

L'assistenza del SSN per il disabili: livello degli interventi e spesa

Laura Pelliccia, | 30 gennaio 2019

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il servizio sanitario nazionale garantisce, in diversi setting assistenziali (strutture residenziali, centri diurni, interventi ambulatoriali e a domicilio), servizi riabilitativi rivolti alla disabilità. Si tratta di una sfera di programmi particolarmente articolata e complessa e, sinora, raramente esplorata, sia per quel che attiene le caratteristiche assistenziali, sia per i relativi impegni di spesa, anche a causa della storica ridotta disponibilità informativa per l'ambito sociosanitario rispetto ad altre partite (es. ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaceutica).

Il rilascio di alcune nuove fonti dati consente, oggi, di effettuare delle analisi preliminari sulla spesa complessiva e sui risultati delle singole regioni. Nel proseguo si offre, dapprima, una panoramica sui dati nazionali e, successivamente, un approfondimento comparativo per regione, analisi focalizzate inizialmente sulla spesa; si confrontano inoltre i livelli di spesa con i livelli di erogazione del servizio, con qualche accenno ai livelli di remunerazione.

Seguono infine alcune considerazioni in merito alle questioni aperte, con riferimento anche all'applicazione dei nuovi Lea.

Le tendenze di spesa a livello nazionale

Per conoscere la spesa del SSN per l'assistenza sociosanitaria per la disabilità occorre analizzare le rilevazioni sulla spesa per i vari livelli di assistenza (che, oggi, fanno ancora riferimento alla classificazione dei Lea ex Dpcm 29/11/2001), isolando le componenti rivolte esclusivamente al target "disabili"[note]La fonte dati per la spesa è stata [Open Bdap](#), con estrazione al 2/12/2018. Sono stati considerati gli oneri sostenuti dai servizi sanitari dalle varie regioni (al lordo della mobilità attiva e passiva, componenti che nel sociosanitario, a differenza di altri comparti come quello ospedaliero, assumono un ruolo modesto, tale da non inficiare sostanzialmente i risultati dei vari confronti). E' stato considerato il totale indicato per l'ente "regione", per il complesso dei fattori produttivi impiegati nel caso di erogazione diretta da parte delle ASL o dei costi sostenuti dal SSR per acquistare tali servizi da erogatori privati.[/note]; occorre precisare, tuttavia, che le voci dell'assistenza riabilitativa ai disabili in regimi ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale potrebbero non essere del tutto esaustive dei servizi a favore di questo tipo di bisogno[note]Alcuni interventi sono rilevati in maniera indistinta (ad esempio i costi dell'ADI/assistenza programmata a domicilio sono rilevati in una voce separata e complessiva per tutte le categorie di utenza, senza possibilità di isolare la quota per i disabili, pertanto sono state escluse da questa ricognizione). Allo stesso modo non è possibile isolare la quota a favore dei disabili per l'assistenza integrativa e protesica.[/note].

La spesa del servizio sanitario nazionale per la disabilità è pari a circa 3,15 miliardi, un valore abbastanza stabile nell'ultimo triennio. Di fatto, questo target assorbe meno del 3% delle risorse assegnate alle regioni per il finanziamento dei Lea[note]Fonte: Delibera Cipe 22/12/2017 - Riparto FSN 2017 (totale risorse per il finanziamento indistinto - ante mobilità)[/note].

Tra i vari setting assistenziali, quello che rileva maggiormente è quello residenziale (circa il 39,1% della spesa), seguito da quello domiciliare/ambulatoriale (38,7%), mentre i centri diurni per disabili assorbono una quota a confronto più limitata (22,2%).

