

ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN REGIME RESIDENZIALE EXTRAOSPEDALIERO NELLE REGIONI: VARIABILITÀ DEI COSTI E DEI LIVELLI DI COPERTURA DELLA POPOLAZIONE

Isabella Morandi, Gabriella Tavini, Stefania Di Domenico - Agenas

L'esigenza di rendere più efficiente il sistema sanitario nazionale impone di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Per perseguire tali obiettivi, frequentemente viene suggerito di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione, incrementando contestualmente l'assistenza distrettuale nei diversi regimi residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Tali forme di assistenza sono rivolte principalmente a tre tipologie di utenza: gli anziani, i disabili, le persone affette da patologie psichiatriche.

Le informazioni rese disponibili dal Ministero della sanità evidenziano che le prestazioni residenziali agli anziani assorbono la maggiore quota, pertanto, ove si consideri anche il progressivo invecchiamento della popolazione, con l'inevitabile aumento dei bisogni correlati ai maggiori livelli di non autosufficienza delle età anziane, si può ritenere di limitare le analisi a tale ambito, in relazione alle prestazioni residenziali nelle.

La diffusione di forme di assistenza territoriale agli anziani è molto diversificata tra le regioni in termini di allocazione di risorse. La quota dei costi della sanità destinata all'assistenza agli anziani presenta una elevata variabilità tra le regioni ed il costo pro-capite pesato desunto dai "modelli LA"¹ (anno 2007) mostra una variabilità compresa tra i 5 ed i 1.100 euro, a fronte di un costo medio nazionale pari a 260 euro.

L'ovvia domanda è quali siano le cause delle differenze osservate tra regioni, se siano determinate da reali difformità nei livelli di copertura della popolazione o nell'offerta di (prestazioni di differente tipologia) assistenza, dalla variabilità dei costi di produzione e dei sistemi di remunerazione, da differenze demografiche o epidemiologiche, da differenti modalità di rilevazione dei dati.

L'esigenza di disporre di informazioni complete e corrette è enfatizzata dal Patto per la Salute 2010-2012 che specifica - all'art. 9 "Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti" - che la valorizzazione delle prestazioni registrate nei flussi informativi afferenti al sistema informativo del Ministero della salute (NSIS) relativi alle prestazioni residenziali deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

La risposta al quesito relativo alle cause delle differenze tra regioni si può desumere dall'analisi della tipologia di prestazioni offerte, dai livelli di copertura della popolazione e dal confronto tra i sistemi di remunerazione adottati dalle regioni.

¹ Modello di rilevazione dei costi per livelli di assistenza delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ex Decreto Ministeriale 18 giugno 2004

Le prestazioni offerte

La ricognizione condotta nell'ambito del Progetto Prestazione residenziali e semiresidenziali² aveva evidenziato che "la denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc.". Le prestazioni erogate da tali strutture sono costituite da un "complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione". Tuttavia le prestazioni erogate nelle diverse realtà possono essere relativamente differenti, anche "in ragione dei diversi bisogni degli ospiti". In particolare, il progetto mattone ha identificato quattro tipologie di prestazioni residenziali per anziani (intendendo con questo termine non i singoli atti assistenziali ma il complesso dell'assistenza erogata) basata sulle caratteristiche tecnico-organizzative dei "nuclei erogativi"³ :

- Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione entrale etc.
- Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
- Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali
- Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile associata a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer).

La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA con l'obiettivo di definire i contenuti tecnico-professionali dei servizi offerti, ha definito⁴ la prestazione "residenziale" come un "ambito di erogazione a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico a patologie croniche, connotato da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza". Inoltre ha indicato che "La prestazione residenziale non dovrebbe quindi avere una durata predefinita, ma non deve neanche essere interpretata come una soluzione definitiva e statica, ... E' appropriato quindi l'utilizzo temporaneo dell'assistenza residenziale per pazienti che presentino reali possibilità di recupero e di reinserimento a domicilio o in strutture a minor impegno sanitario, escludendo comunque pazienti con quadri clinici attivi che consiglino la permanenza in ambiente ospedaliero (Unità di Lungodegenza) o richiedano trattamenti riabilitativi intensivi (Unità di Riabilitazione)". La Commissione ha ripreso la classificazione delle prestazioni proposta dal Progetto Mattone e ha proposto degli standard qualificanti per le diverse tipologie di assistenza in relazione al tempo di assistenza medica, infermieristica e "globale" che dovrebbe essere erogata nelle strutture per anziani.

