

8. Il voucher socio-sanitario

Fabrizio Giunco

8.1. Introduzione

L'assistenza domiciliare è stata profondamente riformata nel corso della legislatura 2000-2005. Preceduti da quattro anni di sperimentazione di diversi buoni e assegni di cura⁽¹⁾, nel 2003 sono stati introdotti i voucher socio-sanitari. Nelle intenzioni del legislatore, si è trattato di un passaggio importante, orientato non solo alla riorganizzazione del precedente sistema di assistenza domiciliare integrata (Adi) ma anche a raggiungere obiettivi di sistema più ampi. Da un lato, la progressiva separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (Pac) delle Asl da quelle di produzione diretta di servizi. Dall'altro, la diffusione sull'intero territorio regionale di una rete di erogatori accreditati dai quali le famiglie potessero direttamente richiedere, avvalendosi dei voucher, i servizi domiciliari necessari.

Le pagine che seguono propongono una riflessione d'insieme sulla riforma. Nei paragrafi introduttivi saranno richiamati i passaggi normativi che ne hanno permesso l'avvio⁽²⁾ e quelli che hanno caratterizzato la sua successiva evoluzione. Saranno quindi brevemente descritti i suoi effetti sugli interventi domiciliari socio-sanitari indirizzati agli anziani non autosufficienti⁽³⁾. Infine, il sistema sarà analizzato alla luce degli otto criteri valutativi che il gruppo di lavoro ha adottato come riferimento (cfr. capitolo 2).

Per gli scopi di questo capitolo sono state utilizzate le delibere, note e circolari regionali diffuse nel periodo 2004-2009⁽⁴⁾, oltre ai dati forniti dalla Direzione gene-

(1) Si ricordano la sperimentazione dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti nelle Asl di Monza e Legnano (1999-2000), quella del buono socio-sanitario in tutte le Asl lombarde (2001) e la sperimentazione del voucher socio-sanitario nelle Asl di Monza e Lecco (2002).

(2) Un'analisi più dettagliata della fase di avvio della nuova misura si trova in Gori, 2005.

(3) Sono stati analizzati i servizi domiciliari socio-sanitari direttamente destinati alla popolazione anziana. Saranno quindi citati solo occasionalmente quelli più orientati in senso sanitario, come l'ossigenoterapia, la nutrizione o ventilazione artificiali o i servizi di cure palliative.

(4) Non sono stati presi in considerazione i provvedimenti successivi all'ultimo trimestre del 2009, dato che i loro effetti saranno stimabili solo nella legislatura successiva. In particolare, saranno solo citate le delibere che avviano, dal dicembre 2009, i Centri per l'assistenza domiciliare (CE-AD). Ad essi viene dedicato un maggior spazio nell'Appendice G di questo capitolo.

rale (DG) Famiglia⁽⁵⁾ e dalle Asl, direttamente o attraverso i molti documenti pubblicati⁽⁶⁾. Queste informazioni sono state integrate da interviste a attori privilegiati, molti dei quali hanno condiviso documenti e rapporti originali⁽⁷⁾. Infine, sono stati analizzati i questionari compilati da 160 fra medici di medicina generale (Mmg), geriatri ospedalieri e operatori dei servizi domiciliari⁽⁸⁾.

La lettura del presente capitolo può essere integrata da quella delle appendici, che contengono maggiori informazioni su temi specifici: passaggi normativi, dati di attività, ruolo e punti di vista di erogatori e Mmg, articolazione del modello nelle diverse Asl. Le appendici sono liberamente consultabili sul sito www.lombardia-sociale.it.

8.2. I voucher socio-sanitari

I voucher socio-sanitari sono titoli economici non in denaro, utilizzabili dalle famiglie per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria da enti erogatori accreditati⁽⁹⁾. Non prevedono limiti di età né di reddito dei beneficiari, mentre le prestazioni devono essere svolte da *caregiver* professionali. I titoli sono emessi dall'Asl, su richiesta del Mmg, al termine di una fase istruttoria organizzata in modo diverso nelle varie Asl. Ottenuto il titolo, la famiglia può scegliere l'erogato-

⁽⁵⁾ Un particolare ringraziamento, per la disponibilità personale e la condivisione di dati e informazioni, a Graziana Ponte, Cinzia Gagliardi e Annamaria Plantamura, della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia.

⁽⁶⁾ Fra questi i Documenti di programmazione e coordinamento 2010 dei servizi sanitari e socio-sanitari, diffusi da tutte le Asl e liberamente consultabili sui rispettivi siti Internet; la maggior parte dei siti contiene anche informazioni dettagliate sui modelli di organizzazione locale delle cure domiciliari.

⁽⁷⁾ Un ringraziamento particolare a Gianlorenzo Scaccabarozzi, direttore del Dipartimento delle fragilità dell'Asl di Lecco e a Vincenza Iannone, responsabile del servizio Adi dell'Asl di Monza e Brianza. A Antonio Guaita, direttore della Fondazione Golgi Cenci e presidente regionale lombardo della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (Sigg). A Clotilde Somenzi e alla Direzione dell'Asl di Mantova. A Lucia Cassani di Mosaico Cure Domiciliari. A Pierangelo Lora Aprile, della Società Italiana di Medicina Generale (Simg); a Alberto Aronica, responsabile per la Lombardia del Consorzio Sanità (Co.S); a Aurelio Limonta (Fimmg); a Marina Bosisio, del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG). Inoltre, a Quintino De Toma, di Vivilsol Home Care Services; a Carlo Castiglioni, di Medicasa-Airliquide; a Rino Marengo della Fondazione Don Gnocchi di Milano; a Tino Fugamalli e Sergio Pizzi della Fnp Cisl Lombardia; a Mariella Zanetti, del Centro Geriatrico San Pietro di Monza. Infine, a Rosaria Marotta per il contributo ricevuto nella conduzione e nell'analisi del Focus Group con gli enti gestori.

⁽⁸⁾ Una descrizione completa della rilevazione è disponibile nell'Appendice C di questo capitolo. Nelle pagine che seguono saranno utilizzati singoli dati quantitativi, coerenti con gli argomenti di volta in volta affrontati, ma anche i giudizi e commenti, anche particolarmente dettagliati, che molti Mmg e operatori hanno voluto integrare alle mail o lettere di accompagnamento o che hanno espresso nel corso dei contatti telefonici intercorsi o nelle risposte alle domande aperte del questionario.

⁽⁹⁾ La delibera istitutiva è la Dgr n. 12902 del 9 maggio 2003.

re fra le organizzazioni accreditate nel proprio distretto⁽¹⁰⁾. I titoli hanno una durata predeterminata e sono rinnovabili più volte, in relazione alle esigenze della persona.

La Dgr 12902/2003 articola le prestazioni acquistabili in tre profili di diversa intensità e valore economico (tabella 8.1)⁽¹¹⁾. I profili originali prevedono la formulazione di un Piano di assistenza individuale (Pai) e possono comprendere prestazioni infermieristiche, riabilitative e di medicina specialistica, oltre che interventi di aiuto infermieristico e assistenza tutelare da parte di ausiliari socio-assistenziali (Asa) o operatori socio-sanitari (Oss).

I voucher socio-sanitari in senso stretto rappresentano solo una parte del sistema di cure domiciliari. Soprattutto nella fase di avvio, sono stati sperimentati e portati a regime altri titoli di minore o maggiore intensità rispetto ai tre profili originali. Inoltre, una volta separate le funzioni Pac da quelle di erogazione diretta dei servizi, la maggior parte delle Asl ha mantenuto la gestione autonoma dei servizi Adi già attivi in precedenza, modificando in misura diversa i rispettivi modelli organizzativi e limitando in genere il loro raggio d'azione a popolazioni con caratteristiche specifiche, come i pazienti più complessi. Forme d'intervento più specifiche riguardano, infine, i servizi di ossigenoterapia, di nutrizione o ventilazione artificiali e di cure palliative. Nel complesso, per descrivere l'insieme di questi servizi si parla più spesso di sistema Adi/Voucher.

Tabella 8.1 - I voucher socio-sanitari. Tariffe transitorie

Tipologia	Valore economico
I profilo	362 euro
II profilo	464 euro
III profilo	619 euro

Fonte: Regione Lombardia, Dgr n. 12902/2003

8.3. Erogatori e patto di accreditamento

Possono accreditarsi come erogatori, soggetti pubblici e privati, profit e no profit, in possesso di alcuni requisiti di base⁽¹²⁾. La loro idoneità professionale e organizzativa è verificata dall'Asl del territorio di competenza. I requisiti sono definiti

⁽¹⁰⁾ Gli erogatori si accreditano presso un'Asl, ma possono scegliere di limitare la propria attività a uno o più distretti.

⁽¹¹⁾ Per intensità s'intende il numero di accessi domiciliari che possono essere erogati nel periodo di riferimento del titolo (fino al 2008 limitato a un mese). Il valore economico di ogni profilo è quello definito dalla Dgr 12902/2003. Ogni profilo prevede un numero minimo e un numero massimo di accessi erogabili a parità di valore economico.

⁽¹²⁾ I requisiti di base sono definiti dalla delibera 12902/2003: assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso del rappresentante legale; scopo sociale in linea con la specificità

dal legislatore regionale ma ogni Asl ha la facoltà di modificarli o ampliarli in relazione alle proprie particolari esigenze. Asl e erogatori stipulano un Patto di accreditamento⁽¹³⁾ che definisce la reciproca “relazione fiduciaria”. L’ente erogatore s’impegna al rispetto dei contenuti del Patto (tabella 8.2), accetta i controlli sulla qualità organizzativa e l’appropriatezza delle prestazioni effettuate e i doveri collegati al debito informativo. Questi, prevedono la trasmissione periodica all’Asl dell’elenco delle prestazioni effettuate, della scheda di valutazione dei bisogni dell’utente e dei questionari di customer satisfaction. L’Asl mantiene i compiti di vigilanza e controllo; l’esito delle verifiche può determinare sanzioni fino alla possibile revoca dell’accreditamento.

Tabella 8.2 - I contenuti del Patto di accreditamento

- definizione con la famiglia del programma personalizzato di assistenza;
- individuazione delle prestazioni socio-sanitarie necessarie;
- erogazione delle prestazioni attraverso caregiver professionali;
- rispetto della centralità del “cliente, paziente e cittadino” da parte dell’operatore (competenza, diligenza, rispetto del credo religioso e della riservatezza delle informazioni, valorizzazione delle risorse familiari) e dell’organizzazione (coerenza delle scelte gestionali e di comunicazione, corretta informazione);
- disponibilità di protocolli operativi a tutela della qualità delle prestazioni e della relazione di aiuto;
- accettazione della libera scelta della famiglia e del diritto all’individuazione di un diverso erogatore in caso di insoddisfazione.

Fonte: Regione Lombardia, 2003

8.4. L’evoluzione normativa⁽¹⁴⁾

Dopo l’introduzione dei voucher socio-sanitari, il quinquennio 2000-2005 si è chiuso con minimi interventi del legislatore. In particolare, nel 2003, una nota tecnica della Direzione generale Famiglia ha introdotto in via sperimentale il cosiddetto credit. Si tratta di un nuovo titolo economico che permette l’acquisto di prestazioni esclusivamente sanitarie di minore intensità rispetto al voucher di primo profilo. Il valore economico proposto era, nel 2003, di 250 euro.

La legislatura successiva introduce cambiamenti più sostanziali. Dal 2006 l’attività degli enti erogatori viene sottoposta alla negoziazione annuale del budget, at-

del settore; operatività nel settore da almeno due anni; adeguata qualificazione del personale professionale.

⁽¹³⁾ I criteri di accreditamento e i relativi contratti sono liberamente consultabili sui siti internet della maggior parte delle Asl. Il patto di accreditamento deve rispettare i requisiti descritti nell’allegato B della Dgr 12902/2003, ma ai Direttori generali è stata data ampia facoltà di apportare integrazioni in rapporto alle caratteristiche e esigenze peculiari del proprio ambito territoriale.

⁽¹⁴⁾ Il paragrafo riporta solo una breve sintesi dell’evoluzione normativa. Una descrizione più completa è contenuta nell’Appendice A.

traverso la definizione di un contratto integrativo del Patto di accreditamento. In pratica, ogni Asl è chiamata a ripartire fra gli enti erogatori il finanziamento che la Regione mette a disposizione per l'annualità in corso. Le delibere regionali non definiscono i criteri che le Asl devono seguire per questa ripartizione, affidata alla diversa interpretazione locale della fase della negoziazione. Questa avviene nei primi mesi dell'anno e porta alla definizione, per ogni erogatore, di un "valore di produzione" la cui consistenza economica viene contrattata sulla base delle prestazioni fatturate nel corso dell'anno precedente e di quelle che Asl e erogatore stimano possibili per l'anno in corso. Il contratto integrativo impone condizioni vincolanti sia per l'Asl che per gli erogatori; superato il valore di produzione assegnato, le prestazioni ulteriormente erogate non sono remunerabili, fatta salva la possibilità di nuovi accordi che devono essere formulati in forma scritta e sentita la DG Famiglia.

Dal 2007 diventa possibile negoziare quote aggiuntive per il finanziamento di progetti innovativi e sperimentali destinati a malati di Sla, malati terminali o verso progetti di assistenza domiciliare attivati in contesti di residenzialità sociale alternativa al domicilio.

