	Totale strutture residenziali
PL convenzionati	1.911	12.090	14.001	2.022	12.187	14.209
Percentuale su totale PL convenzionati	13,6%	86,4%	100%	14,2%	85,8%	100%
PL autorizzati	2.129	16.417	18.546	2129	16.444	18.573
Percentuale su totale PL autorizzati	11,5%	88,5%	100%	11,5%	88,5%	100%
Percentuale PL convenzionati su PL autorizzati	89,8%	73,6%	75,5%	95,0%	74,1%	76,5%
Dotazione PL per 1.000 anziani over 75	—	—	32			32

Fonte: Relazione della Direzione generale sanità e politiche sociali – Regione Emilia Romagna

(11 per cento) per RSA e 16.444 (89 per cento) per case protette (cfr. Tab. 8.2). Si osserva, rispetto al 2002, un aumento contenuto dei posti letto, sia autorizzati sia convenzionati, finalizzato a riequilibrare il sistema di offerta locale in relazione alla domanda potenziale. Il rapporto posti letto convenzionati su posti letto autorizzati era del 95 per cento per le RSA e del 75 per cento per le case protette.

La dotazione di posti letto si è attestata a 32 per 1.000 anziani ultrasettantacinquenni; la maggior parte delle AUSL (9 su 13) ha registrato un indice di dotazione dei posti letto superiore alla media regionale. Circa l'83 per cento delle case protette in strutture monofunzionali convenzionate ha mostrato una ricettività inferiore o uguale a 60 posti letto, l'11 per cento tra 61 e 80 posti letto e il 10 per cento accoglie più di 80 posti letto, mentre il 92 per cento delle RSA in strutture monofunzionali si è attestato su un livello di ricettività inferiore ai 60 posti letto.

Tabella 8.4 **Assetto giuridico delle strutture residenziali (2002 e 2003)**

	2002			2003		
	Case protette	RSA	Totale	Case protette	RSA	Totale
Pubblico	53%	60%	54%	53%	60%	54%
Privato non profit	20%	22%	21%	20%	22%	21%
Privato profit	27%	18%	25%	27%	18%	25%

Fonte: nostra elaborazione su dati regionali

Il 69 per cento delle strutture polifunzionali ha accolto più di 60 posti letto, di cui il 48 per cento ha una dotazione superiore agli 80 posti letto.

I posti letto convenzionati nelle case protette hanno presentato negli anni considerati un elevato indice di utilizzo (98,5 per cento) e la media annua di occupazione di un posto letto è stata pari a 354 giorni.

Il tasso di utilizzo dei posti letto nelle RSA nel 2003 è stato in calo rispetto al 2002 (88,8 per cento vs. 93,4 per cento), e ogni letto è stato occupato in media 324 giorni (contro i 332 dell'anno precedente).

Per quanto attiene gli assetti giuridici delle strutture residenziali è da evidenziare una significativa presenza di strutture pubbliche sia con riferimento alle RSA (60 contro il 22 per cento delle privato non profit e il 18 per cento del privato profit) sia con riferimento alle case protette (53 contro il 20 per cento del privato non profit e il 27 per cento del privato profit; cfr. Tab. 8.4)

Gli utenti sono classificati in quattro tipologie, le quali sono rilevanti anche ai fini del finanziamento:

1. soggetti con grave disturbo comportamentale (gruppo A);
2. soggetti con elevato fabbisogno sanitario e correlato elevato bisogno assistenziale (gruppo B);
3. soggetti con disabilità di grado severo (gruppo C);
4. soggetti con disabilità di grado moderato (gruppo D).

Le RSA ospitano soggetti anziani dei gruppi A e B; mentre le case protette possono ospitare tutti i gruppi suddetti, anche se l'erogazione delle prestazioni per i gruppi A e B è sottoposta a particolari controlli al fine di garantire un'adeguata assistenza rispetto al maggior carico assistenziale richiesto.

Considerando la distribuzione intertemporale (dal 1999 al 2003) degli ospiti delle case protette nei quattro gruppi, si evidenzia un tendenziale peggioramento delle condizioni di salute e un conseguente aumento del fabbisogno assistenziale: la quota di utenti attribuiti al gruppo A e al gruppo B è cresciuta dal 36,2 al 40,7 per cento.

8.2.2 Il modello di finanziamento³

In Emilia Romagna, le competenze in materia di assegnazione delle risorse finanziarie alle strutture residenziali sono in capo alla Direzione generale sanità e politiche sociali.

Il modello di finanziamento attualmente utilizzato è definito dalla D.G.R. 1378/1999 e dalle relative integrazioni e modifiche contenute nella D.G.R. 377/2004.

Le strutture residenziali, per poter accedere al finanziamento regionale, devono essere convenzionate⁴ dall'AUSL di riferimento che accerta il rispetto dei requisiti considerati minimi per poter diventare fornitori di prestazioni per il SSR. Le convenzioni hanno durata annuale e il numero di posti letto che vengono convenzionati dovrebbe essere tale da garantire una dotazione pari a 40 posti letto per 1.000 anziani ultrasettantacinquenni residenti nell'AUSL. Il processo di convenzionamento si sviluppa lungo due livelli di concertazione: uno regionale in cui le singole AUSL, in relazione ai bisogni della popolazione anziana, propongono il convenzionamento di una determinata quantità di posti letto; uno locale in cui le AUSL negoziano con gli enti gestori i posti da convenzionare. Nel tentativo di introdurre incentivi all'aumento della qualità dell'assistenza complessiva erogata, le AUSL per scegliere gli enti gestori presso cui convenzionare i posti letto, devono integrare i criteri contenuti nell'Allegato 2 della D.G.R. 1378/1999 con quelli individuati nella Direttiva 2601/2001 del direttore generale politiche sociali. In particolare i criteri aggiuntivi inseriti dalla suddetta direttiva possono essere raggruppati nel seguente modo:

- interventi atti ad aumentare la capacità di rispondere alle reali necessità dell'anziano attraverso la personalizzazione delle prestazioni;
- maggiori investimenti sul personale sanitario e assistenziale, sia in termini numerici che di formazione e aggiornamento.

Le strutture convenzionate ricevono una parte del loro finanziamento dalla regione come corrispettivo per l'assistenza sanitaria erogata. A oggi le AUSL⁵, oltre alla tariffa corrisposta, garantiscono alle strutture:

- l'assistenza medica per sei ore settimanali ogni sei anziani non autosufficienti

³ Il modello di finanziamento è relativo al servizio offerto, non alla singola struttura, pertanto nel presente paragrafo si utilizzano i termini RSA e casa protetta con riferimento alla tipologia di servizio offerto, indipendentemente dal fatto che le strutture di erogazione siano monofunzionali o polifunzionali.

⁴ Non è presente un unico modello di convenzione, anche se si riscontra una tendenza a rendere più omogeneo il sistema da parte delle AUSL, che hanno adottato modelli unici aziendali.

⁵ Le risorse che le ASL impiegano per il finanziamento delle RSA sono ricomprese nella quota capitaria sanitaria allocata dalla regione.

ti ospitati nelle case protette e per 12 ore settimanali ogni venti anziani non autosufficienti ospitati nelle RSA. All'anziano stabilmente ospitato presso una struttura residenziale viene sospesa la scelta del MMG, salvo diversa volontà espressa dall'ospite all'atto dell'ammissione. L'AUSL può anche accordarsi con l'ente gestore affinché quest'ultimo assicuri autonomamente l'attività medica nei limiti e nelle modalità indicate. In questo caso l'AUSL provvederà a rimborsare gli oneri effettivamente sostenuti. Nel 2003 l'assistenza medica nelle case protette è stata garantita nel 72 per cento dei casi tramite i MMG, nel 9 per cento tramite medici dipendenti dagli enti gestori, nel 3 per cento tramite medici dipendenti dall'ASL, mentre il restante 7 per cento ricorre ad altre forme. Per quanto riguarda le RSA invece è stato rilevato che il 41 per cento delle strutture è ricorso a medici dipendenti dell'AUSL, il 17 per cento a propri medici dipendenti, il 28 per cento a MMG e il 20 per cento ha utilizzato altre forme;

- le prestazioni specialistiche programmate in relazione alle specialità maggiormente richieste in base alle necessità e ai piani assistenziali degli anziani ospiti, con particolare riferimento agli aspetti riabilitativi. Inoltre è prevista la possibilità di attivare canali privilegiati per l'accesso alle altre specialità. Nel 2003 il 77 per cento delle case protette e l'86 per cento delle RSA ha assicurato tali prestazioni. I dati raccolti a livello regionale mostrano una certa discontinuità e criticità nell'erogazione delle prestazioni specialistiche; infatti sarebbe necessario un maggiore sforzo per la definizione di procedure formalizzate e percorsi uniformi e garantiti;
- la fornitura di farmaci e dispositivi medici di uso corrente e prodotti per l'alimentazione artificiale, con esclusione dei presidi per l'incontinenza e dei materiali di medicazione. Ogni AUSL deve adottare un prontuario terapeutico condiviso con i medici che definisca tutti i farmaci che devono essere garantiti alle strutture residenziali;
- l'assistenza infermieristica. Nelle case protette è assicurata una presenza di personale infermieristico entro un rapporto minimo di un infermiere ogni 12 anziani non autosufficienti e un rapporto massimo di un infermiere ogni 10 anziani. Nelle RSA invece è assicurata la presenza di personale infermieristico in misura di un infermiere professionale ogni sei anziani non autosufficienti e comunque una presenza continuativa nell'arco delle 24 ore. Il personale infermieristico può essere fornito direttamente dall'AUSL o può essere reperito dall'ente gestore: il 74 per cento delle case protette (corrispondenti al 68 per cento dei posti letto) e il 63 per cento delle RSA (corrispondenti al 60 per cento dei posti letto) fanno ricorso a personale dipendente dell'ente gestore rimborsato dall'AUSL;
- l'assistenza riabilitativa. Essa dovrebbe essere assicurata con un rapporto di un terapeuta ogni 60 ospiti nelle case protette e ogni 40 nelle RSA. Questo servizio è prevalentemente erogato con personale messo a disposizione dagli enti gestori (l'87 per cento delle case protette e il 72 per cento delle RSA);

- il trasporto sanitario in caso di ricovero ordinario e/o dimissione da presidi ospedalieri accreditati di anziani non autosufficienti, allettati o non trasportabili con mezzi ordinari;
- l'attività di coordinamento dell'assistenza sanitaria all'interno delle strutture, che è svolta prevalentemente da infermieri. Inoltre è previsto un coordinamento distrettuale dell'attività medica e infermieristica per:
 - promuovere protocolli diagnostico-terapeutici riabilitativi per le patologie prevalenti;
 - definire percorsi specialistici integrati con i presidi ospedalieri;
 - vigilare sulle norme igienico-sanitarie;
 - verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata, dei ricoveri ospedalieri, delle prescrizioni farmaceutiche e di diagnostica strumentale.

L'onere a rilievo sanitario, ovvero le risorse trasferite alla struttura tramite tariffe differenziate rispetto alla tipologia degli utenti, è determinato cercando di cogliere il diverso carico assistenziale relativo agli anziani ospiti. A tale fine essi sono classificati, come già sottolineato nel par. 8.2.1 in quattro gruppi (A, B, C e D) a ognuno dei quali è correlata una tariffa (cfr. Tab. 8.5).

Nelle case protette il totale dell'onere sanitario finanziato tramite tariffe nel 2003 è stato pari a 103.890.822 euro con una tariffa media pari a 24,08 euro e una retta media di 44,78 euro, nelle RSA invece è stato pari a 21.995.136 euro, con una tariffa media di 29,37 euro e una retta media di 48,80 euro⁶ (cfr. Tab. 8.6).

Un ultimo aggiornamento sulle tariffe è stato apportato dalla recente D.G.R. 377/2004 che ha ridefinito le tariffe corrisposte alle strutture residenziali per gli oneri a rilievo sanitario al fine di evitare che gli aumenti registrati nei costi di gestione dei servizi vengano trasferiti agli utenti. In generale, la delibera perseguiva due obiettivi:

- l'azzeramento o comunque il forte contenimento dell'aumento delle rette per il 2004;
- l'avvio di un processo volto alla ricostruzione dei costi di produzione al fine di

Tabella 8.5 **Tariffe giornaliere per oneri a rilievo sanitario (2002-2004)**

	Gruppo A	Gruppo B	Gruppo C	Gruppo D
Anno 2002	28,58	28,58	21,57	17,26
Anno 2004	29,86	29,86	22,54	18,03

Fonte: D.G.R. 1878/1999 e D.G.R. 377/2004

⁶ Gli utenti di una struttura pagano tutti la stessa retta indipendentemente dalla categoria di appartenenza.