L'impegno di spesa delle singole regioni

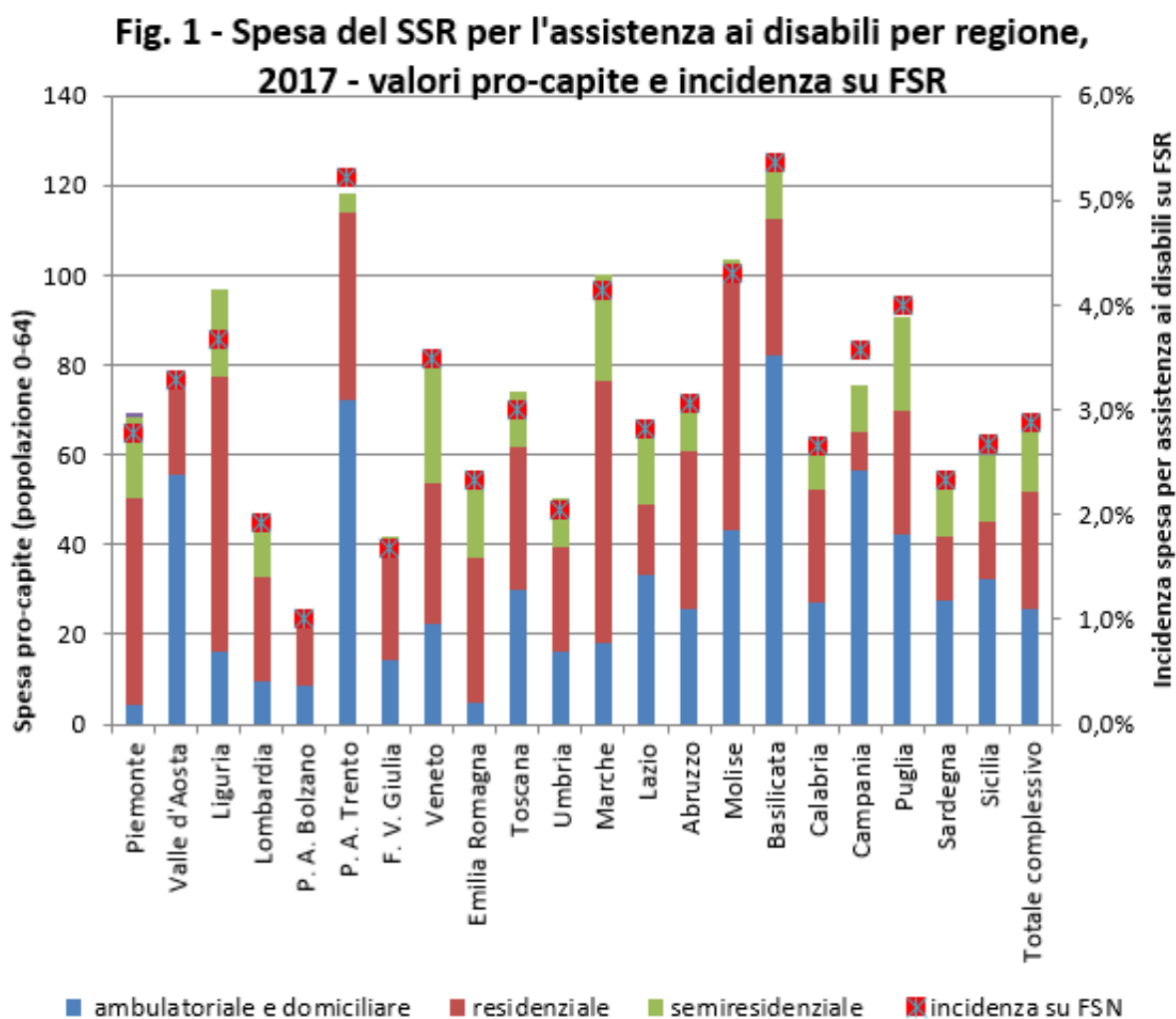
La spesa del 2017 per il complesso dei servizi sanitari per i disabili è molto variabile da regione a regione: a fronte di una media (riferita alla popolazione tra zero e 64 anni) di circa 67 € pro-capite, la spesa delle singole regioni oscilla dai 21€ di

Bolzano ai 125€ della Basilicata.

Non sembra esistere una particolare regolarità geografica nella spesa, dal momento che la distribuzione è molto disomogenea anche nell'ambito delle stessa area territoriale; non sembrano dunque emergere particolari pattern Nord-Sud.

Tra le regioni del Nord, quelle con maggiore propensione alla spesa per i disabili sono, oltre a Trento, la Liguria e il Veneto. Al centro il massimo si raggiunge nelle Marche, mentre nel Meridione, oltre alla già citata Basilicata, anche la Puglia si distingue per un valore piuttosto alto.