Altri interventi normativi riguardano la definizione dei profili. Dal 2006 la sperimentazione dei credit viene estesa a tutto il territorio regionale. Dal giugno 2008 il voucher socio-sanitario assume la valenza di "Unità d'offerta socio-sanitaria". Dal novembre 2008⁽¹⁵⁾ diventa possibile erogare i credit nei medesimi tre profili e con la stessa entità economica dei voucher socio-sanitari⁽¹⁶⁾. Sono inoltre introdotti i concetti di flessibilità e estensibilità dei profili. In pratica, i credit e voucher di terzo profilo possono essere erogati con "cadenza anche inferiore al mese"; diventa cioè possibile emettere, nello stesso mese e per lo stesso paziente, fino ad un massimo di tre credit o voucher, integrati in schemi assistenziali di alta intensità⁽¹⁷⁾. I credit e i voucher di primo profilo possono invece essere erogati anche con cadenza "superiore al mese": gli 8-13 accessi previsti dal primo profilo, cioè, possono essere distribuiti su più mesi, raggruppando in un unico titolo gli adempimenti necessari a programmi di minore intensità.

La delibera del novembre 2008 assegna ai credit un valore economico e un significato molto diversi da quelli sperimentati nei diversi distretti a partire dal 2003. Fino al novembre 2008, infatti, il credit permetteva l'acquisto di prestazioni d'intensità in-

⁽¹⁵⁾ Le modifiche descritte erano già state introdotte nell'agosto 2008 per le persone con Sla o al termine della vita. La delibera di novembre estende lo stesso provvedimento a tutti gli utenti del sistema Adi/Voucher.

⁽¹⁶⁾ Nella delibera del novembre 2008 il credit viene definito come: "forma di intervento che prevede il Piano di assistenza individualizzato, caratterizzata da un insieme di prestazioni esclusivamente sanitarie con intensità assistenziale di vario livello e che, diversamente dal voucher socio-sanitario, non sono associate a prestazioni di natura socio-sanitaria da parte dell'Operatore socio-sanitario (Oss) nonché dall'Ausiliario socio-assistenziale (Asa)".

⁽¹⁷⁾ La somma di tre titoli permette di erogare fino ad un massimo teorico di 72 accessi nello stesso mese.

feriore a quella prevista dal primo profilo voucher. Sotto questa forma, è diventato il titolo più utilizzato dopo le prestazioni estemporanee. Dal 2009, la gamma di accessi possibili viene estesa fino a sovrapporsi a quella dei voucher; la vera differenza fra i due titoli resta quella del tipo di prestazioni erogabili: solo sanitarie per i credit, anche Asa e Oss per i voucher. Questa differenza ha un peso limitato nella pratica quotidiana: fra il 2003 e il 2008 l'erogazione di prestazioni Asa/Oss coi voucher socio-sanitari si era già ridotta fino a proporzioni marginali. Il cambiamento ha un maggiore significato politico: per la loro frequenza di erogazione i credit si avviano a sostituire i voucher socio-sanitari come titolo di riferimento del modello, sottolineando il carattere essenzialmente sanitario delle prestazioni erogate dal sistema Adi/voucher.

8.4.1. *Il caso dei credit: sistema unico o somma di sistemi locali?*

Nel corso della riforma, la Regione Lombardia ha fornito alle Asl solo alcune indicazioni generali, garantendo ad esse un'ampia facoltà di sperimentare soluzioni diverse (Gori, 2005). Quest'impostazione ha permesso una notevole flessibilità, ma ha anche determinato uno sviluppo quanto mai eterogeneo delle diverse applicazioni locali. La storia dei credit è, sotto questo aspetto, emblematica. A partire dalla loro introduzione, le Asl hanno cominciato a sperimentare nuovi raggruppamenti di accessi o prestazioni. L'Asl Città di Milano aveva introdotto nel 2004 5 livelli credit e 3 profili personalizzati, con valori economici dei titoli compresi fra i 30 e i 250 euro per i credit e i 900 e i 1500 euro per i profili personalizzati. L'Asl di Bergamo aveva adottato nel 2005 un Credit da 250 euro mensili e un Minicredit da 150 euro, entrambi con Pai. In altre Asl il credit non prevedeva il Pai, mentre il numero di accessi mensili andava dai 4 ai 12. Nel 2008, l'Asl Milano 1⁽¹⁸⁾, prevedeva credit senza Pai per prelievi domiciliari (13 euro ad accesso), per altre prestazioni sanitarie estemporanee (da 13 a 22 euro) o per pacchetti di prestazioni con valore economico fino a 40 euro ad accesso. Inoltre, credit con Pai per prestazioni sanitarie a bassa o media intensità (fino a 8 e fino a 12 accessi, 260 e 362 euro/mese) e 3 moduli Complex con intensità superiore ai profili voucher e tariffe fino a 830 euro/mese.

La tabella 8.3 riassume i profili e le remunerazioni 2009 delle Asl di Milano, Monza, Pavia e Melegnano⁽¹⁹⁾. È evidente una situazione piuttosto confusa, che complica la gestione amministrativa delle Asl e degli enti erogatori e la stima della remunerazione reale degli accessi, ma anche la comprensibilità del sistema per le famiglie e per gli altri attori del sistema, come i Mmg.

⁽¹⁸⁾ È possibile citare il documento d'informazione ai Mmg dell'Asl Milano 1: "Cure domiciliari secondo il sistema voucher socio-sanitario" nella versione del 12.2.2008. Il documento afferma che: "I titoli d'acquisto sono predefiniti dalla Regione Lombardia (tre livelli economici di voucher socio-sanitario) e dalle Asl (altri titoli come Credit, Complex, ecc.)".

⁽¹⁹⁾ I dati sono di Mosaico Cure Domiciliari: 2.885 persone assistite nel corso del 2009, 10.535 voucher, 115.882 accessi complessivi.

8.4.2. Variabilità dei profili e della remunerazione degli accessi

La moltiplicazione dei titoli si spiega con il tentativo delle Asl di adattare la struttura rigida dei tre profili voucher alle più variabili esigenze dei pazienti.

Non sono noti i criteri che hanno guidato il legislatore nella progettazione dei profili, le cui caratteristiche non fanno riferimento a modelli sperimentati in altre Regioni o già attivi sul territorio lombardo⁽²⁰⁾. Il numero di accessi previsto per ogni profilo mantiene quindi un certo grado di arbitrarietà, che le Asl sono state chiamate a rimodulare in risposta alla domanda e alla relazione dinamica con gli erogatori. Queste difficoltà sono state recepite dal legislatore con l'introduzione dei concetti di flessibilità e estensibilità, che permettono di erogare oggi, attraverso i tre profili base, una gamma di interventi molto più ampia della precedente. Le ricadute sulla complessità descritta nella tabella 8.3 sono state però limitate; in assenza di più precise indicazioni regionali, la misura ha introdotto ulteriori elementi di variabilità applicativa.

Oltre alle caratteristiche dei profili, anche la struttura tariffaria del sistema ha determinato applicazioni diverse. Il pagamento delle prestazioni, infatti, non è collegato al numero di accessi effettuato dall'erogatore, ma al valore economico del titolo emesso; assegnato questo, il numero di accessi che può essere richiesto oscilla entro un range piuttosto ampio. Ad esempio, il primo profilo voucher ha un valore di 362 euro, con il quale sono acquistabili da 8 a 13 accessi⁽²¹⁾: la remunerazione effettiva di ogni singolo accesso può quindi variare da 45,25 a 27,85 euro, con una differenza fra i due valori di poco inferiore al 40%.

Questa variabilità è ulteriormente influenzata dalle diverse interpretazioni locali. Molte Asl hanno utilizzato la relazione fra numero degli accessi e valore economico del profilo anche come strumento di governo del sistema o di contenimento della spesa⁽²²⁾. Ad esempio, il numero di accessi che l'Asl di Monza richiede media-

⁽²⁰⁾ Oltre a un'ampia letteratura nazionale e internazionale, è possibile citare l'esperienza del sistema di cure domiciliari di Merate prima, e di Lecco poi, che hanno prodotto rapporti sistematici sulla composizione dei profili di cura, sulla definizione dei carichi assistenziali e sulla valorizzazione economica degli accessi e delle giornate di assistenza. Le indicazioni di Gianlorenzo Scaccabarozzi, sono un punto fermo nella progettazione dei sistemi di cura domiciliari e si ritrovano nel documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza del Ministero per la Salute (si veda anche Scaccabarozzi, 2007). L'Asl di Lecco utilizza le versioni più recenti degli stessi criteri per il governo e la regolazione del sistema, con risultati ormai consolidati.

⁽²¹⁾ Nel modello voucher, è normalmente l'Asl che decide, attraverso il Pai, il numero di accessi che l'erogatore dovrà garantire entro i confini del titolo emesso. Nel Paragrafo 8.6.3 sono descritte alcune varianti di questa applicazione.

⁽²²⁾ Il numero di accessi è teoricamente collegato all'analisi oggettiva delle esigenze dei pazienti. Nella pratica, alcune Asl più di altre, integrano questa valutazione con logiche orientate verso il governo del sistema e il controllo del budget. Ad esempio, alcune Asl preferiscono concentrare il maggior numero di accessi possibili in un profilo inferiore, piuttosto che emettere un titolo più costoso. In altre è invece più frequente l'emissione di un profilo di livello superiore. In altre ancora, come a Milano città, il numero di accessi è affidato alla responsabilità dell'erogatore, mentre l'Asl

mente agli erogatori quando emette un voucher di primo profilo è di 15 al mese, contro i 9 di Milano, i 10 di Melegnano o gli 11 di Pavia. Diversità simili si registrano per i credit e per i voucher di secondo e terzo profilo. Così, la remunerazione effettiva delle prestazioni richieste agli erogatori non cambia solo in relazione alla struttura del profilo, ma anche alle abitudini operative del territorio: nelle Asl citate, la remunerazione media per accesso di un voucher di terzo profilo varia dai 25,79 euro dell'Asl di Monza ai 41,27 euro di quella di Milano; quella di un voucher di secondo profilo dai 24,42 ai 42,18 euro. Si tratta di una variabilità prossima al 60%, che ha ricadute dirette sull'interesse degli erogatori a operare nel nuovo mercato o a privilegiare alcuni territori o profili rispetto ad altri.

Tabella 8.3 - Struttura dei profili di assistenza e delle remunerazioni nelle Asl di Melegnano, Monza, Pavia e Milano

Asl	Tipo di voucher	Valore	Durata del profilo	Accessi ⁽²³⁾		Remunerazione ⁽²⁴⁾		Operatori	Frequenza ⁽²⁵⁾
				Min	Max	Min	Max		
MI2 Melegnano	profilo 1 credit FKT	27,84 € ad accesso	ad esaurimento accessi		10		€ 27,84	FKT	2/7 - 3/7
	profilo 1 (Credit a bassa intensità)	27,84 € ad accesso	ad esaurimento accessi		13		€ 27,84	IP	1/7 - 1/15 - 1/30
	profilo 1 (Credit/Voucher)	€ 362	Un mese	10	13	€ 36,20	€ 27,85	Misto	3/7
	profilo 1 flex (Credit/Voucher)	€ 362	6 settimane	12	13	€ 30,17	€ 27,85	Misto	2/7 per 6 settimane
	profilo 2 (Credit/Voucher)	€ 464	Un mese	16	20	€ 29,00	€ 23,20	Misto	4/7 - 5/7
	profilo 3 (Credit/Voucher)	€ 619	Un mese	24	28	€ 25,79	€ 22,11	Misto	6/7
	profilo 3 flex (Credit/Voucher)	€ 619	ad esaurimento accessi, meno di un mese		28		€ 22,11	Misto	7/7 e oltre, al bisogno

(segue)

definisce il profilo *ex post*, successivamente alla rendicontazione da parte del gestore degli accessi effettivamente eseguiti. Queste dinamiche influenzano in modo variabile l'equilibrio complessivo fra controllo del budget, soddisfazione dei pazienti (favorita dal ricevere un numero più elevato di accessi) e soddisfazione degli erogatori (favorita dalla maggior remunerazione effettiva di ogni accesso). Questi concetti sono richiamati anche nella Nota 46 e nel Paragrafo 8.6.3.

⁽²³⁾ Si intende il numero minimo e il numero massimo di accessi che ogni Asl decide di richiedere per ogni profilo. Può essere diverso dai valori previsti dalla delibera 12902/2003.

⁽²⁴⁾ Si intende la remunerazione per accesso calcolata dividendo il valore del profilo, rispettivamente per il numero minimo e il numero massimo di accessi indicati nelle due colonne precedenti. Per i profili che prevedono un numero fisso di accessi la remunerazione corrispondente è indicata solo nella colonna Max.

⁽²⁵⁾ Con frequenza si intende il numero di accessi richiesto ogni settimana, ogni 15 giorni o ogni mese: 2/7 vuol dire 2 accessi ogni 7 giorni; 2/15 2 accessi ogni 15 giorni; 2/30 2 accessi al mese.