Tabella 8.6 **Oneri a rilievo sanitario e rette medie (2002 e 2003)**

	2002		2003	
	Case protette	RSA	Case protette	RSA
Valore totale degli oneri a rilievo sanitario	100.000.000	20.000.000	103.890.822	21.995.136
Quota giornaliera degli oneri a rilievo sanitario a carico dell'ASL	23,5	28,81	24,08	29,37
Quota giornaliera socio-assistenziale a carico dell'utente	43,41	47,37	44,78	48,80

Fonte: Relazione della Direzione generale sanità e politiche sociali – Regione Emilia Romagna

Tabella 8.7 **Costi a carico del FSR**

	2002		2003	
	Case protette	RSA	Case protette	RSA
Costi complessivi a carico del FSR	149.756.000	39.272.000	157.046.882	42.694.069
Costo medio annuo per posto letto a carico del FSR	12.387	20.600	12.642	20.953

Fonte: Relazione della Direzione generale sanità e politiche sociali – Regione Emilia Romagna

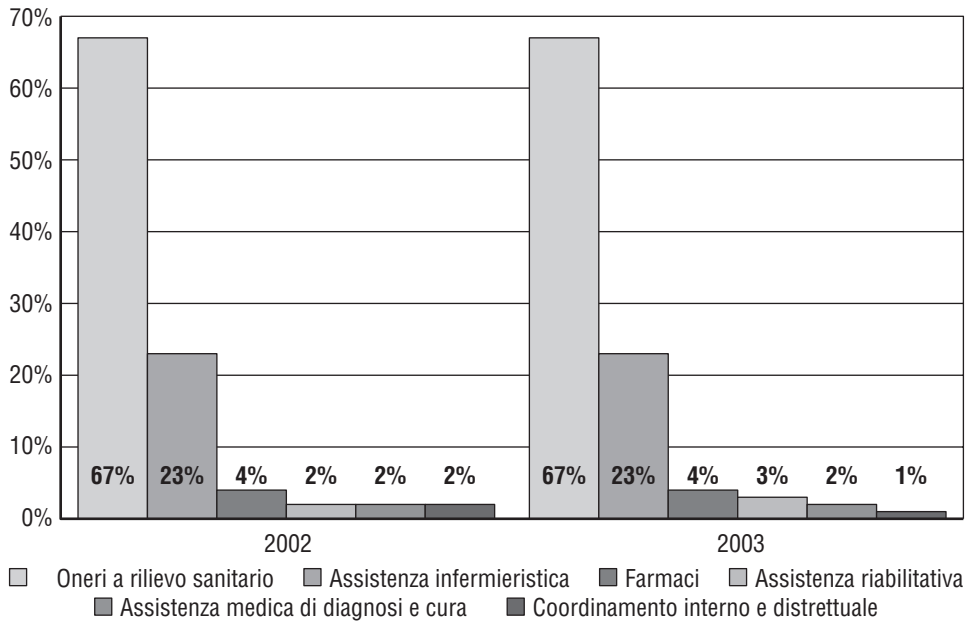
stabilire un sistema unitario di definizione delle rette a carico degli anziani, che superi l'attuale completa autodeterminazione degli enti gestori.

I costi a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR) complessivamente sopportati per i servizi residenziali offerti nelle case protette e nelle RSA sono aumentati dal 2002 al 2003. Per neutralizzare l'effetto derivante dall'aumento dei posti letto registrato nel corso dei due anni, è preferibile osservare il dato relativo al costo per posto letto a carico del FSR: è aumentato il costo per posto letto sia nelle case protette sia nelle RSA.

Dall'analisi delle Figg. 8.1 e 8.2 emerge che nel periodo considerato (2002-2003) i costi a carico del FSR sia relativamente alle case protette sia relativamente alle RSA non hanno subito sostanziali cambiamenti di destinazione. In particolare, nell'ambito delle case protette la maggior parte dei costi hanno riguardato gli oneri a rilievo sanitario (67 per cento) e l'assistenza infermieristica (23 per cento). La spesa sanitaria media per ogni effettiva giornata di degenza è stata di 36,37 euro con oscillazioni tra le varie AUSL comprese tra 34,25 euro e 40,215 euro.

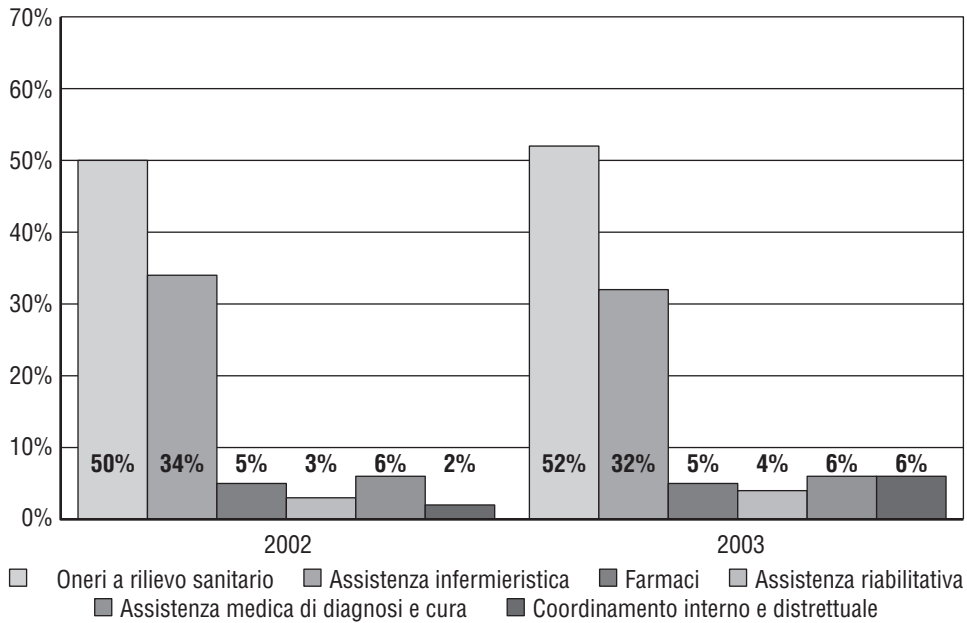
Anche nelle RSA (cfr. Fig. 8.2) i costi sono stati assorbiti prevalentemente dagli oneri a rilievo sanitario e dall'assistenza infermieristica, seppure con pesi relativi diversi rispetto alle case protette. Inoltre si osserva, data la maggior componente assistenziale della struttura, un'incidenza maggiore dei costi attinenti l'assistenza medica di diagnosi e cura. Il costo medio per giornata di degenza è di 64,76 euro con valori che oscillano tra il valore minimo di 52,41 euro e il valore massimo di 78,37 euro.

Figura 8.1 Costi per natura delle case protette a carico del FRS



Fonte: Relazione della Direzione generale sanità e politiche sociali – Regione Emilia Romagna

Figura 8.2 Costi per natura delle RSA a carico del FSR



Fonte: Relazione della Direzione generale sanità e politiche sociali – Regione Emilia Romagna

L'accesso alle strutture residenziali è subordinato al giudizio dell'Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale (UVGT), responsabile di valutare il bisogno espresso dagli anziani che richiedono l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari e dell'elaborazione di percorsi assistenziali personalizzati, ovvero che siano adeguati alle condizioni dell'anziano, di sostegno alla famiglia e compatibili con le possibilità esistenti nella rete al momento della manifestazione del bisogno. Qualora per l'anziano non autosufficiente l'istituzionalizzazione sia considerata appropriata, egli entra nella lista di attesa gestita a livello distrettuale o in quella della specifica struttura presso cui ha presentato domanda. L'UVGT dispone anche i ricoveri temporanei presso le RSA. Questa tipologia di prestazioni risponde a bisogni di riabilitazione e convalescenza dopo una dimissione ospedaliera o a periodi di sollievo per situazioni di grave non autosufficienza. Per tali prestazioni le RSA ricevono dall'AUSL una retta giornaliera onnicomprensiva che varia tra l'80 e il 90 per cento della retta giornaliera prevista per la lungodegenza ospedaliera. I posti letto convenzionati dedicati a tale tipologia di utenza al 31 dicembre 2003 ammontavano a 285, con una distribuzione territoriale non omogenea.

8.3 Regione Marche⁷

8.3.1 Principali dati di domanda e di offerta socio-sanitaria

La popolazione residente nella Regione Marche al 1° gennaio 2004 era pari a 1.504.827 abitanti, corrispondenti al 2,6 per cento della popolazione italiana. I dati evidenziano un'incidenza sia della popolazione anziana ultrasessantacinquenne sia della popolazione anziana ultrasettantacinquenne superiore ai valori medi nazionali (22,2 contro il 19,2 per cento e 10,8 contro l'8,8 per cento) (cfr. Tab. 8.8).

Tabella 8.8 Marche vs. Italia: Indicatori demografici (2004)

	Marche	Italia
Popolazione	1.504.827	57.888.245
Percentuale su Italia	2,6%	100,0%
Popolazione anziana (oltre 65 anni)	22,2%	19,2%
Popolazione anziana (oltre 75 anni)	10,8%	8,8%

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

⁷ Si ringraziano i referenti regionali, il dottor Federico Palazzo e il dottor Claudio Politi, per aver supportato la stesura di questo paragrafo.

Il sistema di offerta dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti nella Regione Marche è in fase di transizione. Infatti, tradizionalmente, il sistema ha visto la presenza di RSA e case di riposo. Tuttavia la L.R. 20/2002 che disciplina l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale introduce le residenze protette, per le quali è in corso il processo di richiesta delle autorizzazioni.

Nel PSR 2003-2005 e nella L.R. 20/2002, infatti, si osserva la volontà di implementare un nuovo modello assistenziale per la popolazione anziana. Il nuovo modello vede coinvolte le seguenti strutture:

- le lungodegenze con il compito di gestire con degenze a termine (fino a 60 giorni) la fase delle postacuzie;
- le RSA con il compito di gestire le degenze a medio termine (con degenza media di 60-120 giorni) di pazienti in via di stabilizzazione;
- le residenze protette⁸ con il compito di gestire, anche permanentemente, anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse;
- le case di riposo, con il compito di accogliere anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi o che per senilità, per solitudine o altro motivo, richiedono garanzie di protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo;
- le case albergo, con il compito di accogliere anziani autosufficienti.

In termini sostanziali, la distinzione tra RSA e residenza protetta è legata al *case mix* assistenziale delle strutture misurato tramite il sistema *Resource Utilization Groups* (RUG).

Il sistema RUG è un sistema di classificazione dei pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza e riabilitative ospedaliere, in base al fabbisogno assistenziale dei pazienti. Tale sistema, ancora in fase di sperimentazione nelle Marche, distingue sette raggruppamenti come riportato nella Tab. 8.9, per ognuno dei quali è individuato un numero variabile di gruppi isorisorse.

Lo strumento RUG consente l'attribuzione dei pazienti a raggruppamenti a diverso assorbimento di risorse. Per le RSA sarebbero da qualificare come ricoveri appropriati quelli erogati ai pazienti appartenenti ai gruppi «Special care», «Clinically complex», «Cognitive impairment», «Behaviour problems», mentre per le residenze protette quelli rivolti ai pazienti appartenenti al gruppo «RUG Reduced physical functions».

Sia nelle RSA che nelle residenze protette è consentita la gestione di una certa

⁸ Le residenze protette potranno realizzarsi come moduli assistenziali all'interno dei poli ospedalieri, nonché nelle case di cura o come riconversione parziale o totale delle case di riposo (di fatto costituiscono l'evoluzione dei nuclei assistenziali residenziali previsti nel PSR 1998-2000).

