

XV CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA

COSTI E FINANZIAMENTO DELLE RSA

Franco Pesaresi

Direttore Asp "Ambito 9" Jesi (AN)

NNA Network non Autosufficienza

Bologna, 10 giugno 2017

I temi della relazione

1. I sistemi tariffari delle RSA
2. La ripartizione dei costi delle RSA

Le tariffe giornaliere

- Tutte le regioni hanno approvato un sistema tariffario per le loro RSA.
- Le tariffe giornaliere omnicomprensive delle RSA per anziani sono molto diverse fra una regione e l'altra. La media non ponderata della tariffa complessiva è di € **105,79 al giorno**. (Min. 77,30 euro al giorno, una delle tre tariffe dell'Abruzzo; Max 177,93 euro di una particolare tipologia di RSA (Namir) della provincia di Trento).
- Le tariffe giornaliere omnicomprensive dei moduli Alzheimer delle RSA sono sensibilmente più elevate (+16% in media). La media non ponderata è di € **122,43 al giorno**. (Min. 95,59 euro al giorno dell'Emilia Romagna; max 168,26 della Sicilia).

Perché così diverse?

Nella valutazione e comparazione delle tariffe occorre tener conto:

1. Della grande **varietà** regionale degli standard di **personale** applicati ;
2. Della **inclusione od esclusione di alcune prestazioni sanitarie** (farmaci, assistenza specialistica, ecc.) che in alcune regioni sono fornite direttamente dalle ASL;
3. dal **diverso sistema di calcolo** delle tariffe. C'è chi utilizza il sistema del calcolo dei costi di produzione e chi le determina forfetariamente.
4. Delle differenze che si riscontrano nella **valutazione del costo dell'immobile**, degli oneri finanziari e fiscali e del costo del personale.

I sistemi tariffari

Cosa finanziare?	Come?		Quali sistemi di remunerazione?
Finanziamento della domanda	Trasferimento delle risorse in base ai bisogni stimati della popolazione	Sistemi prospettici (a valori ex ante)	1.Quota capitaria 2.Trasferimento in quota fissa o a budget globale
Finanziamento della offerta	Trasferimento delle risorse in base ai fattori produttivi impiegati	Sistemi prospettici (a valori ex ante) Sistemi retrospettivi (a valori consuntivi)	3.Tariffe per caso trattato 4.Tariffa per giornata di ricovero 5.Pagamento a pie' di lista

Nel settore residenziale

Qualunque sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie comporta dei vantaggi e dei rischi.

I sistemi tariffari più usati nel settore dell'assistenza residenziale sono due:

- La tariffa per giornata di degenza;
- La tariffa giornaliera per caso trattato.

I due sistemi

- **La tariffa per giornata di degenza** è il sistema più semplice ma anche il più grossolano. E' il più usato in Italia. Esso prevede una tariffa uguale per tutti indipendentemente dalle condizioni e dalle necessità assistenziali del paziente.
- Nel settore residenziale non esiste un sistema tariffario per caso trattato come quello dei DRG, esistono invece dei sistemi tariffari che prevedono l'uso di "**Tariffe giornaliere per caso trattato**" (come i RUG). Queste tariffe tengono conto delle condizioni di salute di ogni singolo paziente e del suo effettivo assorbimento di risorse; proprio per questo sono ritenute più eque ed efficaci.

I sistemi di tariffazione per caso trattato delle prestazioni residenziali per anziani

Sistema di remunerazione per caso trattato	Nazione in uso
Resource utilization groups (RUG III)	Usa, Ontario Canada
Resident classification scale (RCS)	Australia
Alberta Resident Classification System (ARCS)	Alberta Canada
Tarifation ternaire des établissements	Francia

I sistemi di tariffazione per caso trattato

I sistemi di tariffazione per caso trattato sono composti da due parti:

1. un sistema di classificazione del case-mix dei pazienti;
2. una metodologia di pagamento.