Asl	Tipo di voucher	Valore	Durata del profilo	Accessi ⁽²³⁾		Remunerazione ⁽²⁴⁾		Operatori	Frequenza ⁽²⁵⁾
				Min	Max	Min	Max		
MI3 Monza Brianza	Estemporaneo	23 € ad accesso	ad esaurimento accessi	1	11		€ 23,00	Solo IP o FKT	al bisogno
	Riabilitazione a Lungo termine	€ 362	ad esaurimento accessi	10	14	€ 36,20	€ 25,86	FKT	2/7 – 3/7 per 3 cicli/anno
	profilo 1 (Credit/Voucher)	€ 362	ad esaurimento accessi	12	18	€ 30,17	€ 20,11	Misto	3/7
	profilo 2 (Credit/Voucher)	€ 464	Un mese	19	24	€ 24,42	€ 19,33	Misto	5/7
	profilo 3 (Credit/Voucher)	€ 619	Un mese	25	31	€ 24,76	€ 19,97	Misto	6/7 – 7/7
PAVIA	credit 1	€ 250	Un mese	8	9	€ 31,25	€ 27,78	Solo IP o FKT	2/7
	credit 2	€ 330	Un mese	10	12	€ 33,00	€ 27,50	Solo IP o FKT	3/7
	profilo 1	€ 362	Un mese	12	14	€ 30,17	€ 25,86	Misto	3/7
	profilo 2	€ 464	Un mese	15	18	€ 30,93	€ 25,78	Misto	4/7
	profilo 3	€ 619	Un mese	>19		€ 32,58	€ 20,63	Misto	5/7 – 6/7 – 7/7
MI CITTÀ	Credit 1 Variabile	40,22 € ad accesso	Un mese	1	9		€ 40,22	Solo IP o FKT	al bisogno
	Credit 1	€ 362	Un mese	10	16	€ 36,20	€ 22,63	Misto	3/7
	Credit 2	€ 464	Un mese	17	23	€ 27,29	€ 20,17	Misto	4/7 – 5/7
	Credit 3	€ 619	Un mese	24	31	€ 25,79	€ 19,97	Misto	6/7 – 7/7
	Voucher 1 Variabile	32,91 ad accesso	Un mese	1	11		€ 32,91	Solo IP o FKT	al bisogno
	Voucher 1	€ 362	Un mese	12	18	€ 30,17	€ 20,11	Misto	3/7 – 4/7
	Voucher 2	€ 464	Un mese	19	25	€ 24,42	€ 18,56	Misto	5/7 – 6/7
Voucher 3	€ 619	Un mese	26	31	€ 23,81	€ 19,97	Misto	7/7	
se autorizzato	Credit o Voucher 3 Variabile	30,95 ad accesso	Un mese	20	x		€ 30,95	Misto	al bisogno

Fonte: Mosaico, Cure domiciliari. Dati al 31.12.2009

8.5. Popolazione raggiunta, composizione dei profili, finanziamento⁽²⁶⁾

A partire dal 2003, i nuovi titoli economici si sono diffusi in tutte le Asl, garantendo interventi domiciliari anche in territori che non disponevano in precedenza di servizi Adi o ne disponevano in misura ridotta. Il numero di persone complessivamente raggiunte dal sistema Adi/Voucher è aumentato fra il 2004 e il 2008 del 16,7%

⁽²⁶⁾ Una descrizione più dettagliata dei dati di attività del sistema Adi/Voucher è contenuta nell'Appendice B.

(tabella 8.4). Il tasso di crescita è superiore a quello della popolazione ultra65enne (+10%) ma inferiore a quello della popolazione 75+, aumentata nello stesso periodo del 18,4%. Il sistema raggiunge quindi più persone ma fatica a tenere il passo con l'incremento della popolazione in età più avanzata.

Non sono disponibili dati regionali dettagliati sulla distribuzione della popolazione per sesso o per classi di età⁽²⁷⁾. Secondo altre fonti, la popolazione raggiunta ha un'età superiore a 65 anni nell'85-93% dei casi⁽²⁸⁾. A partire da questo dato è possibile stimare che i servizi Adi/Voucher raggiungano oggi il 4,6-5,2% della popolazione ultra65enne⁽²⁹⁾, con un aumento di circa due punti percentuali rispetto al numero di anziani lombardi che ricevevano servizi Adi nel 2000⁽³⁰⁾.

Tabella 8.4 - Sistema Adi/Voucher. Persone assistite in Regione Lombardia nel periodo 2004-2008 (dati al 31.12.2008)

Anno	Adi Tradizionale	Estemporanea	Voucher socio-sanitari				Totale Voucher	Credit	Cure Palliative	Totale
			1° prof	2° prof	3° prof					
2004	12.477	43.797	8.427	4.732	5.028	18.187	11.558	4.057	90.076	
	13,9%	48,6%	9,4%	5,3%	5,6%	20,2%	12,8%	4,5%	100,0%	
2008	7.045	52.936	10.465	3.905	4.703	19.073	20.776	5.296	105.126	
	6,7%	50,4%	10,0%	3,7%	4,5%	18,1%	19,8%	5,0%	100,0%	
Δ*	- 43,5	+ 20,9	+ 24,2	- 17,5	- 6,5	+ 4,9	+ 79,8	+ 30,5	+ 16,7	

Fonte: Regione Lombardia, 2010

⁽²⁷⁾ L'analisi dei dati di attività è resa più difficile dall'eterogeneità delle applicazioni locali e dall'impostazione essenzialmente amministrativa dei flussi informativi fra Asl e Regione. In particolare, la DG Famiglia non sottopone a osservazione sistematica le caratteristiche anagrafiche, cliniche e funzionali delle persone raggiunte e le effettive prestazioni erogate, che possono essere ricavate in modo parziale solo da alcune Asl o dagli erogatori accreditati. Questa impostazione è destinata a cambiare con l'introduzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, previsto dal decreto del 17 dicembre 2008 del Ministero del Welfare (G.U. 9 gennaio 2009, n. 6). Il sistema richiede alle Regioni flussi informativi mensili stabiliti da un preciso disciplinare tecnico.

⁽²⁸⁾ In assenza di dati di fonte regionale, questa stima e quelle immediatamente successive sono state ricavate dall'analisi dei Piani di programmazione e coordinamento 2010 delle diverse Asl e dai dati di attività di alcuni gestori accreditati.

⁽²⁹⁾ Secondo le informazioni raccolte, le persone che al 31.12.2008 hanno ricevuto servizi Adi/Voucher sono 105.126, l'85-93% dei quali ha più di 65 anni; in numero assoluto si va quindi da 89.357 a 100.920 ultra65enni. Questo numero corrisponde al 4,6-5,2% della popolazione lombarda nella stessa classe di età.

⁽³⁰⁾ Secondo il Pssr 2002-2004 il sistema Adi raggiungeva nel 2000 46.229 cittadini lombardi ultra65enni, il 3% della popolazione ultra65enne alla stessa data.

Successivamente all'avvio della riforma, il sistema Adi/Voucher si sviluppa quindi sotto il piano quantitativo, raggiungendo più persone e nuovi territori, ma si modifica sotto il piano qualitativo (figura 8.1). Nell'intervallo analizzato, infatti aumentano soprattutto le persone raggiunte dalle prestazioni estemporanee (+20,9%) e dai profili di minore intensità, come i credit pre-2009 (+79,8%)⁽³¹⁾, mentre si riducono i voucher di secondo e terzo profilo. I voucher socio-sanitari in senso stretto rappresentano oggi solo il 18,1% dell'intero sistema.

Il processo di sviluppo, inoltre, non è uniforme. La figura 8.2 distribuisce il totale dei titoli emessi nelle varie Asl in proporzione alla popolazione ultra75enne. La figura 8.3 divide la popolazione che ha ricevuto solo prestazioni estemporanee o credit da quella oggetto di interventi più impegnativi⁽³²⁾. I due indicatori sono diversamente collegati. Ad esempio, le Asl della Valcamonica o di Sondrio, che in numero assoluto sembrano raggiungere molti anziani, lo fanno essenzialmente attraverso prestazioni occasionali o di ridotta intensità. Altre Asl hanno ricercato un maggiore equilibrio o hanno privilegiato i servizi a maggiore intensità, ad esempio garantendo maggiori risorse ai servizi Adi preesistenti.

Due terzi degli accessi complessivi sono comunque di tipo infermieristico, un terzo fisioterapico, minima la frequenza di utilizzo dei medici specialisti. Secondo gli erogatori intervistati il tempo medio di durata degli accessi infermieristici è intorno ai 25 minuti, 45 per quelli riabilitativi o Asa/Oss. La durata complessiva dei programmi è ridotta: il 60% si esaurisce entro i due mesi mentre solo il 10% dura oltre i 9 mesi⁽³³⁾.

L'utilizzo di Asa e Oss non supera il 5-7% degli accessi registrati nel 2008 dai gestori intervistati, l'1,3% di quelli effettuati nel 2009 nell'Asl di Monza e Brianza. Questo dato descrive il progressivo allontanamento del sistema dall'obiettivo di integrare, in un unico modello, prestazioni sia sanitarie che di assistenza tutelare.

Sotto il piano economico, il finanziamento del sistema aumenta fra il 2004 e il 2008 del 12% (tabella 8.5). La crescita è stata più consistente fino al 2006, quando l'introduzione della negoziazione dei budget ha determinato la sua stabiliz-

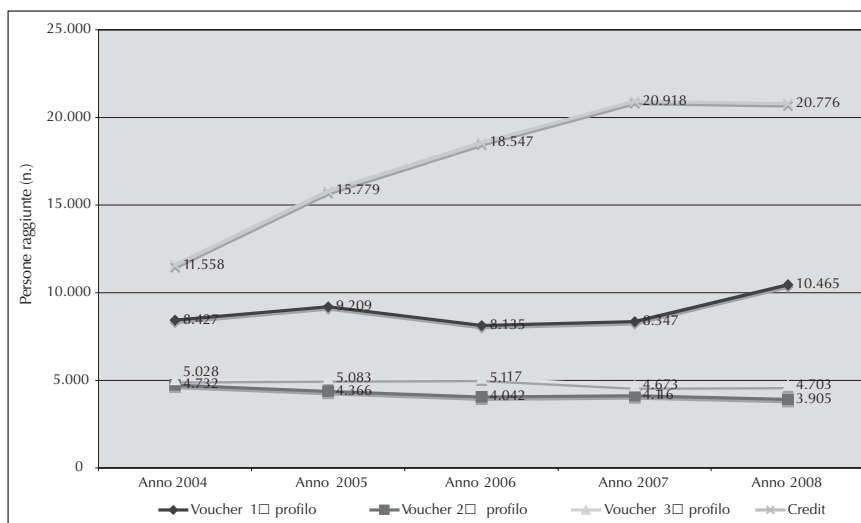
⁽³¹⁾ I credit pre-2009 permettevano solo un'intensità inferiore agli 8 accessi al mese.

⁽³²⁾ Le prestazioni sanitarie garantite attraverso interventi occasionali, o raccolte in brevi cicli, non sono meno utili di quelle offerte attraverso i profili di maggiore intensità e durata. Hanno solo obiettivi diversi. L'Appendice F contiene alcune osservazioni specifiche.

⁽³³⁾ L'informazione è ricavata dall'analisi dei dati di attività di singole Asl o enti erogatori. Questa informazione va assunta con cautela: interventi estemporanei, credit e voucher possono essere ripetuti anche più volte sulla stessa persona; quindi, la durata complessiva dei programmi di cura può essere più lunga di quella che è possibile ricavare dall'analisi dei dati di fonte pubblica. La durata aumenta se si prendono in considerazione le prestazioni di ossigenoterapia, nutrizione artificiale e ventiloterapia, che non sono state analizzate in questo capitolo.

zazione intorno ai valori programmati. Anche in questo caso, l'incremento maggiore è legato alla crescita dei credit pre-2009 (+175%), mentre il finanziamento persona/giorno si riduce complessivamente del 6,9% (tabella 8.6)⁽³⁴⁾. Quest'ultimo dato è il frutto di due tendenze diverse: da un lato la diminuzione del costo delle prestazioni estemporanee; dall'altro la crescita di quello dei sistemi Adi, dei voucher e dei credit. Nel complesso si tratta di un buon risultato: può esprimere una migliore allocazione di risorse verso gli interventi più complessi e una maggiore efficienza nella gestione delle prestazioni più semplici.

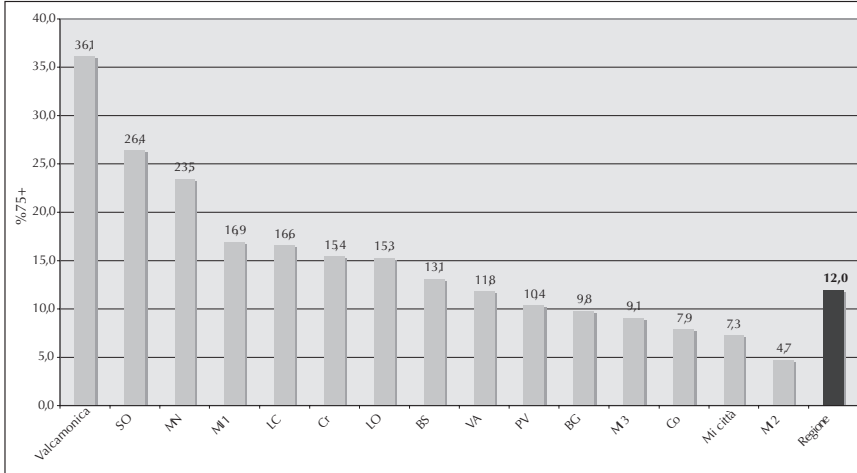
Figura 8.1 - Regione Lombardia. Persone raggiunte dai voucher socio-sanitari o credit pre-2009 (intervallo 2004-2008)



Fonte: Elaborazione personale su dati regionali

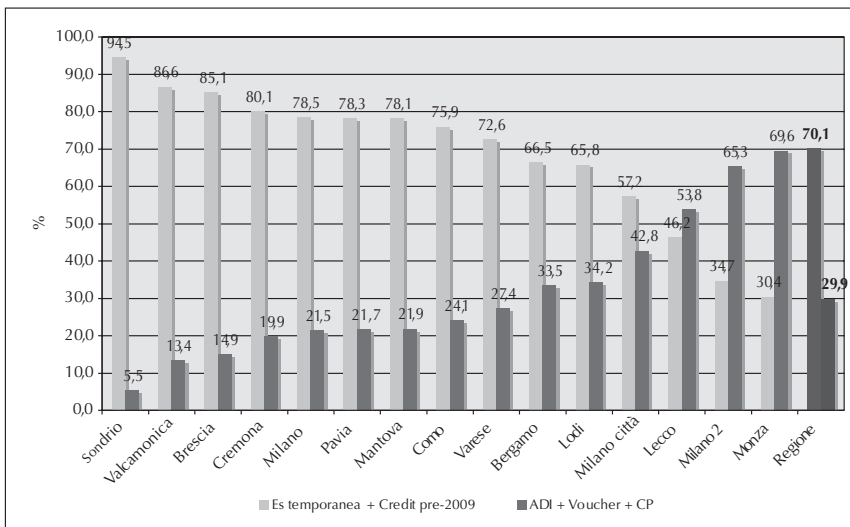
⁽³⁴⁾ Il finanziamento 2008 dei programmi Adi tradizionali corrisponde a 6,3 euro/persona/giorno, superiore del 29% rispetto a quello del voucher di terzo profilo (4,9 euro) e dell'80% rispetto al costo medio dei profili voucher (3,5 euro).