Tabella 8.9 Sistema di classificazione dei RUG

Raggruppamento per problematica assistenziale	Gruppi RUG – Articolati per scala di disabilità
1. Special rehabilitation	14 gruppi isorisorse
2. Extensive care	3 gruppi isorisorse
3. Special care	3 gruppi isorisorse
4. Clinically complex	6 gruppi isorisorse
5. Cognitive impairment	4 gruppi isorisorse
6. Behaviour problems	4 gruppi isorisorse
7. Reduced physical functions	10 gruppi isorisorse

Fonte: E. Brizioli *et al.* (2000)

quota di pazienti la cui cura, in ottemperanza al principio di appropriatezza, dovrebbe realizzarsi in un'altra tipologia di struttura.

È stato stabilito che:

- nelle residenze protette possano essere ospitati pazienti del gruppo «Clinically complex» e del gruppo «Cognitive impairment» purché non superino il 20 per cento del totale dei soggetti presenti in struttura⁹;
- nelle RSA possano essere ospitati pazienti del gruppo «Extensive care» e del gruppo «Reduced physical functions» (PD1, PD2, PE1, PE2) purché non superino rispettivamente il 10 per cento e il 20 per cento del totale dei soggetti presenti in struttura.

Tali quote di flessibilità sono previste al fine di non irrigidire il sistema delle ammissioni in rapporto alla domanda e di evitare, per quanto possibile, il trasferimento di pazienti al modificarsi del loro profilo di bisogno.

Specifiche ulteriori deroghe potranno essere autorizzate dalla Direzione sanitaria dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) su proposta della Direzione di distretto, in situazioni in cui non siano oggettivamente disponibili altre opzioni assistenziali.

La valutazione RUG viene effettuata prima dell'ammissione, a cura dell'Unità Valutativa di Distretto (UVD) e, in seguito, a cura della struttura residenziale.

Il PSR 2003-2006 della Regione Marche si è posto l'obiettivo programmatico di realizzare un numero complessivo di posti letto di RSA e di residenze

⁹ Il rispetto delle percentuali dovrebbe essere verificato trimestralmente.

Tabella 8.10 **Autorizzazione vs. accreditamento: numero strutture e posti letto (2004)**

	Numero strutture	Numero moduli	Posti letto
RSA			
Autorizzate	29	29	929
Convenzionate/accreditate	29	29	929

Fonte: Regione Marche

Tabella 8.11 **Assetto giuridico delle RSA (2004)**

	RSA
Pubblico	86,2%
Privato	13,8%
Totale	100,0%

Fonte: Regione Marche

protette in grado di fornire risposta ad almeno il 60 per cento della popolazione anziana gravemente disabile (stimata pari a 6.300 soggetti), ovvero di realizzare un totale di 3.800 posti letto (1.300 posti letto in RSA e 2.500 posti letto in residenze protette).

Nel 2004 erano attive sul territorio regionale 29 RSA¹⁰.

Infine, per quanto attiene agli assetti giuridici delle strutture residenziali del territorio regionale si può osservare una prevalenza di strutture pubbliche (86 per cento; cfr. Tab. 8.11).

8.3.2 Il modello di finanziamento

Le competenze in materia di assegnazione delle risorse finanziarie alle strutture residenziali sono in capo alla Direzione generale sanità.

Il modello di finanziamento attualmente vigente in Regione Marche è definito dalla L.R. 20/2000 e dalla L.R. 20/2002, le quali disciplinano il sistema di auto-

¹⁰ Ai fini della comparazione tra modelli, si considerano solo i posti letto attualmente presenti nelle RSA, sia autorizzati che accreditati, ma non si considerano le residenze protette, sebbene definite come strutture a elevato livello di integrazione socio-sanitaria, poiché il processo di accreditamento di tali strutture è ancora in corso. La dotazione di posti letto della Regione Marche risulterà pertanto sottostimata rispetto alla reale presenza di posti letto di natura socio-sanitaria.

rizzazione e/o accreditamento per le RSA, le residenze protette, le case di riposo e le case albergo.

L'autorizzazione è necessaria per la realizzazione e per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di soggetti pubblici o privati. Il processo di autorizzazione, il rilascio e la verifica periodica del permanere dei requisiti indicati con regolamento della Giunta regionale compete al comune di riferimento delle strutture residenziali¹¹.

Riguardo al processo di rilascio e controllo dell'accREDITAMENTO, invece, i soggetti coinvolti sono diversi per le RSA e per le residenze protette/case di riposo:

- per le RSA esso è disposto con deliberazione della Giunta regionale sentita l'Agenzia regionale sanitaria che, avvalendosi del Gruppo di AccREDITAMENTO Regionale (GAR), effettua apposto sopralluogo presso la struttura richiedente l'accREDITAMENTO. L'accREDITAMENTO ha durata triennale e può essere rilasciato anche con prescrizione;
- per le altre strutture è il comune a concedere l'accREDITAMENTO a seguito della verifica dei requisiti indicati con regolamento della Giunta regionale. Tuttavia, non essendo stati ancora definiti dal livello regionale i requisiti per l'accREDITAMENTO, al momento ciascuna delle 13 zone dell'ASUR (cfr. Capitolo 2) stipula delle convenzioni con le strutture in base al bisogno di assistenza residenziale del territorio.

La regione ha definito (D.G.R. 2 marzo 2005, n. 323) un modello di convenzione da sottoscrivere con gli enti gestori che viene applicato dall'ASUR in modo uniforme sul territorio. Tale convenzione deve, tra l'altro:

- definire modalità chiare per permettere all'utente di conoscere la composizione della retta che sarà chiamato a pagare;
- distinguere chiaramente dalla quota sanitaria la quota alberghiera;
- indicare la composizione della quota sanitaria e della quota alberghiera.

Le RSA sono a carico del SSR salvo una compartecipazione dell'ospite per le spese alberghiere.

Il finanziamento regionale è volto alla copertura di tutti i costi sanitari (circa 80 per cento del totale), in particolare dell'assistenza medica generale e specialistica, assistenza farmaceutica, tutelare e di cura della persona. La Regione Marche nel «Piano Anziani»¹² ha previsto la progressiva standardizzazione del-

¹¹ In applicazione di quanto previsto all'art. 9 della L.R. 20/2002 è stato approvato il Regolamento regionale 1/2004 in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi a ciclo residenziale e semiresidenziale. Per quanto riguarda le strutture residenziali per anziani sono stati previsti nuovi requisiti per le residenze protette, le case di riposo e le case albergo.

¹² La Regione Marche ha approvato il «Piano Anziani», nel quale ha individuato un percorso

la contribuzione dell'utente per la retta alberghiera nelle RSA, sia in termini di indifferenza rispetto al canale di accesso, sia in termini di valore della contribuzione versata¹³.

Infatti, i nuovi atti regionali stabiliscono:

- la contribuzione delle retta alberghiera da parte dell'ospite dopo il 45° giorno di degenza, a prescindere dalla provenienza (domicilio oppure ospedale)¹⁴;
- un tendenziale allineamento della retta alberghiera al valore di 33 euro per giorno, da conseguire in tre anni con la possibilità di una variazione del ± 25 per cento di tale standard di riferimento nel primo anno di applicazione.

Per quanto riguarda le residenze protette, la normativa di riferimento (cfr. *supra*) prevede che il finanziamento sia ripartito in maniera uguale tra la regione e l'utente: 50 per cento a carico del SSR e 50 per cento a carico dell'ospite (in accordo con il D.P.C.M. 29 novembre 2001 sulla definizione dei LEA).

Il finanziamento regionale dovrebbe garantire la remunerazione dell'assistenza del MMG (programmata), riabilitativa (su prescrizione), infermieristica¹⁵, tutelare e di cura della persona.

Anche per le residenze protette a livello regionale è stata prevista la progressiva standardizzazione della contribuzione dell'utente per la retta alberghiera¹⁶, al valore di 33 euro per giorno, da conseguire in tre anni con la possibilità di una variazione del ± 25 per cento nel primo anno di applicazione.

complessivo di qualificazione degli interventi a favore degli anziani al fine di «prevenire, rallentare, contrastare, accompagnare» i fenomeni di progressivo decadimento fisico e mentale delle persone anziane e quindi il rischio di non autosufficienza. Esso è raccordato con il Piano sociale regionale e con il PSR 2003-2006.

¹³ Prima dell'attuale regime, l'utente corrispondeva la retta alberghiera dal primo giorno di degenza, se proveniente dal proprio domicilio, e dopo il novantesimo giorno di degenza qualora proveniente da ricovero ospedaliero; si registravano inoltre valori della retta alberghiera differenziati territorialmente.

¹⁴ Sono tuttavia previste due deroghe: pagamento della compartecipazione a partire dal 31° giorno in caso di provenienza dalla lungodegenza e pagamento dal 61° giorno in caso di provenienza da una zona territoriale senza disponibilità di posti letto in lungodegenza.

¹⁵ Il Piano Anziani elaborato a livello regionale prevede il potenziamento e la standardizzazione su tutto il territorio regionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti ospiti nelle Residenze protette, con copertura da parte della regione dei costi di assistenza sanitaria.

In particolare, è previsto un progressivo potenziamento dell'assistenza infermieristica e tutelare, da conseguirsi in due fasi:

- obiettivo iniziale (da conseguire nel primo anno) di 10 minuti\giorno di assistenza infermieristica e di 40 minuti\giorno di assistenza tutelare per ospiti non autosufficiente;
- obiettivo finale (pari al 100 per cento dello standard assistenziale previsto dalla L.R. 20\2002, da conseguire entro il terzo anno) di 20 minuti\giorno di assistenza infermieristica e di 80 minuti\giorno di assistenza tutelare per ospiti non autosufficiente.

¹⁶ Prima dell'attuale regime, l'utente corrispondeva rette con valori variabili da zona a zona e in relazione ai differenti livelli di assistenza fruita.

8.4 Regione Sicilia¹⁷

8.4.1 Principali dati di domanda e di offerta socio-sanitaria

Dal punto di vista demografico la Sicilia è la quarta regione italiana in termini di dimensione della popolazione residente (5.003.262 abitanti al 1° gennaio 2004). Riguardo alla composizione della popolazione per classi di età, i dati evidenziano incidenze della popolazione anziana ultrasessantacinquenne e ultrasettantacinquenne inferiori a quelle nazionali: la prima si attesta al 17,4 contro il 19,2 per cento della media nazionale, la seconda al 7,9 contro l'8,8 per cento (cfr. Tab. 8.12).

In Sicilia, le RSA sono strutture extraospedaliere, gestite da soggetti pubblici o privati o in forma mista, finalizzate a erogare prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche. Tali strutture sono rivolte alle persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti e a soggetti disabili non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che richiedono trattamenti continui e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione. Un requisito fondamentale per legittimare il ricovero in RSA è rappresentato dalla condizione di non autosufficienza abitativo-sociale o sanitaria-terapeutica del paziente che potrebbe essere anche un disabile non anziano. Per favorire l'attività assistenziale, tali strutture residenziali devono essere strettamente integrate con gli altri servizi territoriali del distretto e con le divisioni di lungodegenza e di geriatria delle aziende sanitarie che esistono sullo stesso territorio.

La Tab. 8.13 mostra la numerosità di tali strutture, la tipologia di utenti serviti e il loro assetto giuridico.

Coerentemente con l'oggetto di analisi di questo studio, considereremo solo le

Tabella 8.12 **Sicilia vs. Italia: indicatori demografici (2004)**

	Sicilia	Italia
Popolazione	5.003.262	57.888.245
Percentuale su Italia	8,6%	100,0%
Popolazione anziana (oltre 65 anni)	17,4%	19,2%
Popolazione anziana (oltre 75 anni)	7,9%	8,8%

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

¹⁷ Si ringrazia il dottor S. Ciriminna (Dirigente Generale del Dipartimento Ispettorato Sanitario Regionale) per aver apportato la stesura di questo paragrafo.