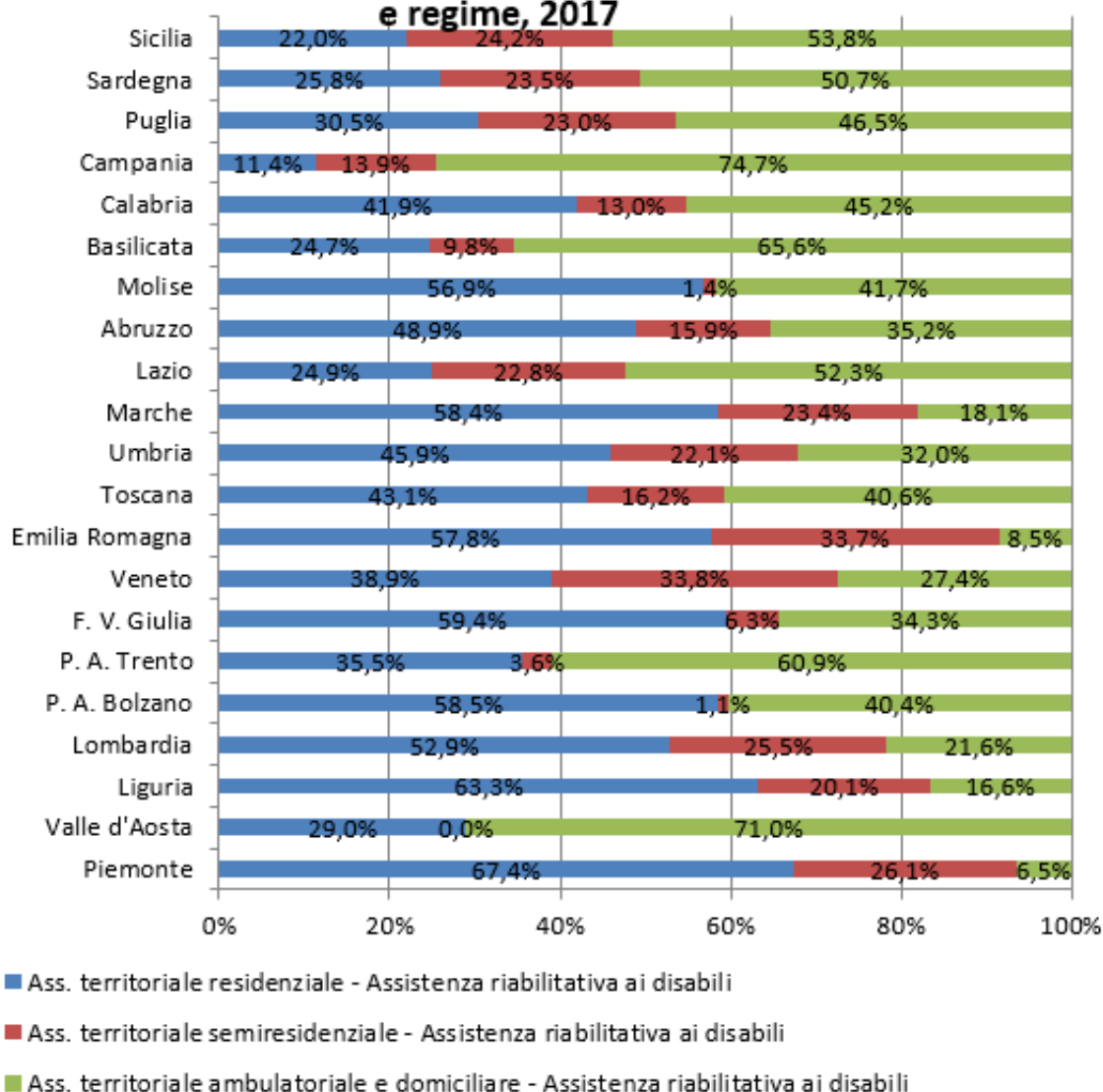
Le regioni con la spesa pro-capite più alta sono anche quelle in cui è più elevata l'incidenza di questa voce rispetto alla disponibilità di finanziamento del FSN 2017 (Fig. 1). Si va da meno dell'1,8% di Bolzano e del Friuli a oltre il 5% di Trento e della Basilicata.



Oltre al valore assoluto della spesa, gli interventi delle regioni si differenziano anche per importanza dei vari regimi assistenziali (Fig. 2). Ad esempio, il Piemonte e la Liguria sono le realtà dove prevale ampiamente il regime residenziale, mentre Veneto e Emilia Romagna sono le realtà dove l'assistenza semiresidenziale assorbe più risorse in termini relativi rispetto agli altri regimi (se consideriamo la spesa procapite, invece, oltre al Veneto, valori particolarmente elevati per la spesa dei centri diurni si registrano anche nelle Marche e in Puglia).