Figura 8.2 - Distribuzione per Asl dei servizi Adi/voucher rispetto alla popolazione con 75 anni o + (dati di attività al 31.12.2008, popolazione all'1.1.2008)



Fonte: Elaborazione personale su dati regionali

Figura 8.3 - Distribuzione per Asl dei servizi Adi/voucher. Proporzione relativa fra titoli di ridotta intensità (estemporanea e credit pre-2009) e prestazioni più complesse (Adi, voucher e cure palliative)



Fonte: Elaborazione personale su dati regionali

Tabella 8.5 - Finanziamento ambito Adi/Voucher socio-sanitario, anni dal 2004 al 2008

Anno	Adi	Spec.	Voucher socio-sanitari						CP	Ossigeno	NAD	Pac	TOTALE
			1° prof	2° prof	3° prof	Totale	Credit	Estemp					
2004	€ 24.777.680	€ 459.943	€ 6.966.395	€ 5.555.443	€ 7.760.542	€ 20.282.380	€ 7.848.684	€ 7.795.410	€ 7.406.497	€ 1.666.552	€ 10.589.239	€ 81.210.438	
2005	€ 20.327.592	€ 331.681	€ 9.386.811	€ 6.319.744	€ 9.468.251	€ 25.174.806	€ 15.123.795	€ 5.416.609	€ 6.748.122	€ 465.053	€ 11.269.359	€ 86.580.305	
2006	€ 20.309.408	€ 302.825	€ 9.019.005	€ 6.008.008	€ 8.822.077	€ 23.849.090	€ 18.505.816	€ 5.468.252	€ 6.567.992	€ 653.546	€ 12.114.079	€ 89.379.652	
2007	€ 18.669.224	€ 257.112	€ 9.081.662	€ 6.258.844	€ 7.985.030	€ 23.325.536	€ 20.918.285	€ 4.991.057	€ 6.384.703	€ 852.034	€ 11.923.556	€ 89.078.509	
2008	€ 15.906.152	€ 265.278	€ 9.625.963	€ 6.211.976	€ 8.480.267	€ 24.318.206	€ 21.553.937	€ 5.602.140	€ 6.854.378	€ 773.991	€ 13.454.883	€ 90.712.977	
Δ	-36%	-42%	+38%	+12%	+9%	+20%	+175%	-28%	-7%	+102%	+19%	+12%	
%	18%	0%	11%	7%	9%	27%	24%	6%	8%	1%	2%	100%	

Legenda:

Adi: si intende l'Adi tradizionale. Gli oneri indicati in questa voce sono relativi ai cosiddetti "costi di produzione" per gli interventi direttamente gestiti dal Servizio Asl, compresi quelli erogati con il Voucher socio-sanitario e con il Credit (spese per il personale più spese complementari quali: farmaci, presidi e materiale sanitario, riscaldamento, telefono, ecc.)

Spec.: prestazioni di medicina specialistica in Adi tradizionale

Estemp: assistenza estemporanea

Ossigeno: ossigenoterapia domiciliare

NAD: nutrizione artificiale domiciliare

Pac: funzioni Asl di programmazione, acquisto e controllo

Fonte: Regione Lombardia, 2010

Tabella 8.6 - Regione Lombardia. Finanziamento del sistema Adi/Voucher al 31-12-2008. Costo per profilo e per persona/giorno

Anno	Adi	Estemp	Voucher socio-sanitari			Totale	CP	Totale
			1° prof	2° prof	3° prof			
2004	5,5	0,5	2,3	3,2	4,2	3,1	5,0	2,1
2008	6,3	0,3	2,5	4,4	4,9	3,5	3,5	1,9
Variazione %	+13,5	-40,5	+11,3	+35,5	+16,8	+14,3	-29,1	-6,9

Fonte: Elaborazione personale su dati regionali (NB: la voce Adi è la somma del finanziamento Adi tradizionale + Medicina specialistica in Adi)

8.6. Alcune valutazioni

8.6.1. *Sviluppare la libertà di scelta*

Pazienti e famiglie possono oggi scegliere fra erogatori diversi, grazie alla diffusione sul territorio regionale dei voucher e di una consistente rete di gestori accreditati.

La scelta dell'erogatore avviene subito dopo la consegna del titolo da parte degli operatori Asl; ai familiari viene consegnato un elenco dei gestori attivi nel proprio distretto, completo di riferimenti e recapiti telefonici. A richiesta, alcune Asl possono fornire brochure o carte dei servizi dei singoli erogatori. A partire da questo momento, è compito della persona o dei suoi familiari contattare l'erogatore selezionato, verificarne la disponibilità a attivare il servizio e concordare i passaggi successivi (prima valutazione, adempimenti amministrativi, orario e calendario degli accessi).

Secondo gli operatori e i Mmg intervistati, le famiglie incontrano alcune difficoltà a gestire in autonomia questa fase del processo. Soprattutto dove gli erogatori sono più numerosi, la conoscenza diretta della loro qualità o affidabilità è infatti ridotta. In assenza di altre fonti d'informazione, i criteri di scelta più diffusi sono così il caso, la posizione dell'erogatore nella lista o il passa-parola di comunità, ma sono note le asimmetrie informative che caratterizzano il rapporto fra cittadino e sistemi di cura professionali (Fazzi, 1999).

Nella maggior parte delle Asl, gli operatori dei distretti non possono esprimere giudizi sulla qualità dei singoli erogatori, nel rispetto del ruolo terzo che le Asl sono chiamate ad assumere. È una scelta ricca di implicazioni, che sottrae alle famiglie una prima fonte di orientamento. In altri sistemi sono stati sperimentati o adottati modelli di *case management* che sostengono gli utenti, soprattutto quelli più vulnerabili, in questa e nelle altre fasi della pianificazione delle cure (Eklund, 2009). Le funzioni di *case management* sono coerenti con la tradizione delle Asl lombarde, ma la riforma ha chiesto loro di privilegiare soluzioni diverse. La maggior parte delle Asl applica oggi il principio della separazione delle funzioni proposto dal legislatore, lasciando che l'interazione fra utenti e erogatori proceda in modo autonomo. Una proporzione ridotta continua ad accompagnare le famiglie con consigli e interventi concreti, che contemplan la ricerca condivisa delle migliori soluzioni di cura e la mediazione con gli erogatori e gli altri attori della rete. Altre ancora, adottano sistemi ibridi, che prevedono la diretta interazione fra famiglie e erogatori per le esigenze meno impegnative, come i prelievi a domicilio o le medicazioni più semplici, ma la gestione diretta del caso nelle situazioni di maggior complessità assistenziale.

Le funzioni d'informazione e di accompagnamento sono congeniali anche al ruolo istituzionale dei Mmg, ma solo il 20% di quelli raggiunti dalla nostra rilevazione dichiara una buona capacità in questo senso; perché, a loro volta, non cono-

scono tutti i gestori o non sono in grado di giudicarne l'effettiva qualità. Inoltre, nonostante gli evidenti sforzi di comunicazione di Regione e Asl⁽³⁵⁾, i Mmg (ma anche i geriatri ospedalieri che orientano le dimissioni protette) riferiscono una ridotta conoscenza del sistema (Appendice C), elemento che influenza negativamente la loro capacità di accompagnare le famiglie verso un utilizzo più consapevole delle sue potenzialità⁽³⁶⁾.

Altri aspetti limitano in modo indiretto la libertà di scelta dell'erogatore. Come meglio descritto in altri paragrafi, il cittadino può scegliere il gestore fra quelli disponibili nel suo distretto, ma il loro numero e la loro qualità dipendono dalle politiche regolative locali e dall'interesse degli erogatori a operare in quel territorio. La stessa negoziazione del budget può interferire con le intenzioni delle famiglie: i gestori migliori possono esaurire il loro budget prima di aziende meno ricercate e, a partire da tale momento, non possono accettare le nuove richieste di chi vorrebbe avvalersi delle loro prestazioni.

Inoltre, operatori e medici segnalano come le famiglie, piuttosto che un'azienda erogatrice, preferirebbero in realtà scegliere un determinato operatore, quello con cui hanno stabilito o consolidato un rapporto personale positivo. Questa osservazione contrasta con una delle criticità dell'attuale sistema di offerta: tutti gli intervistati riferiscono il frequente turn-over degli operatori, indipendente dai desideri dalle famiglie e motivato da esigenze organizzative e di gestione del personale. Al contrario, le famiglie utilizzano raramente la possibilità di cambiare erogatore una volta attivato il servizio.

Resta da chiedersi se la libertà di scelta dell'erogatore rappresenti un'effettiva priorità delle famiglie. In effetti, molte ricerche segnalano l'importanza, per pazienti e care-giver, della sensazione soggettiva di controllo della situazione; se garantita, sembrano ridotti i rischi di sovraccarico emotivo e, indirettamente, di istituzionalizzazione o di ospedalizzazione improprie (Breton, 2002). Quando possibile, le persone privilegiano le soluzioni che tutelano la propria autonomia.

⁽³⁵⁾ La qualità comunicativa delle pubblicazioni regionali e di quelle di molte Asl è oggettivamente elevata. I siti internet della Regione e delle Asl, le brochure pubblicate e il materiale cartaceo distribuito nei distretti contengono tutte le informazioni necessarie a comprendere e gestire il sistema.

⁽³⁶⁾ In realtà, non sono in gioco solo la conoscenza specifica del sistema (titoli e servizi forniti) e delle sue modalità di attivazione e gestione. La riforma ha influito solo parzialmente sulle relazioni reciproche fra i diversi attori o unità d'offerta del sistema, che non sono sempre facili. Mmg, erogatori e servizi ospedalieri dichiarano obiettivi diversi, spesso in concorrenza o competizione fra di loro. Queste dinamiche possono interferire con la qualità complessiva del percorso di cura e dell'accompagnamento delle famiglie. Alcune osservazioni più specifiche sono contenute nell'Appendice D, che descrive alcuni aspetti del disagio verso il sistema voucher dei Mmg; altre nell'Appendice E, che analizza, al contrario, il punto di vista degli erogatori e dei loro operatori sulla medicina di famiglia nel suo complesso e sulle potenzialità o criticità della collaborazione con i singoli Mmg entro i confini di un progetto di cure domiciliari.

Ad esempio, nell'assicurazione di cura tedesca più di due terzi delle famiglie scelgono l'opzione dei trasferimenti monetari di sostegno al proprio lavoro di cura, piuttosto che la possibilità di avvalersi di servizi professionali (Crepaldi, 2005). Non va trascurato il fatto che, soprattutto nelle situazioni più complesse, gli interventi nelle case interferiscono con la vita quotidiana delle persone che le abitano. In questo senso, sono in generale poco graditi i sistemi governati con soluzioni troppo rigide o che non prestino attenzione al loro impatto sui molti equilibri in gioco; dalle famiglie possono essere vissuti come autoreferenziali, intrusivi nella propria quotidianità, poco attenti agli aspetti relazionali del lavoro di cura, poco controllabili rispetto alla scelta degli operatori, dei ritmi della giornata, delle possibilità assistenziali (Doody, 2001).

Il desiderio di autonomia delle famiglie sembra così riguardare, più che la semplice scelta dell'erogatore, quella di altri aspetti assistenziali: orari, intensità, durata, figure di riferimento, professionalità coinvolte, qualità degli operatori. In effetti, legislatore e Asl hanno prestato molta attenzione alla libertà di scelta dell'erogatore; molto meno a quella delle modalità assistenziali, che pure rappresenta uno degli obiettivi primari della riforma. A questo livello, la libertà di scelta delle famiglie è oggi molto limitata. Ad esempio, non è il cittadino che può scegliere di avvalersi dei voucher; è il distretto Asl che sceglie il titolo e più spesso preferisce credit e prestazioni estemporanee. La stessa durata dei programmi e la frequenza degli accessi non rientrano nell'autonomia della persona: è sempre il distretto che li decide; più raramente l'erogatore. Anche se la famiglia lo desidera, raramente può avvalersi di prestazioni di aiuto infermieristico o di tipo tutelare (Asa/Oss): più spesso, è il sistema dei servizi nel suo complesso che condiziona la scelta, non utilizzando i voucher per proprie scelte politiche e definendo i limiti di reddito oltre i quali non è possibile usufruire dei servizi domiciliari comunali. Infine, pazienti e famiglie non sono davvero libere di scegliere fra assistenza domiciliare e ricovero in Rsa. In assenza di servizi particolarmente efficaci, il ricorso all'istituzionalizzazione è condizionato da variabili solo in parte dipendenti dalla loro volontà e influenzate in minima parte dalle possibilità attuali del sistema Adi/Voucher⁽³⁷⁾.