Tabella 8.13 **Le RSA della Regione Sicilia (anno 2004)**

	Strutture per assistenza agli anziani			Strutture per assistenza ai disabili fisici		
	Pubbliche	Private	Totale	Pubbliche	Private	Totale
Valori assoluti	8	12	20	5	4	9
Valori percentuali	40%	60%	100%	60%	40%	100%

Fonte: modello STS 11 del SIS

strutture volte all'assistenza degli anziani. È in corso un'espansione del sistema di offerta: da 13 strutture nel 2003 a 20 nel 2004 (cfr. Tab. 8.13 e 8.14). L'aumento ha interessato esclusivamente le strutture private accreditate (da cinque strutture nel 2003 a 12 nel 2004). Il numero contenuto delle RSA per l'assistenza agli anziani è giustificato dalla vocazione esclusivamente sanitaria e assistenziale di tali strutture, a scapito di quella esclusivamente sociale. Rispetto a quest'ultimo fabbisogno, invece, l'offerta di servizi sociali è demandata prevalentemente alle case di riposo e alle case protette.

Rispetto alla dotazione dei posti letto, è stata approvata la dotazione regionale, su base provinciale, dei posti letto in RSA per gli anziani ultrasessantenni non autosufficienti da realizzarsi nel territorio della regione siciliana (D.A. 1545/2002; Tab. 8.14).

In prospettiva, una delle possibili innovazioni organizzative che potrà delineare il sistema delle RSA siciliane sarà una riorganizzazione delle strutture in base al bisogno assistenziale. Tuttavia, al momento della stesura del capitolo non sono stati ancora emanati specifici provvedimenti normativi al riguardo.

Tabella 8.14 **Autorizzazione vs. accreditamento: numero strutture e posti letto previsti (2003-2004)**

	2003	2004
Numero strutture autorizzate	27	27
Numero strutture accreditate	13	20
PL autorizzati	856	856
PL accreditati	409	586
PL accreditati su PL autorizzati	47%	68%
PL accreditati medi per struttura	31	29
PL autorizzati medi per struttura	32	32

Fonte: elaborazione su modello STS 11 del SIS e dati regionali

8.4.2 Il modello di finanziamento

In Sicilia, le competenze in materia di assegnazione delle risorse finanziarie alle strutture residenziali sono in capo all'Assessorato alla sanità. Il modello di finanziamento attualmente utilizzato è definito dal D.A. 17 dicembre 2004 che modifica i decreti precedenti relativi alla determinazione delle tariffe (D.A. 7 agosto 2002 e 18 febbraio 2003). In particolare, la retta pro capite per ogni giorno di effettiva residenza dei soggetti aventi diritto è di 117,70 euro di cui 82,81 euro a carico del FSR e 34,89 euro a carico dell'utente. Tale retta, unica per tutte le tipologie di strutture, comprende tutti gli oneri conseguenti alla residenzialità. L'importo complessivo della retta è stato definito nel 2004 sulla base delle rette precedentemente previste per le RSA, classificate per moduli di posti letto da 20, 40 e 60 posti letto (escludendo i valori limite delle strutture da 80 e 120 posti letto). Il procedimento di determinazione della retta a tariffa unica è riassunto nella Tab. 8.15. Si sottolinea che per i casi di morbo di Alzheimer è prevista una retta aggiuntiva di 54,46 euro a carico del FSR.

Per la verifica dei vincoli rivolti al contenimento della spesa sanitaria, la regione ha verificato la variazione dei costi in seguito all'adozione di una tariffa unica per struttura. Dalle elaborazioni effettuate è emerso che con l'applicazione della tariffa unica su tutte le strutture effettivamente attive sul territorio, si sviluppano minori costi pari a oltre 2.000 euro al giorno nell'ipotesi di un tasso di occupazione del 100 per cento.

L'ASL, che è responsabilizzata sull'ingresso del paziente nella struttura residenziale, deve comunque farsi carico:

- della sottoscrizione da parte dell'assistito o del suo tutore della dichiarazione di impegno alla corresponsione della quota parte di retta a proprio carico;
- della riscossione dall'assistito della quota parte a suo carico pari a 34,89 euro;
- della corresponsione della retta per intero alla struttura residenziale pari a 117,70 euro.

Tabella 8.15 **Determinazione retta giornaliera a tariffa unica**

Moduli	Retta RSA	Retta a carico dell'utente	Retta a carico del FSR
20 PL	141,37	50,63	
40 PL	109,96	30,47	
60 PL	101,76	23,58	
Media	117,70 (a)	34,89 (b)	82,81 (a - b)

Fonte: D.A. 17 dicembre 2004

Inoltre, nel caso in cui l'ospite non sia in grado di far fronte alla quota di diaria a suo carico, l'ASL può rivalersi nei confronti dei familiari, tenuti all'obbligo degli alimenti secondo la loro capacità contributiva, o, in ultima istanza, nei confronti del comune di residenza che è tenuto a provvedere a corrispondere un contributo integrativo fino alla copertura della diaria complessiva. È bene precisare che è obbligo dell'ASL recuperare la quota parte di retta a carico dell'utente, in quanto, nella composizione della diaria gioca non solo una distinzione pubblico-privato, ma, prima ancora, una distinzione tra prestazione sanitaria, assolvibile con le risorse poste a disposizione dell'ASL, e la prestazione sociale che, non essendo riconoscibile come LEA sanitaria non può essere posta a carico del SSR. Per quest'ultima parte, quindi, è la struttura residenziale che recupera i crediti direttamente dai pazienti assistiti. Le strutture che erogano maggiormente prestazioni di tipo sociale, le case protette e le case di riposo, ricevono un finanziamento che incide sul FSR solo nei casi in cui l'assistito presenti dei livelli di invalidità superiori a una certa soglia.

L'organizzazione dell'offerta dei servizi assistenziali agli anziani viene regolata dalla normativa in materia di autorizzazione soggetta periodicamente a controlli e verifiche rispetto alla permanenza di determinati requisiti. Le strutture per poter operare devono essere autorizzate al funzionamento, ovvero ne deve essere accertato il possesso di prefissati requisiti minimi. Essi riguardano:

- l'idoneità sanitaria per livello di prestazioni e stabilimenti, attestata dall'ASL competente per il territorio;
- la disponibilità a essere sottoposti alla programmazione, al controllo e alla verifica di qualità da parte del settore di medicina competente per territorio;
- il possesso di specifici requisiti strutturali e funzionali.

Rispetto a questi ultimi, le RSA, coerentemente con quanto suggerito dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), devono essere situate in zone già urbanizzate, integrate con il contesto preesistente e ben collegate mediante mezzi pubblici di trasporto e devono avere una capacità ricettiva non inferiore a 20 e non superiore a 120 posti letto (ASSR 2005). Inoltre sono state definite alcune modalità assistenziali, linee operative, standard dimensionali rispetto ai servizi alberghieri e generali per l'intera struttura (pulizia, cucina, lavanderia ecc.) e standard strutturali rispetto al fabbisogno di risorse umane che viene determinato in base alle diverse tipologie di ospiti in modo da garantire un'offerta pluridisciplinare e appropriata.

Tuttavia, per poter beneficiare del finanziamento regionale, che si configura come un corrispettivo per le prestazioni sanitarie offerte, è necessario che le RSA, dopo aver acquisito lo status di preaccreditato (perché precedentemente iscritte a un albo regionale degli enti pubblici e privati) presentino istanza di accreditamento (D.A. 20/2003). Le RSA autorizzate presenti nel territorio siciliano sono 27 e circa il 75 per cento di queste sono accreditate (cfr. Tab. 8.14).

Infine, l'accesso alle strutture residenziali è assicurato ad anziani prevalentemente non autosufficienti, non curabili a domicilio per la mancanza di supporto familiare, o dimessi dall'ospedale dopo un episodio di malattia in assenza di patologie acute che necessitano di un ricovero ospedaliero. L'organizzazione tecnica che adotta i provvedimenti necessari per l'accesso dell'anziano alle RSA è l'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) delle ASL che per valutare le condizioni psicofisiche si avvale di una valutazione multidimensionale (scale di valutazione dell'autonomia funzionale, integrate dalla valutazione psicofunzionale).

8.5 Regione Toscana

8.5.1 Principali dati di domanda e di offerta socio-sanitaria

Da un punto di vista demografico la Toscana è una regione di dimensioni medio-grandi con una popolazione residente al 1° gennaio 2004 di 3.598.269 abitanti, corrispondente al 6,2 per cento della popolazione italiana. In termini di composizione della popolazione per classi di età, i dati mostrano un'incidenza della popolazione ultrasessantacinquenne e della popolazione ultrasettantacinquenne pari rispettivamente al 22,9 e all'11,3 per cento, incidenza superiore ai valori medi nazionali (19,2 e 8,8 per cento) (cfr. Tab. 8.16).

Il sistema di offerta di servizi residenziali per anziani non autosufficienti in Toscana è presidiato dalle RSA. Le strutture per poter operare devono essere autorizzate al funzionamento, ovvero ne deve essere accertato il possesso di prefissati requisiti minimi strutturali e organizzativi. Per beneficiare del finanziamento regionale le RSA devono essere gestite direttamente dalle ASL o devono essere convenzionate con l'ASL in cui ha sede la struttura.

Il numero di strutture presenti è rimasto pressoché invariato nel corso degli anni. I posti letto convenzionati rappresentano più dell'80 per cento di quelli autorizzati, con una punta nel 2003 dell'87 per cento. L'88 per cento delle strutture ha registrato una ricettività al di sotto o uguale ai 60 posti letto, il 6,5 per cento tra 61

Tabella 8.16 **Toscana vs. Italia: indicatori demografici ed economici (2004)**

	Toscana	Italia
Popolazione	3.566.071	57.888.245
Percentuale su Italia	6,2%	100,0%
Popolazione anziana (oltre 65 anni)	22,9%	19,2%
Popolazione anziana (oltre 75 anni)	11,3%	8,8%

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Tabella 8.17 **Autorizzazione vs. accreditamento: numero strutture e numero posti letto (2002-2004)**

	2002	2003	2004
Numero strutture	253	256	251
PL convenzionati	7.915	8.267	7.764
PL autorizzati	9.640	9.537	9.547
Percentuale PL convenzionati su PL autorizzati	82%	87%	81%
PL convenzionati medi per struttura	31	32	30
PL autorizzati medi per struttura	38	37	38
Dotazione PL per 1.000 anziani over 75	9,9	10,1	9,4

Fonte: nostra elaborazione su dati regionali

Tabella 8.18 **Assetto giuridico delle RSA (2002-2004)**

	2002		2003		2004	
	RSA	Percentuale	RSA	Percentuale	RSA	Percentuale
Pubblico	118	47%	113	44%	110	44%
Privato non profit	57	22%	57	22%	59	24%
Privato profit	78	31%	86	34%	82	33%

Fonte: nostra elaborazione su dati regionali

e 80 posti letto e il 5,5 per cento superiore agli 80 posti letto. L'indice di utilizzo dei posti letto convenzionati è stato di circa il 95 per cento. I posti letto mediamente autorizzati per struttura sono stati 38, di cui 31 mediamente convenzionati (cfr Tab. 8.17).

Per quanto attiene agli assetti giuridici delle strutture residenziali si può osservare una prevalente presenza di strutture pubbliche, pari a circa il 50 per cento (cfr. Tab. 8.18).

8.5.2 Il modello di finanziamento

In Toscana, le competenze in materia di assegnazione delle risorse finanziarie alle strutture residenziali sono in capo al Dipartimento diritto alla salute e politiche di solidarietà.

Il modello di finanziamento attualmente utilizzato in Toscana è definito dalla D.G.R. 402/2004. Le strutture residenziali, per poter usufruire del finanziamen-

to del FSR, devono essere convenzionate¹⁸ dall'AUSL di riferimento. Il numero di posti letto convenzionati dall'AUSL dipende dal fabbisogno di residenzialità espresso dalla popolazione e dal budget che l'AUSL¹⁹ destina a tale tipologia di servizio. Le convenzioni hanno durata variabile a discrezione dell'ASL e il numero di posti letto convenzionati dovrebbe essere tale da garantire una dotazione di 16²⁰ posti letto ogni 1.000 anziani ultrasessantacinquenne residenti nell'AUSL.

La D.G.R. 402/2004 prevede che le RSA possano ospitare a partire dal 1° luglio 2004 quattro tipologie di moduli:

- non autosufficienza stabilizzata (modulo base);
- disabilità prevalentemente di natura motoria;
- disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale;
- stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali.