La classificazione comporta la valutazione degli assistiti per stimare la quantità di cure di cui hanno bisogno e il loro posizionamento in una categoria o in un gruppo con gli altri utenti basato su bisogni assistenziali simili.

Nel sistema dei RUG, ad esempio, ad ogni gruppo viene assegnato un indice di case mix (CMI) che rappresenta le risorse consumate dalla media degli assistiti presenti in ciascun gruppo. Negli altri sistemi non viene previsto l'indice di case-mix ma la classificazione proposta svolge la stessa funzione.

La metodologia di pagamento consiste nel collegare le tariffe giornaliere all'indice di case-mix o agli altri sistemi di classificazione dei pazienti.

L'analisi del Case-Mix assistenziale e la valutazione multidimensionale

- La necessità di disporre di sistemi di classificazione della casistica trattata rende indispensabile la compilazione e l'utilizzo di uno strumento di Valutazione Multidimensionale dei bisogni (VMD).
- In Italia, gli strumenti testati dal gruppo di lavoro ministeriale e validati per l'automatica alimentazione della FAR (scheda di Flusso di Assistenza Residenziale) sono:
 - MDS /RUG;
 - SOSIA;
 - SVAMA;
 - AGED.

Le regioni italiane

- Le regioni italiane preferiscono largamente utilizzare il sistema della tariffa per giornata di degenza.
- Questo sistema tariffario è molto semplice e prevede una tariffa giornaliera omnicomprensiva. Ben 14 regioni (e province autonome) utilizzano questo sistema che non significa però una sola tariffa.
- Spesso sono presenti più tariffe (in genere 2 + Alzheimer) legate però non alle necessità assistenziali del paziente ma alle caratteristiche delle strutture residenziali ospitanti che in questi casi sono organizzate per erogare differenti livelli assistenziali.

Le regioni italiane/2

Le altre 7 regioni (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Veneto, pa Bolzano), invece, utilizzano la “tariffa giornaliera per caso trattato”.

In questo caso ogni singola struttura è potenzialmente in grado di ospitare ogni tipo di paziente per garantire un’assistenza personalizzata in base alle sue necessità.

Questo comporta la disponibilità di un sistema di classificazione in grado di selezionare i pazienti per classi di assorbimento di risorse assistenziali a cui legare le tariffe. Le sette regioni utilizzano sistemi di classificazione dei pazienti delle RSA diversi l’una dall’altra.

In realtà, le regioni che dispongono di un sistema di classificazione dei pazienti sono 17 ma solo una minoranza li utilizza per il sistema tariffario.

Non basta aver adottato uno strumento di valutazione dei pazienti perché questo sia anche uno strumento di classificazione degli stessi se lo strumento non si conclude con l’assegnazione di un valore o di uno status qualitativo sintetico ad ogni singolo paziente.

Guardando avanti.....

Il sistema tariffario oggi prevalente (tariffa per giornata di degenza) è un sistema elementare e grossolano non in grado di garantire l'equità nell'accesso e la qualità delle prestazioni.

L'attuale sistema tariffario delle RSA ha prodotto un quadro nazionale di costi molto variabili che i differenti standard assistenziali non giustificano del tutto.

In futuro, il quadro epidemiologico italiano porterà ad un incremento delle prestazioni residenziali e della complessità dei casi trattati.

Le Regioni, pertanto, dovranno necessariamente migliorare i propri sistemi di remunerazione delle RSA al fine di utilizzare in modo ottimale le risorse e di puntare al miglioramento continuo della qualità del servizio.

Guardando ancora avanti.....

Occorre **superare** il sistema della **Tariffa per giornata di degenza** per **approdare** alla **tariffa giornaliera per caso trattato**.

Questa è già la **lenta** tendenza delle regioni italiane. Si prevede uno sviluppo futuro del sistema tariffario per caso trattato (con RUG e SVAMA) che però deve essere più veloce.

Le regioni devono intervenire con una serie di azioni e di provvedimenti fortemente coordinati che devono prevedere (oggi tutti realizzati ma solo da una minoranza di regioni):

- La definizione degli standard assistenziali ed alberghieri da garantire nelle RSA;
- La definizione del sistema di valutazione dei bisogni assistenziali e di classificazione degli ospiti delle RSA;
- La definizione del sistema tariffario delle RSA, legato agli standard da garantire;
- La determinazione degli oneri sanitari delle RSA;
- La determinazione dei criteri per la partecipazione alla spesa da parte degli utenti eventualmente comprensivo del sistema di valutazione del reddito degli utenti.

Il finanziamento delle RSA

Il finanziamento delle RSA poggia su tre soggetti:

- il servizio sanitario,
- l'assistito e
- i comuni.

Come questi tre livelli interagiscono nel finanziamento delle RSA dipende:

- dalla suddivisione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale;
- dalla suddivisione della spesa sociale fra utente e comune e, all'interno di questo, le modalità di determinazione della compartecipazione dell'utente.

La ripartizione dei costi fra questi soggetti dipende sia dalle norme nazionali sui LEA che dalle politiche regionali e comunali.

Attualmente, le spese sono coperte per il 51,0% dal Servizio sanitario, per il 46,6% dall'utente e per il 2,4% dai comuni.

Ripartizione 50% fra sociale e sanitario

Per quel che riguarda tutta l'assistenza residenziale per gli anziani, le norme nazionali prevedono una ripartizione della spesa al 50% fra il sociale (utente) e il sanitario per la sola fase di lungo assistenza.

Attualmente, la ripartizione al 50% dei costi fra il sociale e il sanitario è stata seguita solo da nove regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto).

Tutte le altre regioni, con esclusione della Lombardia, hanno previsto quote sanitarie superiori al 50%.

In Lombardia, dove si concentra la maggioranza delle RSA italiane la quota sanitaria si colloca al di sotto del 50%, oscillando fra il 30% e il 46% in relazione alle condizioni assistenziali del paziente (misurate con il sistema SOSIA).

La fase dei trattamenti estensivi

Sono riconosciute due fasi: Estensiva e di Lungoassistenza. Nella fase dei trattamenti estensivi dell'assistenza residenziale (max 60 gg.) gli oneri sono totalmente a carico del Servizio sanitario. (Nuovi LEA più netti dei precedenti).

- La maggioranza delle regioni italiane ha previsto una ripartizione della spesa che non tiene conto delle fasi di assistenza ((intensiva), estensiva, di lungoassistenza).
- Alcune regioni (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Sicilia, Valle d'Aosta) hanno implicitamente riconosciuto l'esistenza delle fasi (intensive ed) estensive a totale carico del Servizio sanitario prevedendo una decorrenza differita del pagamento della quota sociale delle RSA compresa fra 30 e 90 giorni dall'inizio del ricovero.

La retta alberghiera/1

- In tutte le regioni italiane la retta alberghiera/quota sociale è a carico dell'utente. I comuni intervengono nel caso in cui l'assistito non abbia le risorse per far fronte completamente alla retta da pagare.
- La quota sociale del costo delle RSA comprende le cosiddette spese alberghiere e cioè il vitto, la pulizia dei locali, la lavanderia, l'assistenza al pasto e può comprendere anche altro. Una definizione puntuale e condivisa nazionalmente delle prestazioni alberghiere delle strutture residenziali non è mai stata fatta e questa ambiguità ha prodotto un contenzioso minore ma continuo fra le strutture e i familiari dei degenti.
- La quota alberghiera a carico dell'assistito varia moltissimo. Non si paga nulla nella RSA Alzheimer della Sicilia. Per contro si può arrivare a pagare più di 60 euro al giorno in Sardegna, Piemonte, Lombardia e Toscana.
- **La retta alberghiera media a carico dell'assistito è di 46,82 euro che corrisponde a circa a 1.404 euro al mese.**

La retta alberghiera/3

Mentre la quota sanitaria è in genere predefinita e stabile la quota sociale, (quando non è rigidamente regolata dalle regioni), è spesso molto variabile, addirittura fra una struttura e l'altra. Varia moltissimo anche la percentuale a carico dell'utente rispetto al totale del costo giornaliero. La media non ponderata è del 44,3% (la media ponderata è invece del 49%).

- Al 50% previsto dalla normativa nazionale si attestano 8 regioni (Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia e Veneto), in Lombardia l'assistito paga più del 50% e in tutte le altre regioni pagano meno del 50%.
- La ripartizione dei costi al 50% tende a **penalizzare le situazioni più complesse** laddove esiste un sistema tariffario basato sul case-mix del paziente. Infatti, i casi più complessi sono quelli che assorbono una maggiore quantità di assistenza ed hanno dunque anche un costo maggiore. Occorre che la quota alberghiera sia uguale per tutti per evitare iniquità ed effetti indesiderati.

Assistito e comune di residenza

- Una volta stabilita la quota sociale della tariffa giornaliera occorre definire come essa viene ripartita sull'assistito e sul comune di residenza.
- La legge 328/2000 (art 8, comma 3 lettera l) prevede che siano le Regioni a determinare i criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.
- Lo schema generale è però largamente condiviso: spetta all'assistito pagare la quota sociale della tariffa e se i suoi redditi non sono sufficienti interviene il comune di residenza. Su tutto il resto c'è un'ampia varietà di orientamenti regionali.
- L'introduzione dell'ISEE ha prodotto una serie di variabili nei comportamenti regionali che impattano in modo significativo nella ripartizione degli oneri fra l'assistito e il comune di residenza. Chi vuol accedere alle strutture residenziali per anziani richiedendo una prestazione agevolata deve presentare un ISEE sociosanitario per residenze. (revisione ISEE per alcune regioni, coinvolgimento dei figli, somme lasciate all'assistito, esenzioni e riduzioni).

quota sociale: guardando avanti...

Diversi aspetti rimangono ancora critici e da affrontare:

- **Adeguamento** di tutte le regioni almeno alla ripartizione del **50%**.
- la permanenza di un **rilevante onere per l'utente** che sostiene la metà del costo complessivo dei servizi residenziali. Nella grande maggioranza dei paesi europei, all'utente viene richiesta una quota di partecipazione che non supera il 33% della spesa complessiva delle residenze sanitarie a copertura (parziale o totale) delle spese alberghiere.
- **Ridurre l'eccessiva variabilità** interregionale ed infraregionale. Alcune realtà regionali hanno affrontato in modo organico l'adempimento della determinazione dei criteri per il concorso al costo delle prestazioni da parte degli utenti mentre altre lo hanno affrontato in modo generico lasciando ampia autonomia ai comuni. Il risultato è costituito da un'ampia differenziazione regionale a cui spesso si aggiunge anche una grande diversità tra i vari Comuni, anche della stessa Regione.

quota sociale: guardando ancora avanti....

- Fissare **durata** della fase dei trattamenti **estensivi** (fissa o in base a valutazione multidimensionale?).
- Fissare i **contenuti dell'assistenza alberghiera** (esempio cambio lenzuola quando? Scelta menù?, ecc.) uguale per tutti
- Superare **penalizzazione** economica dei ricoveri **più complessi** nelle regioni che applicano retta giornaliera per caso trattato (e d in qualche caso anche in altre regioni).
- Dare piena ed omogenea applicazione al nuovo **ISEE** (DPCM 159/2013)

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

e-mail: franco.pesaresi@gmail.com

Blog: francopesaresi.blogspot.com/



Franco Pesaresi

I costi delle strutture residenziali