8.6.2. Diffondere il quasi-mercato

Il tema della libertà di scelta è collegato a quello della disponibilità di gestori accreditati. Nella fase di avvio della riforma, le Asl sono state sollecitate a sostenere il nuovo modello, ricercando nuovi attori e favorendo il loro ingresso nel sistema⁽³⁸⁾. Negli anni successivi, gli erogatori sono cresciuti di numero e si sono

⁽³⁷⁾ Fra le più importanti indicate dalla letteratura: la struttura della rete familiare, la tenuta emotiva del caregiver di riferimento, il livello di disabilità della persona, la presenza di demenza, le caratteristiche dell'abitazione, il livello culturale e di reddito (Goodlin, 2004).

⁽³⁸⁾ Prima del 2003, in molte Asl operavano già organizzazioni del Terzo Settore che coopera-

diffusi sull'intero territorio regionale (tabella 8.7); oggi sono numerosi e la tendenza è verso l'ulteriore aumento. Si tratta di un mondo vivace, che comprende società di servizi multinazionali, realtà di lunga esperienza e piccole organizzazioni spontanee⁽³⁹⁾. Cooperative sociali e fondazioni rappresentano oltre il 70% delle forme d'impresa; minima o residuale la presenza di Ospedali e Asp⁽⁴⁰⁾. Le Rsa ancora utilizzate come base operativa per i servizi domiciliari sono 85, ridotte rispetto alle 115 del 2006⁽⁴¹⁾.

La distribuzione dei gestori accreditati nelle diverse Asl è comunque eterogenea (tabella 8.8): da 1 a 9 erogatori ogni 10.000 residenti in età 75+, con una media regionale di 2,7⁽⁴²⁾. La distribuzione può variare considerevolmente anche nei diversi distretti di una stessa Asl. Nelle Asl dove gli erogatori sono più numerosi, sono favorite sia la competizione che le possibilità di scelta, ma anche lo sviluppo di alcune criticità (tabella 8.9).

La diversa distribuzione degli erogatori ha cause diverse. Oltre al maggiore o minore interesse dei gestori a operare in un determinato territorio, sono in gioco anche alcune incertezze d'identità del sistema: la maggior parte delle Asl ha accolto con decisione l'invito a favorire l'ingresso di nuovi erogatori; altre hanno adottato politiche più restrittive, selezionando la qualità delle organizzazioni o la controllabilità del sistema, più facile in presenza di un minor numero di erogatori; altre ancora hanno privilegiato il modello Adi preesistente, permettendo l'ingresso di un numero limitato di erogatori cui demandare compiti di minor contenuto organizzativo, come l'esecuzione delle prestazioni sanitarie estemporanee.

Nel complesso, queste incertezze si riflettono su molti aspetti della regolazio-

vano coi servizi Adi attraverso il meccanismo degli appalti o delle convenzioni. La maggior parte di esse ha modificato la propria organizzazione per entrare nel nuovo sistema. Ad esse si sono aggiunte realtà del tutto nuove, fra cui organizzazioni e società di servizi private, anche multinazionali. Molte di queste organizzazioni operavano in precedenza in settori diversi, come la ristorazione aziendale, la pulizia e sanificazione, la distribuzione di gas medicali.

⁽³⁹⁾ Nella fase preparatoria di questo capitolo, si è tenuto un focus group con i referenti di alcuni enti erogatori. L'intervista ha permesso di raccogliere i rispettivi punti di vista su molti aspetti organizzativi e di relazione con il sistema. Una descrizione più completa dei suoi contenuti si può trovare nell'Appendice E.

⁽⁴⁰⁾ Aziende speciali di servizi alla persona (Asp).

⁽⁴¹⁾ I gestori di Rsa sembrano in difficoltà a offrire servizi esterni, vissuti come un appesantimento di una gestione già impegnativa e meno remunerativa che in passato: l'erogazione dei servizi voucher sottrae ai compiti ordinari operatori non facili da reperire sul mercato, senza garantire ricavi adeguati e imponendo un ulteriore aggravio di compiti amministrativi.

⁽⁴²⁾ Il calcolo di questa proporzione è evidentemente arbitraria; il dato andrebbe riferito più correttamente al numero di operatori che ogni erogatore mette a disposizione di ogni territorio. L'indicatore permette comunque di mettere in relazione la distribuzione dei gestori accreditati rispetto alla numerosità della popolazione. Offre anche una stima indiretta delle difficoltà che i familiari potrebbero incontrare nella fase di selezione dell'erogatore e di quelle dei Mmg a formarsi un giudizio rispetto alla qualità dei diversi gestori attivi nel proprio distretto.

ne locale: maggiore o minore rigidità dei criteri di accreditamento⁽⁴³⁾, caratteristiche delle prestazioni gestite in proprio e di quelle esternalizzate, organizzazione e tariffazione dei profili, obiettivi e struttura dei controlli e della negoziazione del budget.

Soprattutto quest'ultima, meglio discussa nel paragrafo successivo, rappresenta uno strumento importante di relazione reciproca fra Asl e erogatori; rispecchia anche la maggiore o minore propensione delle aziende locali a favorire la diffusione di meccanismi di mercato nel territorio di propria competenza.

Superata la fase di accreditamento, la maggior parte delle Asl garantisce a ogni nuovo erogatore un budget d'ingresso, in genere limitato a poche migliaia di euro. Negli anni successivi, il budget viene progressivamente adeguato, in relazione all'evoluzione delle prestazioni erogate nelle annualità precedenti e alla stima di quelle prevedibili per l'anno in corso. In questa fase possono essere negoziati dagli operatori più attivi integrazioni del budget, che le Asl possono recuperare dalle quote non utilizzate dagli erogatori meno richiesti. In questo senso, le Asl hanno a disposizione uno strumento efficace ma discrezionale: possono favorire l'ingresso nel mercato locale di nuovi erogatori o privilegiare un numero ristretto di gestori che esprimano servizi di maggiore qualità o più coerenti con il proprio modello specifico.

La relazione fra Asl e erogatori è comunque in divenire. Come già accaduto nel mondo della sanità ospedaliera, la competizione fra i diversi attori si gioca oggi a più livelli. Oltre alla qualità professionale e alla capacità di attrarre nuovi clienti, sembra importante anche quella di utilizzare al meglio i meccanismi di regolazione locale (Appendice E): stabilendo buone relazioni con gli operatori dei distretti, rispettando il sistema dei controlli, esprimendo più o meno efficacemente le proprie esigenze nella fase della negoziazione.

Tabella 8.7 - Evoluzione dal 2004 al 2008 degli enti erogatori

Anno	Totale soggetti accreditati (n.)		
	<i>Non Profit</i>	<i>Profit</i>	Totale generale
2004	131	31	162
2008	184	55	239
% Anno 2008	77,0	23,0	100,0
Variazione 2008/2004 (%)	+40%	+77%	+48%

Fonte: Regione Lombardia. Modificata

⁽⁴³⁾ È già stato ricordato che i Direttori generali hanno ampia facoltà di modificare o ampliare i criteri previsti come traccia base dalla delibera 12902/2003.

Tabella 8.8 - Distribuzione degli erogatori per Asl, in numero assoluto e rispetto alla popolazione 75+ (x 10.000)

Asl	Distretti (n.)	Popolazione 75+	N. erogatori	%	Erogatori/10.000 75+
Valcamonica	1	8.570	8	3,3	9,3
Pavia	9	59.639	37	15,5	6,2
Cremona	3	37.082	18	7,5	4,9
Milano 1	7	75.874	35	14,6	4,6
Sondrio	5	16.781	7	2,9	4,2
Bergamo	14	82.556	29	12,1	3,5
Como	9	52.231	17	7,1	3,3
Mantova	6	43.498	13	5,4	3,0
Varese	12	79.665	17	7,1	2,1
Brescia	12	93.454	19	7,9	2,0
Milano 3	8	89.311	14	5,9	1,6
Lodi	1	19.516	3	1,3	1,5
Lecco	3	29.691	4	1,7	1,3
Milano 2	7	37.742	5	2,1	1,3
Milano città	1	150.465	13	5,4	0,9
Regione	98	876.075	239	100,0	2,7

Fonte: Regione Lombardia. Bilancio Sociale 2008 (modificata). Dati al 31.12.2008 riferiti alla popolazione all'1.1.2008

Tabella 8.9 - Possibili criticità della proliferazione degli enti gestori

- ingresso nel sistema di gestori improvvisati o con una minor cultura dei servizi domiciliari;
- difficoltà di scelta delle famiglie;
- relazioni più deboli fra gli attori del sistema locale;
- minore conoscenza degli erogatori da parte dei Mmg;
- minore efficacia della condivisione di obiettivi fra gestori e Asl;
- difficoltà per le Asl nella gestione dei controlli, nella ripartizione del budget e nel riconoscimento della qualità dei gestori migliori.

8.6.3. Migliorare la regolazione: fra mercato e esigenze di cura

La competizione non determina automaticamente equità e cure appropriate. Gli scenari di quasi-mercato impongono una particolare attenzione ai meccanismi di regolazione. Come anticipato nel paragrafo precedente, il legislatore ha attribuito una particolare importanza alla negoziazione del budget. La negoziazione è stata introdotta nel 2006 sulla scorta di alcune preoccupazioni: il finanziamento richiesto dal sistema era aumentato da 81 a 89 mln di euro (tabella 8.5), il costo dei voucher era cresciuto di quasi 5 mln di euro e quello dei credit da 7,8 a 15 mln di euro⁽⁴⁴⁾.

⁽⁴⁴⁾ Nel 2007 sono stati bloccati per un anno anche gli accreditamenti di nuovi erogatori.

Con l'introduzione della negoziazione, le Asl sono state chiamate a un compito non facile: comprimere lo sviluppo che il sistema stava naturalmente assumendo e ripensare la relazione con gli enti erogatori. Negli anni successivi il finanziamento del sistema si posiziona sui valori programmati, con ripercussioni a cascata sui titoli emessi: si stabilizza la spesa per le prestazioni estemporanee e per i voucher, riprende la contrazione dei servizi Adi tradizionali (che si era arrestata fra il 2005 e il 2006), resta invariata la crescita dei credit e dei costi Pac. Date le premesse, sono state inevitabili alcune difficoltà iniziali, come l'esaurimento delle risorse economiche e problemi nell'emissione di nuovi titoli nell'ultimo trimestre dell'anno. Sono stati successivamente introdotti alcuni aggiustamenti, nati dalla complessiva interazione fra DG Famiglia, Asl e erogatori: ripartizione in mensilità del budget negoziato, definizione di una quota di riserva per integrare eventuali difficoltà nel secondo semestre dei gestori migliori, nuova ripartizione delle quote non utilizzate dagli erogatori che restano sotto budget, definizione di una quota extra-budget per tutelare le esigenze delle popolazioni più complesse. Le interviste riferiscono il progressivo miglioramento delle capacità, sia delle Asl che degli erogatori, di gestire il processo di negoziazione e quello di amministrazione del budget.

Non sono però chiari i criteri che guidano la stima del budget complessivo da parte del programmatore regionale e la sua ripartizione fra i diversi erogatori nella varie Asl. In particolare, la sua consistenza non sembra calcolata, a nessun livello, in relazione a bisogni misurabili o a criteri di appropriatezza delle prestazioni⁽⁴⁵⁾.

Questo passaggio è cruciale. Come per la sanità ospedaliera, anche la domanda di servizi domiciliari è potenzialmente maggiore dell'offerta. In questo senso, tutti i sistemi sanitari sono alla ricerca di un equilibrio sostenibile fra l'esigenza di rispondere a una domanda in crescita e quella di utilizzare al meglio le più limitate risorse economiche (OECD, 2007). Il giudizio di appropriatezza delle prestazioni erogate e una buona analisi della domanda sono necessari per indirizzare la spesa verso interventi efficaci e verso obiettivi coerenti con le esigenze della popolazione. Sono anche indispensabili per limitare la diffusione nei quasi-mercati di tendenze commerciali non collegate a bisogni di salute o il finanziamento con risorse pubbliche di prestazioni inappropriate o inefficaci (Domenighetti, 2004). Una progettazione dei budget che non tenga conto di queste dinamiche e faccia riferimento solo alla necessità di limitare la spesa, introduce nel sistema logiche di razionamento implicito piuttosto che di governo⁽⁴⁶⁾, comprimendo i servizi indi-

⁽⁴⁵⁾ Uno dei criteri più utilizzati per la definizione del budget è la "spesa storica". Sia a livello regionale che locale, la spesa degli anni precedenti rappresenta il riferimento per la stima del fabbisogno per l'annualità successiva e come base di calcolo per negoziare con i singoli gestori l'aumento o la riduzione della quota di budget assegnata.

⁽⁴⁶⁾ Oltre agli incentivi alla concorrenza e alla separazione delle funzioni, anche l'appropriata-

scriminatamente invece che orientandoli verso soluzioni coerenti con gli obiettivi dichiarati⁽⁴⁷⁾.

Questa tendenza è pericolosa almeno per due motivi. Il primo è legato al fatto che, se il budget a disposizione delle Asl è sottodimensionato rispetto alle esigenze reali e se la sua ripartizione non è guidata da valutazioni epidemiologiche o di appropriatezza delle prestazioni erogate, possono essere pagate prestazioni che non hanno ricadute dirette sugli obiettivi primari del legislatore, come il ritardo dell'istituzionalizzazione. Investimenti non sufficienti possono anche determinare, indirettamente, un aumento dei costi complessivi che il legislatore è chiamato a governare: ad esempio, è dimostrato che a bassi livelli di spesa territoriale corrispondano tassi di ricovero ospedalieri più elevati e una cattiva qualità dei processi di dimissione (FIASO, 2008).