Una RSA può essere totalmente dedicata a ospitare non autosufficienti stabilizzati oppure può dedicare fino al 40 per cento dei posti letto ai moduli specialistici, per un massimo di due moduli.

Le prestazioni considerate necessarie per l'autorizzazione al funzionamento e per il finanziamento regionale sono:

- assistenza diretta alla persona;
- assistenza infermieristica;
- assistenza riabilitativa di recupero e mantenimento.

I parametri base indicati nella D.G.R. 311/1998 per una struttura di 40²¹ posti operante 365 giorni all'anno sono di: 26.144 ore per prestazioni di assistenza alla persona; 6.536 ore per prestazioni di assistenza infermieristica; 1.634 ore per prestazioni di assistenza riabilitativa di recupero e mantenimento per un totale quindi di 34.314 ore.

Il costo base giornalmente coperto dalla regione è pari a 43,23 euro, di cui 1,50 euro per materiale sanitario. Questo valore è aggiustato verso l'alto per gli altri tre moduli in quanto essi prevedono delle prestazioni aggiuntive.

In particolare, il modulo «disabilità prevalentemente di natura motoria» prevede l'attivazione di 1.634 ore annue aggiuntive di assistenza infermieristica e 408

¹⁸ Le convenzioni attivate sono differenziate, ma si è registrata nel tempo una maggiore omogeneità nella definizione delle stesse. Le AUSL, infatti, hanno adottato modelli unici aziendali.

¹⁹ Le risorse che le ASL impiegano per il finanziamento delle RSA sono ricomprese nella quota capitaria sanitaria allocata dalla regione.

²⁰ Indice programmatico definito a livello regionale.

²¹ La capienza ricettiva delle RSA varia da 20 a 120 posti residenziali. Tuttavia la struttura tipo è individuata nella dimensione di 40 posti letto.

Tabella 8.19 **Tariffe per oneri a rilievo sanitario**

Modulo base non autosufficienti	43,26
Modulo disabilità di prevalente natura motoria	57,97
Modulo disabilità cognitivo comportamentale-Alzheimer, demenze ecc.	60,00
Modulo stati vegetativi permanenti stabilizzati-terminali	57,5

Fonte: D.G.R. 402/2004

ore annue di riabilitazione all'attivazione del modulo e fino ai primi quattro ospiti, con ulteriori 408 ore per ogni gruppo di quattro ospiti successivi. Inoltre è prevista assistenza medica specialistica per sei ore settimanali per 52 settimane per un totale a regime (corrispondente a 16 posti letto) di 624 ore. Pertanto la quota sanitaria riconosciuta per questo modulo è di 57,97 euro.

Il modulo «disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale» prevede, rispetto al modulo base, 800 ore aggiuntive di riabilitazione, 1.634 di assistenza infermieristica e coordinamento, 1.634 di aiuto alla persona e 24 di assistenza medica specialistica. Pertanto la quota sanitaria riconosciuta per questo modulo è di 60,00 euro.

Il modulo «stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali» si caratterizza per la previsione di 1.634 ore aggiuntive di assistenza infermieristica e coordinamento, 1.634 di aiuto alla persona e 24 di assistenza medica specialistica. Pertanto la quota sanitaria riconosciuta per questo modulo è di 57,50 euro.

L'ammontare di risorse destinato al finanziamento della parte sanitaria delle prestazioni è stato pari a 139.443.363 euro²².

Tale sistema, a partire dal 1° luglio 2004, sostituisce il precedente, articolato in tre livelli di quota sanitaria:

- quota pari a 38,40 euro riconosciuta alle RSA che rispettavano i parametri base indicati nella D.G.R. 311/1998;
- quota pari a 41,51 euro applicata alle RSA con modulo di posti residenziali non inferiore al 20 per cento della capienza ricettiva per situazioni patologiche di particolare gravità;
- quota pari a 43,23 euro per le strutture che oltre ad assicurare il modulo suddetto erano in possesso dei requisiti tecnico-strutturali corrispondenti a quelli previsti dal D.P.C.M. 22 dicembre 1989.

²² Ci si riferisce solo alle risorse trasferite tramite tariffe. Sono, per esempio, esclusi i corrispettivi aggiuntivi destinati ai MMG che effettuano visita settimanale ai propri assistiti.

Le RSA che ricevevano la retta di primo livello nel nuovo sistema potranno ospitare solo il modulo base, mentre quelle che si collocano negli altri due livelli, a seguito di una concertazione con l'ASL e con la Conferenza dei sindaci, potranno scegliere se attivare due dei tre moduli specialistici individuati con la D.G.R. 402/2004. Sostanzialmente, il nuovo sistema di finanziamento si pone l'obiettivo di cogliere il carico assistenziale degli utenti, in quanto le risorse sono trasferite non in base alle caratteristiche tecnico-organizzative della struttura, ma in base al fabbisogno degli utenti.

L'accesso alle strutture residenziali è subordinato al giudizio dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che è responsabile di valutare le condizioni dell'utente richiedente l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari e dell'identificazione delle sue necessità per l'elaborazione di percorsi assistenziali personalizzati. Qualora per l'anziano non autosufficiente l'istituzionalizzazione sia considerata appropriata egli accede nella lista d'attesa gestita a livello di ASL, anche se sono state attivate delle esperienze di gestione distrettuale (tendenzialmente nei casi – come Firenze – caratterizzati da ampia complessità e ampiezza demografica).

8.6 Regione Veneto

8.6.1 Principali dati di domanda e di offerta socio-sanitaria

Nella Regione Veneto, secondo i dati ISTAT, la popolazione al 1° gennaio 2004 era pari a 4.642.899 abitanti (quasi l'8 per cento della popolazione italiana) con un'incidenza della popolazione anziana ultrasessantacinquenne del 18,7 per cento e di quella ultrasettantacinquenni dell'8,7 per cento. Tali percentuali risultano più o meno in linea con quelle medie nazionali (cfr. Tab. 8.20).

Riguardo al sistema di offerta dei servizi residenziali per anziani e altri soggetti non autosufficienti, il modello proposto dalla Regione Veneto realizza la residenzialità sanitaria extraospedaliera a carattere estensivo attraverso l'implementazio-

Tabella 8.20 **Veneto vs. Italia: indicatori demografici (2004)**

	Veneto	Italia
Popolazione	4.642.899	57.888.245
Percentuale su Italia	8,0%	100,0%
Popolazione anziana (oltre 65 anni)	18,7%	19,2%
Popolazione anziana (oltre 75 anni)	8,7%	8,8%

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Tabella 8.21 **Numero di strutture residenziali e numero posti letto (2002-2004)**

	2002	2003	2004
Numero Strutture (NRSA, NRSAir, RAss)	239	267	269
PL accreditati (con quota sanitaria)	15.628	19.618	20.526
PL autorizzati	20.952	25.291	25.928
Percentuale PL accreditati su PL autorizzati	75%	78%	79%

Fonte: nostre elaborazioni su dati Osservatorio regionale sulla condizione della persona anziana

ne di una rete di RSA, così come previste dalla legge 67/1988 e dal D.P.C.M. 22 dicembre 1989, costituita da presidi territoriali derivanti da riconversioni di strutture ospedaliere dismesse purché presentino standard adeguati alle vigenti disposizioni di legge, nonché attraverso un processo di qualificazione della risposta assistenziale sanitaria che può essere espressa da case per anziani non autosufficienti e da istituti residenziali per disabili.

Complessivamente risultano operanti 269 strutture residenziali nel 2004 con una percentuale di posti letto accreditati su quelli autorizzati pari al 79 per cento (cfr. Tab. 8.21). All'interno di tali strutture possono essere autorizzate e accreditate forme di assistenza sanitaria di intensità media (NRSA), ridotta (NRSAir) e minima (RAss).

Nel dettaglio:

- le NRSA erogano servizi caratterizzati da un livello di intensità media di assistenza sanitaria e, a loro volta, si distinguono in RSA di base e RSA di cura e recupero²³;
- le NRSAir rappresentano dei nuclei di RSA caratterizzati da un livello di intensità ridotta di assistenza sanitaria;
- le RAss sono residenze assistite caratterizzate da un'assistenza sanitaria d'intensità minima.

La D.R.G. 312/2001 definisce i criteri per orientare le ASL nell'attribuzione dei posti letto alle strutture secondo i tre livelli d'intensità indicati (NRSA, NRSAir, RAss): le strutture con capacità ricettiva pari o superiore a 90 posti letto possono

²³ Le RSA di base accolgono anziani e disabili con limitazioni di autonomia di qualsiasi genere (fisiche, mentali e/o sociali) dalla cui valutazione multidimensionale risulti comunque inequivocabile l'impossibilità dell'assistenza domiciliare. Il modello organizzativo adottato sarà quindi quello che favorisce il mantenimento.

Le RSA di cura e recupero, privilegiano – invece – modelli operativi di stimolazione dell'autonomia, attraverso interventi di tipo riabilitativo funzionale, ovvero di tipo riabilitativo mentale, allo scopo di favorire il ritorno a domicilio.

Tabella 8.22 **Numero strutture per assetto giuridico (2004)**

	Strutture residenziali	Percentuale
Pubblico	170	61%
Privato non profit	97	35%
Privato profit	11	4%
Totale	278	100%

Nota: in merito alla natura giuridica delle strutture bisogna segnalare che si tratta di un'informazione ricostruita sui dati del 2004 in maniera empirica dal momento che gli ultimi dati ufficiali raccolti dall'Osservatorio in questo senso risalgono al 2002. Il motivo del mancato aggiornamento è stato attribuito alla difficoltà di avere risposte attendibili e complete da parte delle strutture che operano in Regione Veneto.

Fonte: nostra elaborazione su dati dell'Osservatorio regionale sulla condizione della persona anziana

prevedere moduli residenziali secondo tutti e tre i livelli di assistenza sanitaria; le strutture con un numero di posti letto compreso tra 30 e 90 possono caratterizzarsi su un unico livello assistenziale o articolarsi in moduli a intensità ridotta e minima; infine, le strutture con meno di 30 posti letto sono destinate unicamente all'accoglienza di persone con bisogni assistenziali di intensità minima.

Le strutture residenziali di assistenza agli anziani presenti nel Veneto, oltre ad avere caratteristiche strutturali e di funzionamento molto eterogenee, presentano anche un'ampia varietà di formule giuridiche, essendo gestite direttamente dalle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), da strutture pubbliche (comune) o enti privati profit e non profit. In particolare, si evidenzia una prevalenza di gestori pubblici: nel 2004 le strutture pubbliche (incluse le IPAB) rappresentavano il 61 per cento delle strutture di offerta esistenti nel territorio (cfr. Tab. 8.22).

Un elemento molto enfatizzato nell'ambito della programmazione regionale fa riferimento all'analisi del numero complessivo di posti letto, disaggregato a livello di singola Azienda ULSS. A fronte della definizione di standard di fabbisogno in riferimento alla popolazione residente per ciascuna azienda, su questo versante storicamente si sono evidenziati forti squilibri territoriali, con una carenza di posti rispetto ai fabbisogni presunti in ben 10 Aziende ULSS, contro un eccesso di posti letto nelle altre 11 aziende. A fronte di questo fenomeno si sono create gravi conseguenze nel dimensionamento dei LEA nel territorio regionale. L'intervento regionale si è mosso in questo periodo con l'obiettivo di contenere lo squilibrio territoriale favorendo nelle ULSS cosiddette «sottoparametro» l'autorizzazione di nuovi posti e sostenendo la costruzione di nuove strutture, anche con i finanziamenti previsti dall'art. 20 della legge 67/1988.

Per quanto riguarda gli utenti assistiti, attualmente la Regione Veneto non ha previsto la ripartizione degli stessi in categorie differenti a supporto del sistema di finanziamento delle strutture.

Un sistema di classificazione è stato realizzato attraverso la Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA, cfr. par. 8.6.2), con finalità prettamente conoscitive dei bisogni per l'assegnazione dei pazienti alle differenti strutture sulla base del loro specifico fabbisogno assistenziale.