² Progetto del Ministero della salute compreso tra i "Mattoni del SSN", condotto dalle regioni Marche (capofila), Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Basilicata, Veneto, Liguria

³ Progetto Mattoni SSN Prestazioni residenziali e semiresidenziali – Relazione finale (2007)

⁴ Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA – Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Non vi è quindi univocità nella definizione delle prestazioni residenziali agli anziani, che possono differire per tipologia ed intensità delle prestazioni sanitarie, per durata della degenza e per le prestazioni alberghiere.

I pazienti assistiti nelle RSA

Un'ulteriore considerazione deve essere fatta circa la tipologia dei pazienti assistiti. Le informazioni disponibili, infatti, non consentono di valutarne il peso assistenziale né consentono di valutare l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Si può intuitivamente ritenere che l'impegno assistenziale, e quindi i relativi costi, varino sensibilmente in relazione al diverso grado di non autosufficienza dei pazienti. Sistemi di classificazione dei pazienti in grado di valutare il grado di disabilità sono adottati solo in alcune regioni, ciascuna delle quali utilizza sistemi diversi (RUG; SVAMA, AGED, Valgraf, SOSIA, VAOR, ICF, ecc.) Tuttavia, solo in alcune realtà la remunerazione è differenziata in ragione del diverso grado di disabilità dei pazienti.

Livelli di copertura della popolazione

Il differente livello di allocazione delle risorse dipende anche dalla difformità nell'offerta regionale in termini quantitativi, in relazione alla disponibilità di posti letto.

Nel 2007 il Ministero della salute ha censito complessivamente 5.105 strutture che erogano assistenza territoriale residenziale (di cui il 73% private accreditate), rilevando un trend annuale costante di crescita rispetto al 2004.

Le strutture residenziali dispongono di oltre 188.000 posti letto, di cui l'81% (oltre 152.000 posti), dedicato all'assistenza agli anziani (cfr figura 1). Nel 2007 sono stati assistiti oltre 220.000 anziani, ai quali sono state erogate oltre 50 milioni di giornate di assistenza; ma né il volume di posti letto né i livelli di erogazione sono omogenei tra regioni. Il numero di posti letto per mille anziani varia tra 0,2 e 44,3.

Può essere interessante ricordare che dai dati dei principali paesi OCSE⁵ si rileva che i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da 30 a 60 posti letto per 1.000 anziani, mentre l'esperienza dei principali paesi UE individua un parametro di offerta di 50-60 posti letto per 1.000 anziani come standard di riferimento.

Nessuna regione raggiunge il parametro europeo e solo alcune raggiungono il minimo di quello indicato dall'OCSE.

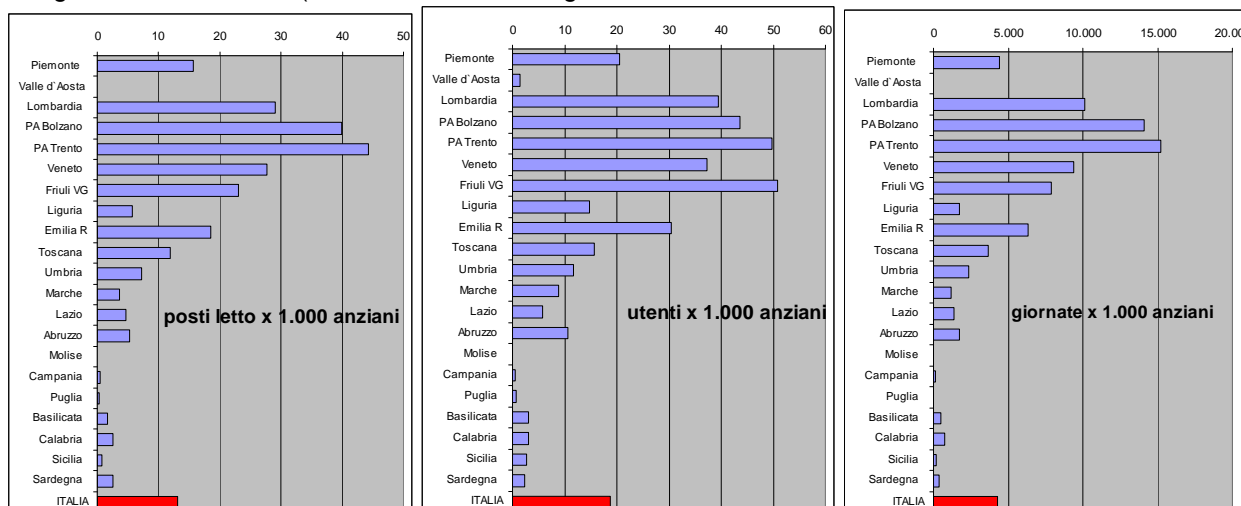
⁵ Comas-Herrera A. and Wittemberg R. European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission ESA DG dp 1840, 2003