Il secondo motivo riguarda il tema della selezione del rischio. Nel sistema dei voucher, gli erogatori possono limitare in molti modi la propria attività a territori e popolazioni più interessanti⁽⁴⁸⁾. È un problema tipico dei sistemi di quasi-mercato; è noto che essi determinano il pericolo di una competizione negativa fra i suoi attori (Longo, 1997), attraverso meccanismi di attrazione a sé delle popolazioni più remunerative e di trasferimento ad altri (soprattutto ai sistemi pubblici) dei costi e delle responsabilità di quelle più impegnative (Boult, 2000)⁽⁴⁹⁾. Il sistema dei voucher of-

tezza delle tariffe rispetto alla qualità dei servizi che si vogliono acquistare, influenza l'efficacia dei sistemi sanitari contrattualizzati (Zamagni, 1997). Anche questo tema rimanda al sistema DRG: è noto come esso richieda un'azione costante di aggiornamento delle tariffe, in assenza della quale il governo dell'offerta può determinare risultati negativi. I voucher socio-sanitari non sono DRG, ma nel modello lombardo hanno molte analogie con un sistema di pagamento prospettico a governo professionale. Se tariffe e budget sono predefiniti e non collegati ad un'efficace analisi della domanda, l'offerta tende a orientarsi verso la remunerazione e può allontanarsi dalla domanda. L'evoluzione dei profili nelle Asl sembra sottintendere la ricerca di correttivi a quest'anomalia, attraverso l'adattamento delle tariffe ai profili e dei profili alle richieste del territorio, ma in modo non sempre coerente con gli intendimenti e le soluzioni di governo proposte dal legislatore.

⁽⁴⁷⁾ Soprattutto a partire dal 2006, le aziende erogatrici segnalano l'avvio di una sorta di corsa al ribasso delle Asl, legata alla necessità di restare entro i confini del budget programmato. Gli accessi richiesti sono più spesso il massimo per il profilo richiesto, ma mai sufficienti a passare al profilo successivo; alcune Asl hanno aumentato il numero di accessi previsto per i profili inferiori e altre si sono allineate a chi ha proposto la soluzione economicamente più favorevole. Anche la flessibilità introdotta nel 2008 è stata più spesso gestita verso il basso (estendendo la durata del primo profilo), che per assicurare cure più complete a persone con esigenze maggiori. Infine, le prestazioni di medicina specialistica sono normalmente richieste con tariffe troppo basse e fuori mercato. Questa situazione è ulteriormente aggravata dal fatto che il valore economico dei profili non è mai stato adeguato dal 2003 ad oggi.

⁽⁴⁸⁾ Non si tratta solo di una possibilità teorica, ma di un modello di lavoro che le aziende, soprattutto quelle ad impostazione profit o che operano su scala nazionale o multinazionale, utilizzano in modo efficace per massimizzare le risorse e garantirsi un rapporto più favorevole fra costi e ricavi.

⁽⁴⁹⁾ È un fenomeno che ha già caratterizzato l'evoluzione del sistema sanitario. L'introduzione

fre alle Asl strumenti di regolazione teoricamente efficaci, ma in pratica limitati, perché anche il regolatore locale può trovare conveniente adottare criteri impliciti di selezione delle popolazioni: se l'obiettivo prioritario è quello di restare entro i confini del budget, le considerazioni economiche e di opportunità politica possono prevalere sulla valutazione oggettiva della domanda⁽⁵⁰⁾, disincentivando la sperimentazione di interventi più complessi, limitando lo sviluppo di servizi coerenti con l'evoluzione dei bisogni e determinando aree più o meno estese di domanda inevasa⁽⁵¹⁾.

In questo scenario, soprattutto gli operatori del sistema pubblico segnalano il pericolo di pagare accessi poco utili, perché non collegati alla lettura oggettiva del bisogno. Si ripropone, a questo livello, il confronto fra l'agire clinico e l'azione amministrativa. Logiche e obiettivi sono diversi e gli esperti suggeriscono cautela nel trasferimento dei meccanismi di mercato ai sistemi sanitari (Caro, 2002; Enthoven, 2003). D'altro canto, il voucher socio-sanitario resta uno strumento ibrido⁽⁵²⁾, senza sicuri riferimenti rispetto a modelli già sperimentati o al patrimonio consolidato della ricerca gerontologica. Questa suggerisce una particolare attenzione alla valutazione oggettiva e multidimensionale dei bisogni espressi, per progettare a partire da essa interventi proporzionati alle risorse delle persone e a quelle delle loro re-

ne dei modelli aziendalizzati, di quasi-mercato e di pagamento prospettico secondo Drg, ha modificato la struttura dell'offerta dei servizi ospedalieri, oggi decisamente orientata verso le prestazioni di breve durata, soprattutto chirurgiche. Sono comparse anche complesse dinamiche di selezione dei pazienti e delle specializzazioni, di spostamento (shift) delle prestazioni fra modalità di offerta più o meno remunerative (ambulatoriali, di day hospital, di ricovero breve o di maggiore durata) o di adattamento utilitaristico della compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Si è aperto anche un nuovo capitolo di interventi della magistratura, con ipotesi di reato e condanne legate all'utilizzo distorto del sistema da parte di professionisti o erogatori. Il controllo di questi meccanismi ha imposto alle Asl un notevole impiego di risorse umane e economiche, e alla Regione il costante aggiornamento del sistema tariffario, ma con risultati non del tutto soddisfacenti rispetto all'obiettivo di contenere la crescita della domanda e dei costi.

⁽⁵⁰⁾ Il cambiamento nell'evoluzione dei profili emessi dalle Asl successivamente al 2006, può trovare una spiegazione anche in questa motivazione. Dopo l'iniziale contrazione, il sistema stava evolvendo verso la stabilizzazione dei sistemi Adi tradizionali ed il progressivo maggiore utilizzo dei nuovi profili voucher; entrambi i servizi sono costosi ma probabilmente coerenti con le richieste dei pazienti e delle famiglie. Dopo l'introduzione dei budget la tendenze si modificano, avvantaggiando i profili e i titoli di minore intensità e costo; questo, indipendentemente da cambiamenti demografici o epidemiologici che giustifichino altrimenti quest'evoluzione.

⁽⁵¹⁾ La relazione fra domanda e offerta nel sistema Adi/Voucher è meglio discussa nel paragrafo 8.6.5.

⁽⁵²⁾ Il voucher socio-sanitario non può essere del tutto assimilato a un sistema di pagamento prospettico isorisorse a governo professionale, come i Drg ospedalieri. È piuttosto descritto come uno strumento di sostegno alla capacità di spesa della famiglia, ma assegna budget agli erogatori e governa direttamente l'offerta attraverso la definizione del Pai e l'erogazione di titoli di diverso valore economico. Certamente, regola il mercato e ne influenza la struttura quantitativa e qualitativa. Come tale, è difficile pensare che possa prescindere da strumenti di analisi del bisogno e della struttura tariffaria di complessità analoga a quella del sistema Drg o di altri sistemi di governo prospettico della spesa (Taroni, 1996).

ti di sostegno. Questa metodologia ha già dimostrato di essere efficace (Stuck, 1999), anche se la sua applicazione più diretta nel sistema lombardo è stata in passato incostante e spesso inadeguata. Molte Unità di valutazione geriatrica (Uvg) si sono limitate a una valutazione amministrativa o cartacea; altre hanno adottato modelli valutativi di particolare complessità, spesso sproporzionati rispetto all'effettiva qualità e quantità delle prestazioni erogabili; altre ancora hanno disatteso la ricerca di soluzioni condivise con pazienti e famiglie.

La ricerca di strumenti di analisi della domanda e di appropriatezza dell'offerta, potrebbe rappresentare un obiettivo privilegiato del dibattito futuro, per sostenere il legislatore nella stima delle risorse economiche da destinare al sistema e nella ricerca di soluzioni idonee alle richieste della popolazione anziana non autosufficiente.

8.6.4. Valorizzazione del Terzo Settore

La maggior parte degli enti erogatori appartiene oggi al settore non profit, ma le organizzazioni commerciali crescono a una velocità quasi doppia (tabella 8.7). Il modello lombardo sembra favorire questa evoluzione, in analogia a quanto già accaduto nel sistema sanitario o nel mondo delle Rsa.

Lo scenario è in rapida evoluzione e i meccanismi ancora difficili da analizzare, a volte contraddittori. Ad esempio, gli erogatori più importanti possono ottimizzare risorse e servizi, ma sono in difficoltà ad adattarsi ai meccanismi locali⁽⁵³⁾; il contrario accade alle aziende più piccole, soprattutto no profit, che fanno del proprio radicamento e della conoscenza del territorio un punto di forza. Queste ultime, però, faticano a realizzare economie di scala e ad applicare modelli di gestione evoluti, indispensabili di fronte alla maggiore delicatezza della gestione aziendale imposta dal nuovo sistema: complessità amministrativa, crescita dei costi, valore economico dei profili bloccato dal 2003. Soprattutto in alcuni territori, anche la remunerazione degli accessi può essere inadeguata a sostenere gli standard operativi costruiti faticosamente nel tempo dalle organizzazioni migliori, facilitando il sovraccarico emotivo o crisi motivazionali dei loro dirigenti e operatori (Appendice I).

Nel complesso, sono in gioco aspetti cruciali delle politiche regolative, che possono avvicinare o allontanare dal sistema le realtà meno orientate in senso commerciale⁽⁵⁴⁾. Regione e Asl hanno dedicato molta attenzione alla precisione del Patto di accreditamento e al rispetto degli standard richiesti, con penali e meccanismi di so-

⁽⁵³⁾ L'eterogeneità delle procedure collegate all'emissione dei voucher (governo dei profili, gestione del debito informativo, organizzazione dei controlli, rendicontazioni e emissione delle fatture), può richiedere operatori amministrativi dedicati ad una specifica Asl o distretto. In questo senso, le aziende a rilevanza nazionale o internazionale sono favorevoli a procedure più omogenee e standardizzabili.

⁽⁵⁴⁾ Su queste dinamiche incidono le scelte regolative delle Asl in tema di politiche degli ac-

spensione dei gestori meno attenti. I criteri previsti nel patto sono però generali; non possono prefigurare la qualità delle prestazioni e delle motivazioni. Questa è affidata ai controlli sul campo, a loro volta eterogenei per organizzazione e obiettivi.

Non è un passaggio trascurabile. Il modello lombardo trasferisce a erogatori esterni servizi a finanziamento pubblico, che impongono un utilizzo coerente con gli interessi delle comunità. I controlli sono impegnativi, ma vissuti dagli erogatori e dai loro operatori come uno stimolo positivo, soprattutto quando orientati a misurare la qualità effettiva del lavoro e della relazione di cura (Appendice E). Erogatori e operatori segnalano, però, come le verifiche sul paziente e sulla qualità tecnica dei programmi siano in riduzione o del tutto assenti in molte Asl, rispetto alle più frequenti verifiche sul processo amministrativo o sulla struttura aziendale. A detta degli intervistati, la maggior parte delle Asl sembra preferire un rapporto formale con gli erogatori, mentre gli strumenti a disposizione dei servizi Pac sono più idonei a misurare la qualità amministrativa delle organizzazioni piuttosto che il radicamento territoriale, l'intensità anche affettiva della relazione di cura o la qualità degli esiti degli interventi.

Nel complesso, proprio gli erogatori non profit esprimono la richiesta di uno sviluppo più controllato del sistema. Non sembra trattarsi solo di un meccanismo di difesa rispetto ai rischi del mercato. Piuttosto, esprime la richiesta di una maggiore tutela rispetto alla diffusione di aziende competitive perché più spregiudicate o meno attente agli interessi generali del sistema e a quelli particolari degli utenti e degli operatori.

8.6.5. *Migliori effetti per gli utenti*

Resta da chiedersi se l'introduzione del sistema voucher abbia migliorato l'efficacia dei precedenti modelli Adi. Poco dopo l'introduzione della nuova misura, erano già state espresse alcune considerazioni al proposito (Gori, 2005), che possono oggi trovare conferma nella diretta osservazione dei suoi risultati.

L'obiettivo primario che il legislatore attribuisce ai voucher è quello di ritardare l'istituzionalizzazione. È un obiettivo ricco di incertezze; molti commentatori hanno già espresso dubbi sul fatto che la semplice offerta di servizi domiciliari, per quanto efficaci, possa rappresentare una concreta alternativa al ricovero in Rsa⁽⁵⁵⁾. Per otte-

creditamenti, organizzazione dei controlli, negoziazione del budget. Incide anche la variabilità della remunerazione effettiva degli accessi descritta nel paragrafo 8.4.2.

⁽⁵⁵⁾ Oltre a Gori, è possibile citare i rapporti dell'OCSE (1996, 2005) e i molti interventi di Guaita, fra cui le sue riflessioni nei rapporti annuali del Network per la Non Autosufficienza. Altre indicazioni sono contenute nella revisione di letteratura descritta in Giunco, 2005. La relazione fra servizi domiciliari e rischio di ospedalizzazione e istituzionalizzazione è una relazione complessa, collegata più alla struttura globale della rete dei servizi e alla sua relazione dinamica con la struttura di popolazione e la consistenza delle reti familiari, che con l'offerta di singoli servizi di cura. In generale, i servizi domiciliari, semiresidenziali, residenziali sociali e socio-sanitari si comportano

nere questo risultato i servizi domiciliari devono interagire efficacemente con le variabili già descritte nella Nota 37, la maggior parte delle quali non sono influenzabili dagli strumenti a disposizione del sistema Adi/Voucher lombardo. In ogni caso, i dati a disposizione confermano un ridotto impatto della riforma regionale sui tassi di ricovero, sia ospedalieri che in Rsa⁽⁵⁶⁾.