8.6.2 Il modello di finanziamento

In Veneto, le competenze in materia di assegnazione delle risorse finanziarie alle strutture residenziali sono in capo alla Direzione risorse socio-sanitarie della Segreteria regionale sanità e sociale. Le competenze in materia di definizione delle tariffe sono in capo, invece, alla Direzione servizi sociali della Segreteria regionale sanità e sociale. Con la L.R. 22/2001, la Regione Veneto ha previsto la definizione dei criteri per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento anche se, a oggi, si applica una D.G.R. precedente (D.G.R. 447/2000) a cui si rimanda nella L.R. 22/2001, che definisce soltanto i criteri per l'autorizzazione. Per essere autorizzate le strutture devono possedere:

- standard strutturali (numero di posti letto, organizzazione degli spazi e dei percorsi, tipologia delle stanze e dei servizi collettivi ecc.);
- standard organizzativo-gestionali (dotazione e tipologia di personale)²⁴.

In termini esemplificativi, uno standard organizzativo-gestionale per le RSA «di base» e «di cura e recupero» prevede che, all'interno della dotazione organica, vi sia una specifica componente sanitaria (infermieri professionali e terapisti della riabilitazione), in aggiunta agli addetti dell'assistenza e agli altri operatori socio-assistenziali. Questi standard sono controllati in tre differenti modi:

- attraverso un *report* annuale che le stesse strutture sono tenute a compilare e comunicare all'Azienda ULSS;
- attraverso dei periodici controlli realizzati dalla stessa Azienda ULSS;
- attraverso la presenza del medico coordinatore di struttura, assegnato dalla stessa Azienda ULSS.

Le strutture residenziali, così autorizzate, ricevono una parte del loro finanziamento dalla regione. In particolare, il finanziamento regionale segue due differenti vie:

- una quota sanitaria, riconosciuta dalle Aziende ULSS e finanziata attraverso un fondo dedicato dalla regione a valere sul fondo sanitario (FSR), che garantisce la copertura dei costi sostenuti per:

²⁴ In particolare, sia gli standard strutturali sia organizzativo-gestionali sono stati definiti, per la prima volta nel Regolamento regionale 8/1984 e successivamente aggiornati con la D.G.R. 2034/1994.

- il MMG (segnalato direttamente dall’Azienda ULSS e dato in convenzione secondo gli accordi con i MMG attraverso una lista di medici disponibili);
- i farmaci (forniti dalla farmacia ospedaliera e dall’ASL);
- i fisioterapisti e logopedisti (scelti autonomamente dalla struttura e rimborsati attraverso un fondo specifico che la regione mette a disposizione delle singole Aziende ULSS secondo i criteri della quota capitaria);
- i presidi sanitari;
- una quota di rilievo sanitario, pagata attraverso le tariffe riconosciute dalla regione comprendenti le remunerazioni per: l’impiego dell’infermiere professionale, dell’operatore addetto all’assistenza, del coordinatore di nucleo, dell’assistente sociale, dell’educatore e dello psicologo. Il riconoscimento di queste tariffe avviene sulla base del calcolo delle giornate equivalenti di presenza dell’ospite nella struttura²⁵. Le Aziende ULSS ricevono dal livello regionale le risorse finanziarie per coprire tali spese sulla base di un proprio fondo vincolato, in base alla rendicontazione dei fattori produttivi stabiliti a standard dalla regione.

Rispetto alla quota di rilievo sanitario, esistono delle differenze tra le strutture a media e ridotta intensità, in quanto gli standard fissati dalla regione sono diversi. Le tariffe attualmente utilizzate sono due e si applicano in modo differenziato in base all’intensità di cura media (NRSA) e ridotta (NRSAir). Bisogna ricordare che al netto delle tariffe rimangono a carico dell’utente, o del comune di residenza, le quote dei costi sociali e alberghieri. I dati della Tab. 8.23 riepilogano l’evoluzione storica dei valori di queste quote dal 2001 al 2006.

Con riferimento ai dati 2004 la tariffa ridotta è pari a 41,25 euro e la tariffa media a 47,14 euro.

In particolare, queste tariffe sono aumentate del 3,5 per cento rispetto a quelle previste l’anno precedente e rappresentano la quota massima per il rispetto degli

Tabella 8.23 **Serie storica del valore delle tariffe per la quantità di rilievo sanitario riconosciute dalla Regione Veneto**

Tipologia	2001	2002	2003	2004
Minima-ridotta	36,15	37,59	39,85	41,25
Media	41,31	42,96	45,54	47,14

Fonte: per i dati 2001-2002 D.G.R. 29 novembre 2002, n. 3428, per i dati 2003-2006 Osservatorio regionale sulla condizione della persona anziana

²⁵ Per giornate equivalenti s’intendono le giornate effettive più una percentuale scaglionata di giornate di ricoveri temporanei dell’utente presso le strutture ospedaliere.

standard massimi gestionali. Con riferimento ai dati 2006 i valori sono 44,61 euro e 50,99 euro.

L'accesso alle strutture residenziali è subordinato al giudizio dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale²⁶ (UVMD) del distretto, che deve elaborare il progetto individualizzato. In particolare i compiti dell'UVMD sono:

- valutare la situazione riguardante l'anziano che richiede l'accesso alla rete dei servizi in modo multidimensionale e multiprofessionale;
- elaborare il progetto assistenziale e sanitario/riabilitativo;
- seguire l'esecuzione del progetto, garantendo i rapporti con gli operatori del Distretto socio-sanitario e/o con le diverse strutture coinvolte;
- verificare l'attuazione del progetto, determinando i tempi e le modalità per il controllo dei risultati;
- conservare la documentazione relativa ai casi valutati;
- individuare il responsabile del caso, che segue la persona e il progetto assistenziale, proponendo ed effettuando verifiche sull'andamento del progetto.

Lo strumento di valutazione è rappresentato dalla SVAMA (introdotta nel 1999 dopo una sperimentazione annuale) al fine di definire un percorso verso le diverse tipologie d'offerta della rete. La SVAMA analizza tutti gli aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali e situazione economica), rappresentando la strumento di riferimento per decidere le azioni più appropriate. La SVAMA prevede la classificazione dei pazienti in 17 categorie, di cui una residuale. La scheda SVAMA si compone di quattro parti: cartella SVAMA, valutazione sanitaria, valutazione cognitiva e funzionale e valutazione sociale. Tutte le informazioni della SVAMA sono aggiornate attraverso un server di distretto. La D.G.R. 2210/2001 ha definito un data *set* minimo di informazioni che le case di riposo devono fornire trimestralmente sulla movimentazione interna (ospiti entrati, ospiti usciti, ricovero ospedaliero e tipologia di ospite) e incrociando il tutto con il sistema informativo SVAMA.

8.7 I modelli di long term care nelle cinque regioni

Alla luce di quanto emerso precedentemente nel presente paragrafo si intende for-

²⁶ I componenti dell'UVMD (ex Unità Operativa Distrettuale, UOD, D.G.R. 561/1998) sono: il responsabile dell'UOD (ovvero il responsabile del Distretto socio-sanitario), il MMG (ovvero il medico curante della persona interessata), l'assistente sociale del comune di residenza dell'anziano (ovvero – in caso di delega all'Azienda ULSS – l'assistente sociale dell'UOD o del Distretto). In base alle esigenze del caso – determinate dalla complessità delle situazioni da valutare e/o dalla consistenza dei servizi da attivare – l'UVMD potrà essere integrata da altre figure professionali, come il medico specialista o il responsabile della struttura/del servizio da attivare.

nire una lettura comparata dei singoli contesti regionali al fine di evidenziare le posizioni assunte dalle diverse regioni in merito all'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti. Il paragrafo riprende le dimensioni indagate nei singoli profili: la popolazione anziana residente (in quanto rappresentativa della domanda potenziale), il sistema di offerta, i modelli di accreditamento e governo degli accessi alle strutture e, infine, i meccanismi di finanziamento adottati.

8.7.1 Domanda e offerta socio-sanitaria

Dall'analisi dei dati della popolazione anziana (ultrasessantacinquenne e ultrasettantacinquenne) relativi alle cinque regioni oggetto del presente studio si osserva che l'incidenza della popolazione anziana in Emilia Romagna, Marche e Toscana è superiore a quella media del paese. Il Veneto conta una popolazione anziana leggermente inferiore al valore medio nazionale, mentre la Sicilia ne è significativamente al di sotto (cfr. Tab. 8.24).

Per quanto riguarda la dotazione di posti letto pro capite, la percentuale più elevata si riscontra in Veneto (4,4 posti letto per 1.000 abitanti e 23,7 posti letto ogni 1.000 anziani), seguito dall'Emilia Romagna (3,5 posti letto per 1.000 abitanti e 15,4 posti letto ogni 1.000 anziani). La Sicilia, invece, appare la regione con una minore dotazione (0,1 posti letto per 1.000 abitanti e 0,7 posti letto ogni 1.000 anziani). In relazione al finanziamento dei posti letto, le Marche si collocano su una posizione marcatamente diversa da quella assunta dalle altre regioni considerate: tutti i posti letto autorizzati godono di una quota di finanziamento regionale (cfr. Tab. 8.10)²⁷. In tutte le altre regioni considerate è inve-

Tabella 8.24 **Dati quantitativi per regione**

	Emilia Romagna	Marche	Sicilia	Toscana	Veneto	Italia
Popolazione	4.080.479	1.504.827	5.003.262	3.566.071	4.642.899	57.888.245
Percentuale Italia	7,05%	2,60%	8,64%	6,16%	8,02%	100,00%
Anziani v.a. (over 65 e over 75)	924.699	333.679	872.319	818.271	867.871	11.128.481
Popolazione anziana (oltre 65 anni)	22,70%	22,20%	17,40%	22,90%	18,70%	19,20%
Popolazione anziana (oltre 75 anni)	11,10%	10,82%	7,91%	11,26%	8,73%	8,80%
PL finanziati	14.209	929	586	7.764	20.526	n.d.
PL/popolazione (per 1000 ab.)	3,5	0,6	0,1	2,2	4,4	n.d.
PL/anziani (per 1000 ab.)	15,4	2,8	0,7	9,5	23,7	n.d.

Fonte: nostra elaborazione

²⁷ Occorre precisare che nel sistema di *long term care* delle Marche si stanno introducendo

Tabella 8.25 **Dati sull'offerta e sul finanziamento regionali (anno 2004 salvo diversa indicazione)**

	Emilia Romagna (2003)	Marche (2003)	Sicilia (2004)	Toscana (2004)	Veneto (2004)
Numero strutture di offerta	RSA (n. 25), case protette (n. 236), misto (n. 39), Tot. 300	RSA (n. 29), strutture	RSA (n. 20)	RSA (n. 251)	NRSA, NRSAir, RAss (n. complessivo 269)
PL finanziati dalla regione	14.209 PL convenzionati (76,5% dei PL autorizzati)	929 PL finanziati in RSA dalla regione (100% dei PL autorizzati)	586 PL accreditati (68% dei PL autorizzati)	7.764 PL convenzionati (81% dei PL autorizzati)	20.526 PL finanziati dalla regione (79% sui PL autorizzati)
Finanziamento a tariffa/ trasferimenti (milioni di euro)	125,9	n.d.	17,5	139	n.d.
Finanziamento complessivo (milioni di euro)	199,7	n.d.	17,5	n.d.	n.d.
Finanziamento in media per PL finanziato	14.054	n.d.	29.812	n.d.	n.d.
Spesa pro capite	48,94	n.d.	3,5	n.d.	n.d.
Spesa su popolazione anziana	215,60	n.d.	20,54	n.d.	n.d.

Fonte: nostra elaborazione

ce presente una significativa quota di posti letto non finanziati (si tratta di posti letto autorizzati).