Infine, una particolare preferenza all'assistenza riabilitativa ai disabili in setting ambulatoriale e domiciliare si riscontra in Campania, Valle d'Aosta e Basilicata.

Fig. 2 - Composizione spesa per assistenza ai disabili per regione e regime, 2017

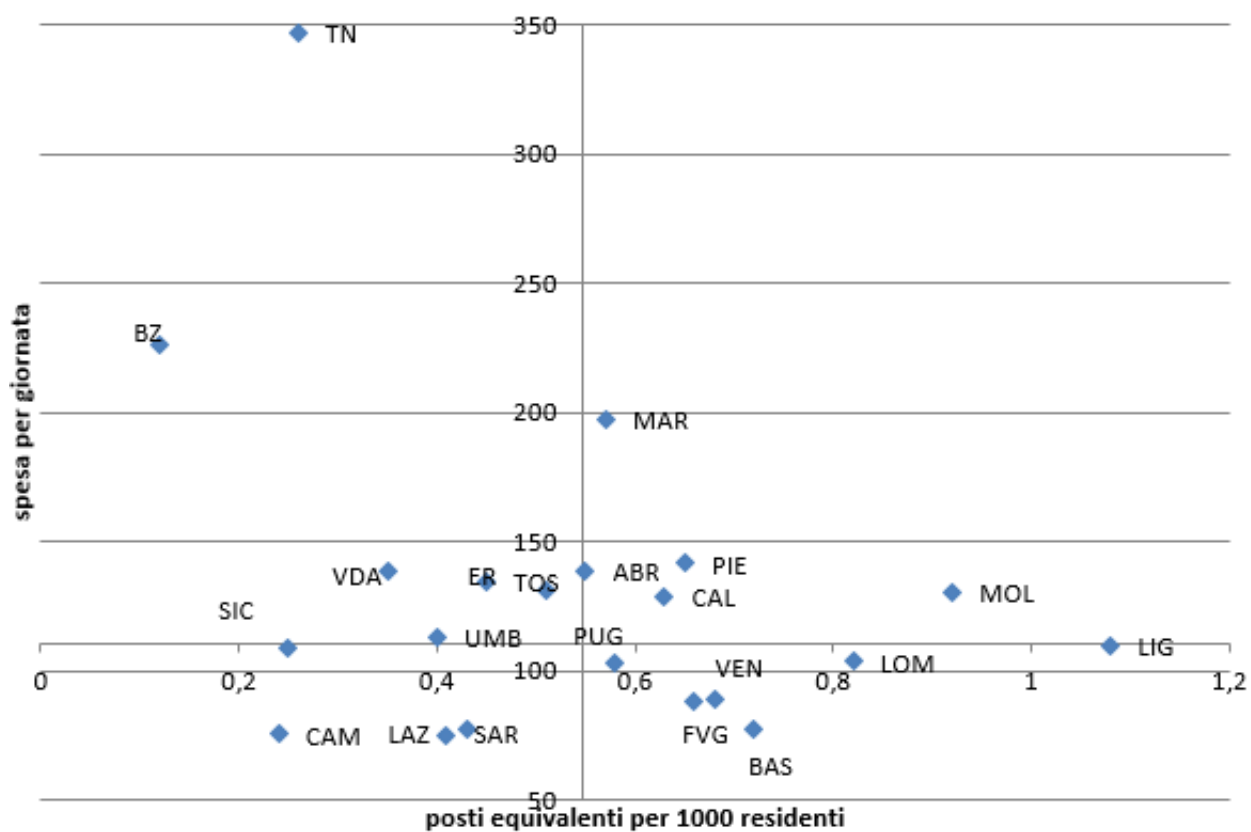


Un confronto con i livelli di erogazione del servizio

Quale livello di assistenza riabilitativa ai disabili viene erogata da ogni regione? Dato lo stato attuale dei sistemi informativi - che rilevano esclusivamente il totale dei posti e delle giornate residenziali e semiresidenziali erogate dalle varie strutture di assistenza territoriale ai disabili fisici e psichici e il totale delle giornate erogate dalle strutture ex art. 26 - l'unica fonte oggi disponibile per misurare gli sforzi delle regioni è quella degli indicatori sui disabili della Griglia Lea, al momento aggiornata al monitoraggio dell'anno 2016[*note*]Ministero della Salute (2018), [Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2016](#)[*note*]. A differenza di quanto da noi elaborato sulla spesa 2017, la griglia ministeriale relativizza i valori delle singole regioni rispetto a tutta la popolazione residente, evidenziando il livello dei posti equivalenti per 1000 abitanti (un valore calcolato a partire dalle giornate erogate/365, vale a dire nell'ipotesi di piena occupazione del posto).

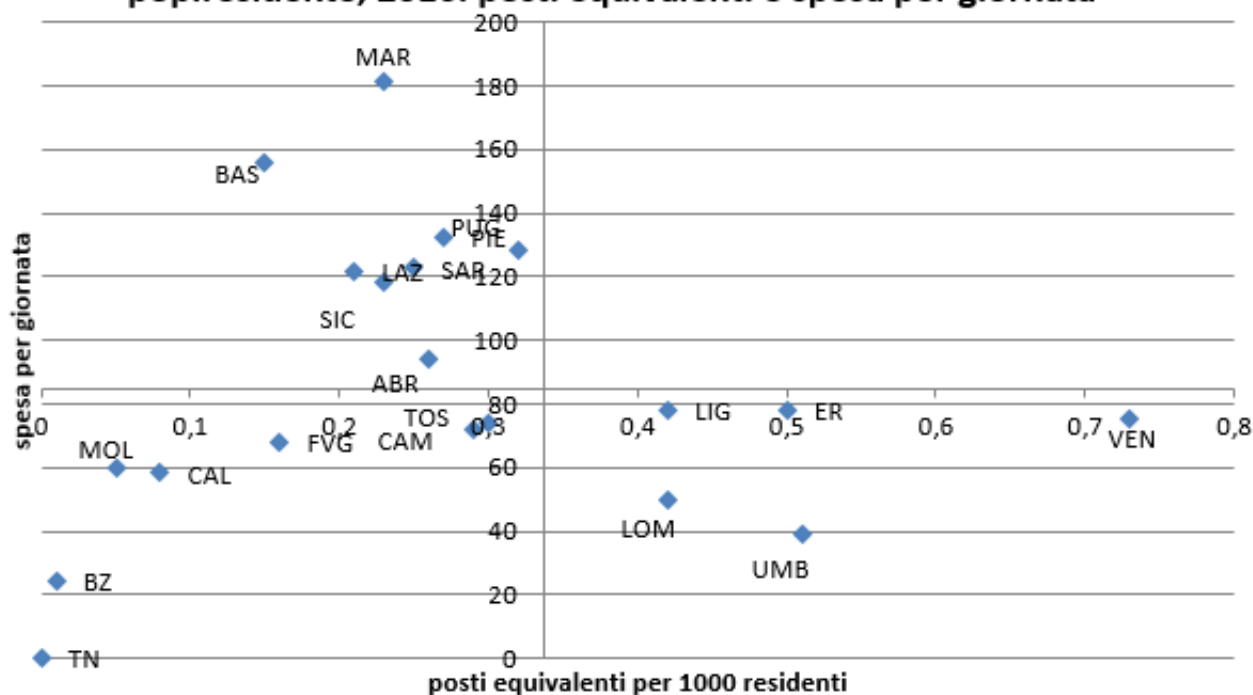
Rispetto a un valore medio di 0,54 posti equivalenti residenziali per 1000 abitanti (Fig. 3 - ascisse), le regioni che erogano livelli massimi di assistenza risultano la Liguria, il Molise e la Lombardia, mentre, all'estremo opposto della distribuzione le situazioni più critiche di Campania e Sicilia (oltre che le due province autonome) e l'Umbria[*note*]Scostamento non accettabile in quanto peggiorativa rispetto agli anni precedenti[*note*]. In generale, comunque, va rilevato che non sempre il Sud si caratterizza per un'assistenza più limitata.

Fig. 3 - Assistenza residenziale per disabili per regione su pop.residente, 2016: posti equivalenti e spesa per giornata



Per quel che concerne i centri diurni per disabili (Fig. 4 - ascisse), le regioni con l'offerta massima sono il Veneto, l'Umbria e la Liguria, mentre i minimi si registrano - oltre che nelle due province autonome e la Valle d'Aosta - in Molise. Nel caso di Molise, Sardegna, Trento e Bolzano il Ministero segnala anomalie nei flussi sottostanti con possibili limiti della qualità del dato, in Calabria e in Basilicata.

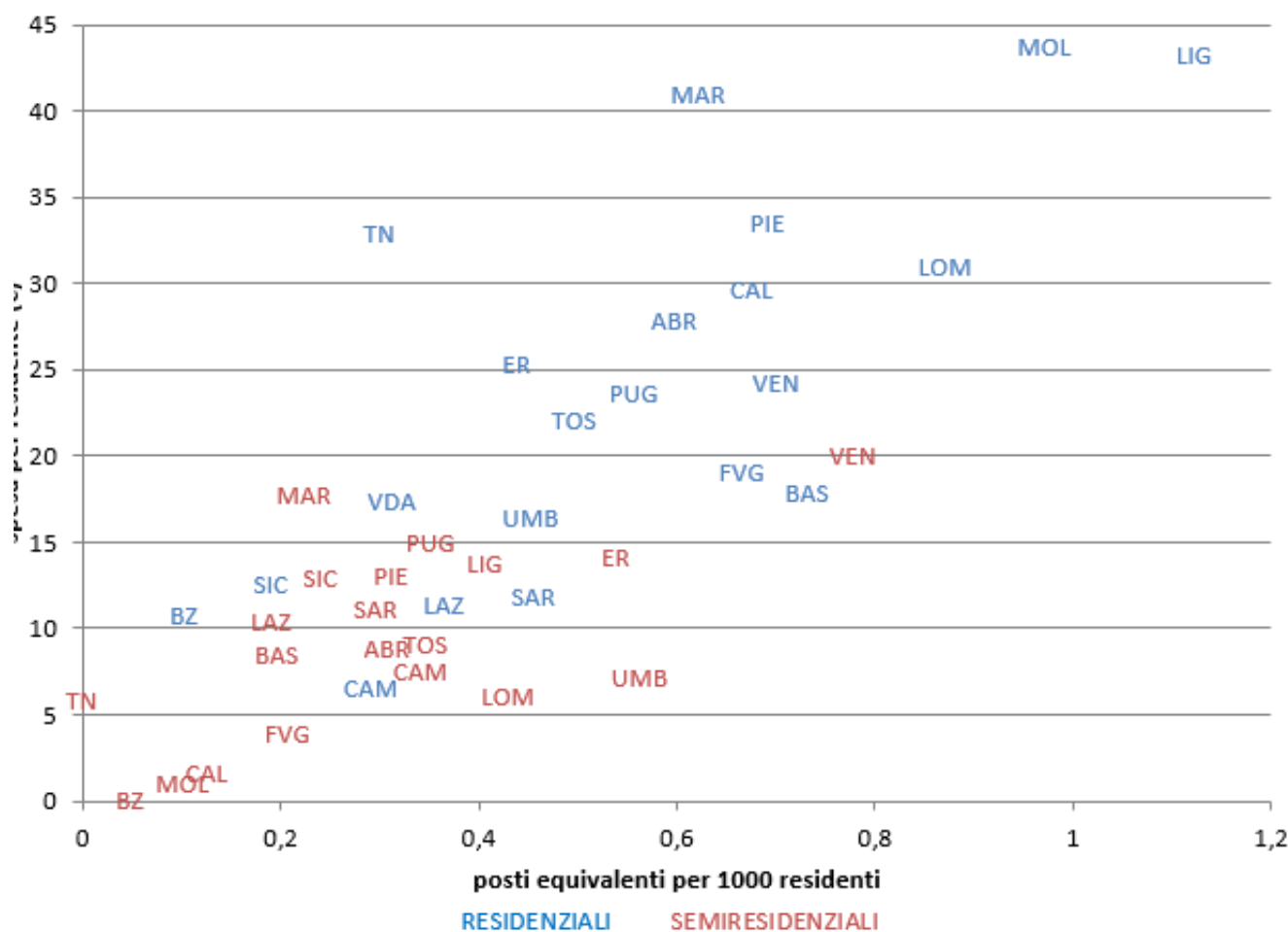
Fig. 4 - Assistenza semiresidenziale per disabili per regione su pop.residente, 2016: posti equivalenti e spesa per giornata



Valutare il livello di assistenza delle varie regioni esclusivamente sulla base del numero di giornate erogate potrebbe non essere esaustivo per descrivere lo sforzo delle regioni.

Tendenzialmente (Fig. 5), le regioni con maggiori livelli di offerta di servizi per disabili (livelli alti di posti equivalenti) sono anche quelle che complessivamente investono di più in questo servizio in termini di spesa pro-capite (come dimostrato dal fatto che spostandoci da sinistra a destra, ovvero per livelli di offerta crescenti, la spesa pro-capite del SSN è crescente). Ciò si verifica sia per l'assistenza residenziale (serie blu) che per quella semiresidenziale (serie rossa).

Fig. 5 - Assistenza residenziale e semiresidenziale per disabili per regione , 2016: posti equivalenti e spesa per residente



Tuttavia è utile segnalare che sembrano esistere importanti differenze nei livelli di remunerazione dei servizi: ad esempio, il livello di costi per giornata di assistenza residenziale a carico del SSN – tralasciando le due province autonome che presentano valori estremamente elevati rispetto al resto del panorama nazionale- varia tra i 75 e i 200 eur (Fig. 3). Si verificano pertanto situazioni di regioni che presentano una elevata copertura sostenendo oneri per giornata limitati (Basilicata, Lombardia, Friuli e Veneto) e, altri casi, di offerta limitata ma molto intensiva a livello economico (oltre alle già menzionate province autonome e alla Valle d’Aosta, presentano queste caratteristiche la Toscana e l’Emilia Romagna)

Insomma, alcune regioni sembrano indirizzare i propri sforzi sulla massimizzazione degli utenti assistiti, con un limitato intervento economico sul singolo caso, mentre altre concentrano i propri sforzi su un numero limitato di disabili, con un sostegno economico più intensivo sul singolo caso.

Trattandosi di servizi per i quali è prevista una compartecipazione ai costi da parte dell’assistito e dei comuni, è possibile che il diverso livello di impegno sul caso del SSN (quota sanitaria) sia complementare alla quota a carico del sociale e, pertanto, dove la quota sanitaria è più bassa sia superiore l’onere per gli assistiti. Purtroppo questo aspetto non è verificabile, per l’assenza di fonti informative esaustive sulle compartecipazioni degli assistiti.

Anche per quanto riguarda la remunerazione dei centri diurni per disabili (Fig. 4), si riscontra una forte variabilità (pur tralasciando le due province autonome, il campo di variazione si estende da 40 a 180€ a giornata). In generale le regioni che offrono maggiori livelli di offerta semiresidenziale tendono a garantire un impegno di spesa sul caso inferiore, mentre quelle

con un numero di posti limitato presentano livelli di remunerazione più elevata.

Le questioni aperte

Come premesso, il mondo dei servizi sociosanitari per disabili è stato sinora poco esplorato e, ancora oggi, diverse sono le questioni ancora aperte che limitano le possibilità di confronto sui livelli di servizio e sul relativo assorbimento di risorse. Ad esempio, i dati vengono rilevati in forma aggregata, per assenza di rilevazioni specifiche su diagnosi, tipologia di trattamenti erogati, durata della presa in carico[*note*]Mentre in altre aree come quella dell'assistenza agli anziani esistono rilevazioni analitiche sui livelli erogati ai singoli assistiti (ad esempio il Flusso dell'Assistenza Residenziale), le stesse non sono state estese ai servizi per gli anziani.[/*note*].

Si tratta oltretutto di servizi per i quali, anche alla luce dei nuovi Lea, permangono problemi operativi di classificazione e di definizione del relativo perimetro: si pensi alla difficoltà di tracciare un confine tra i servizi per gli anziani e quelli per i disabili (in alcuni casi il Dpcm 12/01/2017 fa riferimento "assistenza alle persone non autosufficienti"), alle aree di sovrapposizione tra i servizi per i disabili e quelli per i minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, alla necessità di distinguere, nell'ambito dei servizi per la disabilità, le diverse "intensità di assistenza" (ad elevato impegno sanitario/trattamenti intensivi/estensivi/di mantenimento).

Si tratta di servizi per i quali, oltretutto, mancano strumenti condivisi a livello nazionale in merito agli standard previsti, ai tariffari, alla valutazione della casistica (a parità di diagnosi, a seconda delle regioni le risposte assistenziali sono radicalmente diverse).