Sono già stati discussi gli esiti altrettanto incerti della riforma sugli altri obiettivi ipotizzati dal legislatore, fra cui la libertà di scelta delle modalità di assistenza. Sicuramente migliorati sono invece la distribuzione degli interventi domiciliari sul territorio regionale, la diffusione degli erogatori e alcuni indicatori qualitativi dell'erogazione; fra questi la tempestività di attivazione, che tutti gli attori descrivono in termini positivi. Altri ambiti restano problematici; ad esempio, gli orari degli interventi o la loro distribuzione nella settimana non coincidono sempre con le esigenze dei caregiver; in particolare, la copertura dei fine settimana o la reperibilità degli operatori sulle 24 ore sono poco diffuse o appartengono solo a modelli specifici, come quello delle cure palliative o del sostegno alla ventilazione artificiale⁽⁵⁷⁾.

I limiti più evidenti del sistema attuale riguardano in ogni caso l'eterogeneità applicativa e, soprattutto, il contrasto fra la semplificazione che il sistema persegue e la complessità dei problemi intercettati.

Rispetto ai sistemi Adi tradizionali, il modello voucher vuole essere soprattutto facile da erogare e agile da gestire. Sostanzialmente, si tratta di una diversa modalità amministrativa di gestione delle relazioni con i pazienti, che responsabilizza famiglie, erogatori e Mmg e riduce il ruolo delle Asl nel governo diretto del caso e delle prestazioni. È già stato discusso come questa semplicità sia più nelle intenzioni del legislatore che nella struttura del modello; non a caso, la sua traduzione concreta nei diversi contesti locali è stata estremamente articolata, ricca di eccezioni e difficile da descrivere.

più spesso in modo sinergico e integrato, che alternativo o sostitutivo. Altre variabili, come la qualità di governo della rete e dei piani di cura, sono altrettanto determinanti rispetto agli esiti attesi.

⁽⁵⁶⁾ I Piani di programmazione delle Asl confermano il maggior utilizzo delle prestazioni ospedaliere nelle classi di età più elevate; successivamente al 2003 non si registrano tendenze verso la stabilizzazione o l'inversione di questo fenomeno. Anche i tassi di ricovero in Rsa sembrano stabili e condizionati più dalla politica degli accreditamenti e dalla diffusione geografica delle strutture che dalla distribuzione e qualità dei sistemi Adi/Voucher o dai cambiamenti del sistema domiciliare.

⁽⁵⁷⁾ Solo i modelli più evoluti di erogazione delle cure domiciliari, come quello di Lecco, identificano con chiarezza i profili di assistenza che contemplan la copertura sui 7 giorni e la reperibilità medica o infermieristica sulle 24 ore. Più spesso si tratta di una soluzione non prevista dai modelli locali o limitata a specifiche soluzioni di cura, come le cure palliative, che raramente intercettano le esigenze più diffuse della popolazione anziana non autosufficiente. Ad esempio, nessun modello include a questo livello le possibili crisi domestiche collegate ai problemi di comportamento delle persone con demenza. Queste rappresentano uno dei problemi più frequenti e in più rapida crescita proposto dalle famiglie.

Oltre a queste caratteristiche amministrative, il sistema Adi/Voucher è, oggi più di ieri, un sistema orientato verso le prestazioni. Risponde efficacemente ad aspetti parziali della domanda di cura della popolazione anziana a ridotta autonomia, quella collegata a problemi clinici che possono essere affrontati con interventi di ridotto impegno complessivo. Le prestazioni offerte sono di breve durata: nei 25 minuti medi di un intervento infermieristico può essere effettuato un prelievo a domicilio, sostituito un catetere vescicale o completata una medicazione. Si tratta di esigenze che possono essere effettivamente gestite con interventi di ridotta intensità e durata, come confermato dall'evoluzione dei titoli e dai dati sulla durata media dei programmi, inferiore ai due mesi nella maggior parte dei casi.

Il sistema non sembra affrontare, invece, aspetti più delicati della cura a malati complessi o anziani non autosufficienti. La breve durata e la ridotta intensità degli interventi, come anche la mancata copertura sui sette giorni o sulle 24 ore, non rispondono ad altri e più impegnativi bisogni: il sostegno emotivo ai caregiver, il tempo di dialogo necessario a condividere informazioni e scelte di cura, l'intervento tempestivo e efficace nelle fasi critiche, l'osservazione clinica nelle fasi di instabilità. Non si tratta di variabili accessorie; sono quelle che la letteratura e i modelli di buone prassi, collegano più direttamente al ricorso inappropriato ai servizi di emergenza/urgenza, al ricovero ospedaliero o alle riammissioni precoci in ospedale successive alle dimissioni protette (Giunco, 2005). L'impostazione prestazionale, inoltre, frammenta l'assistenza ai malati più complessi: medicazioni, nutrizione artificiale, ventilazione meccanica, ossigenoterapia, gestione di Peg e tracheostomie, sono spesso demandati a operatori o servizi diversi, che intervengono in diversi momenti della giornata e della settimana e che sono raramente integrati in un programma organico, per questo motivo difficilmente governabile dai familiari, ma anche dai Mmg e dagli operatori dei distretti.

Il sistema non risponde, inoltre, ai bisogni più diffusi dei pazienti anziani non autosufficienti: cure personali, assistenza tutelare, problemi di comportamento delle persone con demenza, disturbi della deglutizione, mobilizzazione in carrozzina o sostegno alla deambulazione, gestione dei cambiamenti di posture, prevenzione dei decubiti o delle cadute. Queste variabili non esprimono l'esigenza di un generico supporto sociale; hanno dirette ricadute sulla salute clinica, sugli indicatori di esito maggiori (mortalità, evoluzione dei danni terziari, ospedalizzazione, istituzionalizzazione), sulla tenuta fisica e emotiva dei caregiver e del sistema di cure domestico. Per questo motivo, richiedono interventi professionali e specialistici ben descritti in letteratura e normalmente garantiti dalle Rsa, ma che non fanno parte dell'organizzazione del sistema Adi/Voucher, nonostante le rispettive popolazioni siano sotto molti aspetti sovrapponibili (Nna, 2009).

Sotto questa luce, i risultati oggettivi della riforma del sistema Adi/Voucher non sembrano coerenti con le aspettative del legislatore.

In ogni caso, secondo i principi della riforma è il cittadino a valutare la quali-

tà del sistema. Può scegliere l'erogatore, può cambiarlo se non incontra il suo gradimento, può esprimere giudizi. Il legislatore attribuisce molto peso ai questionari di customer satisfaction: questi sono consegnati a tutti gli utenti al momento dell'attivazione del servizio e restituiti una volta completate le prestazioni richieste. È compito dell'erogatore gestire consegna e ritiro, consegnando poi i questionari compilati all'Asl, che li elabora e trasmette i risultati alla DG Famiglia. Oltre il 90% delle persone che restituiscono il questionario, esprime un giudizio positivo sul servizio nel suo complesso, sulla tempestività di attivazione, sulla qualità delle informazioni ricevute, sull'azione delle diverse figure professionali.

Alcuni limiti dello strumento sono già stati segnalati⁽⁵⁸⁾ (Gori, 2005). Il dato più evidente è quello dei questionari non restituiti, numero ormai stabilizzato sui due terzi del totale⁽⁵⁹⁾, mentre la percentuale di mancate risposte alle diverse domande oscilla stabilmente fra l'8% e il 10%⁽⁶⁰⁾. Nel complesso, si tratta di un campione poco rappresentativo; resta da chiedersi se questa tendenza rifletta il disinteresse degli utenti, una cattiva informazione o altri aspetti ancora da definire, fra cui il possibile conflitto d'interesse da parte degli erogatori.

Il giudizio positivo sul sistema è comunque confermato dai dati raccolti per la stesura di questo capitolo, ricavati da interviste e questionari indirizzati a Mmg, erogatori e operatori (tabella 8.10). I giudizi negativi sono marginali e prevalentemente inerenti alcuni aspetti amministrativi. Ai suoi attori il sistema sembra agile, immediato; garantisce risposte a problemi facilmente identificabili senza richiedere modelli organizzativi di particolare complessità.

Interviste e questionari raccolgono però un giudizio soggettivo, limitato alla qualità percepita del processo e delle singole prestazioni. Pazienti e familiari sono soddisfatti perché ricevono interventi gratuiti da parte di operatori gentili e tempestivi; non hanno però gli strumenti per giudicare la qualità professionale delle prestazioni ricevute o l'impatto complessivo del sistema sul percorso di cura. Anche lo strumento di customer satisfaction adottato dal legislatore sembra più orientato a valutare la qualità percepita della relazione con il sistema e con gli operatori, che ad analizzare con strumenti professionali quella tecnica dell'assistenza garantita.

In questo senso, traspare la divergenza fra gli obiettivi dichiarati del sistema e gli strumenti adottati per l'analisi dei suoi effetti. Il sistema misura soprattutto il gradi-

⁽⁵⁸⁾ Chi risponde ha un'età spesso elevata e un livello d'istruzione ridotto; nei rapporti che è stato possibile analizzare, nel 70-80% dei casi il livello di scolarità non supera in media la scuola dell'obbligo. Il compilatore è più spesso un familiare, non necessariamente il care-giver più coinvolto nelle prestazioni di cura.

⁽⁵⁹⁾ Il dato di adesione alla compilazione è riportato regolarmente sul Bilancio Sociale della DG Famiglia.

⁽⁶⁰⁾ Il dato è ricavato dai rapporti Asl che è stato possibile analizzare, fra cui quelli dell'Asl di Monza e Brianza e dell'Asl Milano 1. In essi, la proporzione di questionari restituiti nel 2008 è ancora più bassa di quella riferita dalla DG Famiglia: rispettivamente 27 e 22,7%.

mento delle prestazioni, la qualità delle relazioni fra famiglie ed erogatori e la complessiva qualità organizzativa dell'erogazione. Anche i dati sottoposti a osservazione sistematica da parte delle Asl e della DG Famiglia, sono essenzialmente orientati in senso amministrativo⁽⁶¹⁾. La qualità globale dei servizi e l'analisi delle loro ricadute sugli obiettivi attesi ricevono invece meno attenzione, mentre le considerazioni espresse in questo paragrafo suggeriscono risultati oggettivi nel complesso incerti o limitati, poco confrontabili con quelli di altri sistemi europei sotto il profilo gerontologico.

Tabella 8.10 - I punti di forza del sistema secondo Mmg, operatori, erogatori

- estensione dell'assistenza domiciliare all'intero territorio regionale;
- flessibilità e adattabilità alle diverse esigenze locali;
- risposta immediata alle principali esigenze di cura;
- nuovi spazi di mercato per aziende e società
- controllabilità della spesa.

8.6.6. Valorizzazione delle figure professionali

I sistemi Adi tradizionali gestiti direttamente dalle Asl mantengono un costo superiore ai voucher socio-sanitari di terzo profilo (Appendice B). Un luogo comune vuole le aziende pubbliche meno efficienti, ma una parte di questi maggiori costi sono collegati alla normativa del lavoro e ai contratti della sanità e del pubblico impiego: la rigidità degli orari, i riposi, le ferie, le sostituzioni, le maternità. Le particolarità del lavoro di cura domiciliare impongono una flessibilità non sempre coerente con la struttura dei normali rapporti di lavoro del sistema pubblico (tabella 8.11).

Tabella 8.11 - Alcune specificità del lavoro di cura domiciliare

- disponibilità a orari di lavoro distribuiti sulle 12 ore e sui 7 giorni;
- possibile reperibilità telefonica e pronta disponibilità sulle 24 ore;
- frammentazione delle prestazioni e distribuzione quotidiana anche in orari atipici;
- attitudine al lavoro in solitudine e alle decisioni in autonomia;
- gerarchie e ruoli meno chiari, frequenza incertezza decisionale;
- l'operatore si muove nel territorio del paziente, è meno protetto dal ruolo e dall'organizzazione professionale;
- il confronto con pazienti e familiari è immediato; le relazioni sono personalizzate e di elevato contenuto emotivo.

Questi compiti sono stati trasferiti a erogatori privati che hanno contratti di lavoro più flessibili e meno costosi o utilizzano in modo più diffuso la libera professione. In questa visione, le aziende erogatrici non sono interpretate come enti originali, con ognuno dei quali intraprendere un percorso virtuoso di crescita reciproca

⁽⁶¹⁾ Cfr. nota 27.

a beneficio dei pazienti e delle loro famiglie. Piuttosto, si tratta di prestatori d'opera da cui acquistare prestazioni, singole o in pacchetti limitati, a condizioni favorevoli. Erogatori con ridotto potere contrattuale, grazie al meccanismo dei budget e all'asimmetria del potere regolativo.

Nel complesso, queste dinamiche non sono negate dagli intervistati e rappresentano una componente implicita dei rapporti di mercato fra un grande acquirente e i produttori di beni o servizi. Resta da vedere se sono compatibili con la costruzione di un sistema d'intervento delicato come quello delle cure domiciliari a pazienti fragili e complessi, che richiede strumenti e formazione specifici, motivazioni particolari, supervisione adeguata. Esiste un lato oscuro di questa impostazione. Soprattutto quando gestiti da aziende meno organizzate, sono oggi diffusi rapporti di lavoro precari, discontinui, a domanda; più in generale meno tutelanti per gli operatori. Esistono anche spazi di possibile elusione, d'interpretazione della normativa fiscale e del lavoro, di doppio e triplo lavoro di dipendenti di altri comparti, anche pubblici. Sono dinamiche contrastate dai controlli che le Asl eseguono periodicamente, efficaci ma costosi in termini di risorse umane e economiche.