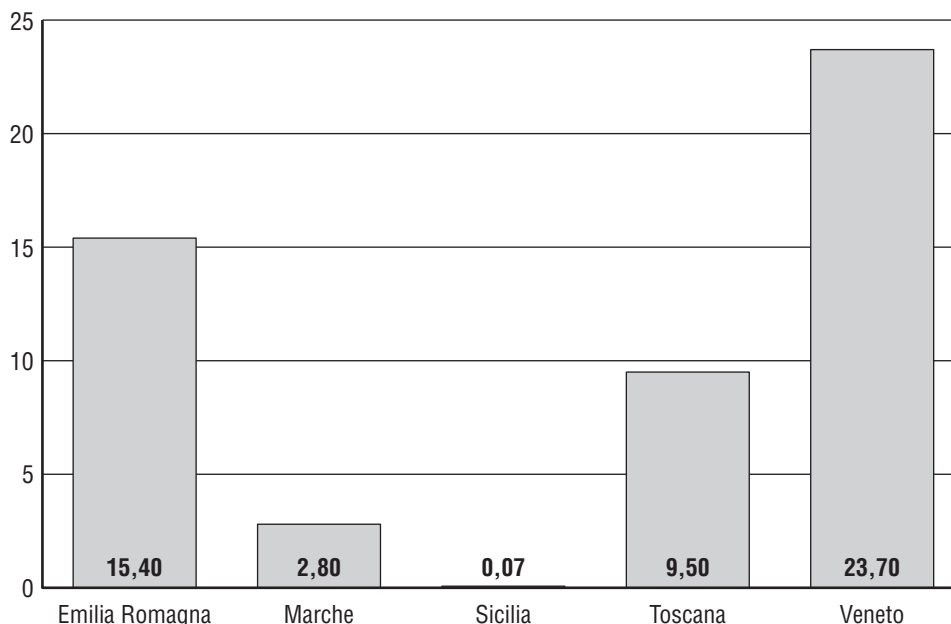
La comparazione sulla base del tasso di dotazione di posti letto (estendibile, sulla base dei dati a disposizione, a tutte le cinque regioni descritte) evidenzia differenti livelli di estensione dei sistemi di welfare residenziale nelle regioni considerate (cfr. Fig. 8.3)²⁸.

Un dato omogeneo e comparabile sulle risorse dedicate al finanziamento del *long term care* in tutte le regioni considerate (dato dipendente anche dal meccanismo di finanziamento adottato) non è disponibile. I dati a disposizione consentono tuttavia di confrontare la spesa della Regione Emilia Romagna con quella della Regione Sicilia. In Emilia Romagna il fondo è costituito sia dai trasferimenti alle strutture, sia dal costo dei fattori produttivi direttamente erogati, ed era pari a circa 200 milioni di euro nel 2003, con un finanziamento pro capite pari a circa 48

nuove forme di offerta, le residenze protette, che non sono considerate in questo capitolo. Tali unità di offerta sono in corso di accreditamento; non è possibile al momento sapere se tutti i posti letto saranno accreditati, o se vi saranno posti letto offerti dai produttori solo in regime di autorizzazione.

²⁸ Si ricorda che alcune regioni, per esempio le Marche, hanno un'estesa dotazione di posti letto residenziali a bassa intensità, che non sono stati considerati nella sintesi in quanto non aventi natura socio-sanitaria.

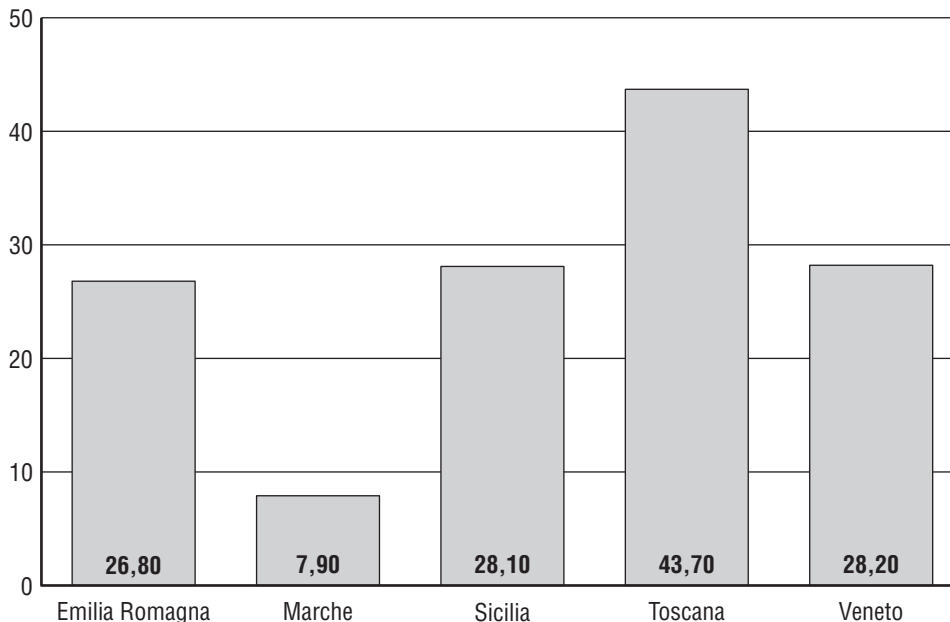
Figura 8.3 Tasso di dotazione dei posti letto per regione (su 1.000 anziani residenti)



Fonte: nostra elaborazione su dati regionali

euro. In Sicilia, il finanziamento pro capite nel 2004 risulta pari a 3,5 euro e pari a 20 euro in rapporto alla popolazione anziana. Le tariffe applicate dalla Sicilia per il singolo posto letto sono però le più alte tra le cinque regioni considerate (anche in relazione al fatto che è l'unica regione a non trasferire fattori produttivi, includendo tutte le risorse trasferite nella tariffa). Le altre tre regioni considerate non si prestano a una comparazione perché esiste una quota di risorse erogate direttamente alle strutture (MMG, farmaci, prestazioni sanitarie ecc.) in aggiunta alla tariffa e di cui non è disponibile il valore complessivo.

Al fine di fornire una lettura più completa dell'assistenza socio-sanitaria offerta agli anziani è necessario evidenziare anche i dati relativi all'ADI e ai ricoveri ospedalieri. Il sistema complessivo di servizi offerti agli anziani si articola in estrema sintesi in tre categorie a seconda del mix di prestazioni (Longo 1997): servizi socio-assistenziali (la cui valenza è esclusivamente sociale), servizi socio-sanitari (le prestazioni hanno sia contenuto sanitario sia ricadute di natura sociale) e servizi sanitari (sono prestazioni di natura esclusivamente medica). È pertanto possibile individuare un *continuum* in cui a prestazioni di natura esclusivamente sociale si contrappongono prestazioni esclusivamente sanitarie. L'attività residenziale si inserisce nella «zona grigia» ad alta integrazione socio-sanitaria. Dato il contenuto offerto nell'ambito delle residenze per anziani, può essere, quindi, utile integrare i dati sulle residenze con i dati relativi all'ADI e all'assi-

Figura 8.4 **Casi trattati in ADI per 1.000 residenti anziani (età > 65), 2004**

Fonte: nostra elaborazione su dati del ministero della Salute

stenza ospedaliera. Infatti, da una parte, l'ADI rappresenta un valido supporto per le famiglie consentendo di rinviare l'istituzionalizzazione e quindi contenere la domanda di posti letto, mentre, dall'altra, l'ospedale può configurarsi come una valvola di sfogo, seppure inappropriata, per le patologie cronico-degenerative qualora sul territorio non siano attive altre soluzioni.

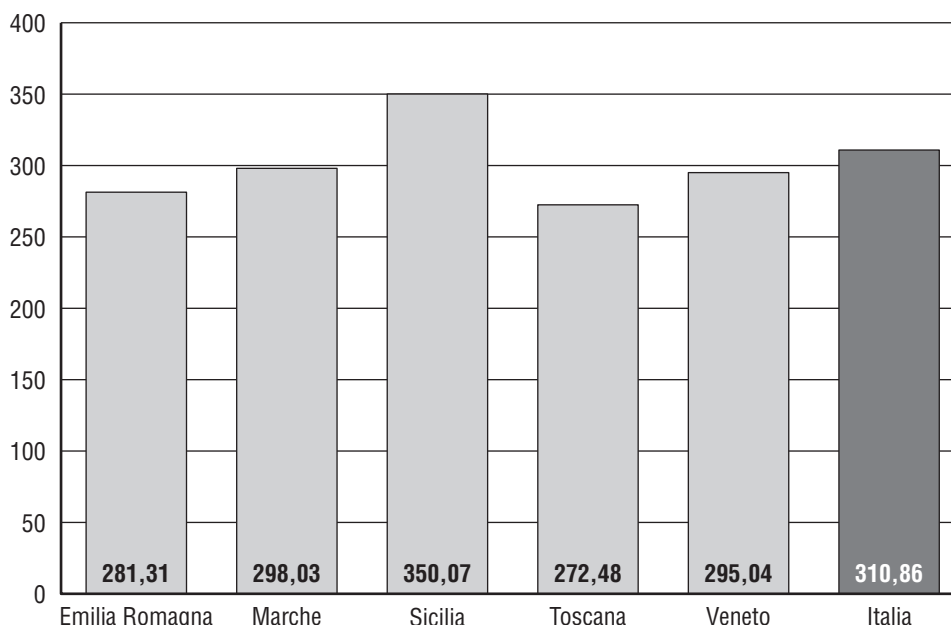
Riguardo agli interventi in ADI nelle diverse regioni emerge che la copertura della popolazione anziana è più elevata in Emilia Romagna, Veneto, Toscana e Marche rispetto a quella media del paese, mentre la Sicilia si colloca al di sotto della media (cfr. Fig. 8.4). Tuttavia si può riscontare una certa variabilità interregionale.

Un ultimo dato è quello relativo ai ricoveri ospedalieri. La media italiana dei ricoveri per la fascia di popolazione sopra i 65 anni è pari a 310,86 per 1.000 anziani. Si distingue il valore della Regione Sicilia, che si attesta su un livello superiore alla media nazionale (350,07 vs. 310,86).

Dove l'estensione dell'offerta di posti letto residenziali e di ADI è minore, risultano più elevati i tassi di ospedalizzazione, ed è lecito supporre che l'ospedale gestisca in modo inappropriato tutto ciò che dovrebbe essere trattato sul territorio.

La denominazione dei servizi che compongono l'offerta residenziale non è omogenea nelle regioni considerate, che esprimono differenze sia nel grado di

Figura 8.5 Ricoveri ospedalieri per 1.000 abitanti



Fonte: nostra elaborazione su dati del ministero della Salute

articolazione del sistema di offerta, sia nei sistemi di classificazione dell'utenza (cfr. Tab. 8.26):

- la Sicilia e la Toscana prevedono una tipologia unica di produttori; in entrambe le regioni i produttori sono denominati RSA, sebbene vi siano differenze sia in termini di intensità assistenziale erogata, sia in termini di modello organizzativo, sia in termini di meccanismo di finanziamento. Peraltro, la Sicilia ha orientato il sistema verso una retta unificata per ogni tipologia di struttura che rientri nella comune definizione di RSA;
- le Marche esprimono un'articolazione dell'offerta che distingue tra le RSA, per la popolazione più fragile, e le case di riposo, con un livello di intensità assistenziale inferiore; è inoltre in corso di istituzione un'ulteriore tipologia di offerta, costituita dalle residenze protette;
- Emilia Romagna e Veneto prevedono una specializzazione delle strutture in funzione delle tipologie di utenza, sulla base di un accesso governato dalle unità di valutazione; in Emilia Romagna si contano quattro classi di utenza, in Veneto la valutazione su scheda SVAMA orienta l'accesso degli utenti alle strutture.

La presenza più consistente di produttori privati si riscontra in Sicilia, in Toscana

Tabella 8.26 Sistemi di offerta e di classificazione dell'utenza

Emilia Romagna	Marche	Toscana	Sicilia	Veneto
<i>Offerta</i>				
RSA e case protette	RSA, case di riposo, residenze protette (in corso di costituzione)	RSA	RSA	NRSA, NRSAir, RAss
<i>Classificazione degli assistiti e tariffazione</i>				
Quattro gruppi di assistiti (gruppi A, B, C e D) sulla base del fabbisogno assistenziale correlato alla tariffa	In prospettiva, sistema RUG basato sul fabbisogno assistenziale (sette raggruppamenti)	Quattro tipologie di moduli (in base a tipologia PL occupati): 1. non autosufficienza stabilizzata (modulo base); 2. disabilità prevalentemente di natura motoria; 3. disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale; 4. stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali	Moduli da 20, 40, 60 PL correlati a tariffe (dal 2006 tariffa unica)	Scheda SVAMA (a fini epidemiologici e di programmazione)

Fonte: nostra elaborazione

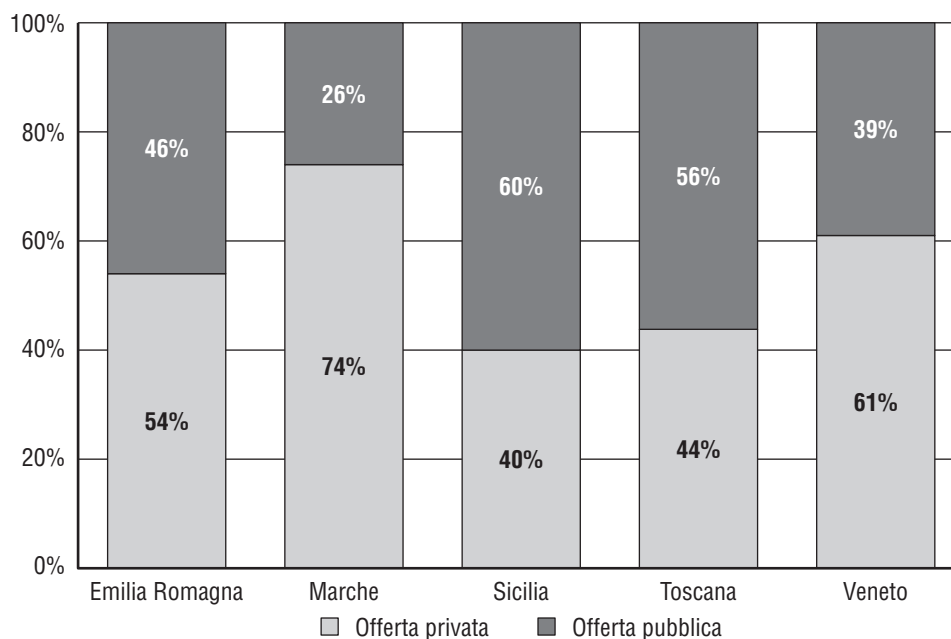
e in Emilia Romagna; tutte le regioni vedono però una significativa presenza di operatori pubblici²⁹ (cfr. Fig. 8.6).

8.7.2 Sistema di accreditamento e governo degli accessi

I regimi di autorizzazione, accreditamento e convenzionamento prevedono ruoli diversi per gli attori istituzionali nei contesti regionali analizzati. In particolare:

- in Emilia Romagna l'accesso al finanziamento pubblico è funzione del convenzionamento, che viene definito dalle singole ASL in concertazione con la regione e con il territorio;
- nelle Marche l'accesso al finanziamento pubblico necessita di accreditamento da parte della regione per le RSA e da parte dei comuni (sulla base di requisiti definiti a livello regionale) per le residenze protette;
- in Sicilia l'accesso al finanziamento pubblico presuppone l'accreditamento da parte della regione;
- in Toscana l'accesso al finanziamento presuppone il convenzionamento con

²⁹ Le IPAB, che sono soggette a nuove forme di regolazione nelle singole regioni, sono comprese tra i gestori pubblici.

Figura 8.6 **Assetto giuridico dei produttori**

Fonte: nostra elaborazione

l'ASL, sulla base di requisiti minimi definiti a livello regionale e della valutazione del fabbisogno definito dalla singola ASL;

- in Veneto il finanziamento pubblico presuppone l'autorizzazione regionale, che definisce la tipologia di struttura (e il relativo finanziamento).

La modalità di accesso degli utenti ai servizi residenziali è definita in tutte le regioni da un'unità di valutazione (che svolge la funzione di *gate* per l'accesso al finanziamento pubblico)³⁰.

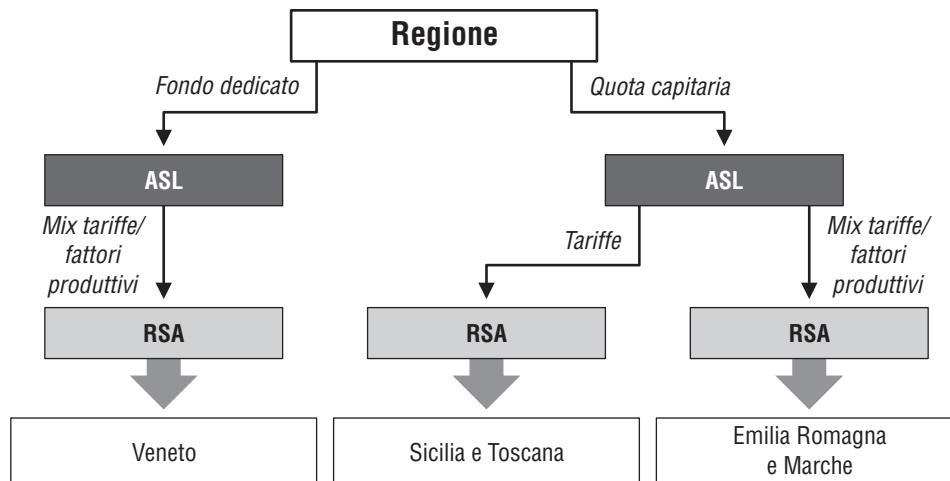
8.7.3 Meccanismo di finanziamento

Una prima distinzione nei meccanismi di finanziamento può essere introdotta tra regioni che trasferiscono solo risorse monetarie e regioni in cui il finanziamento è costituito da un mix di risorse finanziarie e di fattori produttivi.

Emilia Romagna, Marche e Veneto finanziano i produttori con un mix costitui-

³⁰ La presenza delle unità di valutazione non può essere considerata però scontata. Esistono regioni, di cui non si dà conto in questo testo, in cui gli accessi sono affidati alla libera scelta da parte degli utenti. In tali regioni il ruolo del soggetto pubblico è talvolta quello di regolare le liste d'attesa, ma non quello di selezionare gli utenti.

Figura 8.7 Modelli regionali per il trasferimento delle risorse



to sia da trasferimenti finanziari sia da fattori produttivi (assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, beni e servizi); la Toscana finanzia prevalentemente con trasferimento finanziario mediante tariffa, a esclusione dell'assistenza medica (ogni utente mantiene una convenzione con un MMG), la Sicilia finanzia con una tariffa che fa fronte a tutti gli oneri conseguenti alla residenzialità.

Una seconda distinzione fa riferimento al ruolo delle aziende sanitarie rispetto alle scelte di finanziamento:

- il Veneto trasferisce alle ASL un fondo vincolato ai servizi socio-sanitari;
- l'Emilia Romagna, le Marche, la Sicilia e la Toscana trasferiscono alle ASL le risorse all'interno della quota capitaria del SSR.

Un terzo aspetto rilevante del meccanismo di finanziamento è legato al criterio adottato per la valorizzazione del trasferimento finanziario:

- l'Emilia Romagna finanzia per tipologia di utenza, sulla base di quattro classi di utenza (con una componente del finanziamento non monetaria, basata su trasferimento di fattori produttivi alle strutture residenziali);
- il Veneto definisce il finanziamento per tipologia di struttura, governando l'accesso degli utenti e remunerando in funzione delle giornate di presenza;
- le Marche determinano il finanziamento in funzione del convenzionamento tra l'ASL e la struttura residenziale;
- la Toscana determinava il finanziamento in funzione della tipologia di struttura residenziale fino all'introduzione della D.G.R. 402/2004, che definisce un finanziamento differenziato per tipo di modulo a cui l'utente accede;

- la Sicilia finanziava in relazione alla tipologia di struttura, ma dal 2006 sta applicando una tariffa unica regionale.

Un quarto aspetto è legato alla quota del sistema di offerta finanziata dalla regione: le Marche sono l'unica regione che finanzia tutti i posti letto autorizzati, le altre regioni finanziano quote inferiori. Questa scelta ha ripercussioni rilevanti sui meccanismi competitivi tra i produttori, poiché amplia o restringe la quota di utenti in condizioni di fragilità che vengono accolti nelle strutture con una quota consistente di copertura dei costi da parte del sistema pubblico. L'intensità della competizione tra produttori dipende soprattutto dai volumi di offerta (dotazione di posti letto autorizzati) in rapporto alla domanda del territorio.

In sintesi, i meccanismi complessivi di regolazione della relazione domanda/offerta e di finanziamento dei servizi risultano così delineati:

- in Emilia Romagna, le singole ASL concertano con il territorio e con la regione il numero di posti letto che godono del finanziamento pubblico (attualmente il 75,5 per cento dei posti letto su base regionale). La remunerazione dipende dalla classificazione dell'utente e l'accesso degli utenti alle strutture residenziali è governato mediante l'unità di valutazione. I volumi e la spesa sono governati mediante la gestione unitaria degli accessi da parte dell'unità di valutazione, e mediante il processo di convenzionamento concertato tra ASL, regione e territorio;
- nelle Marche, le strutture residenziali vengono finanziate a seguito di un accreditamento concertato tra ASL e territorio (per le case di riposo, che hanno minore intensità sanitaria) o a livello regionale (per le RSA, che hanno maggiore intensità assistenziale). Il governo dei volumi e della spesa si distribuisce tra ASL (che definisce le risorse dentro la quota capitaria) e regione (che definisce i volumi finanziati nelle RSA mediante l'accreditamento). La transizione verso un sistema di *long term care* residenziale con livelli più elevati di intensità sanitaria sarà gradualmente accompagnata dall'introduzione dei RUG, sia come strumento tariffario, sia come sistema di differenziazione del *case mix* delle strutture e di governo della domanda da parte dell'ASL;
- in Sicilia il finanziamento delle strutture è funzione dell'accreditamento da parte della regione. Il trasferimento finanziario è effettuato nell'ambito della quota capitaria, sebbene il governo dei volumi e della spesa sia definito dalla regione con il processo di accreditamento. La remunerazione dipende dalla tipologia di struttura, ma è stata introdotta dal 2006 una tariffa unica. Gli accessi degli utenti sono governati da un'unità di valutazione;
- in Toscana l'accesso al finanziamento pubblico è definito dalle singole ASL in concertazione con l'assemblea dei sindaci. Le ASL definiscono l'ammontare delle risorse per finanziare le strutture residenziali all'interno della quota capitaria e governano l'accesso alle strutture mediante l'unità di valutazione. Governo dei volumi e della spesa sono spostati sulla singola ASL, che opera den-

- tro i vincoli della quota capitaria e assume il governo degli accessi, gestito dall'UVM. La regione definisce solo gli standard generali di accreditamento;
- in Veneto l'autorizzazione regionale definisce le strutture che godono del finanziamento pubblico, per differenti tipologie di servizi residenziali. La tariffa non è associata al singolo utente, ma alla tipologia di struttura. Il governo dei volumi e della spesa si svolge mediante il processo di autorizzazione, a livello regionale, e mediante la gestione degli accessi, a livello di unità di valutazione.

La lettura sinottica dei modelli di *long term care* evidenzia sia alcuni elementi di convergenza, sia di divergenza tra i modelli regionali. Tra gli aspetti di omogeneità si rileva la presenza delle unità di valutazione come strumento di accesso unitario ai servizi residenziali. I modelli regionali assumono invece configurazioni diverse sia in relazione alla nomenclatura dei servizi, sia in relazione ai meccanismi di trasferimento delle risorse, sia alla presenza di produttori pubblici e privati. In particolare, divergono le scelte in relazione al rapporto tra le ASL e le regioni stesse e si definiscono modelli caratterizzati da differenti gradi di accentramento o decentramento, che si esprimono sia in rapporto alla definizione dei volumi di offerta (a livello regionale o di singola ASL), sia in relazione al governo delle risorse (quota capitaria o fondo dedicato). In termini di *outcome*, un dato emerge su tutti: le regioni caratterizzate da una maggiore estensione delle strutture residenziali e dell'ADI presentano tassi di ospedalizzazione inferiori nelle fasce d'età considerate.

Bibliografia

- Brizioli E., Ferrucci L., Barnabei R., Masera F., Di Niro G. (2000), «Validazione del sistema RUG in Italia», *Bollettino delle Ricerche del Ministero della Salute*, n. 2.
- Longo F. (1997), «I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni», *Mecosan*, n. 23, pp. 51-65.
- ASSR (2005), «I risultati preliminari della ricerca: uno sguardo comparativo e ipotesi per il futuro», documento di lavoro per il seminario *L'organizzazione dei servizi per l'anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative*, Roma, 14 luglio 2005.