Fig. 1 – Assistenza residenziale agli anziani – anno 2007
(fonte: Elaborazione Agenas su dati del Ministero della salute – Annuario statistico)

	numero strutture	posti letto	numero utenti	giornate per utente
Piemonte	379	15.394	20.292	215
Valle d`Aosta	1	5	35	43
Lombardia	619	54.782	74.173	256
PA Bolzano	39	3.298	3.596	324
PA Trento	51	4.255	4.768	306
Veneto	316	25.683	34.520	252
Friuli VG	85	6.376	14.072	155
Liguria	82	2.447	6.362	119
Emilia R	363	17.872	29.258	208
Toscana	266	10.131	13.295	236
Umbria	34	1.479	2.384	203
Marche	33	1.238	3.084	132
Lazio	66	5.041	6.237	235
Abruzzo	39	1.495	2.951	163
Molise	-	-	-	-
Campania	15	396	522	195
Puglia	5	264	535	115
Basilicata	5	193	362	166
Calabria	28	957	1.151	235
Sicilia	24	683	2.399	79
Sardegna	25	756	724	157
ITALIA	2.475	152.745	220.720	229

Il tasso di utenti e di giornate di assistenza rispetto alla popolazione anziana ed il numero medio di giornate erogate per utente presentano evidenti differenze a livello regionale (cfr fogra 2). Infatti, trascurando il Molise in cui non risultano presenti strutture residenziali per anziani, la variabilità del numero di utenti assistiti è compreso tra 0,6 e 50,7 per 1.000 anziani, con una variabilità del 8.734%. Il tasso di giornate di assistenza in RSA erogate per 1.000 anziani varia tra 59 e 15.206. Il numero medio di giornate per utente è pari a 229, il range di variabilità è del 753%, essendo compreso tra 43 e 324 giornate..

Fig. 2 – Assistenza residenziale agli anziani – anno 2007 : posti letto, numero utenti, numero di giornate erogate x 1.000 anziani (fonte: Elaborazione Agenas su dati del Ministero della salute – Annuario statistico)



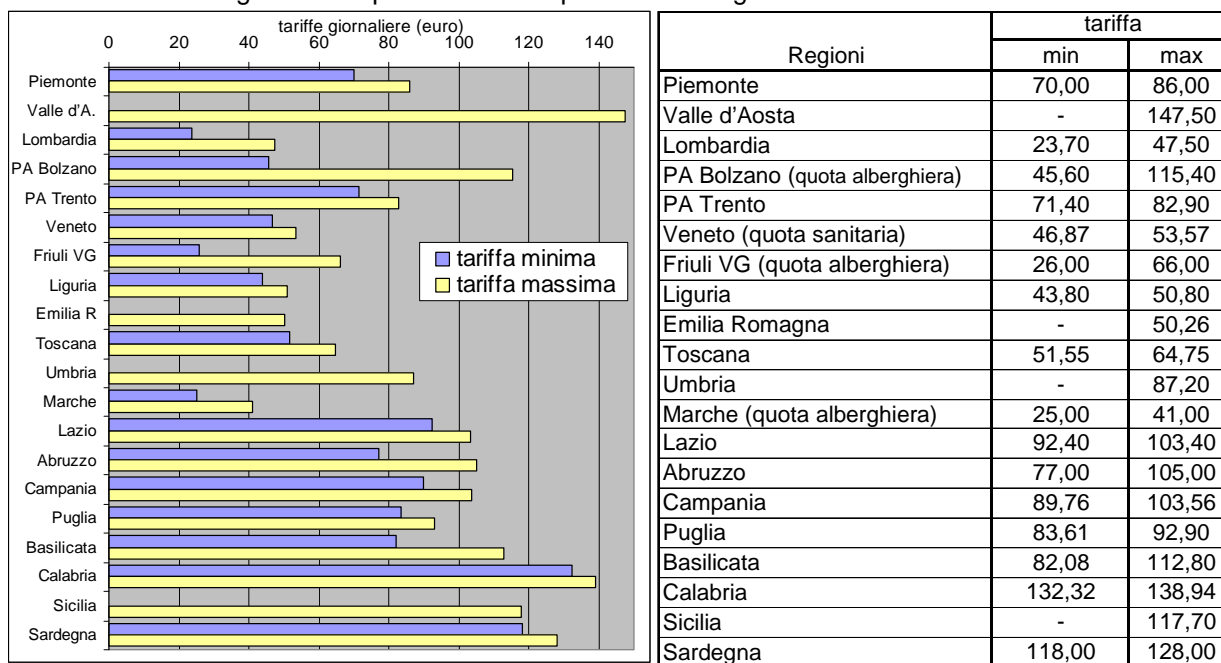
I sistemi regionali di reumerazione delle RSA

Poiché frequentemente il valore della spesa indicato nei modelli LA è calcolato dalle regioni sulla base del valore tariffario delle prestazioni, una ulteriore parziale motivazione delle differenze riscontrate può essere fornita dall'analisi dei sistemi regionali di remunerazione delle RSA.

Una prima ricognizione limitata alle Unità di cure residenziali estensive o di mantenimento, ha evidenziato differenti modelli di remunerazione e di importi tariffari. In tutte le regioni la tariffa è stabilita per giornata di degenza, tuttavia in alcune è prevista una tariffa unica per tutti gli erogatori, in altre sono previste tariffe differenziate in ragione della dimensione delle struttura e / o secondo il livello di non autosufficienza dei pazienti e / o della disponibilità di stanze singole. Anche la quota posta a carico del paziente (o del Comune di residenza) è diversa tra le regioni, generalmente è pari al 50% della tariffa, ma in alcune realtà è pari al 30%, in altre è concordata con i singoli Comuni. Inoltre, in alcune regioni è prevista l'erogazione di contributi economici ai pazienti ricoverati nelle RSA

Le tariffe regionali presentano una variabilità molto elevata, come è ben evidenziato dalla tabella di fig. 3, con importi giornalieri compresi tra i 24 ed i 147 euro, anche se si deve tener presente che in alcuni casi la tariffa comprende la sola quota alberghiera o la sola quota sanitaria o entrambe.

Fig. 3 – RSA per anziani – importi tariffari regionali minimi e massimi



Quali sono le cause delle differenze tra le tariffe regionali delle RSA ? Una parziale risposta si può desumere dall'analisi delle difformità nell'offerta regionale in relazione ai requisiti di autorizzazione/accreditamento (diversificati in relazione alle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali) da cui derivano eterogenei livelli dei costi di produzione (e quindi importi tariffari differenti), alla diversa articolazione del sistema tariffario ed ai differenti criteri di determinazione della retta giornaliera. Limitando l'indagine ad alcune categorie di costo relative all'assistenza sanitaria erogata nel corso del ricovero in RSA (Personale infermieristico, personale medico, farmaci, prestazioni specialistiche), si è osservato che nelle diverse realtà la tariffa giornaliera copre differenti tipologie di costi.

La fig. 4 indica, per le singole regioni se tali categorie di costo sono remunerate attraverso la tariffa giornaliera ovvero se sono a carico della ASL.

Nella maggioranza delle regioni (con l'eccezione di PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche e Campania) la tariffa include il costo del personale infermieristico. La tariffa include anche il costo del personale medico generico in Valle d'Aosta, Lombardia, PA Trento, Veneto, Liguria, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna, mentre nelle altre regioni è garantita dal Medico di Medicina Generale (MMG). I farmaci sono inclusi nella tariffa solo in Lombardia. L'erogazione di prestazioni specialistiche non è mai inclusa nella tariffa, tranne che in Sardegna limitatamente alle prestazioni "di base".

L'ovvia conseguenza delle diverse tipologie di costi incluse sono la estrema eterogeneità degli importi tariffari applicati nelle regioni e la differente articolazione del sistema di remunerazione.

Fig. 4 – RSA – criteri di inclusione di alcune Categorie di costo nelle tariffe regionali delle RSA

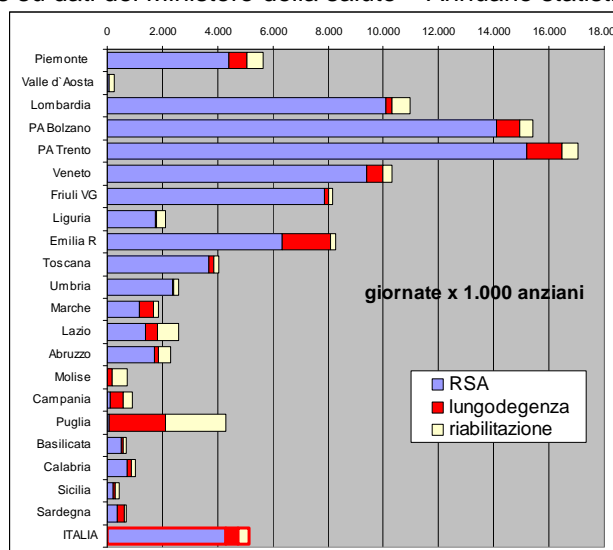
	Personale infermieristico	Personale medico	Farmaci	Prestazioni specialistiche
Piemonte	incl nella Tariffa	a carico della ASL (MMG)	a carico della ASL (fornitura diretta)	a carico della ASL
Valle d'Aosta	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa e continuità assistenziale	a carico della ASL (fornitura diretta)	a carico della ASL
Lombardia	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa	a carico della ASL
PA Bolzano	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL
PA Trento	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa	a carico della ASL (fornitura diretta)	a carico della ASL
Veneto	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa	a carico della ASL	a carico della ASL
Friuli VG	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL
Emilia R	incl nella Tariffa	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL
Liguria	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa	a carico della ASL (fornitura diretta)	a carico della ASL
Toscana	incl nella Tariffa	a carico della ASL (MMG)	a carico della ASL (anche fornitura diretta)	a carico della ASL
Umbria	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL
Marche	Assistenza Diretta: a carico della ASL Assist. Indiretta: incl nella tariffa	Assistenza Diretta: a carico della ASL Assist. Indiretta: incl nella tariffa	a carico della ASL	a carico della ASL
Lazio	incl nella Tariffa	a carico della ASL (MMG)	a carico della ASL	a carico della ASL
Campania	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL	a carico della ASL
Puglia	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa o a carico della ASL (MMG)	a carico della ASL (fornitura diretta per le RSA pubbliche)	a carico della ASL
Calabria	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa	a carico della ASL	a carico della ASL
Sicilia	incl nella Tariffa	incl nella Tariffa	a carico della ASL	incl nella Tariffa?
Sardegna	incl nella Tariffa	Tariffa (medico della RSA) + MMG e continuità assist.	a carico della ASL	Incl nella Tariffa le prestazioni "di base", le altre a carico della ASL

L'assistenza a pazienti anziani non acuti in altri setting

In considerazione dei disomogenei livelli di copertura della popolazione si è ipotizzato che in alcune regioni carenti di strutture residenziali l'assistenza agli anziani venga assicurata

in setting assistenziali differenti, ad esempio in strutture ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza, di per sé inappropriati rispetto agli utenti target delle RSA. Tuttavia, sommando le giornate erogate nelle RSA a quelle erogate a pazienti anziani in strutture di riabilitazione e lungodegenze (delle quali sicuramente la maggior quota dovrebbe corrispondere al trattamento appropriato di pazienti post acuzie) permangono evidenti differenze tra le regioni (cfr fig. 5) e solo in alcune regioni il ricorso a strutture ospedaliere per l'assistenza agli anziani sembra supplire alla insufficiente offerta di RSA.

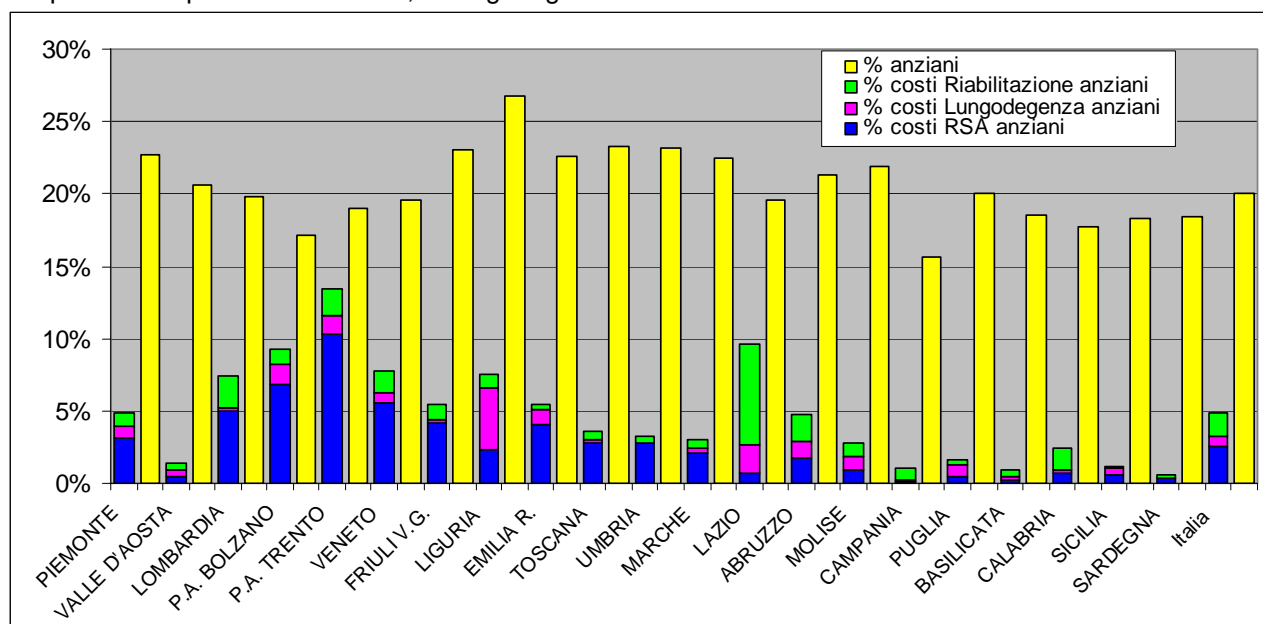
Figura 5 – Assistenza agli anziani - numero di giornate erogate x 1.000 anziani in RSA e in strutture ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza
 (fonte: Elaborazione Agenas su dati del Ministero della salute – Annuario statistico e SDO 2007)



Informazioni analoghe si desumono dal costo procapite complessivo, ottenuto dalla somma del procapite relativo all'assistenza residenziale e del procapite relativo all'assistenza in strutture di riabilitazione e lungodegenza per gli anziani non acuti (stimato riducendo proporzionalmente i costi riportati nel modello LA secondo la quota di attività destinata agli anziani). La variabilità tra regioni non si attenua, il costo procapite complessivo per tali forme di assistenza è compreso tra 20 e 1.370 euro, il valore medio nazionale è di 376 euro.

In realtà non sembra esservi una stretta correlazione tra la proporzione di popolazione anziana e la quota della spesa sanitaria (desunta dai modelli LA) destinata all'assistenza residenziale o in strutture di riabilitazione/lungodegenza (cfr fig.6). In tutte le regioni l'assistenza residenziale è associata all'assistenza in strutture di lungodegenza e riabilitazione, ma solo in Liguria e nel Lazio queste ultime forme di assistenza prevalgono sulla prima.

Figura 6 – anno 2007 - % anziani rispetto alla popolazione complessiva e % della spesa sanitaria destinata alle prestazioni per anziani in RSA, in lungodegenza e in riabilitazione



Conclusioni

L'evidenza delle differenze tra le regioni induce innanzitutto a ritenere opportuna una riflessione circa la tipologia ed il livello di prestazioni ritenuto adeguato a soddisfare il dettato del DPCM 29 novembre 2001 in relazione alle prestazioni residenziali. Laddove l'assistenza sanitaria deve essere disponibile su tutto il territorio nazionale secondo un insieme di prestazioni che devono rientrare tra i LEA e un medesimo principio di equità nell'accesso agli stessi LEA, non è accettabile né che l'assistenza agli anziani nelle diverse regioni sia quasi del tutto carente o che sia erogata in setting assistenziali inappropriati, e, quindi inefficienti, né che le prestazioni offerte siano così disomogenee. Ulteriori considerazioni dovrebbero riguardare la quota della retta giornaliera posta a carico degli utenti. Tali quote sono determinate secondo una proporzione (variabile) delle tariffe regionali che però, come si è visto, sono di importo estremamente diversificato. Ne consegue la possibilità che si vengano a determinare situazioni di non equità, in cui i pazienti trattati nelle diverse regioni potrebbero essere chiamati a corrispondere cifre differenti a fronte della stessa prestazione.

I diversi livelli di spesa osservati nelle singole regioni, come si è visto, possono in parte essere spiegati con il diverso modo di identificare e classificare le attività di assistenza agli anziani, dalla variabilità dei livelli di copertura derivanti dall'offerta di posti letto, dai differenti sistemi di remunerazione tariffaria. Il nuovo modello LA predisposto dal Ministero della salute (in corso di sperimentazione presso le regioni), maggiormente articolato in relazione alle prestazioni rese agli anziani, dovrebbe consentire una rilevazione più accurata ed omogenea che renderà disponibili informazioni meglio confrontabili rispetto a quelle di cui finora si è potuto disporre. Anche il sistema informativo delle RSA

recentemente istituito⁶ fornirà dati - sia sui volumi di prestazioni in RSA erogate agli anziani, sia sul livello di disabilità degli utenti – utili per approfondire le ragioni della variabilità regionale.

Tuttavia, per rispondere in modo più completo al quesito circa le cause delle differenze osservate sarebbe necessario disporre anche di informazioni relative ai costi di produzione dell'assistenza residenziale. La carenza di informazioni complete ed omogenee relative alle singole regioni non consente di dare una risposta esaustiva. In singole realtà (singole regioni o singole ASL) sono stati condotti specifici studi per la sperimentazione di sistemi di classificazione dei pazienti e la valutazione dei relativi costi. Tuttavia tali studi non sono omogenei, hanno obiettivi e finalità diverse. Non risultano essere stati condotti studi sistematici sui costi di produzione e di confronto tra le diverse realtà in relazione alle diverse tipologie di prestazioni.

Sarebbe utile svolgere una specifica rilevazione dei costi di produzione delle diverse tipologie di assistenza erogata a livello distrettuale, con l'obiettivo di rendere disponibili dati confrontabili tra Regioni da utilizzare per le diverse necessità conoscitive dei livelli della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale ed anche per la definizione di eventuali sistemi di finanziamento.

.

Bibliografia

- Progetto Mattone "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" Relazione finale (2007)
- Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA – Prestazioni residenziali e semiresidenziali (2007)
- Progetto di ricerca finanziato dal Ministero della salute "Sperimentazione di un sistema di rilevazione dei costi commisurato alla valutazione della non autosufficienza" (2009)
- Progetto di ricerca "Finanziamento della lungodegenza ospedaliera ed extra-ospedaliera: validazione del sistema RUG nel SSN" (1999)
- Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti - Ricerca realizzata da un gruppo di lavoro della Fondazione Censis – Centro Studi Investimenti Sociali – 2005
- Gli strumenti di valutazione in geriatria, Zanetti E., Lauri Edizioni
- La valutazione multidimensionale geriatrica Cester A., Piergentili P., Senin U., Vega Edizioni
- Comas-Herrera A. and Wittemberg R. European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission ESA DG dp 1840 (2003)

⁶ DM 17 dicembre 2008 recante Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali – prevede l'attivazione del flusso informativo dal 1 luglio 2009, stabilendo che vada a regime entro il 1 gennaio 2011