In ogni caso, gli operatori intervistati giudicano positivamente il riconoscimento del ruolo professionale e la remunerazione che il sistema voucher garantisce (Appendice C). La flessibilità del lavoro domiciliare, soprattutto in regime libero-professionale, permette di gestire rapporti con più committenti con maggiori compensi complessivi. Gli orari di lavoro flessibili e la gestione casa per casa permettono una migliore organizzazione personale di vita e di lavoro e la possibile costruzione di un mercato privato parallelo. Sono comunque segnalate alcune criticità ricorrenti nella definizione del rapporto di lavoro (tabella 8.12).

Tabella 8.12 - Alcune criticità del lavoro di cura con i gestori accreditati

- gli operatori utilizzano mezzi di trasporto personali; le retribuzioni prevedono raramente il rimborso totale delle spese di spostamento;
- le dotazioni tecniche (borsa, strumentario di base) sono più spesso personali;
- i tempi di spostamento da un paziente all'altro e quelli necessari per gli adempimenti amministrativi non sempre sono inclusi nel calcolo del compenso;
- le retribuzioni libero-professionali non prevedono durate minime dei contratti o compensi in caso di malattia;
- le polizze assicurative di responsabilità civile possono tutelare l'azienda e i dipendenti, ma prevedere il diritto di rivalsa sui professionisti. Resta la necessità di disporre di un'onerosa assicurazione personale.

8.6.7. Sostegno alla famiglia

Le scelte del legislatore sostengono la famiglia in un ambito circoscritto, con interventi domiciliari orientati in senso prestazionale e essenzialmente sanitario. Resta invece insoluto il tema del governo complessivo della rete dei servizi e dell'integrazione con gli interventi sociali. Per ora le Asl hanno progressivamente abbandonato

le risposte ai bisogni di assistenza tutelare, senza che i Comuni abbiano ampliato le loro capacità di sostegno alle famiglie⁽⁶²⁾.

Un esempio paradigmatico sono, a questo proposito, le incertezze che ruotano attorno alla definizione del Piano di assistenza individuale (Pai). Il Pai è un momento chiave della progettazione degli interventi su persone anziane a ridotta autonomia; questo vale in ogni contesto di cura e non a caso viene richiesto dal legislatore regionale come standard di accreditamento per le altre unità d'offerta della rete dei servizi per anziani. Ci si potrebbe attendere, in questo senso, un'attenzione equivalente, data anche la maggior complessità degli interventi domiciliari, chiamati a rappresentare l'interfaccia verso altri sistemi e sotto-sistemi (Comuni, Aziende ospedaliere, Medicina generale, sistema privato). Governo della rete e gestione del caso sono a questo livello determinanti e strettamente collegati all'efficacia delle soluzioni e alla loro efficienza, anche economica.

Nel sistema Adi/Voucher la progettazione del piano di cura è oggi particolarmente semplificata, oltre che articolata in modo diverso nelle varie Asl e distretti (Appendice H). In generale, programmazione e governo del caso non sono sempre in mano a chi conosce la persona e la sua situazione contingente. Il Mmg è un riferimento istituzionale obbligato, ma spesso poco presente in questa fase: può limitarsi a compilare una prescrizione su richiesta dei familiari. La formulazione del Pai segue percorsi diversi nelle diverse Asl e non sempre implica una valutazione domiciliare; può essere redatto a partire dalle sole informazioni amministrative. Ad esempio, nell'Asl Milano 2 il Mmg fa la sua richiesta, il familiare la porta al distretto che valuta la proposta sotto il piano amministrativo, assegna il profilo, formula il Pai e emette il titolo. A Monza la procedura è più articolata e la fase istruttoria integra una valutazione domiciliare iniziale, ripetuta periodicamente. Lecco gestisce in modo autonomo e con strumenti di valutazione globale anche raffinati l'intero processo. Nella maggior parte dei casi sono le Asl a decidere il profilo e formulare il Pai, altre seguono un procedimento ibrido: assegnano il profilo ma lasciano che il Pai sia formulato dall'ente erogatore che però non può modificare il profilo assegnato. Milano ha di recente adottato una procedura a posteriori: il gestore è libero di programmare il numero di accessi e l'intensità dei programmi, mentre l'Asl verifica la qualità dell'azione e dei risultati. Il profilo viene assegnato successivamente alla comunicazione del numero degli accessi. Nel complesso, la relazione fra Pai e profili non è univoca. Il profilo può essere emesso prima del Pai, prescindere dal Pai o essere ricavato dal Pai. Il Pai dovrebbe determinare anche il governo delle richieste ad altri

⁽⁶²⁾ Resta da vedere se l'istituzione dei Centri di Assistenza Domiciliari (CeAD) introdotti al termine del 2009 (Appendice G), sarà in grado di determinare un cambiamento sostanziale nel dialogo fra servizi domiciliari sociali e socio-sanitari. Il pericolo resta quello di immettere sul territorio un'ulteriore agenzia di informazione e orientamento, senza l'autorevolezza o il potere necessari ad affrontare, insieme alla famiglia, la più complessa azione di problem solving quotidiano e il governo effettivo degli interventi di rete.

attori; una parte delle prestazioni necessarie può essere demandata all'azione degli enti erogatori, una parte viene assolta dai familiari o da loro risorse (come le badanti), un'altra ancora può essere rinviata alle competenze comunali.

È a questo livello che si giocano gran parte delle interazioni destinate a tradursi in qualità reale delle soluzioni di cura e che dovrebbero essere impegnate le professionalità più qualificate, per sostenere efficacemente la famiglia con risposte organiche, condivise, dedicate. Al contrario, il governo di questa complessità è più spesso della famiglia, case-manager di se stessa, come richiamato più volte dagli intervistati e confermato da molti e autorevoli rapporti.

8.6.8. Migliorare l'equità

Gli interventi del legislatore hanno permesso la diffusione dei servizi Adi/Voucher sull'intero territorio regionale, contribuendo a garantire le stesse opportunità a tutti i cittadini lombardi⁽⁶³⁾. È un risultato positivo, che trova però un limite nell'eterogeneità delle applicazioni locali; nei 98 distretti lombardi le famiglie incontrano oggi sistemi oggettivamente diversi, più o meno accessibili e più o meno efficaci rispetto alle proprie esigenze⁽⁶⁴⁾. È prevedibile che, nei prossimi anni, il legislatore sarà chiamato a orientare la propria attenzione verso una maggiore standardizzazione del modello di erogazione delle cure domiciliari.

Anche l'equità verticale merita una particolare attenzione. Il sistema Adi/voucher in sé tutela la proporzionalità degli interventi rispetto alla gravità della situazione clinica e assistenziale delle persone: Mmg e distretti hanno gli strumenti per modificare in modo puntuale l'intensità, la composizione e la durata delle risposte offerte a pazienti e famiglie. Alcune criticità implicite nella frammentazione dei servizi, nella regolazione locale e nei meccanismi di selezione del rischio, introducono però principi di diseguaglianza verso i pazienti o le prestazioni che il sistema rende meno interessanti o remunerativi.

In questo senso, i voucher non correggono una criticità già presente nel precedente sistema Adi. Ad esempio, le cure palliative al paziente oncologico, sono meglio strutturate di quelle rivolte ad altri sottogruppi con necessità altrettanto impegnative; fra queste, malattie di lunga durata che riguardano da vicino la popolazione

⁽⁶³⁾ Un limite dei precedenti sistemi Adi era la ridotta diffusione territoriale dei servizi e la loro diversa qualità. Alcune Asl disponevano, ma solo in alcuni distretti, di servizi Adi di ottima qualità; altre di sistemi semplificati o del tutto assenti.

⁽⁶⁴⁾ Le variabili in gioco sono molte e decisive per l'efficacia e l'accessibilità dei servizi. In relazione alle scelte locali, gli *iter* burocratici possono essere più o meno complessi; le scelte in tema di emissione dei profili possono essere più o meno favorevoli rispetto all'intensità e durata delle cure che la persona può ottenere; la valutazione del caso può essere professionale e domiciliare o amministrativa e cartacea; la gestione del paziente da parte degli operatori dei distretti più o meno distaccata; la diffusione, qualità e motivazione degli erogatori e dei loro operatori diversa e diversamente controllata.

più anziana: demenze, cardiopatie, malattie respiratorie e neurologiche, nefropatie. È in corso la ricerca di correttivi rispetto a sottogruppi di popolazione specifici, come i malati di Sla o in stato vegetativo, ma il limite resta quello di procedere per ambiti di patologia, piuttosto che ricercare una relazione più lineare fra l'intensità delle cure che possono essere fornite e le esigenze e i limiti funzionali delle persone e delle loro reti di sostegno. Il pericolo è che, persone che propongono carichi assistenziali equivalenti, non possano accedere a servizi di pari qualità quando le esigenze di cura derivino da malattie diverse.

Nel complesso, il sistema lombardo sembra in grado di adattarsi più facilmente alla gravità clinica che a quella assistenziale. Come descritto nel paragrafo 8.6.5, le esigenze di una persona non autosufficiente sono più ampie di quelle intercettate dal sistema dei voucher. Le restanti sono a carico della famiglia, proporzionali alle risorse di cui dispone autonomamente, integrate dalle diverse provvidenze e servizi che può ottenere da altri ambiti di sistema, fra cui gli interventi domiciliari di competenza dei Comuni.

A questo livello, due difficoltà intercettano il tema dell'equità. La prima è collegata alle caratteristiche del sistema. Tanto più aumentano le esigenze di assistenza tutelare, tanto più le persone sono costrette a ricercare autonomamente le risposte in ambito privato; questo perché il sistema Adi/Voucher le riconosce sempre meno come di propria competenza⁽⁶⁵⁾, senza che quello comunale sia pronto ad accoglierle, a meno che la persona e la sua famiglia non abbiano un reddito inferiore alla soglia di accesso ai suoi servizi prevista localmente. Paradossalmente, le criticità maggiori coinvolgono le famiglie a medio reddito, cioè la maggioranza delle famiglie lombarde; le loro risorse possono essere inadeguate a far fronte ai costi crescenti dell'assistenza privata, ma troppo elevate per poter accedere ai servizi comunali.

Una seconda difficoltà è invece legata alla struttura familiare. Come meglio trattato in altri capitoli di questo libro, è sempre necessario un notevole sforzo da parte dei caregiver di persone anziane non autosufficienti, per ottenere le informazioni necessarie a costruire un programma di cure domiciliari, avviare gli *iter* amministrativi necessari e gestire gli adempimenti collegati. Più forte è il gruppo familiare, più solido è il risultato complessivo, meno efficace nelle situazioni di maggiore debolezza, che richiedono attenzioni e tutele che il sistema fatica a oggi a sostenere. In particolare, limitandosi al solo sistema Adi/Voucher, gli anziani più vulnerabili e le famiglie più deboli sono in difficoltà a gestire autonomamente molti aspetti del nuovo processo: formulazione della richiesta di aiuto, interazione con il proprio Mmg, richiesta all'Asl dell'emissione del titolo economico, ricerca e selezione dell'erogatore, progettazione del piano di cura, integrazione delle prestazioni finan-

⁽⁶⁵⁾ Questa tendenza è collegata alla progressiva riduzione dell'emissione dei voucher rispetto alla costante crescita dei credit, che si avviano a diventare il titolo di riferimento del sistema ma che permettono l'acquisto di prestazioni solo sanitarie.

ziate con il titolo con le altre prestazioni necessarie a sostenere le proprie fragilità o disabilità. Il sistema dei voucher introduce, quindi, meccanismi originali ma anche nuove difficoltà, impegnative da superare proprio per gli anziani più fragili.

Bibliografia

- BOULT C. (2000), *Managed care of chronically ill older people: the US experience*, BMJ, 321:1011.
- BRETERON L. (2002), *Seeking: a key activity for new family carers of stroke survivors*, J Clin Nur, 11:22.
- CARO FG. (2002), *Home health and home care in Massachusetts after the Balanced Budget ACT of 1997: implications of cost containment pressures for service authorizations*, Home Health Care Serv Q, 21:47.
- CREPALDI C. (2005), *Anziani, istituzionalizzazione e cure domiciliari. Il caso lombardo*, Franco Angeli, Milano.
- DOMENIGHETTI G. (2004), *Il mercato della salute*, CIC, Roma.
- DOODY R.S. (2001), *Practice parameters. Management of dementia (an evidence based review)*, Neurology, 56:1154.
- EKLUND K. (2009), *Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials*, Health Soc Care Community, 17(5):44.7
- ENTHOVEN A. (2003), *Employment-based health insurance is failing. Now what? A strategy, based on managed competition, to free employers from the health care cost spiral and produce effective managed care*, Health Affairs, W3:237.
- FAZZI L. (1999), *Modelli di welfare mix*, Franco Angeli, Milano.
- FIASO, CERGAS BOCCONI (2008), *Risultati dal laboratorio di ricerca. Un modello di governo del territorio delle Aziende Sanitarie*, Economia Sanitaria, Milano.
- GIUNCO F. (a cura di), (2005), *Cure e assistenza a domicilio*, Utet, Torino.
- GOODLIN S. (2004), *Who Will Need Long-Term Care? Creation and Validation of an Instrument that Identifies Older People at Risk*, Disease management, 7 (4):267.
- GORI C., *Il voucher socio-sanitario*, in Id. (a cura di), (2005), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma.
- NNA-NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini.
- OECD (2007), *Health data 2007: statistics and indicators for 30 countries*, OECD, Parigi.
- SCACCABAROZZI G. (2007), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, I luoghi della cura, 4:14.
- STUCK AE. (1999), *Risk factor for status decline in community-living elderly people: a systematic literature review*, Soc Sci Med, 48:445.
- TARONI F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- ZAMAGNI S. (1997), *Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento*, Commissione per l'analisi della compatibilità macroeconomica della spesa sociale, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma.