

APPENDICE A - BREVE SINTESI DEI RIFERIMENTI NORMATIVI

1.1 La fase di avvio

Il voucher socio-sanitario è stato introdotto nel sistema lombardo con la DRG n. 12902 del 9 maggio 2003. La delibera definisce il voucher come “provvidenza economica utilizzabile per l’acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da soggetti pubblici e privati, profit e no profit”. La delibera chiude un percorso iniziato nel 1999 con gli assegni di cura, proseguito nel 2001 con il buono socio-sanitario e completato con la sperimentazione del voucher socio-sanitario nelle ASL di Monza (Milano 3, attuale Monza e Brianza) e di Lecco. Gli obiettivi dichiarati dal legislatore regionale per il provvedimento sono descritti nella tabella 1. I titoli e le tariffe *transitorie*¹ nella tabella 2.

Tabella 1: Gli obiettivi dell’estensione del voucher socio-sanitario all’intero territorio lombardo

Obiettivo primario
Evitare o ritardare l’istituzionalizzazione dell’individuo non autosufficiente, consentendogli di ottenere supporto alla fragilità nella sua casa e di scegliere liberamente la modalità e gli erogatori dell’assistenza
Obiettivi secondari
1. Consolidare e sviluppare nei territori dell’ASL di Lecco e Milano 3 la nuova rete di erogatori attivata con il voucher socio-sanitario;
2. sostenere e sviluppare nel territorio di tutte le ASL della Lombardia una nuova rete di erogatori pubblici e privati, profit e no profit, per l’assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata;
3. promuovere e stimolare una riorganizzazione aziendale dell’ASL tale che garantisca la separazione delle funzioni di programmazione e controllo dei servizi domiciliari dalla funzione di organizzazione e erogazione delle relative prestazioni

Fonte Regione Lombardia, DGR 12902 del 9 maggio 2003

Tabella 2: I voucher socio-sanitari. Tariffe transitorie

Tipologia	Accessi/mese	Valore economico
I profilo	8-13	362 euro
II profilo	14-19	464 euro
III profilo	19-24	619 euro

Fonte Regione Lombardia, DGR 12902 del 9 maggio 2003

Successivamente alla DGR 12902/2003 la Regione ha emanato nuove delibere o circolari che hanno integrato o modificato il sistema. Per gli scopi di questo capitolo, di seguito saranno descritte solo quelle con ricadute dirette sul sistema di intervento indirizzato alle persone anziane.

A integrazione dei titoli economici previsti dalla DGR 12902 (voucher socio-sanitari di primo, secondo e terzo profilo), la nota della DG Famiglia del 23-06-2003 “Attivazione del voucher socio-sanitario sul territorio lombardo: sintesi delle indicazioni regionali” introduce il Credit come forma di erogazione di minor livello economico rispetto al voucher di primo profilo. Il valore economico *suggerito* è di 250 euro per un numero massimo di 8 accessi nel mese.

1.2 Il budget

La DGR 14 dicembre 2005 n. 8/1375 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-sanitario regionale per l’esercizio 2006” introduce per i Centri diurni integrati per anziani, i Centri diurni per

¹ Le tariffe sono esplicitamente indicate come transitorie. Nelle intenzioni del legislatore era probabilmente previsto un adeguamento successivo. In realtà, fino alla data di pubblicazione di questo capitolo le tariffe non sono mai state aggiornate e sono tuttora quelle descritte dalla tabella n. 2.

disabili e per gli erogatori del sistema ADI/Voucher il principio della negoziazione annuale fra ASL e soggetti gestori del budget del budget a disposizione per l'annualità in corso.

La DGR 8 marzo 2006 n. 8/2040 introduce lo schema tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici fra le ASL e gli enti gestori delle attività di assistenza domiciliare integrata e voucher socio-sanitario. La delibera conferisce alle ASL di mandato di sottoscrivere con ogni erogatore un contratto integrativo, conforme allo schema allegato alla delibera, e di comunicare alla DG Famiglia l'esito della contrattazione con i soggetti gestori.

La DGR 31 ottobre 2007 n. 8/5743 riconferma per il 2008 la negoziazione del budget fra ASL e soggetti gestori di CDD, CDI e ADI/Voucher. Per dare continuità ai servizi in essere e garantire certezze contrattuali ai gestori, viene definito un budget provvisorio per il primo trimestre del 2008 pari ai tre dodicesimi del budget 2007. La stessa delibera rivede i criteri di distribuzione del budget per gli erogatori del sistema ADI/Voucher e dei centri diurni (integrati per anziani e per disabili). Nella negoziazione fra ASL e erogatori possano essere riservate quote di budget destinate a premiare la qualità dei servizi rivolti a persone con SLA o a malati terminali. La delibera prevede che quote aggiuntive possano essere destinate anche a progetti di assistenza domiciliare resi in contesti di residenzialità, anche collettiva, alternativa al domicilio naturale della persona; sono escluse dal beneficio le RSA e gli altri servizi che beneficino già di tariffe a carico del fondo sanitario regionale.

La DGR 19 maggio 2008 n. 8/7288 segue una serie di note e circolari che descrivono i provvedimenti da adottare in applicazione della legge regionale n. 3 del 12 marzo 2008. Nelle intenzioni del legislatore, con la legge 3/2008 il sistema regionale dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie: *“viene organizzato e gestito nell'ambito di un'unica rete costituita dalle singole unità di offerta, pubbliche e private, residenziali, semiresidenziali e territoriali, le cui prestazioni abbracciano tutto l'arco degli interventi, in termini di erogazione di servizi e di sostegno economico, a favore delle persone”*². In particolare, la circolare 5 del 7 aprile 2008 della DG Famiglia sottolinea il termine di “unità d'offerta” come elemento di identificazione di tutti i servizi, le strutture e le prestazioni sociali e sociosanitarie. In questa linea la DGR 8/7288 comprende i titoli socio-sanitari³ nell'elenco delle Unità d'offerta socio-sanitarie, insieme a RSA, CDI, RSD, CDD, strutture di riabilitazione extra-ospedaliera, hospice, servizi che operano nel settore delle dipendenze, consultori familiari e assistenza domiciliare integrata ex DCR V/1439/95.

1.3 Estensibilità e flessibilità. I nuovi credit

La DGR 6 agosto 2008 n. 8/7915 “Determinazioni in ordine al miglioramento quali-quantitativo dell'assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici”, introduce la possibilità di:

- erogare il voucher socio-sanitario di 3° profilo (619,00 euro), con frequenza flessibile e con cadenza “anche inferiore al mese”;

² DG Famiglia e solidarietà sociale. Circolare n. 5 del 7 aprile 2008.

³ Voucher socio-sanitario per l'assistenza domiciliare integrata previsto dalla DGR 12902/2003 e Voucher socio-sanitario di lungoassistenza per le Comunità Socio-Sanitarie previsto dalla DGR 18333/2003

- erogare il voucher socio-sanitario di 1° profilo con frequenza flessibile e cadenza anche “superiore al mese” (362, 00 euro);
- erogare “credit” per cure domiciliari nei medesimi tre profili e con la stessa entità economica del voucher socio-sanitario. Il credit è definito come “forma di intervento che prevede il Piano di assistenza individualizzato, caratterizzato 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)”;

Nessuna delle misure prevede limiti di reddito né di età dell’assistito.

La circolare n. 16 del 18 agosto 2008 della Direzione generale Famiglia precisa che l’allineamento sperimentale del credit agli stessi tre profili e livelli economici in vigore per il voucher è finalizzato “al superamento delle attuali diverse remunerazioni adottate nelle diverse ASL” e che la sua erogazione è vincolante dal successivo 1 gennaio 2009. Enrto questa data le ASL sono quindi invitate a allinearsi alla nuova classificazione tariffaria. La stessa circolare suggerisce alle ASL di sperimentare la flessibilità introdotta con la DGR 7915/2008 al fine di “favorire la messa in atto di una effettiva personalizzazione e di una migliore qualificazione delle cure domiciliari” per “facilitare modelli di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, in grado di realizzare una presa in carico globale dei bisogni della persona fragile e della sua famiglia”. I cambiamenti suggeriti riguardano comunque persone con SLA o che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare riferimento alle terapie del dolore e cure palliative a favore di pazienti oncologici. Non è ininfluenza che la circolare 16 sottolinei fra gli obiettivi della dgr 7915/2008, ma anche delle precedenti dgr 4751/2007 (“Estensione dei livelli essenziali di assistenza con ulteriori livelli regionali”) e 5237/2007 (“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2007”), quello di superare la disomogeneità di erogazione delle cure domiciliari, riferita agli standard sia assistenziali che a quelli remunerativi. La disomogeneità applicativa ha infatti caratterizzato sia la fase di avvio del sistema che il suo successivo sviluppo.

Con la successiva DGR 8/8501 del 26 novembre 2008 le innovazioni della DGR 8/7915 sono estese a tutti gli utenti del sistema di cure domiciliari regionale e non solo per quelli affetti da SLA o malattie terminali. Vanno quindi a regime il credit sperimentale articolato negli stesi tre profili del voucher socio-sanitario e la possibilità di erogare credit e voucher di terzo profilo con cadenza anche inferiore al mese. Viene contemporaneamente introdotta la possibilità di istituire, in tutte le ASL, credit sperimentali e voucher di primo profilo con cadenza anche superiore al mese. Il numero di accessi previsto per il primo profilo può essere così distribuito su più mesi, avvicinandolo alle modalità di minor intensità già diffuse in tutte le ASL.

In sintesi, le DGR 8/7915 e 8/8501 introducono i concetti di “flessibilità” e “estensibilità” dei profili previsti dalla DGR 12902/2003.

La successiva Nota tecnica del 27-11-2009 chiarisce l’intenzione del programmatore : correggere il rischio di un’applicazione rigida dei profili a pazienti con esigenze superiori a quelle garantite dal terzo profilo (sottodimensionamento) o persone con esigenze più ridotte di quelle tipiche del primo profilo (sovradimensionamento).

1.4 Verso una maggiore integrazione?

La DGR 9125/2009 “Determinazione in merito alla ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2008, Fondo sociale regionale 2009 e Fondo nazionale per le non autosufficienze 2008” ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2008 identificando tre aree prioritarie di intervento:

- i punti unici d'accesso, con lo scopo di facilitare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- l'attivazione di modalità di presa in carico della persona attraverso un piano individualizzato di assistenza, che tenga conto sia delle prestazioni sociali sia di quelle sanitarie;
- l'attivazione o il rafforzamento dei servizi socio-sanitari e sociali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

A questa delibera segue la circolare della Direzione generale Famiglia n. G1.2009.0015567 del 3 novembre 2009, che sottolinea il fatto che le risorse del Fondo sono destinate a interventi a prevalente componente sociale, anche quando si tratti di interventi di potenziamento al sistema del voucher socio-sanitario. La Direzione ribadisce quindi che per il corretto utilizzo di queste risorse “l'assistenza domiciliare integrata, erogata sia in forma diretta che tramite voucher socio sanitario, deve comprendere prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Tali risorse pertanto non possono essere utilizzate per l'erogazione di prestazioni a carattere esclusivamente sanitario, ancorché relative all'assistenza domiciliare, così come esplicitato nella dgr n. 7915 del 6 agosto 2008 in merito all'erogazione del credit distinto dal voucher socio – sanitario”.

Un'importante evoluzione del sistema viene infine introdotta dalla DGR n. 8/10759 dell'11 dicembre 2009 “Determinazioni in ordine alla realizzazione del Centro per l'assistenza domiciliare nelle Aziende Sanitarie Locali”. L'istituzione del Centro per l'assistenza domiciliare (CeAD) segue le linee d'indirizzo della legge regionale n. 3/2008 e fa parte dei contenuti dell'accordo sottoscritto il 3 novembre 2009 dall'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale con le rappresentanze regionali di CGIL, CISL e UIL e quelle dei Sindacati Pensionati (SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL). Il provvedimento sarà meglio descritto nell'Appendice G, cui si rimanda.

Bibliografia e riferimenti

- Regione Lombardia. Bollettino Ufficiale. <http://www.infopoint.it/burlnew/home/home.aspx>
- Regione Lombardia. Direzione generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale. http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Famiglia%2FDGHomeLayout&cid=1213276891234&pagename=DG_FAMWrapper
- Regione Lombardia. Bilancio sociale 2008. http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Famiglia%2FDetail&cid=1213328342615&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue%26menu-to-render%3D1213276895964&pagename=DG_FAMWrapper
- Regione Lombardia. Il voucher socio-sanitario. Instant book. http://www.famiglia.regione.lombardia.it/shared/ccurl/310/816/vss_book.pdf
- Regione Lombardia. Servizi domiciliari, un passo in più. Dal 2010 in funzione i CeAD. <http://www.famiglia.regione.lombardia.it/shared/ccurl/983/537/lombardia.pdf>

APPENDICE B - I DATI DI ATTIVITÀ DEL SISTEMA ADI/VOUCHER

1.1 Premessa

Le pagine che seguono descrivono i dati di attività del sistema ADI/Voucher nell'intervallo 2003-2008. Le informazioni sono state ricavate dai dati forniti dalla Direzione generale Famiglia della Regione Lombardia ¹ e dalle analisi riportate nelle annualità corrispondenti del Bilancio Sociale regionale (al novembre 2010, data di redazione di questa Appendice, aggiornato al 2008) e nei Piani di programmazione e coordinamento 2010 delle diverse ASL ². I dati sono stati integrati dai rapporti di attività di alcune ASL, che li hanno messi a disposizione in forma più articolata (Monza, Lecco, Legnano), da erogatori privati come Mosaico Cure Domiciliari e da rapporti di altra fonte (SPI Cgil, FNP Cisl).

Un'analisi completa dei risultati quantitativi e qualitativi raggiunti dal sistema trova un limite nella constatazione del fatto che, fino al 2009, i dati a disposizione della DG Famiglia sono stati essenzialmente di tipo amministrativo. I flussi informativi garantiti dalle ASL contengono in effetti molte informazioni rispetto alle caratteristiche degli utenti e delle prestazioni erogate, ma le elaborazioni effettivamente sviluppate e i dati a disposizione della Direzione Generale hanno sempre riguardato il numero assoluto di persone raggiunte e la semplice tipologia dei profili erogati. Non è invece disponibile una lettura sistematica delle caratteristiche anagrafiche della popolazione, delle sue caratteristiche cliniche e funzionali e delle prestazioni effettivamente erogate all'interno dei diversi profili.

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 Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (GU n. 06, 9 gennaio 2009). Il sistema richiede alle regioni flussi informativi mensili dettagliati e stabiliti da un preciso disciplinare tecnico; i flussi comprendono le caratteristiche anagrafiche degli assistiti, la valutazione della loro autonomia e dei loro bisogni (iniziali e rivalutati nel tempo) e l'identificazione degli accessi e delle prestazioni; queste ultime informazioni sono obbligatorie solo per le Regioni che partecipano alla fase di sperimentazione. Nei prossimi anni sarà quindi possibile disporre di informazioni più complete; queste, ad oggi, sono ricavabili solo da alcune ASL, elaborate in modi e forme diverse, o dalle analisi di attività degli erogatori accreditati.

¹ 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.

² I Documenti di programmazione e coordinamento 2010 dei servizi sanitari e socio-sanitari, elaborati da tutte le ASL, sono liberamente consultabili sui rispettivi siti Internet; la maggior parte dei siti contiene anche informazioni dettagliate, anche se non sempre aggiornate, sui modelli di organizzazione locale delle cure domiciliari.

1.2 Dati di attività regionali del sistema ADI/Voucher

La Tabella 1 descrive le persone che sono state raggiunte dal sistema ADI/Voucher nel periodo 2004-2008. 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 è aumentato fra il 2004 e il 2008 del 16,7%. Questo aumento è superiore a quello del corrispondente tasso di crescita della popolazione con più di 65 anni (+10%) ma inferiore a quello della popolazione ultra75enne, cresciuta nello stesso intervallo del 18,4%. Nel complesso, quindi, il sistema sembra in difficoltà a sostenere l'aumento della popolazione in età più avanzata.

La popolazione raggiunta ha un'età superiore a 65 anni nell'85-93% dei casi ³. Rispetto all'immediato passato, i servizi ADI/Voucher raggiungono oggi il 4,6-5,2% della popolazione ultra65enne lombarda ⁴, dato superiore di circa due punti percentuali rispetto alla proporzione di anziani raggiunti nel 2000 dai servizi ADI del precedente modello regionale ⁵.

Tabella 1: sistema ADI/Voucher. Persone assistite nel periodo 2004-2008 (dati al 31-12-2008)

Anno	ADI Tradizionale	Estemporanea	Voucher socio-sanitari				Totale Voucher	Credit	Cure palliative	Tot
			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	
2005	8.018	46.675	9.209	4.366	5.083	18.658	15.779	4.558	93.688	
2006	7.340	49.596	8.135	4.042	5.117	17.294	18.547	5.308	98.085	
2007	7.778	49.170	8.347	4.116	4.673	17.136	20.918	5.495	100.497	
2008	7.045	52.936	10.465	3.905	4.703	19.073	20.776	5.296	105.126	
% 2008	6,7%	50,4%	10,0%	3,7%	4,5%	18,1%	19,8%	5,0%	100,0%	
Δ 2008-2004	- 43,5	+ 20,9	+ 24,2	- 17,5	- 6,5	+ 4,9	+ 79,8	+ 30,5	+ 16,7	

Fonte: Regione Lombardia, 2010

Nota: gli oneri indicati alla voce ADI tradizionale sono relativi ai cosiddetti "costi di produzione" per gli interventi direttamente gestiti dal Servizio ASL, ivi compresi quelli erogati con il Voucher socio-sanitario e con il Credit. (Spese per il personale e spese complementari quali: farmaci, presidi e materiale sanitario, riscaldamento, telefono. ecc.)

Al termine del 2008 i voucher socio-sanitari in senso stretto, a rigore quelli più assimilabili alla precedente definizione di assistenza domiciliare integrata, rappresentano solo il 18,1% del totale dei titoli emessi. Se questo dato viene sommato all'ADI tradizionale (quella ancora gestita direttamente dalle ASL) e al modulo Cure palliative, si ricava che meno di un terzo delle persone viene raggiunto da un intervento che preveda, almeno in linea di principio, l'integrazione di personale sanitario e sociale. Il 50,4% delle persone sono invece raggiunte da singole prestazioni di tipo estemporaneo (prelievi a domicilio, posizionamento di cateteri o

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Secondo il PSSR 2002-2004 il sistema ADI raggiungeva nel 2000 46.229 cittadini lombardi ultra65enni, il 3% della popolazione 65+ alla stessa data.

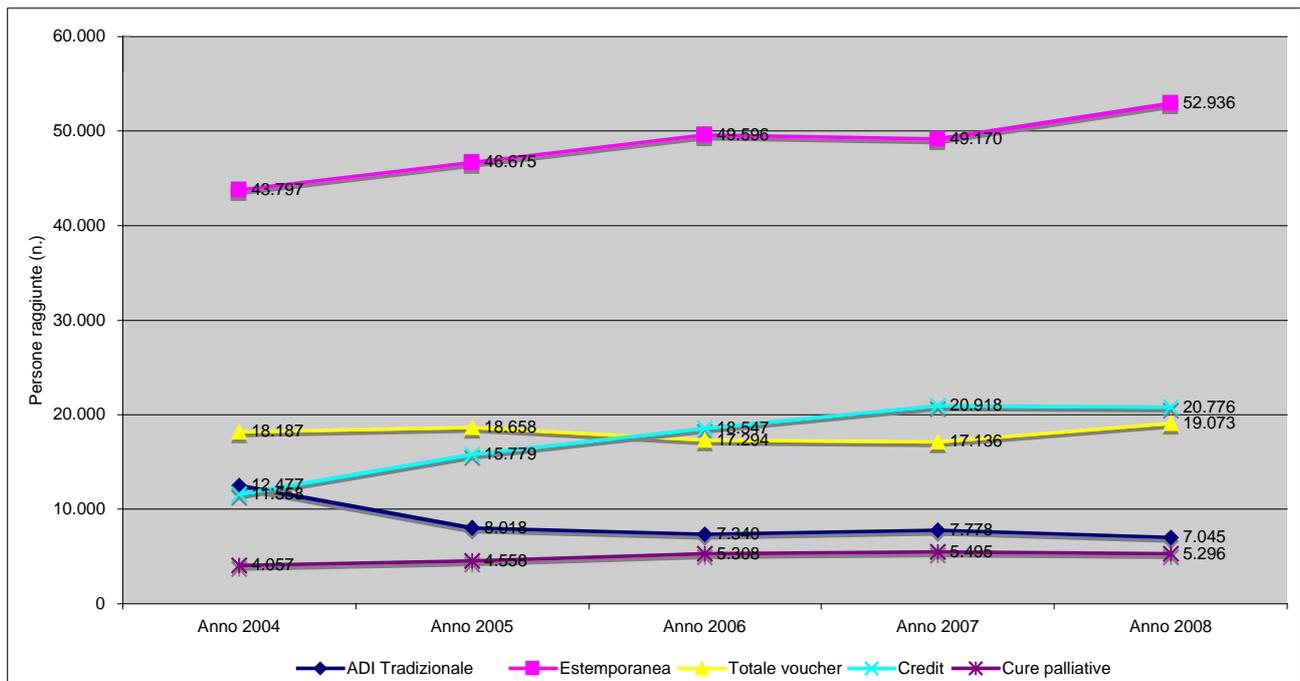
sonde, rilevazione parametri, controlli, altro) non inserite in un programma continuativo e in assenza di un PAI. Questa proporzione sale al 70,2% se agli interventi estemporanei si sommano i credit, che fino al 26 novembre 2008 erano profili di bassa intensità, non necessariamente sostenuti da PAI e con frequenza degli accessi e durata complessiva dei programmi di poco superiore agli interventi estemporanei, comunque inferiori ai voucher di primo profilo.

La Figura 1 descrive la tendenza nel tempo del sistema nel suo complesso. Nell'intervallo descritto l'incremento delle persone raggiunte dal sistema è stato sostenuto essenzialmente dall'aumento delle prestazioni estemporanee (+20,9%) e dei credit (+79,8%). L'incremento dei credit è antecedente ai provvedimenti regionali del 2009 e riguarda soprattutto l'intervallo 2004-2007. Il numero totale dei voucher socio-sanitari emessi è invece rimasto sostanzialmente stabile (come le cure palliative). Analizzando la composizione dei diversi profili voucher (Figura 2), si osserva come questa stabilità sia sostenuta dal costante incremento del primo profilo (+24,2%) a scapito del secondo e del terzo (rispettivamente -17,5% e -6,5%). I credit pre-2009 aumentano invece costantemente fino al 2007 per poi stabilizzarsi nel corso del 2008. Nel suo complesso, il sistema sta evolvendo verso l'offerta di prestazioni essenzialmente sanitarie e di ridotta intensità e frequenza. Questo processo non si è sviluppato in modo uniforme. La Figura 3 descrive la diversa quantità di prestazioni ADI/Voucher erogata nelle diverse ASL, calcolata in proporzione alla popolazione con 75 anni o più. La Figura 4 distribuisce la stessa popolazione in due sottogruppi diversi, confrontando in termini percentuali le persone che hanno ricevuto solo prestazioni estemporanee o credit con quelle oggetto di interventi più impegnativi (voucher, ADI, cure palliative)⁶. L'immagine che ne emerge è quella di ASL che hanno interpretato il mandato ricevuto in modo molto diverso l'una dall'altra. 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 fra le due opzioni o, al contrario, hanno privilegiato i servizi a maggiore intensità, ad esempio garantendo maggiori risorse ai servizi ADI preesistenti.

La Tabella 2 descrive le conseguenze su un territorio specifico, quello dell'ASL di Monza e Brianza, dei provvedimenti del 2008 che hanno equiparato i credit ai tre profili voucher e hanno introdotto i concetti di flessibilità e estensibilità dei profili. I nuovi Credit sono oggi in assoluto il titolo di riferimento del sistema ADI/Voucher, garantendo il 70,1% del totale degli accessi garantiti; gli originali profili Voucher rappresentano oggi l'8,1% del totale del sistema. Sarà ovviamente necessario attendere i dati delle annualità successive per giudicare la concreta applicazione del nuovo modello, ma la tendenza appare coerente con i precedenti orientamenti delle aziende locali.

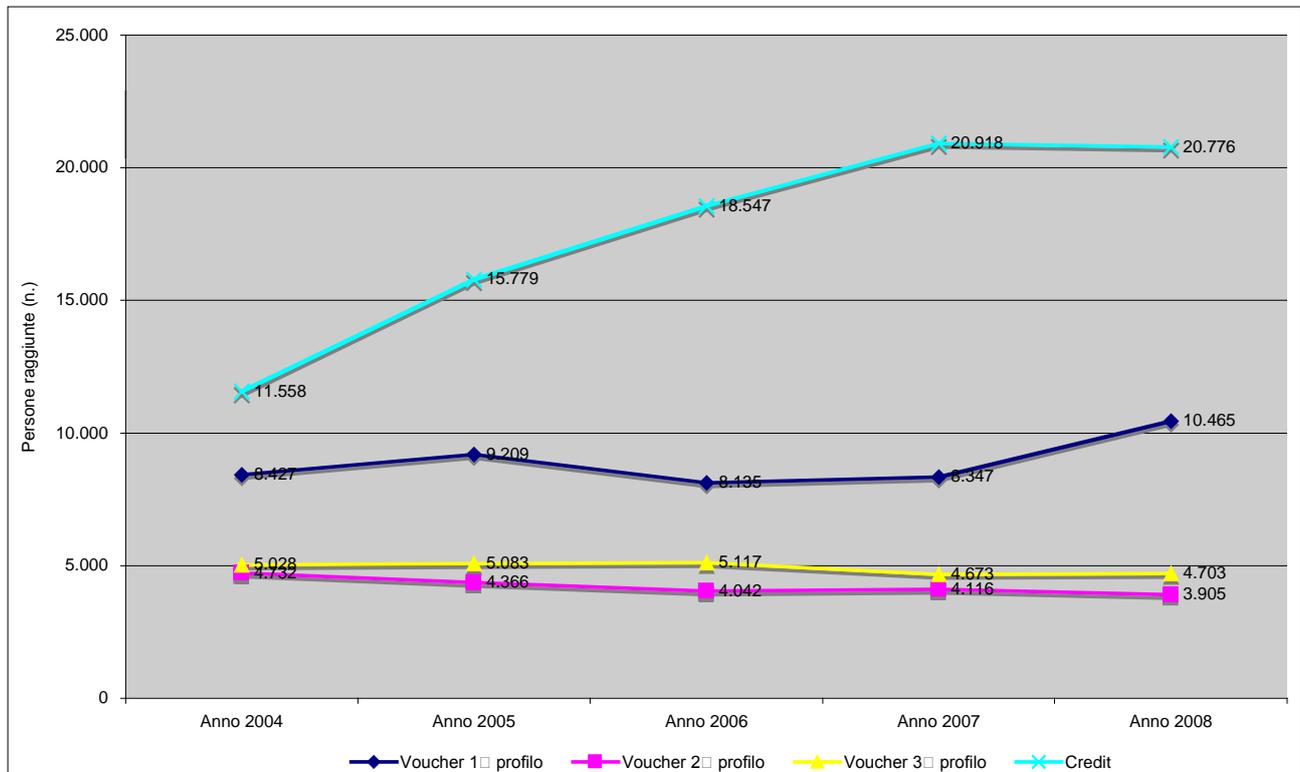
⁶ Le prestazioni sanitarie garantite attraverso interventi occasionali, o raccolte in brevi cicli, non sono meno utili di quelle offerte attraverso i profili di maggiore intensità e durata. Hanno solo obiettivi diversi. L'Appendice F contiene alcune osservazioni specifiche.

Figura 1 Regione Lombardia. Persone raggiunte dai diversi profili ADI/Voucher nel periodo 2004-2008



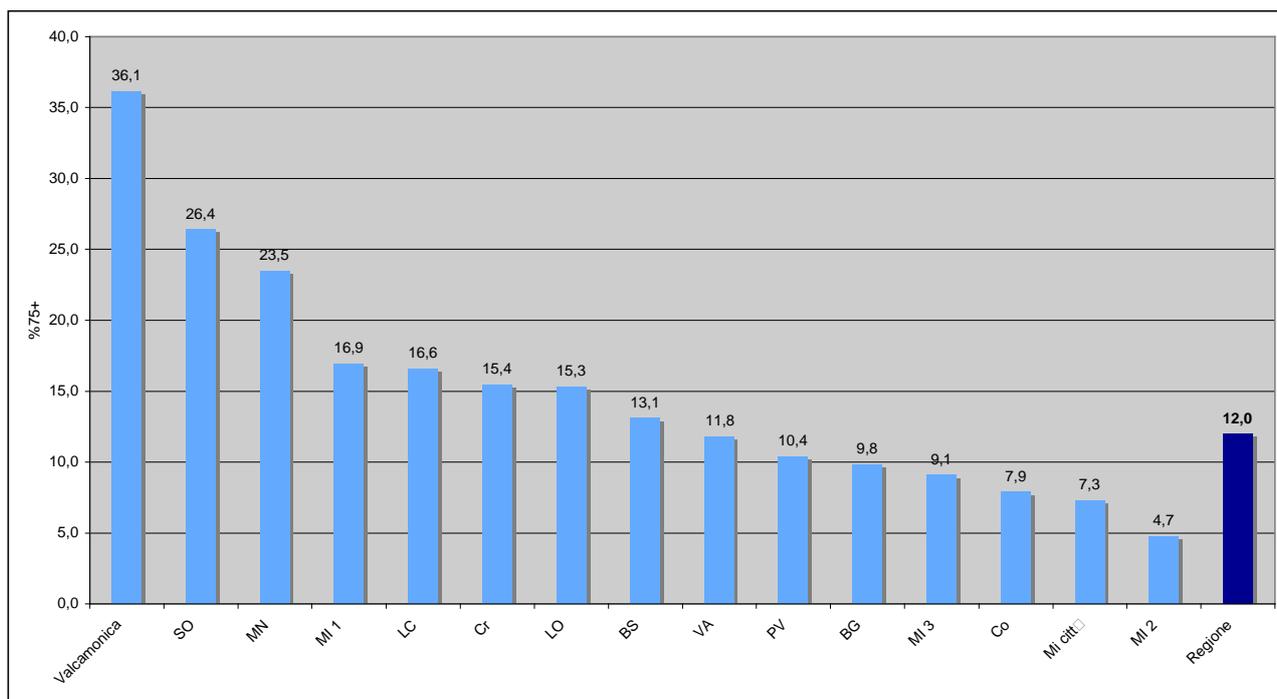
Fonte Regione Lombardia. Unità operativa Accreditamento e Qualità (2010)

Figura 2: Regione Lombardia. Persone raggiunte da voucher socio-sanitari e credit (intervallo 2004-2008)



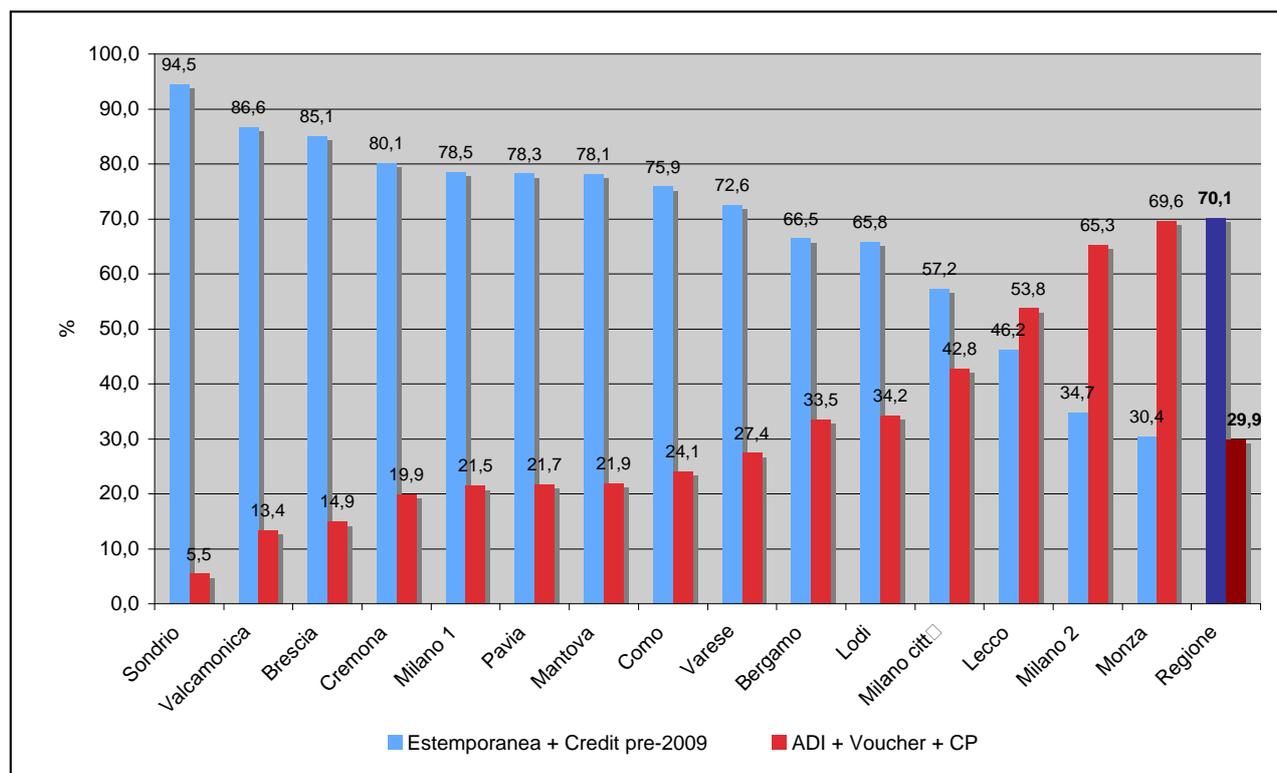
Regione Lombardia. Unità operativa Accreditamento e Qualità (2010)

Figura 3: 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 4: Distribuzione per ASL dei servizi ADI/voucher. Proporzione relativa fra i titoli di ridotta intensità (estemporanea e credit pre-2009) e quelli indirizzati verso prestazioni più complesse (ADI, voucher e cure palliative)



Fonte Elaborazione personale su dati regionali.

Tabella 2: Profili ADI/Voucher al 31-12-2009 nell'ASL di Monza e Brianza

Profilo ADI/Voucher	Persone	Voucher/credit erogati	Accessi			
			Totali	Infermieristici	Riabilitativi	ASA/OSS
Estemporanea (solo prelievi)	969		5.681	5.681		
Estemporanea (altre prestazioni senza PAI)	1.687		9.131	9.131		
Credit 1°, 2°, 3° profilo	2.108	5.073	97.722	70.035	27.687	
Voucher 1°, 2°, 3° profilo	109	430	11.245	5.331	4.208	1.706
Cure palliative	1.134		14.148	14.048	15	85
Totale	6.007	5.503	137.927	104.226	31.910	1.791

Fonte: UO Cure domiciliari, ASL di Monza e Brianza, 2010

Nota: i dati dell'utenza sono correlati ai profili, generalmente di durata mensile e riguardano tutti gli assistiti nell'anno. Sono considerate solo le attività direttamente collegate all'erogazione di cure domiciliari infermieristiche, fisioterapiche e ASA/OSS, sia effettuate da personale dipendente (43% delle prestazioni totali) che da erogatori accreditati (67% delle prestazioni totali). La tabella non comprende le prestazioni del personale ASL per: valutazione caso, gestione amministrativa voucher, gestione fascicolo cure domiciliari, raccolta dati monitoraggio spesa

La Tabella 3 descrive la distribuzione dei finanziamenti destinati al sistema ADI/voucher e la loro variazione nel tempo. Sono compresi programmi di ossigenoterapia e nutrizione artificiale e le funzioni PAC (Programmazione, Acquisto e Controllo) delle ASL.

Negli anni analizzati (2004-2008) il finanziamento totale del sistema è aumentato del 12%. L'incremento ha riguardato complessivamente tutte le voci, ad esclusione della prevista riduzione di investimenti nella produzione diretta di servizi da parte delle ASL (ADI tradizionale e medicina specialistica in ADI). Anche in questo caso l'incremento più consistente ha riguardato i credit pre-2009 (+175%), seguiti dalle prestazioni di ossigenoterapia. Il finanziamento dei voucher è aumentato del 20% ed anche in questo caso soprattutto per l'incremento del primo profilo. Il finanziamento indirizzato alle prestazioni estemporanee appare ridotto del 28% a fronte dell'incremento concomitante del numero di persone raggiunte (+20,8). Il dato suggerisce una riduzione del costo a prestazione o del contenuto tecnico delle stesse. In effetti è probabile che una parte delle prestazioni di maggior contenuto tecnico siano migrate verso i credit con minore cadenza mensile, restando fra le estemporanee soprattutto i prelievi a domicilio.

L'evoluzione della spesa e la distribuzione relativa dei diversi titoli sono state sensibilmente influenzate dall'introduzione nel 2006 della negoziazione del budget. La negoziazione è stata introdotta sulla scorta di alcune preoccupazioni: il finanziamento richiesto dal sistema era aumentato fra il 2004 e il 2006 da 81 a 89 mln di euro (Tabella 3); nello stesso intervallo di tempo il costo dei voucher era cresciuto di quasi 5 mln di euro e quello dei credit da 7,8 a 15 mln di euro⁷. 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 attesta sui valori programmati, con ripercussioni a cascata sui titoli emessi: si stabilizza la spesa per le prestazioni estemporanee e per i voucher, si arresta la tendenza verso l'aumento dei voucher di terzo profilo, riprende la contrazione dei servizi ADI tradizionali (stabili fra il 2005 e il 2006), resta invariata la tendenza alla crescita dei credit e dei costi PAC.

⁷ Nel 2007 sono stati bloccati per un anno anche gli accreditamenti di nuovi erogatori.

Tabella 3: Finanziamento ambito ADI/Voucher socio-sanitario, anni dal 2004 al 2008

Anno	Adi	Spec.	Voucher socio-sanitari				Credit	Estemp	CP	Ossigeno	NAD	PAC	TOTALE
			1° prof	2° prof	3° prof	Totale							
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	€384.053	€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	€1.723.289	€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	€1.608.644	€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	€1.757.002	€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	€1.984.012	€13.454.883	€90.712.977
Δ	-36%	-42%	+38%	+12%	+9%	+20%	+175%	-28%	-7%	+102%	+19%	+27%	+12%
%	18%	0%	11%	7%	9%	27%	24%	6%	8%	1%	2%	15%	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 4: Regione Lombardia. Finanziamento del sistema ADI/Voucher al 31-12-2008. Costo per profilo e per persona/giorno

Anno	Adi	Estemp	Voucher socio-sanitari				Credit	CP	Totale
			1° prof	2° prof	3° prof	Totale			
2004	5,5	0,5	2,3	3,2	4,2	3,1	1,9	5,0	2,1
2008	6,3	0,3	2,5	4,4	4,9	3,5	2,8	3,5	1,9
Variazione %	+13,5	-40,5	+11,3	+35,5	+16,8	+14,3	+52,8	-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)

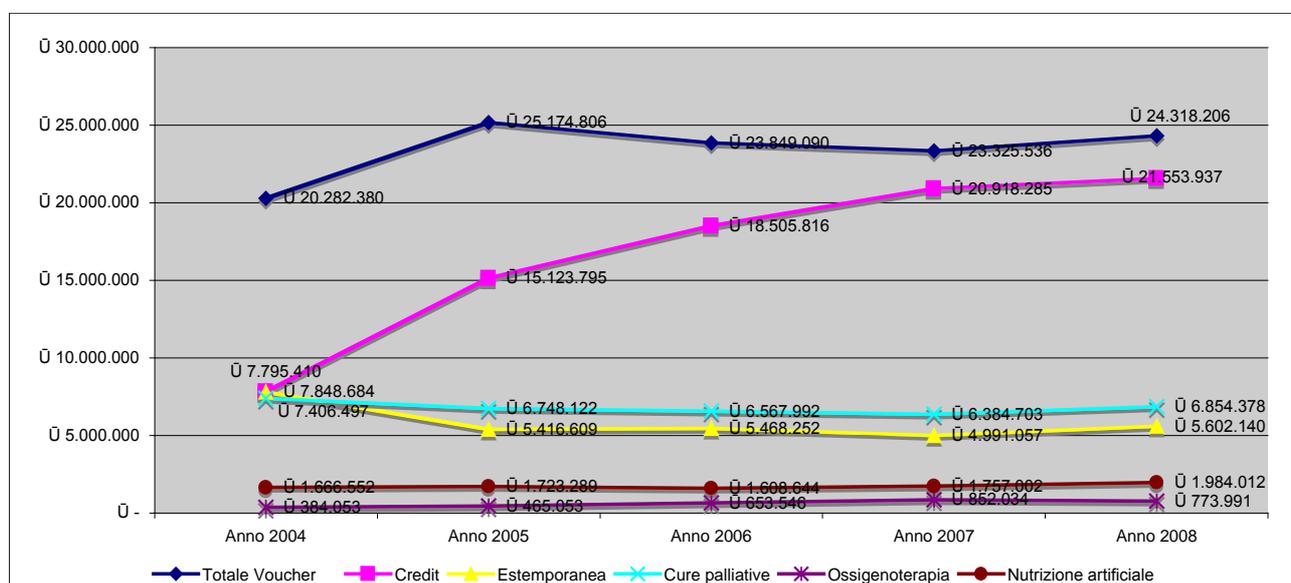
La Figura 5 mette a confronto l'andamento del finanziamento delle diverse tipologie non-ADI. Anche in questo caso è evidente la sostanziale stabilità del finanziamento dei voucher socio-sanitari in senso stretto a fronte del costante incremento dei credit pre-2009. La Figura 6 distribuisce i diversi profili in ordine decrescente di finanziamento (al 31-12-2008).

La Tabella 5 riassume il finanziamento 2008 per persona per anno e per giorno, distribuendo in ordine decrescente il costo per giorno di assistenza e per paziente del totale del sistema e delle sue diverse articolazioni. Il costo totale del sistema per persona e per giorno va dai 6,3 euro dei programmi ADI tradizionali, ai 3,5 medi dei tre profili voucher (4,9 il terzo profilo), 2,8 dei credit pre-riforma e agli 0,3 dell'estemporanea. I sistemi ADI tradizionali gestiti direttamente dalle ASL costano per paziente/giorno il 29% in più dei voucher di terzo profilo e l'80% in più del costo del totale dei profili voucher. L'ADI tradizionale resta quindi il modello più oneroso, seguito dal terzo e dal secondo profilo voucher e dalle cure palliative.

Due osservazioni. Nell'intervallo 2004-2008 il finanziamento persona/giorno si è ridotto complessivamente del 6,9% (Tabella 4). Questo risultato è il frutto di due tendenze diverse: da un lato la diminuzione del costo delle prestazioni estemporanee (+40,5%); 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.

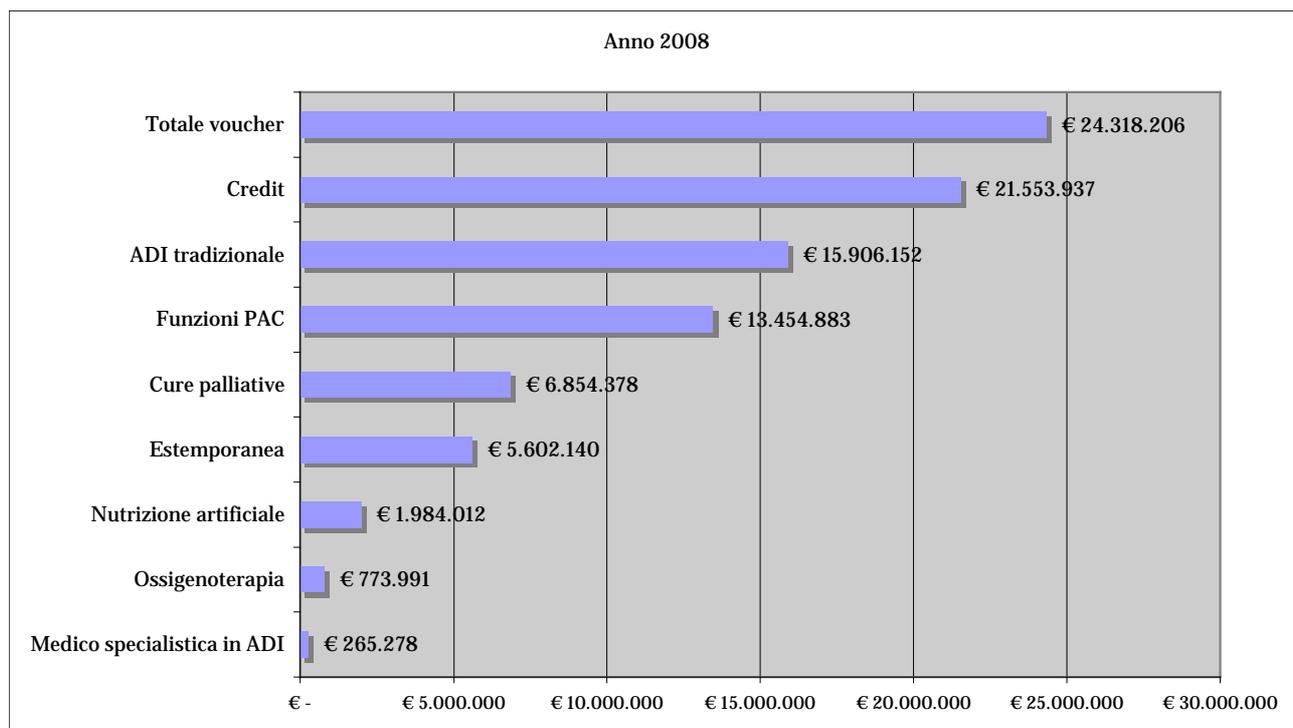
In controtendenza rispetto a quest'ipotesi va la seconda osservazione, che esula dagli scopi di questo capitolo: nell'intervallo analizzato le cure palliative hanno raggiunto un numero crescente di persone (+30,5%) con un finanziamento stabile e un costo/paziente in costante riduzione (-29,1%). L'apparente contraddizione - le cure palliative dovrebbero rappresentare il modulo a maggiore intensità di cura - potrebbe essere spiegabile con la minor durata dei programmi o con il fatto che in questo settore molte ASL hanno conservato la produzione diretta di servizi ADI o stanno sperimentando forme di erogazione dei servizi con titoli non strettamente coincidenti con il modulo cure palliative.

Figura 5: Regione Lombardia. Evoluzione nel periodo 2004-2008 del finanziamento nei profili non ADI del sistema ADI/Voucher



Fonte Elaborazione personale su dati regionali

Figura 6: Regione Lombardia. Finanziamento dei diversi profili del sistema ADI/Voucher al 31-12-2008.



Fonte Elaborazione personale su dati regionali

Tabella 5: Regione Lombardia. Finanziamento del sistema ADI/Voucher al 31-12-2008. Per profilo e per persona

Profilo	Finanziamento 2008 (€)	Persona/anno (€)	Persona/giorno (€)
ADI tradizionale	16.171.430	2.295	6,3
VSS Terzo profilo	8.480.267	1.803	4,9
VSS Secondo profilo	6.211.976	1.591	4,4
Cure palliative	6.854.378	1.294	3,5
Totale voucher	24.318.206	1.275	3,5
Credit	21.553.937	1.037	2,8
VSS Primo profilo	9.625.963	920	2,5
Estemporanea	5.602.140	106	0,3
Totale sistema	74.500.091	709	1,9

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

La Tabella 6 descrive la popolazione raggiunta dai diversi profili ADI/Voucher nelle diverse ASL. La Tabella 7 la stessa distribuzione espressa come percentuale della popolazione in età 75+ e confrontata con il numero e la disponibilità dei posti letto accreditati in RSA. Come è possibile osservare, il numero di persone raggiunte da uno o l'altro dei diversi profili ADI/Voucher varia anche di tre volte nelle diverse ASL (dal 9,4% di Lecco al 3,4% di Como; media 5,7%, mediana 5,2%) mentre il totale delle persone raggiunte dalla somma dei due servizi varia di due volte (il 17,4% di Cremona rispetto al 9,4% dell'ASL di Monza e Brianza; media 12,5%, mediana 11,6%).

In altre parole, la dotazione totale di servizi per la popolazione anziana (esclusi i CDI) presenta notevoli discordanze fra le diverse ASL mentre la distribuzione relativa dei posti letto accreditati in RSA rispetto al totale delle persone raggiunte dal sistema ADI/Voucher non appare direttamente collegata a variabili di popolazione o epidemiologiche. Sondrio o Como (Cremona in minor misura) sembrano aver fatto una scelta precisa verso i servizi residenziali, con ridotti incentivi verso l'assistenza domiciliare, mentre Lecco ha da tempo imboccato la direzione opposta.

Questa osservazione può essere arricchita da una ulteriore considerazione. Le tabelle 8 e 9 confrontano la dotazione di posti letto in RSA nelle diverse ASL con la corrispondente erogazione dei servizi ADI tradizionali e dei voucher socio-sanitari in senso stretto. Sono cioè esclusi dall'analisi gli interventi con minore intensità o che non prevedono la possibilità di utilizzare figure di aiuto infermieristico (in questo senso si tratta di interventi non strettamente socio-sanitari). La Figura 7 riassume le stesse proporzioni ordinandole in modo decrescente per la disponibilità di posti letto in RSA.

Anche in questo caso è evidente la differenza nella distribuzione dei servizi fra le diverse ASL: Lecco mantiene un'elevata copertura della popolazione 75+, evidentemente sostenuta da servizi con PAI e più strettamente attinenti alla logica dell'integrazione socio-sanitaria; altre ASL hanno interpretato il modello di intervento domiciliare in modo più orientato verso l'offerta di prestazioni sanitarie di ridotta intensità e frequenza. Inoltre, mentre Monza e Lecco sembrano aver optato (o mantenuto) un equilibrio fra le due unità d'offerta, tutte le altre ASL hanno privilegiato l'offerta residenziale, con un rapporto fra la popolazione raggiunta dai due modelli di intervento che raggiunge l'11,5:1 di Sondrio.

Tabella 6: Persone raggiunte dal sistema ADI/Voucher nelle diverse ASL (dati al 31-12-2008)

ASL	ADI	Estemporanea	Voucher socio-sanitari				Tot	Credit	CP	Tot 2008
			1° prof	2° prof	3° prof	Tot				
BG	38	3.355	936	535	550	2.021	2.034	658	8.106	
BS	150	7.860	1.061	266	343	1.670	2.552	0	12.232	
Co	73	2.093	342	243	74	659	1.030	261	4.116	
Cr	0	2.767	477	153	267	897	1.817	241	5.722	
LC	1.660	1.434	179	46	53	278	840	710	4.922	
LO	20	1.589	480	80	212	772	375	230	2.986	
MN	978	7.473	707	190	155	1.052	502	204	10.209	
Mi città	2.228	3.393	870	784	561	2.215	2.873	239	10.948	
MI 1	0	7.931	800	483	361	1.644	2.150	1.116	12.841	
MI 2	214	119	593	228	133	954	502	0	1.789	
MI 3	1.585	2.303	2.181	169	216	2.566	165	1.493	8.112	
PV	0	1.662	67	235	1.043	1.345	3.187	0	6.194	
SO	0	3.681	27	43	51	121	505	123	4.430	
VA	99	4.882	1.529	362	574	2.465	1.954	21	9.421	
Valcamonica	0	2.394	216	88	110	414	290	0	3.098	
Regione	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	

Fonte Regione Lombardia, Bilancio sociale 2008

Legenda: CP: Cure Palliative

Tabella 7: RSA e sistema ADI/Voucher. Confronto per ASL (dati al 31-12-2008)

ASL	75+	Totale ADI/Voucher N.	RSA		Persone 75+ raggiunte dai diversi servizi o mix di servizi (%)					
			N.	PL accr.	DOM	RSA	ADI + CP	ADI	ADI (no estemp)	RSA + ADI
BG	82.556	8.106	59	5.160	9,8	6,3	5,8	5,0	2,5	11,2
BS	93.454	12.232	86	5.983	13,1	6,4	4,7	4,7	1,9	11,1
Co	52.231	4.116	55	4.206	7,9	8,1	3,9	3,4	1,4	11,4
Cr	37.082	5.722	30	3.746	15,4	10,1	8,0	7,3	2,4	17,4
LC	29.691	4.922	25	1.910	16,6	6,4	11,7	9,4	6,5	15,8
LO	19.516	2.986	14	1.194	15,3	6,1	7,2	6,0	4,1	12,1
MN	43.498	10.209	44	3.012	23,5	6,9	6,3	5,8	4,7	12,7
Mi città	150.465	10.948	55	7.570	7,3	5,0	5,0	4,9	3,0	9,9
MI 1	75.874	12.841	45	4.084	16,9	5,4	6,5	5,0	2,2	10,4
MI 2	37.742	1.789	15	2.103	4,7	5,6	4,4	4,4	3,1	10,0
MI 3	89.311	8.112	44	4.077	9,1	4,6	6,5	4,8	4,6	9,4
PV	59.639	6.194	74	5.039	10,4	8,4	7,6	7,6	2,3	16,0
SO	16.781	4.430	19	1.396	26,4	8,3	4,5	3,7	0,7	12,0
VA	79.665	9.421	50	4.742	11,8	6,0	5,7	5,7	3,2	11,6
Valcamonica	8.570	3.098	13	737	36,1	8,6	8,2	8,2	4,8	16,8
Regione	876.075	105.126	628	54.959	12,0	6,3	6,0	5,4	3,0	11,6

Fonte Elaborazione personale su dati regionali (Regione Lombardia, Bilancio sociale 2008)

Legenda

- % DOM: totale ADI-Voucher/ 75+
- %ADI+CP: (ADI tradizionale+Totale voucher+Credit + Cure Palliative)/75+
- %ADI: (ADI tradizionale+Totale voucher+Credit)/75+
- RSA+ADI: ((ADI tradizionale+Totale voucher+Credit)+(pl accreditati in RSA))/75+

Tabella 8: Regione Lombardia. Percentuale della popolazione 75+ raggiunta da un servizio ADI o voucher (escluse prestazioni estemporanee e credit) confrontata con i posti letto accreditati in RSA (dati di attività al 31-12-2008, dati di popolazione ISTAT all'1-12-2008)

ASL	Persone 75+ raggiunte dai diversi servizi o mix di servizi (%)		
	Totale Rsa + ADI	Solo RSA	Solo ADI e voucher (no estemporanea e credit)
Lecco	13,0	6,4	6,5
Valcamonica	13,4	8,6	4,8
Mantova	11,6	6,9	4,7
Milano 3	9,2	4,6	4,6
Lodi	10,2	6,1	4,1
Varese	9,2	6,0	3,2
Milano 2	8,7	5,6	3,1
Milano città	8,0	5,0	3,0
Bergamo	8,7	6,3	2,5
Cremona	12,5	10,1	2,4
Pavia	10,7	8,4	2,3
Milano 1	7,5	5,4	2,2
Brescia	8,3	6,4	1,9
Como	9,5	8,1	1,4
Sondrio	9,0	8,3	0,7
Regione	9,3	6,3	3,0
Media	10,0	6,8	3,2
Mediana	9,2	6,4	3,0

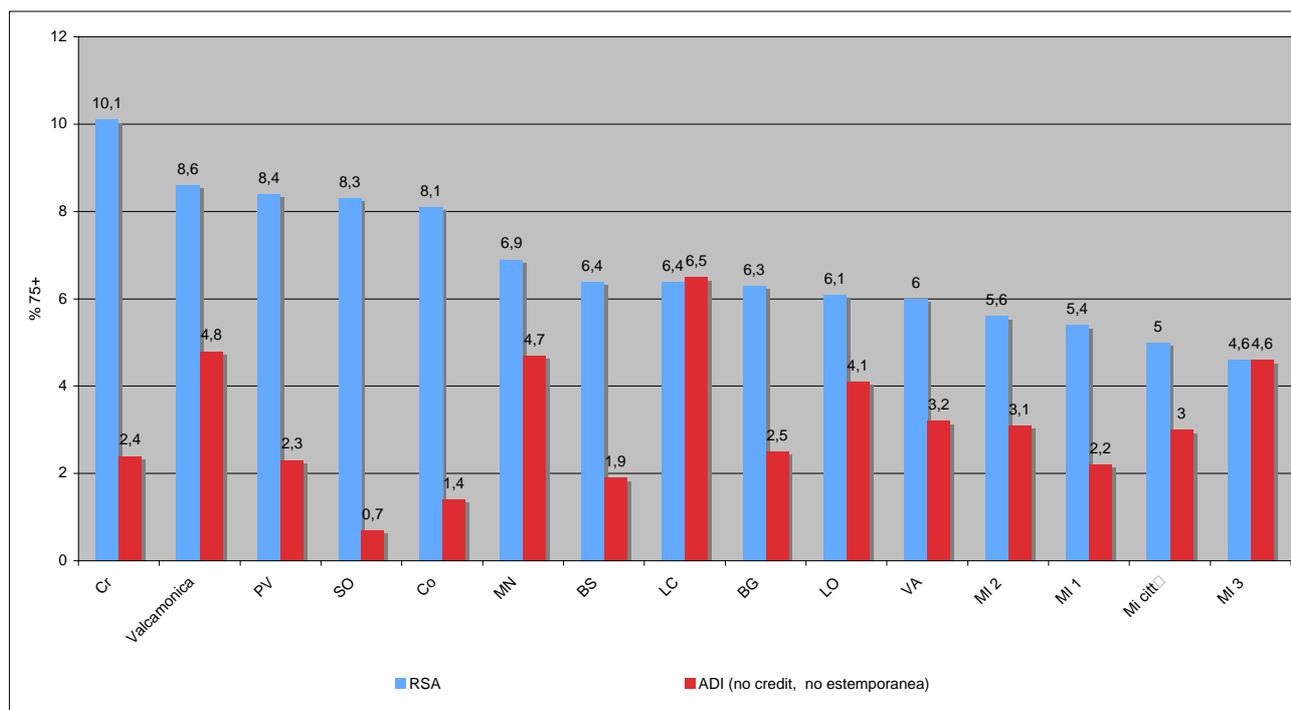
Fonte Elaborazione personale su dati regionali (Regione Lombardia, Bilancio sociale 2008)

Tabella 9: Regione Lombardia. Rapporto fra la disponibilità di posti letto accreditati in RSA e popolazione raggiunta da un servizio ADI o voucher (escluse prestazioni estemporanee e credit). Dati di attività al 31-12-2008 espressi in percentuale della popolazione 75+; dati di popolazione ISTAT all'1-12-2008.

ASL	Persone 75+ raggiunte dai diversi servizi o mix di servizi (%)		Rapporto RSA/ADI
	%RSA	%ADI (no credit, no estemporanea)	
SO	8,3	0,7	11,5
Co	8,1	1,4	5,7
Cr	10,1	2,4	4,2
PV	8,4	2,3	3,7
BS	6,4	1,9	3,3
BG	6,3	2,5	2,5
MI 1	5,4	2,2	2,5
VA	6,0	3,2	1,8
MI 2	5,6	3,1	1,8
Valcamonica	8,6	4,8	1,8
Mi città	5,0	3,0	1,7
LO	6,1	4,1	1,5
MN	6,9	4,7	1,5
LC	6,4	6,5	1,0
MI 3	4,6	4,6	1,0
Regione	6,3	3,0	2,1
Media	5,4	3,4	3,0
Mediana	3,0	2,0	1,8

Fonte Elaborazione personale su dati regionali (Regione Lombardia, Bilancio sociale 2008)

Figura 7: Confronto delle proporzioni di popolazione 75+ rispetto ai posti letto accreditati in RSA e all'assistenza ricevuta con ADI tradizionale o voucher socio-sanitari (no credit e assistenza estemporanea)



Fonte Elaborazione personale su dati regionali (Regione Lombardia, Bilancio Sociale 2008)

1.3 Alcuni dati di attività dagli enti erogatori e dalle ASL

Più difficile ricostruire, a partire dalle relazioni di fonte regionale, la struttura della popolazione raggiunta dai servizi ADI/Voucher. Nei Piani di programmazione e coordinamento 2010 pubblicati dalle ASL lombarde e reperibili sui siti internet di ogni azienda, è possibile reperire alcune informazioni sulle popolazioni seguite dai sistemi domiciliari sanitari. L'età media della popolazione raggiunta sembra elevata; gli ultra65enni rappresentano l'85-93% della popolazione totale. La durata media dei programmi di assistenza si colloca più spesso fra i 3 e i 5 mesi. Gli accessi ASA sono in proporzione ridotta rispetto al totale degli accessi. I dati dell'ASL di Monza e Brianza al 31-12-2009 riferiscono che su 5.503 titoli emessi per un totale di 6.007 persone e 137.927 accessi complessivi, quelli ASA/OSS in voucher sono solo 1.791, l'1,3% del totale.

In generale è difficile o impossibile analizzare la popolazione raggiunta sotto il piano del livello funzionale, dei motivi di fragilità, delle patologie in essere ma anche degli obiettivi e struttura del piano di assistenza. A quale popolazione si fa riferimento e quale bisogno è coperto? Non è chiaro e mancano analisi specifiche promosse dalla Regione o condotte nelle singole ASL subito prima o successivamente all'introduzione del nuovo sistema. Dati indiretti provengono dalla Banca Dati Assistiti, costruita secondo i criteri omogenei sviluppati dai gruppi di lavoro tecnici regionali istituiti nel 2003. Da allora nei piani di programmazione è possibile trovare dati aggregati in modo standardizzato, utili a analizzare le azioni delle aziende non solo sotto il piano dei budget e delle macroaree di spesa ma anche in termini di raggruppamenti di patologie o di bisogni di salute. I pazienti cronici sono definiti in relazione a criteri amministrativi e di prescrizione. In particolare sono individuati come tali quelli che nell'annualità precedente hanno presentato almeno una fra le seguenti condizioni:

- esenzione per patologia;
- prescrizione farmaceutica per patologia;
- ricovero con DRG o diagnosi correlate;
- prestazioni specialistiche correlate.

Ad esempio, nell'ASL Città di Milano nel 2008 i pazienti definibili cronici in base a questi criteri erano 467.243, il 29,31% del totale dei pazienti governati ⁸. Questo sottogruppo di popolazione è responsabile del 74,58% della spesa totale ASL attribuibile (1.296.231.571 euro su 1.738.013.556). La spesa procapite che questi pazienti determinano è di 2.771,21 euro/anno contro i 1.090,50 dei restanti 1.114.077, 322.557 dei quali senza spesa attribuibile. La patologia cardiovascolare è la patologia cronica più diffusa (rappresenta il 39,65% dei casi di patologia cronica, 305.008 persone). Il 54,3% di essi ha associate altre patologie di lunga durata. Queste proporzioni si ritrovano con lievi oscillazioni nella gran parte delle ASL che hanno pubblicato questi dati all'inizio del 2010. L'ASL di Lodi ha stimato che i soli pazienti cerebrovascolopatici siano responsabili del 25,4% della spesa socio-sanitaria totale. Nella stessa ASL gli ultra60enni determinano il 45,76% dei ricoveri ospedalieri, il 66% dei giorni di ricovero, il 48% delle prestazioni ambulatoriali e il 67% delle prescrizioni farmaceutiche. L'ASL di Legnano ha stimato che poco più del 20% della popolazione determini il 25% dei ricoveri ospedalieri, per un valore economico pari al 55% dei costi complessivi per la degenza: La stessa popolazione consuma, in termini di valore economico, dal 40 al 45% dei costi specialistici per la medicina ambulatoriale e tra il 60 e il 70% dei costi per l'assistenza farmaceutica.

Nessuna di queste analisi ha però per oggetto diretto i servizi domiciliari. Rappresenta solo una base indiretta per stimare l'eventuale diversa distribuzione di sottogruppi di patologie di lunga durata, più o meno correlati agli indici di struttura demografica delle diverse popolazioni.

In ugual misura, la lettura dei dati di fonte pubblica non permette di esprimere un giudizio corretto sulla maggiore o minore continuità delle prestazioni. Le prestazioni che sono erogate con una frequenza inferiore a quella prevista dal primo profilo, fino al novembre 2008 erano di necessità inserite in profili non voucher (estemporanea, mini-credit, credit, altre tipologie). Questo non esclude che si trattasse di prestazioni ripetute anche più volte sulla stessa persona, seguita quindi anche per periodi protratti anche se con profili apparentemente discontinui. Un catetere vescicale può essere sostituito una volta al mese e il programma di assistenza risultare in un anno come la somma di 12 prestazioni estemporanee. Questa osservazione va però sommata alla durata media delle prestazioni che dovrebbero avere per definizione una durata protratta. Questo dato è difficilmente ricavabile dai dati di fonte pubblica ma anche da quelli che provengono dagli enti erogatori.

La Figura 8 descrive la durata dei programmi di assistenza gestiti nel 2008 da Mosaico Cure domiciliari nelle ASL di Milano, Melegnano, Monza e Pavia (2.885 persone, 10.535 voucher, 115.882 accessi). Il 54,8% dei programmi si esaurisce entro i due mesi, il 67,5 entro i tre mesi mentre il 13,5 dura più di 9 mesi. Anche in questo caso sono evidenti alcune diversità nella durata dei programmi nei diversi contesti territoriali, legate all'organizzazione ASL, ai profili assegnati, alle scelte dell'erogatore, alla particolarità dei distretti di

⁸ si intendono per pazienti governati quelli che presentano un codice fiscale o l'iscrizione in corso di validità con un medico o pediatra di famiglia.

competenza e ad altro ancora. La popolazione analizzata è rappresentata per il 52% da ultra80enni e per il 33% da persone in età 65-79. Le donne rappresentano il 59,6% del campione.

Gli accessi registrati sono per il 72% infermieristici, per il 21% riabilitativi e per il 7% di ASA/OSS. Il tempo medio di durata di ogni accesso è di 45 minuti per ASA/OSS, 44 minuti per i fisioterapisti e 25 per gli infermieri.

Il numero medio di accessi per tipo di profilo (Figura 9) è variabile nelle diverse ASL, più basso in media per Milano Città, più alto per Monza, così come la stima delle remunerazioni media. 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 accessi⁹: 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 infatti utilizzato la relazione fra numero degli accessi e valore economico del profilo come strumento di governo del sistema o di contenimento della spesa¹⁰. Ad esempio, facendo riferimento ai dati di Mosaico descritti nella Figura 9, il numero di accessi che l'ASL di Monza richiede mediamente 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 (Figura 9). Diversità simili si registrano per i credit pre-2009 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 nel quale si opera: 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.

Sempre Mosaico segnala come il 33% delle persone arriva al servizio attraverso il passa parola di comunità mentre il 12% viene segnalato direttamente dai MMG. Il 27% arriva al servizio casualmente, il 5% in seguito a dimissione protetta. Un altro 4% è rappresentato da clienti fidelizzati, che richiedono ormai di routine l'intervento della società. Il 12% decede durante il programma ADI, l'11% viene dimesso verso una RSA, il 6% viene ricoverato in ospedale e il 47% va a guarigione del problema per cui è stato ammesso. Il 22% esce dal programma per il mancato rinnovo di un programma riabilitativo in essere.

I dati 2008 della Fondazione Maddalena Grassi¹¹ riferiti al solo territorio di Milano (1443 pazienti totali, 600 pazienti in carico in media ogni mese) mostrano la distribuzione per accessi mensili e per Figura professionale descritta nelle tabelle 10 e 11. Anche in questo caso l'intervento degli ASA è percentualmente

⁹ 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.

¹⁰ Il numero di accessi è teoricamente collegato all'analisi oggettiva della esigenze del paziente. Nella pratica, alcune ASL più di altre, integrano questa valutazione con logiche più 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 facile e frequente l'emissione di un profilo di livello superiore. In altre ancora, come a Milano, il numero di accessi è affidato alla responsabilità dell'erogatore, mentre l'ASL 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 la soddisfazione dei pazienti, favorita dal ricevere un numero più elevato di accessi, e quella degli erogatori, che preferirebbero dover garantire meno accessi a parità di valore economico del profilo.

¹¹ <http://www.fondazionegrassi.it/default.asp?id=341> e <http://www.fondazionegrassi.it/detail.asp?c=1&p=0&id=514>

ridotto (8,7%) mentre gli accessi sono equamente distribuiti fra il range dei credit e quello dei tre profili voucher. Il 23% di questa casistica va al decesso in corso di intervento, il 6% viene dimesso verso una RSA.

Figura 8: Durata dei programmi di assistenza. Anno 2008

Fonte Mosaico Cure Domiciliari, 2009

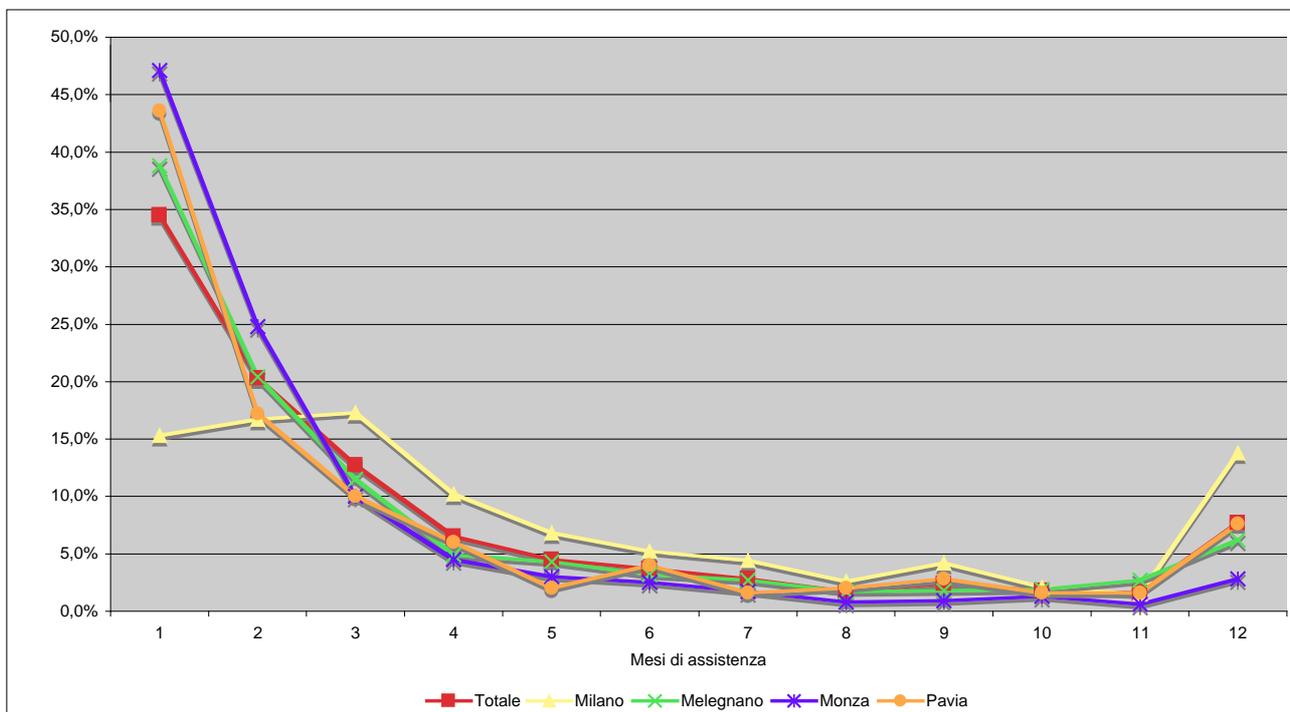
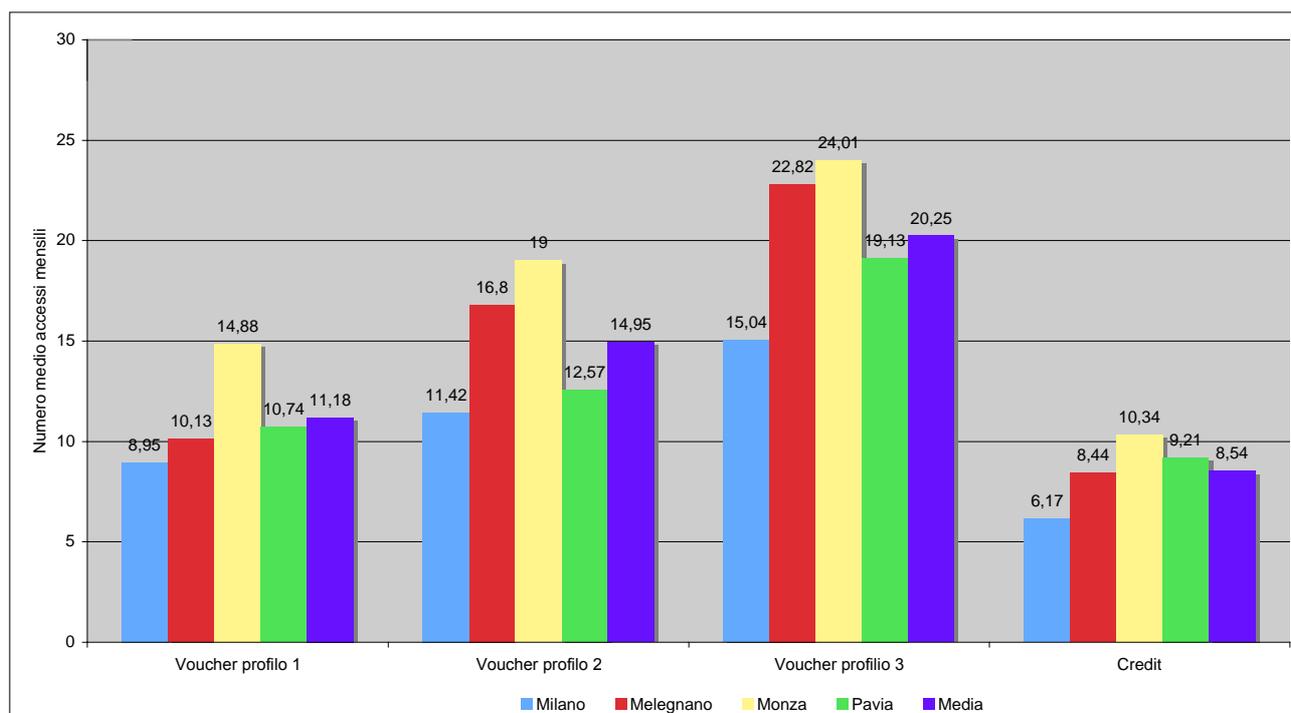


Figura 9: Numero medio accessi mensili per profilo. ASL di Milano, Melegnano, Monza e Pavia. Anno 2008



Fonte Mosaico Cure Domiciliari, 2009

Tabella 10: Fondazione Maddalena Grassi, Milano città. Interventi ADI/Voucher:distribuzione degli accessi mensili. Anno 2008

Accessi mensili (n.)	N.	%
da 1 a 6	2.075	29%
da 7 a 9	1.149	16%
da 10 a 24	3.345	47%
da 25 a 60	603	8%
Totale	7.172	100%

Fonte: Fondazione Maddalena Grassi

Tabella 11: Fondazione Maddalena Grassi, Milano città. Interventi ADI/Voucher: distribuzione degli accessi per figura professionale. Anno 2008

Figura professionale	N.	%
Infermiere	50.835	80,07%
Fisioterapista	6.855	10,80%
Ausiliario	5.499	8,66%
medico specialista	300	0,47%
Totale	63.489	100,00%

Fonte: Fondazione Maddalena Grassi

1.4 Conclusioni e sintesi dei dati

Complessivamente, l'immagine che se ne ricava è quella di un sistema orientato a fornire in misura crescente prestazioni sanitarie di ridotta intensità e frequenza. Meno di un terzo dei profili complessivi effettivamente erogati prevede la possibile integrazione con ASA e OSS. Il loro effettivo utilizzo è comunque decisamente ridotto; intorno al 5-7% degli accessi dei tre profili voucher ricavabili dai dati di attività 2008 di alcuni gestori accreditati, l'1,3% del totale degli accessi registrati nei 3 profili voucher e nel modulo cure palliative dall'ASL di Monza e Brianza nel 2009. Questa tendenza descrive il progressivo allontanamento del sistema dall'ipotesi di integrare in un unico modello d'intervento prestazioni sia sanitarie che di aiuto infermieristico o di assistenza tutelare.

Gli accessi sanitari sono per due terzi infermieristici e per un terzo fisioterapici. Minima la frequenza di utilizzo delle figure specialistiche. Il tempo medio di durata degli accessi infermieristici è intorno ai 25 minuti nelle rendicontazioni di fonte privata, 45 minuti per quelli riabilitativi o ASA/OSS. Il numero medio degli accessi per profilo di cura è quanto mai variabile nelle diverse ASL così come la stima delle remunerazioni media. Questa, a parità di profilo, può variare anche del 60% fra un'ASL e l'altra.

La popolazione raggiunta è mediamente anziana o molto anziana; gli ultra65enni rappresentano l'85-93% della popolazione raggiunta da tutti i profili. La durata media dei programmi si colloca fra i 3 e i 5 mesi. Solo un proporzione inferiore al 10% sembra durare oltre i 12 mesi ma questo dato è meritevole di approfondimento. Nel complesso mancano dati affidabili e di fonte pubblica sulla lettura della popolazione raggiunta e del bisogno intercettato; soprattutto non sono disponibili dati di lettura clinica e funzionale.

Nel quinquennio 2004-2008 la popolazione raggiunta dal sistema è aumentata complessivamente del 16,7%. Questo aumento è stato sostenuto soprattutto dalla crescita delle prestazioni estemporanee (+20,9%) e dei credit pre-riforma (+79,8%). Il totale dei voucher socio-sanitari emessi è invece rimasto sostanzialmente stabile (come le cure palliative) e questa stabilità è sostenuta dal costante incremento del primo profilo (+24,2%) a scapito del secondo e del terzo (rispettivamente -17,5% e -6,5%). Nel suo complesso, il sistema sta quindi evolvendo verso l'offerta di prestazioni essenzialmente sanitarie e di ridotta intensità e frequenza di intervento. Le rilevazioni più recenti riferiscono come, nel 2010, i voucher socio-sanitari in senso stretto rappresentano meno del 10% del totale dei titoli emessi in molte ASL.

Lo sviluppo del sistema ADI/Voucher non è stato uniforme. La quantità di prestazioni ADI/Voucher erogata nelle diverse ASL, se calcolata in proporzione alla popolazione con 75 anni o più, mostra una notevole variabilità: dal 4,7 dell'ASL Milano 2 al 36,1% di quella di Sondrio, con una media dell'11,2%. Se lo stesso dato viene scomposto fra quella che ha ricevuto solo prestazioni estemporanee o credit con quella oggetto di interventi più impegnativi ¹² il quadro che se ne ricava è emblematico di questa tendenza. 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 fra le due opzioni, o hanno privilegiato i servizi a maggiore intensità, ad esempio garantendo maggiori risorse ai servizi ADI preesistenti.

¹² 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.

Nel quinquennio analizzato il finanziamento complessivo del sistema è aumentato del 12%, essenzialmente sostenuti dall'incremento dei credit pre-riforma (+175%) e dalle prestazioni di ossigenoterapia (+102%). Il finanziamento dei voucher è aumentato del 20% ed anche in questo caso soprattutto per l'incremento del primo profilo. Il costo totale del sistema per persona e per giorno va dai 6,3 euro dei programmi ADI tradizionali, ai 3,5 medi dei tre profili voucher (4,9 il terzo profilo), 2,8 dei credit pre-riforma e agli 0,3 dell'estemporanea. In questo senso i sistemi ADI tradizionali gestiti direttamente dalle ASL costano per paziente/giorno il 29% in più dei voucher di terzo profilo e l'80% in più del costo del totale dei profili voucher.

La distribuzione dei servizi ADI/voucher varia in modo rilevante fra le diverse ASL, riflettendo scelte di sistema o la struttura precedente della rete dei servizi. Se si traducono i dati in percentuale della popolazione 75+e si confrontano quelli degli interventi ADI/voucher socio-sanitari con PAI (escludendo le prestazioni estemporanee e quelle credit precedenti al 2008) con i posti letto accreditati in RSA, si ricava una immagine emblematica della realtà delle diverse ASL. Lecco e Monza mantengono un sostanziale equilibrio fra le due unità d'offerta con una leggera prevalenza degli interventi domiciliari, anche se nel territorio di Lecco la somma dei due servizi è di circa un terzo superiore a quella di Monza. Le altre ASL sono tutte sbilanciate verso l'offerta residenziale con una dotazione di posti letto in RSA anche di 15 volte superiore alla popolazione raggiunta in ADI/Voucher socio-sanitario (media regionale 3, mediana 1,8).

APPENDICE C - INDAGINE SUL CAMPO

1.1 Un'indagine sul campo. Materiali e metodi

L'analisi del sistema dei voucher socio-sanitari ha incluso una breve indagine sul campo.

L'indagine non ha alcuna pretesa di completezza e ha solo parzialmente obiettivi quantitativi. In assenza di altri studi pubblicati che descrivessero in modo ravvicinato la realtà del nuovo sistema di cure domiciliari lombardo, si è scelto di esplorare almeno il punto di vista, la percezione soggettiva che del sistema hanno i suoi attori più diretti: medici di medicina generale (MMG) e infermieri, fisioterapisti o OSS appartenenti a enti erogatori pubblici e privati.

Nella costruzione dei questionari e nell'analisi dei dati è stata quindi privilegiata la dimensione qualitativa dei contenuti. La significatività e la completezza statistica sono state quindi subordinate all'autorevolezza degli attori intervistati e alla loro diretta conoscenza del sistema.

L'indagine è stata proposta a tre reti di MMG note per essere particolarmente attive nella ricerca, nella riflessione culturale, nello sviluppo di nuovi modelli organizzativi in medicina generale: la Società italiana di Medicina Generale (SIMG), il Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale e il Consorzio Sanità (Co.S). Le risposte provengono in gran parte da MMG che ricoprono all'interno di queste organizzazioni ruoli di rilievo. Si tratta di MMG particolarmente sensibili a temi di questa portata, oltre che osservatori attenti e direttamente coinvolti nei processi analizzati. Gli operatori intervistati fanno invece parte di quattro organizzazioni private (Mosaico Cure Domiciliari, Vivisol Home Care Services, Medicasa Airlíquide, Fondazione Don Gnocchi) e di una pubblica, l'ASL di Mantova. Sono stati infine coinvolti alcuni specialisti in geriatria appartenenti alla rete ospedaliera ¹.

La rilevazione si è basata su questionari a domande chiuse e aperte, costruiti a partire dai temi identificati in precedenti ricerche e integrati dalle informazioni ricavate nelle riunioni del gruppo di lavoro e dai testimoni raggiunti nella fase preliminare. Sono stati diffusi tre questionari diversi per i medici di medicina generale, i geriatri ospedalieri e gli operatori dei servizi. La maggior parte delle domande erano comuni ai tre questionari, così da permettere un confronto fra i diversi punti di vista. Altre domande erano invece specifiche e collegate agli obiettivi della rilevazione. Le aree comuni di esplorazione sono descritte nella Tabella 1, quelle specifiche per i diversi gruppi professionali nella Tabelle 2.

Alcune domande sono state modificate dopo una prima somministrazione di prova e i risultati di un Focus Group attivato fra gli operatori di Mosaico Cure Domiciliari. Molti medici, infermieri, fisioterapisti e ASA/OSS oltre che alcuni copordinatori di servizio, hanno integrato le osservazioni richieste con commenti, mail, documenti che hanno permesso di integrare la descrizione dei risultati, la stesura del capitolo e quelle delle appendici, con osservazioni originali, anche molto dettagliate.

¹ Un ringraziamento particolare a Clotilde Somenzi e alla Direzione sanitaria dell'ASL di Mantova. A Lucia Cassani di Mosaico Cure Domiciliari; a Quintino De Toma, di Vivisol Home Care Services; a Carlo Castiglioni, di Medicasa-Airlíquide; a Rino Marengo della Fondazione Don Gnocchi di Milano; 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); a Mariella Zanetti, del Centro Geriatrico San Pietro di Monza.

Tabella 1: Aree di indagine comuni ai tre questionari

o giudizio complessivo sul sistema;
o giudizio particolare su singoli indicatori di qualità;
o possibili aree di miglioramento;
o punto di vista personale sulla struttura del sistema delle cure domiciliari sanitarie;
o punto di vista personale sulle figure di principale riferimento per l'assistenza a domicilio di una persona anziana a ridotta o assente autonomia.

Tabella 2: Aree di indagine specifiche per gruppi professionali

Medici di medicina generale
o conoscenza del sistema e delle sue articolazioni;
o conoscenza dei gestori accreditati;
o punto di vista sulla capacità degli utenti di esercitare la libera scelta del gestore;
o la propria capacità di sostenere gli utenti in questa scelta;
o il giudizio sui gestori accreditati.
Geriatrici ospedalieri
o conoscenza del sistema e delle sue articolazioni;
o giudizio sulla relazione fra sistema delle cure domiciliari e dimissione di un paziente anziano;
o l'immagine percepita del sistema di cura che accoglierà il paziente anziano successivamente alla dimissione.
Operatori dei servizi accreditati
o giudizio personale sul rispetto da parte del sistema del proprio ruolo professionale;
o giudizio personale sulla possibilità di esprimere nel sistema la propria professionalità e rispondere alle esigenze dei pazienti incontrati;
o il punto di vista sui controlli e sulle incombenze amministrative collegate;
o il lavoro in équipe;
o il giudizio sui medici di medicina generale.

1.2 Chi ha risposto alla rilevazione?

Sono stati raccolti 158 questionari complessivi, distribuiti fra le figure professionali descritte nella Tabella 3. Tutti sono stati compilati in modo completo. Complessivamente si tratta di 83 maschi e 75 donne con un'età media di 44,4±11,2 anni (mediana 46, minima 22, massima 67) e un'esperienza di lavoro media di 15 anni (mediana 13,2).

Tabella 3: Figure professionali per gruppo, età, sesso ed esperienza media di lavoro

	N.	Sesso (n.)		Età (anni)		Esperienza professionale (anni)	
		M	F	Media	Mediana	Media	Mediana
MMG	49	42	7	54,9	55,5	25,8	27,8
Geriatricia	10	6	4	44,5	47,5		
IP	68	25	43	42,6	40	10,8	11,3
OSS	4	1	3	36,5	45	4,9	4,3
FKT	27	9	18	30,8	30	4,7	1,3
Totale	158	83	75	44,4	46	15	13,2

I medici di famiglia raggiunti dalla rilevazione sono prevalentemente maschi, con un'esperienza di lavoro di circa 26 anni e un'età media di 55 anni. Gli operatori dei servizi accreditati sono in maggioranza donne, più giovani come età e come esperienza professionale; età e esperienza sono più elevate fra gli infermieri (43 anni di età e 11 anni di esperienza professionale), minori nei fisioterapisti (30 anni di età, 5 di esperienza).

1.3 I risultati della rilevazione: il giudizio complessivo

Il giudizio complessivo degli operatori sul sistema delle cure domiciliari sanitarie è positivo nel 79% dei casi mentre i giudizi negativi sono sostanzialmente marginali (Figura 1). Poco meno del 15% preferisce non rispondere o non si sente in grado di esprimere un giudizio. Le proporzioni non cambiano separando i giudizi dei MMG da quello dei geriatri ospedalieri o degli operatori dei servizi accreditati. Nel suo complesso, quindi, il sistema sembra convincere i suoi attori principali.

La Figura 2 descrive il punto di vista degli stessi attori sui diversi indicatori di qualità proposti dai questionari. Per comodità di lettura sono state raggruppate le risposte positive o molto positive e quelle negative o molto negative, ordinate decrescente rispetto alle risposte positive. Anche in questo caso prevalgono gli apprezzamenti positivi, quasi unanimi sulla qualità delle prestazioni e sulla tempestività e facilità di attivazione.

L'unica area negativa è quella della complessità delle procedure burocratiche collegate con il sistema; prevalgono, in questo caso, i giudizi negativi. Il punto di vista di operatori e MMG in questo caso diverge parzialmente (Figure 3 e 4). Mentre per gli operatori dei servizi accreditati i giudizi negativi si concentrano sulla complessità burocratica, i MMG hanno un punto di vista più distribuito rispetto alla qualità del coordinamento, alla chiarezza dei ruoli e alla stessa complessità burocratica, che non appare comunque eccessiva a metà di essi.

Figura 1: “Che giudizio hai, complessivamente, dei servizi di cure domiciliari della Regione Lombardia?”

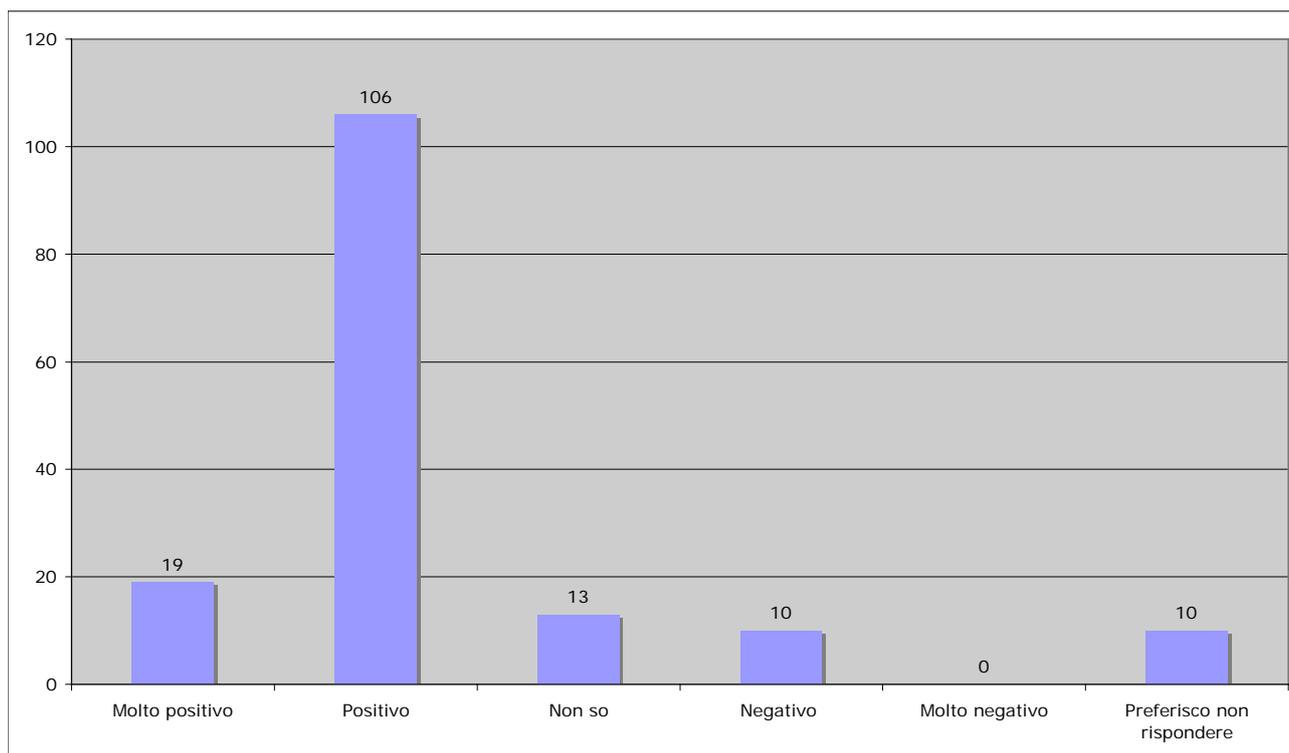


Figura 2: Il giudizio sui diversi indicatori di qualità del sistema delle cure domiciliari sanitarie (MMG e operatori)

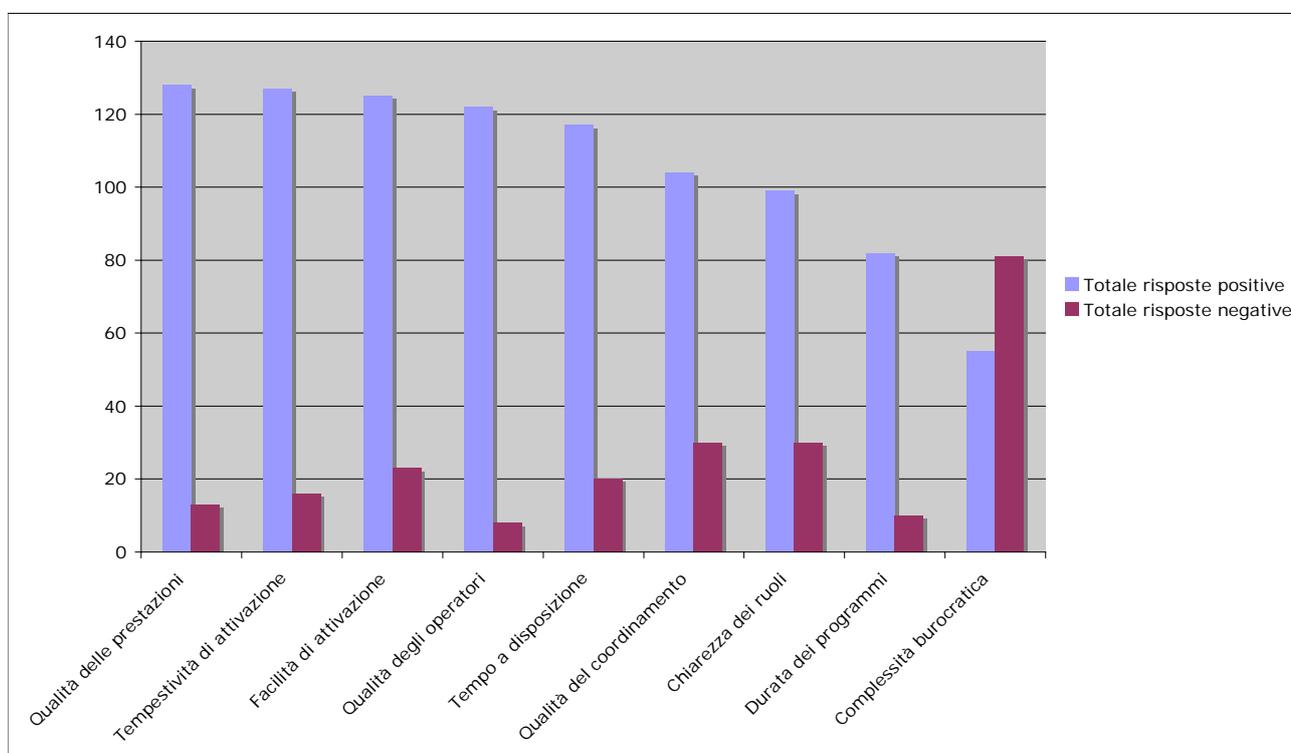


Figura 3: Il giudizio sui diversi indicatori di qualità: gli operatori dei servizi accreditati (solo operatori)

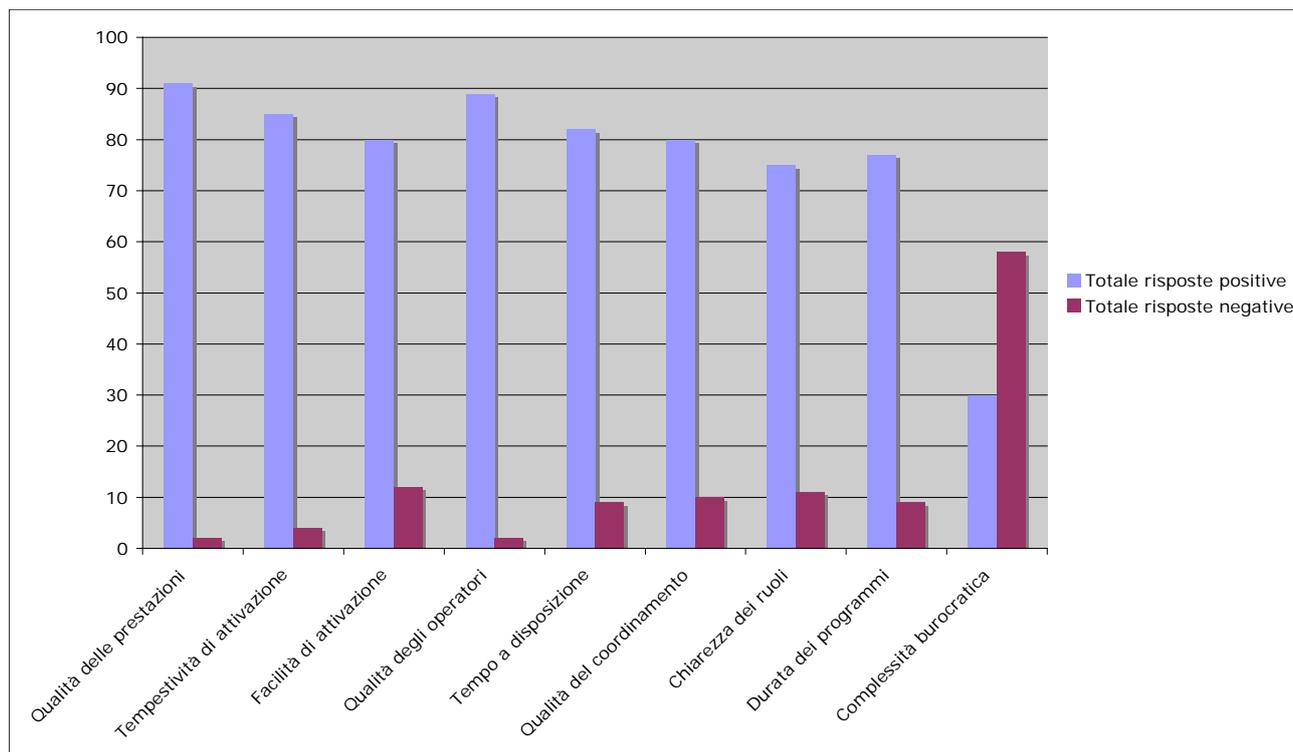
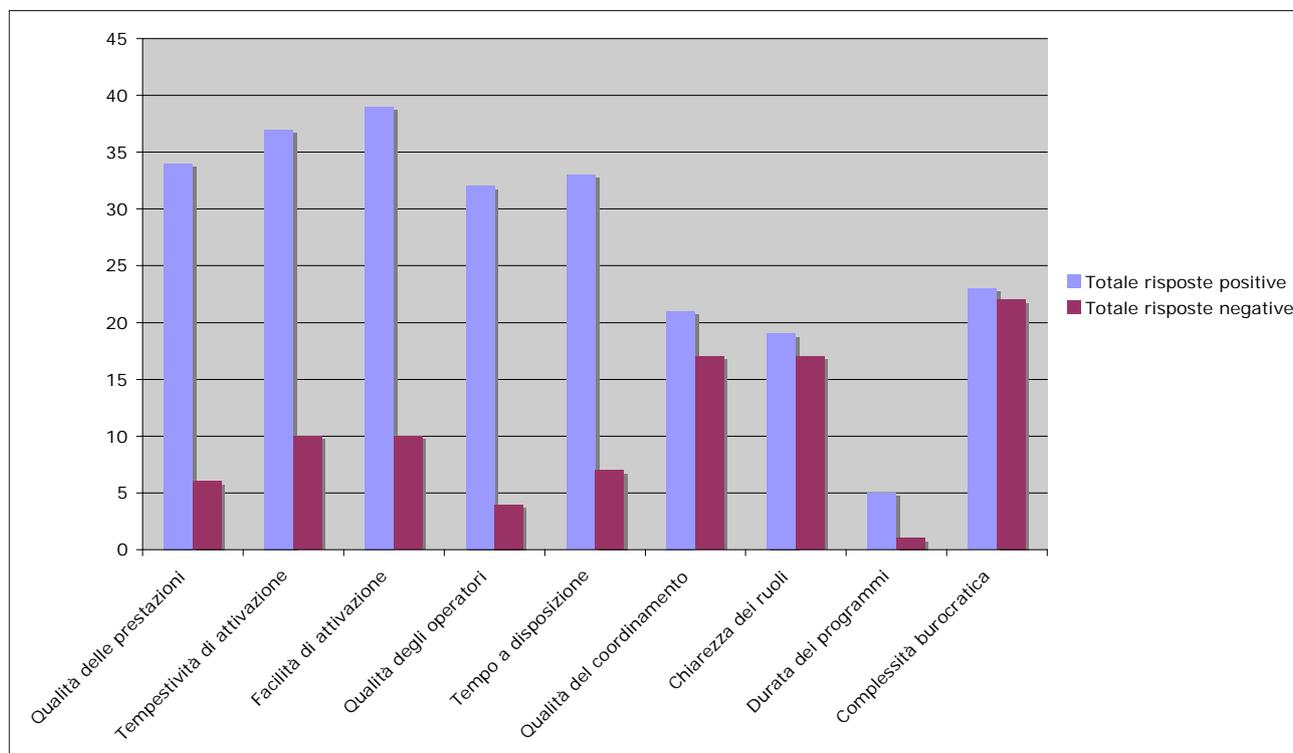


Figura 4: Il giudizio sui diversi indicatori di qualità (solo MMG)



1.4 Risorse economiche a disposizione

Rispetto alla risorse economiche a disposizione del sistema e alla remunerazione dei suoi attori prevalgono invece i giudizi negativi e o le risposte incerte (Figura 5). Il punto di vista dei MMG è in questo caso più articolato: il 55% (contro il 34,3% degli operatori) ritiene che le risorse economiche a disposizione del sistema siano adeguate mentre l'89,7% (contro il 63,6% degli operatori) ritiene la remunerazione delle prestazioni inadeguata.

La Figura 6 descrive invece la percezione che MMG e operatori hanno del punto di vista delle famiglie sul sistema di cura e del loro modo di porsi nei confronti dello stesso. Da questo punto di osservazione, le famiglie sembrano esprimere molta fiducia nei servizi ma gestiscono autonomamente la maggior parte delle cure necessarie e si affidano più spesso a una badante che ai servizi formalizzati. Quest'ultimo giudizio è espresso in misura più marcata dai MMG ma nel complesso, operatori e MMG segnalano in modo univoco il ruolo rilevante degli assistenti domestici non professionali.

Figura 5: Risorse a disposizione e remunerazione delle prestazioni (n. 158)

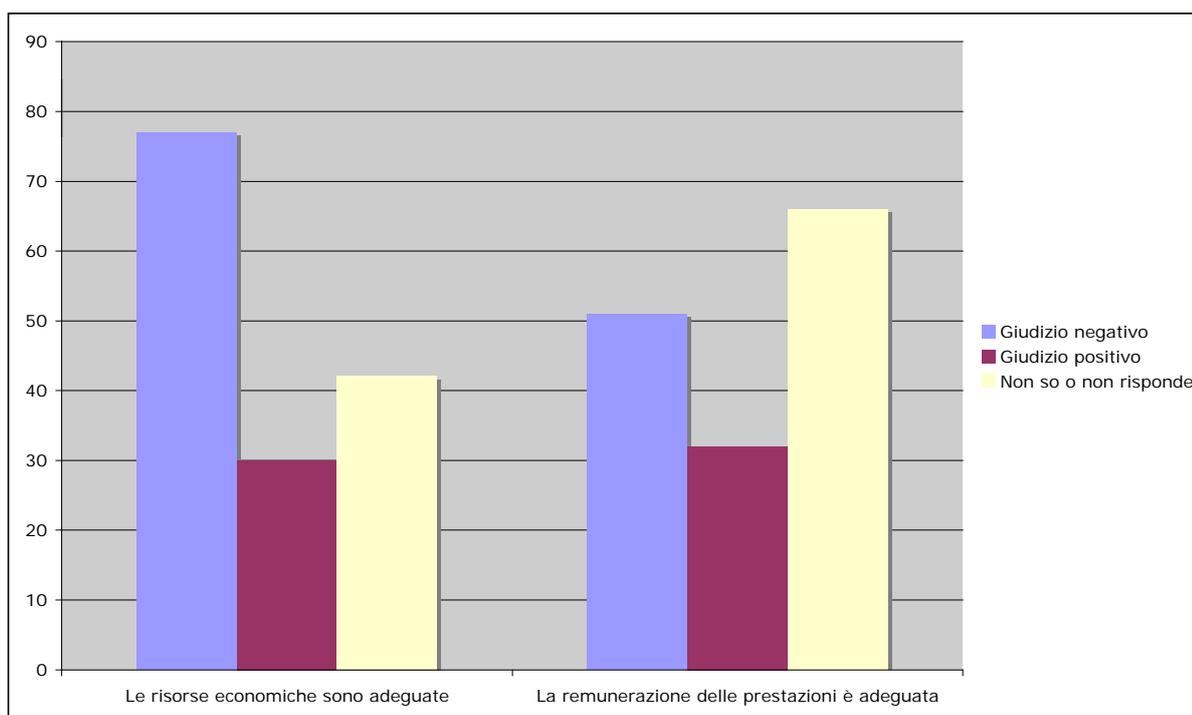
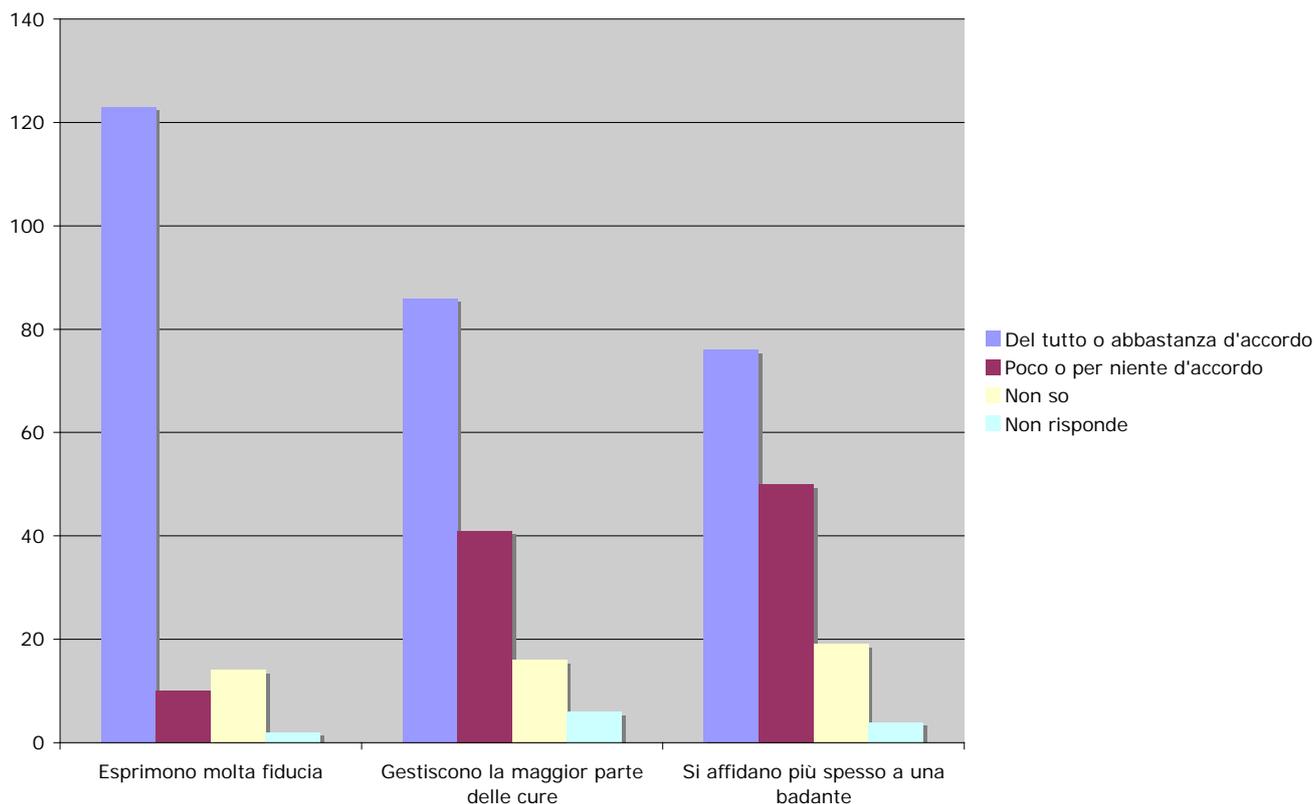


Figura 6: Atteggiamento e modo di operare delle famiglie secondo il punto di vista di MMG e operatori (n. 158)



1.5 Le famiglie: ruolo centrale e sistema di riferimento

La Tabella 4 esprime la percezione di quella che appare, agli intervistati, la figura centrale dei sistemi di cura domestici. Analizzando le risposte complessive (Figura 8), questo ruolo viene ricoperto soprattutto da infermieri e fisioterapisti seguiti, con una frequenza leggermente inferiore, dai familiari. Quindi MMG, badanti e medici ospedalieri.

Il quadro cambia leggermente se si analizzano separatamente i punti di vista dei MMG e quello degli operatori dei servizi accreditati (Figura 9).

I MMG individuano sé stessi come figura centrale in una proporzione appena inferiore a quella di infermieri e fisioterapisti, ma il 35% non è d'accordo su questa centralità e il 10% esprime dubbi o non si esprime. In pratica, traspare una divisione interna al gruppo dei MMG rispetto a questa centralità: alcuni la rivendicano con forza, altri dichiarano esplicitamente di non volersi collocare in questo ruolo. Familiari e badanti sono proposti con una frequenza inferiore mentre i medici ospedalieri non sono praticamente percepiti.

Per gli operatori, al contrario, i familiari sono la figura centrale del sistema in una proporzione di poco inferiore alla propria, seguiti dalle badanti e, quindi, da MMG e medici ospedalieri.

Nel complesso, comunque, le proporzioni sono piuttosto distribuite, senza una evidente prevalenza di una o l'altra figura. Non da meno, il 20% degli operatori e il 15% dei MMG ritiene la situazione complessiva poco chiara o esprime, nei giudizi aperti, l'esplicita difficoltà a identificare una figura che governi il sistema in modo univoco.

Figura 7: Il punto di vista di medici e operatori sulle famiglie (n. 158)

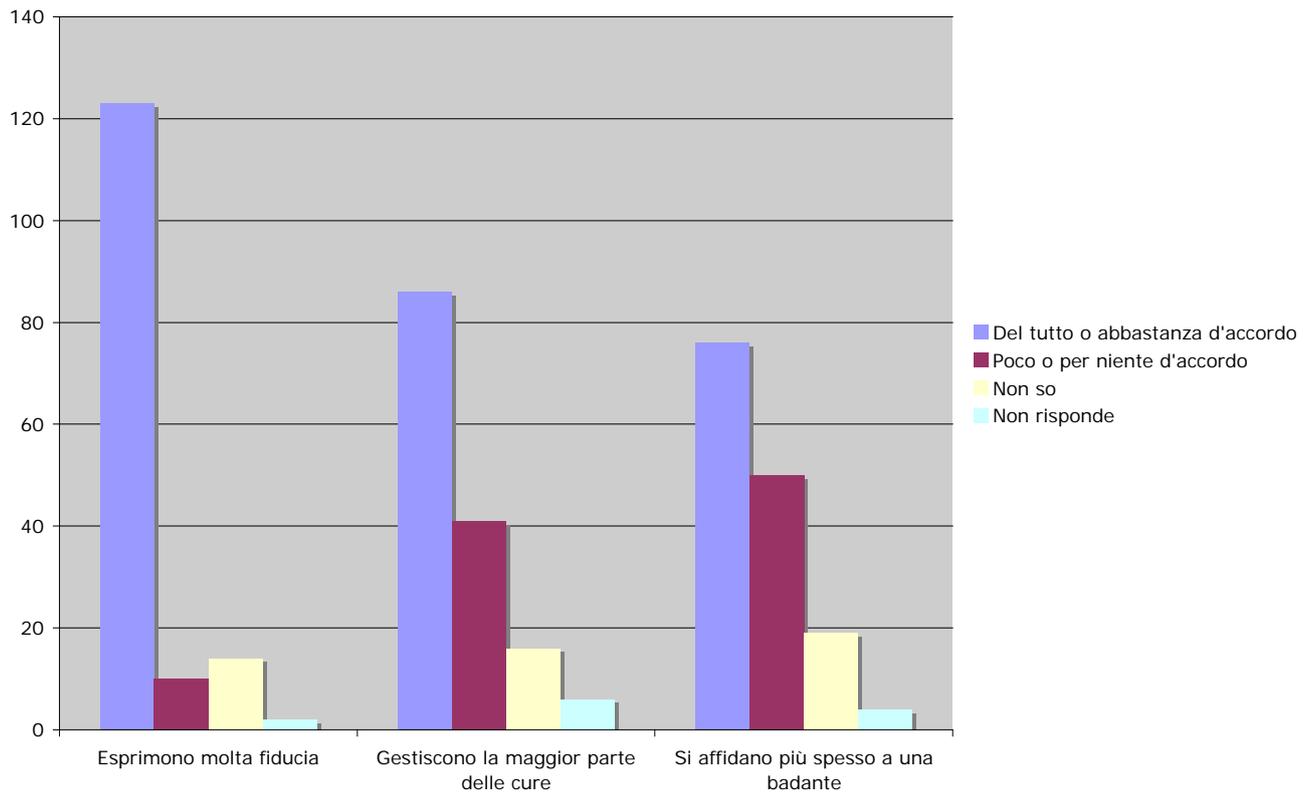


Tabella 4: La figura centrale del sistema: risposte complessive

Figura centrale	N. risposte	%
Infermiere	108	22,0
Fisioterapista	97	19,7
Familiare	79	16,1
Non è chiaro	78	15,9
MMG	61	12,4
Badante	45	9,1
Medico ospedaliero	24	4,9
Totale	492	100,0

Figura 8: La figura centrale del sistema delle cure domiciliari: risposte complessive

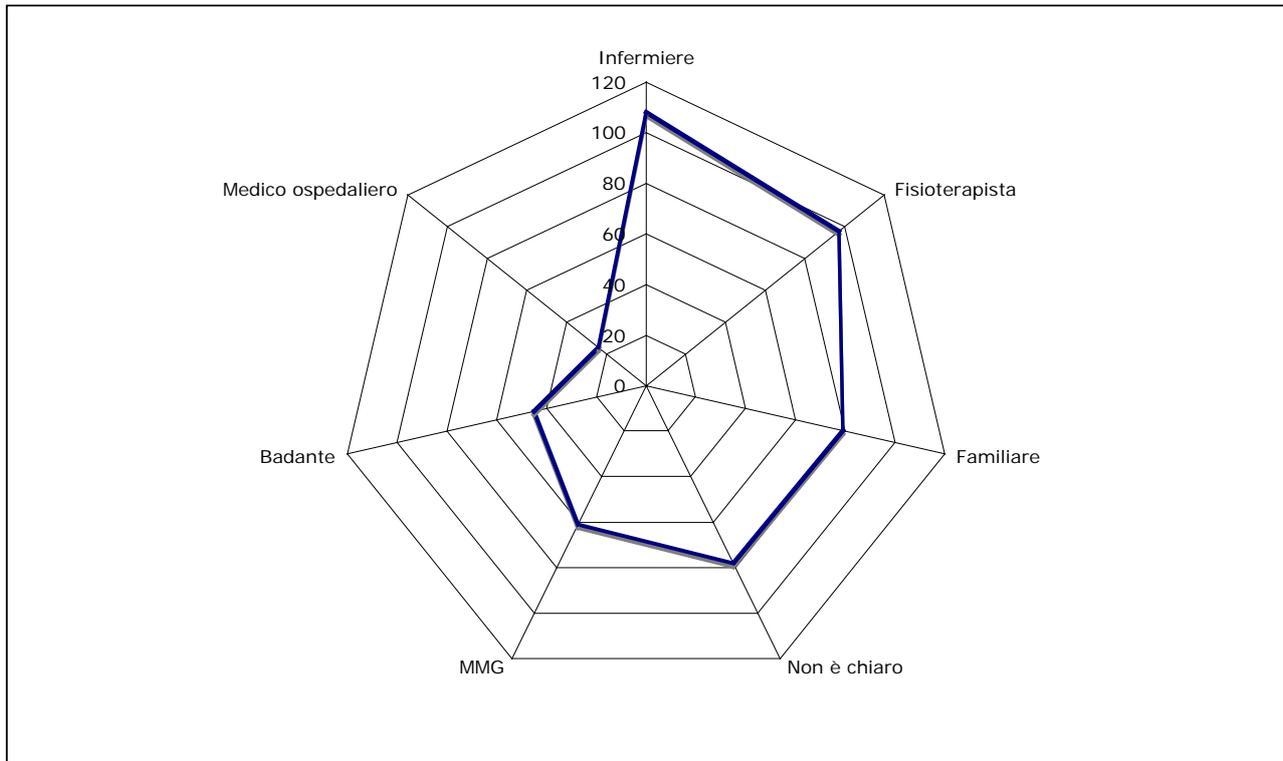
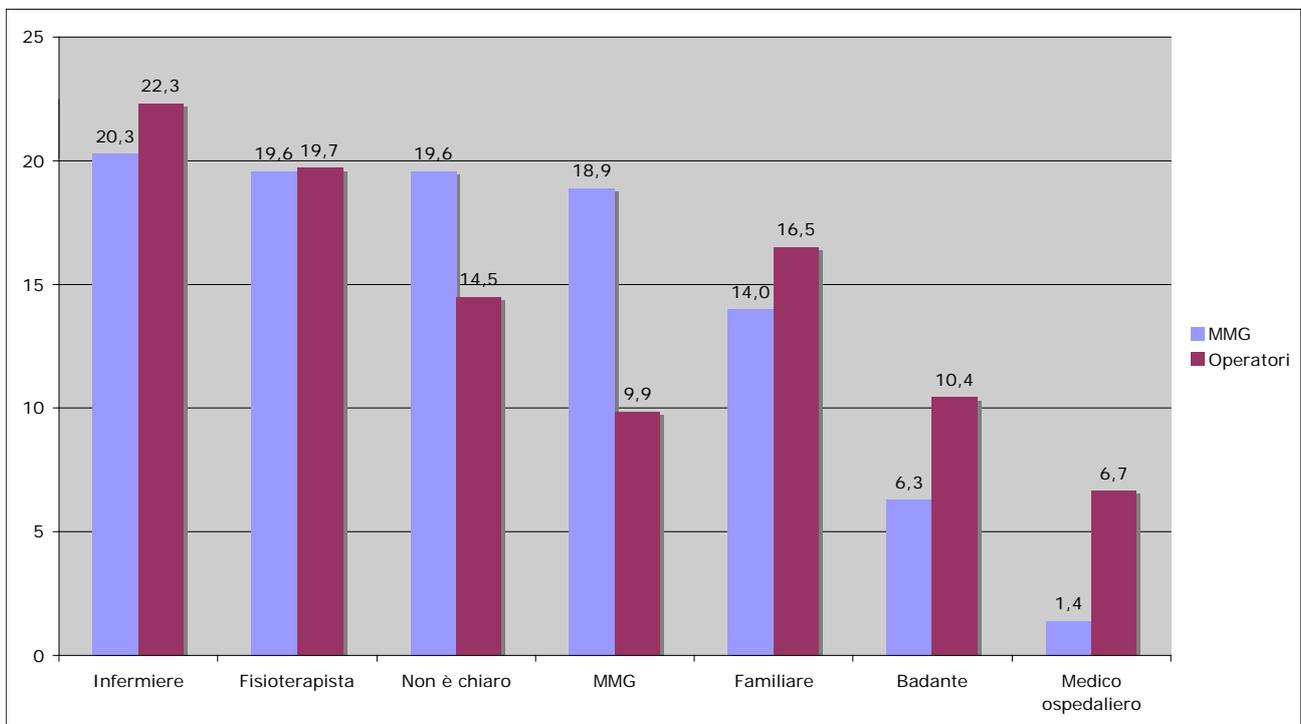


Figura 9: La figura centrale del sistema: MMG e operatori a confronto



1.6 Il sistema di riferimento

Il tema della figura centrale va collegato entro i confini più complessivi dell'intero sistema riferimento del sistema di un intervento domiciliare. In questo caso, la domanda era esplicitamente più generica: *“Secondo la tua esperienza, chi sono oggi i riferimenti più importanti per l'assistenza a domicilio di una persona anziana non autosufficiente”*. Si voleva esplorare, cioè, il complesso del sistema di cura sociale e sanitario che ruota intorno a una persona anziana non autosufficiente e collocare entro questo sistema le figure proprie del sistema sanitario.

L'immagine complessiva che se ne ricava (Figura 10) è quella di un sistema che vede in infermieri, fisioterapisti, MMG, familiari diretti e badanti le figure principali, seguite da un insieme di servizi e figure di supporto attinenti ad ASL e Comune (fra cui gli operatori dei SAD). I servizi ospedalieri sono invece collocati ad un livello più periferico, quasi marginale. Poco percepito, quasi una figura-ombra, il coordinatore dei servizi ADI del gestore accreditato, figura che invece emergerà come centrale, nel dibattito condotto con le aziende erogatrici (Appendice I).

Anche in questo caso, il punto di vista di MMG e di operatori è parzialmente divergente (Figura 11). Per i MMG il nucleo “forte” del sistema è rappresentato da infermieri, familiari diretti e MMG. Seguono fisioterapisti e badanti e, poi, con una rilevanza inferiore, gli altri attori. In particolare, il coordinatore ADI dell'azienda erogatrice non è percepito come possibile figura di riferimento.

Gli operatori identificano invece come nucleo principale del sistema di cura, infermieri e badanti, seguiti da familiari diretti e fisioterapisti. Il MMG è collocato su un piano rilevante ma immediatamente successivo, seguito dai medici specialisti, dei servizi ospedalieri e, soprattutto, del coordinatore ADI dell'azienda erogatrice. Rispetto a quanto percepito dai MMG, i medici specialisti e i servizi ospedalieri, sono un riferimento più “visibile” nel personale sistema di riferimento degli operatori dei servizi accreditati.

1.7 Cosa migliorare?

La Figura 12 descrive le aree di miglioramento suggerite da medici e operatori. Formazione degli operatori, riduzione della complessità burocratica e miglior coordinamento sembrano quelle più richieste, ma anche in questo caso il punto di vista di MMG e operatori diverge parzialmente (Figura 13): per gli operatori burocrazia, formazione e miglior diffusione delle informazioni sembrano prioritarie, mentre i MMG sottolineano il coordinamento degli operatori e la formazione e qualità complessiva degli operatori. Sempre i MMG sembrano prestare maggiore attenzione a alcune variabili quantitative dei programmi di cura: numero e durata degli accessi, durata dei programmi.

Figura 10: Le figure di riferimento per l'assistenza a domicilio di una persona anziana non autosufficiente (risposte complessive)

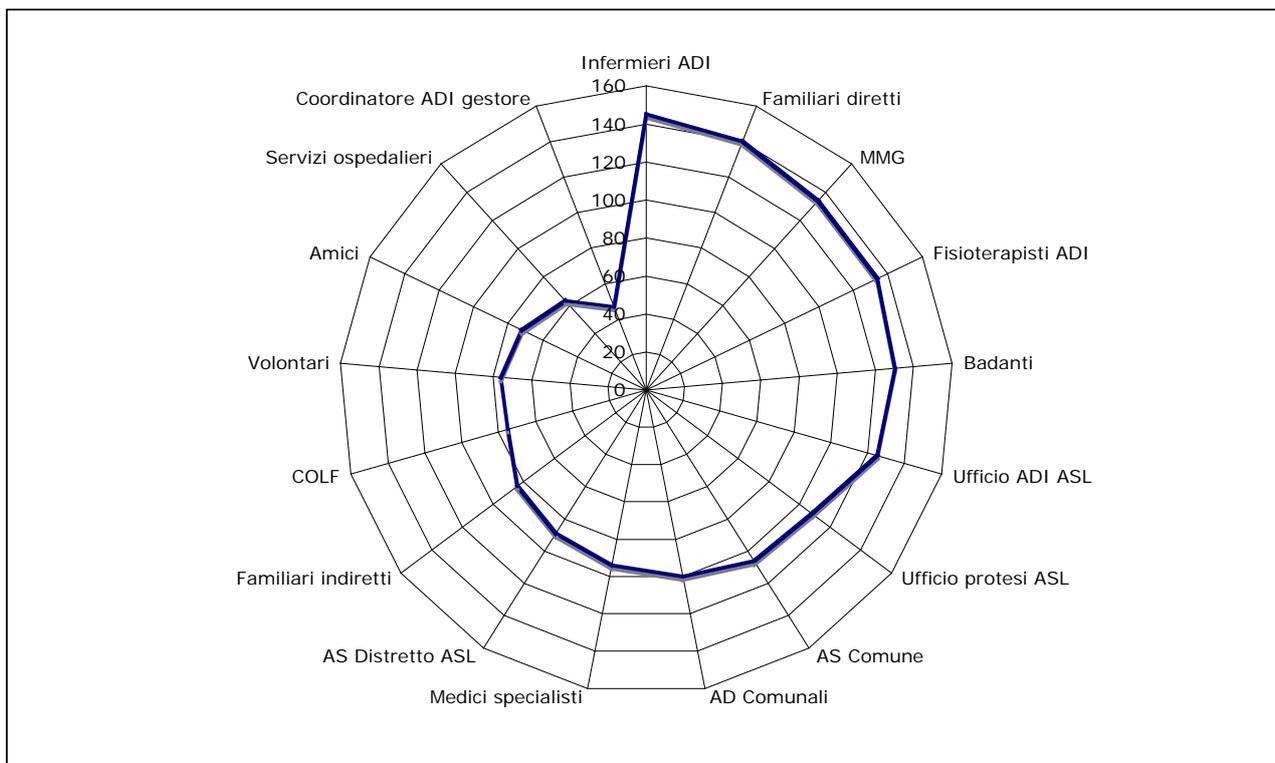


Figura 11: Le figure di riferimento: MMG e operatori a confronto (MMG: 538 risposte. Operatori: 1069 risposte)

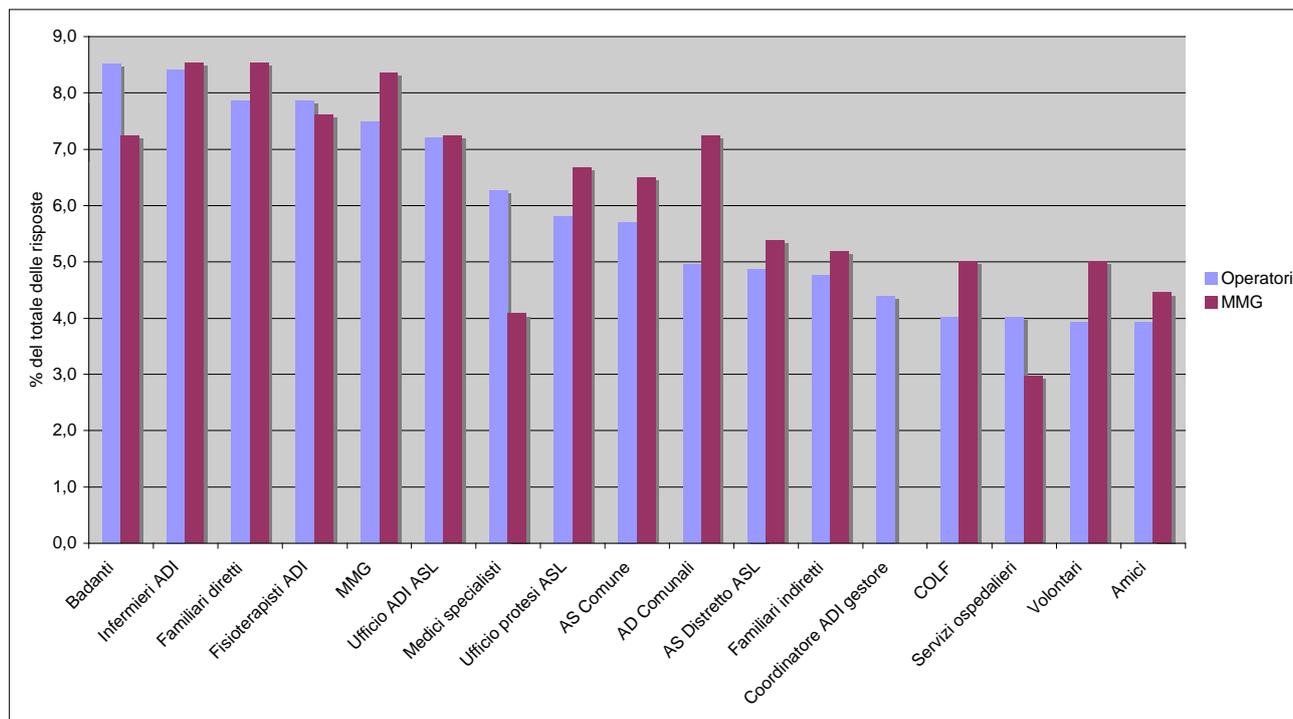


Figura 12: Cosa migliorare? (risposte complessive)

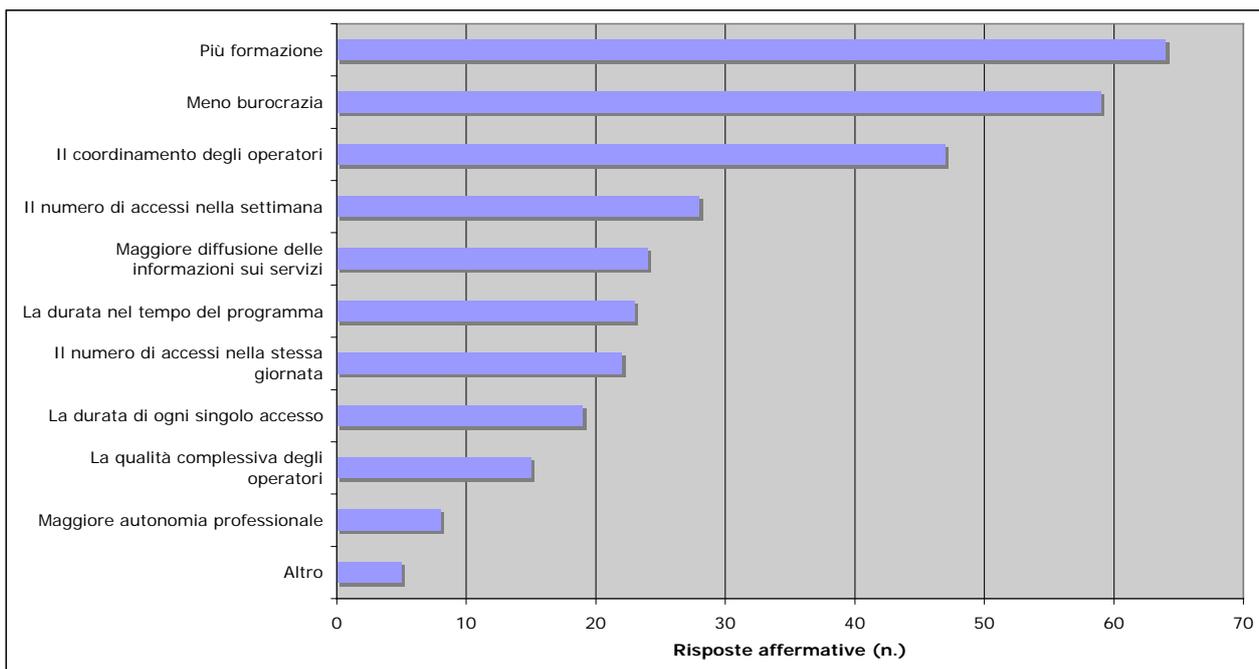
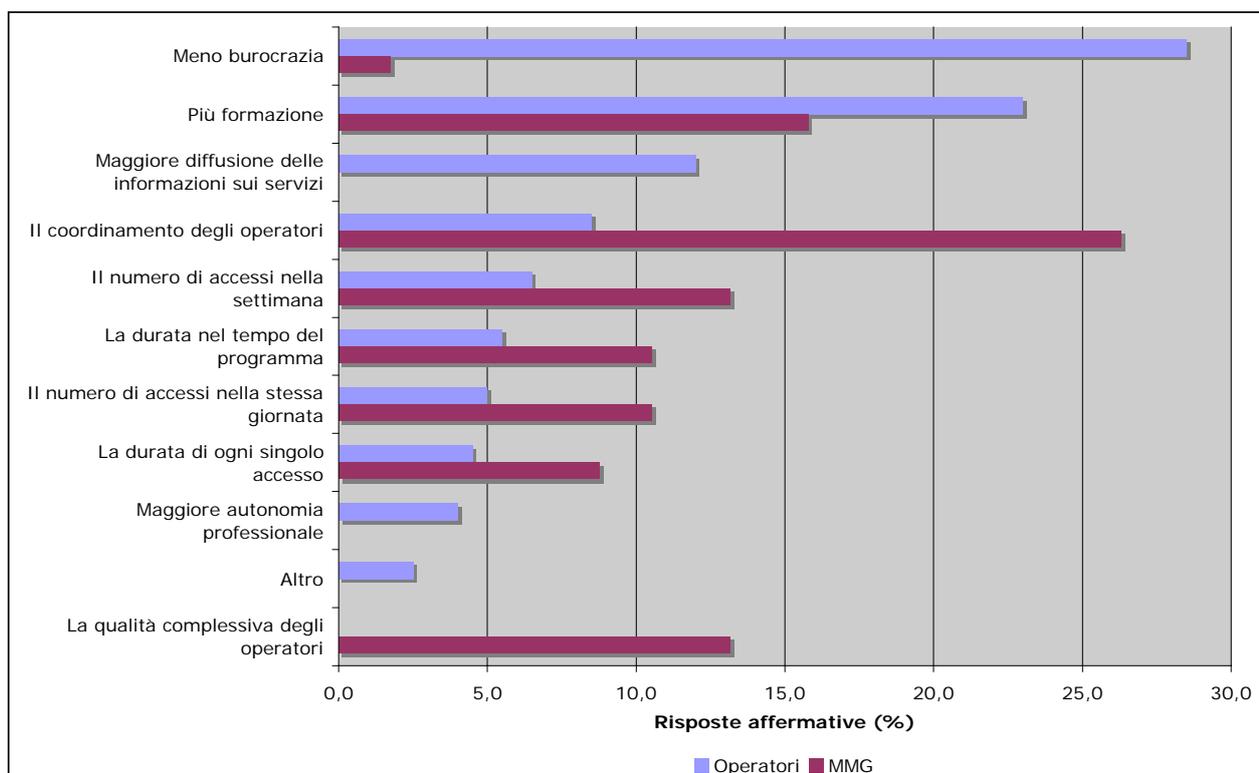


Figura 13: Cosa migliorare? (Operatori verso MMG)



1.8 Domande specifiche: gli operatori delle aziende erogatrici

Gli operatori ritengono che il sistema rispetti il proprio ruolo professionale (83% di risposte positive), permetta di esprimere al meglio la propria professionalità e risponde alle esigenze presentate dai pazienti incontrati (76,8% di risposte positive).

Più distribuito il giudizio sui controlli e sull'impatto delle incombenze amministrative sulla propria attività.

Il sistema dei controlli appare accettato (il 60% degli operatori esprime un giudizio nel complesso positivo) ma fonte di dubbi e disagi. La maggior parte dei giudizi negativi è concentrata su due aspetti: i controlli sembrano troppo orientati a verificare aspetti formali del lavoro di cura e a sottolinearne gli aspetti negativi. Anche le incombenze amministrative attirano molte critiche: più di metà degli operatori sottolinea l'insicurezza che esse determinano ("hai sempre paura di sbagliare") e il ridotto o assente rapporto con la realtà del proprio lavoro. Nel complesso, comunque, circa la metà degli operatori dichiara che il sistema va bene così e che controlli e adempimenti nel complesso "aiutano a lavorare meglio".

Anche rispetto al tema del lavoro in équipe (Tabella 5) emergono incertezze e un quadro distribuito dei giudizi. La maggior parte delle aziende erogatrici prevede riunioni periodiche dei propri operatori, ma è evidente che queste non possono esaurire le necessità di confronto con gli altri riferimenti del sistema di cura domestico non appartenenti alla stessa azienda ma comunque attivi nel programma globale. In particolare, sembra sensibile il bisogno di un maggior confronto con i MMG o i medici specialisti e una sensazione diffusa di solitudine operativa o, perlomeno, decisionale.

Tabella 5: "Nel suo lavoro domiciliare, sente il bisogno di un confronto con altri?"

Risposta	Risposte affermative (n.)	%
Sarebbero utili incontri periodici con gli altri componenti dell'équipe	37	19,6
Mi confronto con gli altri professionisti durante le riunioni di équipe	36	19,0
Sento il bisogno di confrontarmi con gli specialisti	35	18,5
Sento il bisogno di confrontarmi con i MMG	33	17,5
A volte non si capisce proprio niente e bisogna improvvisare	11	5,8
Riesco a confrontarmi solo con i familiari e le badanti	11	5,8
Si lavora sempre di corsa; non c'è proprio il tempo	8	4,2
Raramente, i problemi che affronto sono abbastanza semplici	6	3,2
No mai, le indicazioni sono sempre chiare	6	3,2
No, mai, lavoro bene da solo	4	2,1
Si lavora sempre da soli	2	1,1
Preferisco non rispondere	0	0,0
Totale	189	100,0

1.9 Domande specifiche: i medici di medicina generale

Nella sezione specifica del questionario indirizzato ai MMG è stata esplorata (Tabella 6) la conoscenza delle definizioni del sistema di cura. Solo un MMG su cinque dichiara una buona conoscenza di esse, mentre poco meno del 60% ammette una conoscenza solo parziale e un altro 20% afferma di non conoscerle del tutto. In particolare, le definizioni più oscure appaiono quelle di Credit e di Voucher flessibile.

Tabella 6: Ti sono chiare le definizioni di assistenza estemporanea, credit, voucher, voucher flessibili, cure palliative?

Risposte	N.	%
Completamente	10	20,4
Solo in parte	28	57,1
Non so	1	2,0
Non del tutto	10	20,4
Per niente	0	0,0
Totale	49	100,0

Per il 71% dei MMG intervistati il sistema sembra rispettare in tutto o in parte il proprio ruolo professionale e istituzionale, ma è da rimarcare come questo giudizio non trovi d'accordo quasi un terzo degli intervistati.

Un tema centrale per gli obiettivi del programmatore regionale è quello della libera scelta del gestore dei servizi da parte di anziani e famiglie. Su questo aspetto una proporzione significativa dei MMG esprime dubbi; in particolare, il 45% ritiene che il sistema garantisca solo in parte questa libertà e un altro 25% che il sistema non la garantisca del tutto o per niente. I motivi sembrano concentrati soprattutto nella difficoltà ad esprimere una scelta consapevole su gestori poco o nulla conosciuti. La Tabella 7 riassume il punto di vista dei MMG su questo aspetto; viene sottolineata la difficoltà dei familiari a reperire informazioni adeguate e la necessità che le famiglie siano meglio sostenute durante questa ricerca.

Tabella 7: “Uno dei caposaldi del sistema lombardo è la tutela della libera scelta del gestore pattante da parte dei familiari. Secondo la tua opinione, il sistema di assistenza domiciliare garantisce effettivamente questa libertà?”

Risposte	N.	%
Si, ma dovrebbero essere meglio sostenuti	19	38,8
No, non sono in grado	13	26,5
No, fanno fatica a trovare informazioni	11	22,4
Non so	5	10,2
Si, possono farlo da soli	1	2,0
Preferisco non rispondere	0	0,0
Totale	49	100,0

Questo ruolo di informazione e accompagnamento sembrerebbe congeniale a quello istituzionale dei MMG, ma solo un quinto degli intervistati dichiara una buona capacità in questo senso, sostenuta da una solida conoscenza dei gestori del proprio territorio (Tabella 8). Gli altri esprimono maggiori o minori difficoltà. In particolare, solo il 16% dei medici intervistati dichiara di conoscere tutti i gestori accreditati del proprio territorio, il 20,4 la maggior parte, il 49% solo alcuni e il 4% nessuno.

Tabella 8: “Sapresti consigliare anziani e famiglie rispetto alla scelta di uno o l'altro soggetto pattante?”

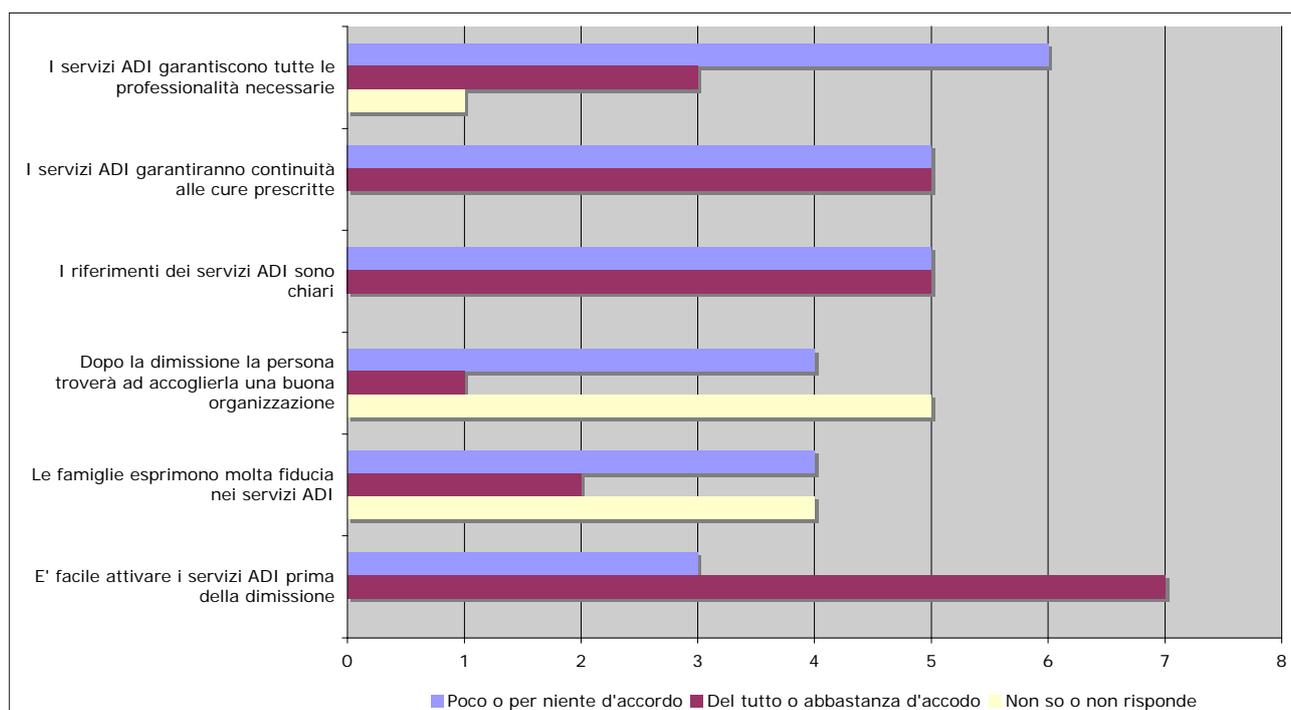
Risposte	N.	%
Si ma non sempre, non so bene chi lavori meglio o peggio	18	36,7
No, solo raramente so chi lavora meglio o peggio	13	26,5
Si, sempre, so chi lavora meglio o peggio	10	20,4
Non so	6	12,2
No, in realtà non so chi lavori meglio o peggio	2	4,1
Preferisco non rispondere	0	0,0
Totale	49	100,0

1.10 Domande specifiche: i geriatri ospedalieri

Anche i geriatri ospedalieri ammettono una conoscenza limitata delle definizioni del sistema ADI/Voucher. In particolare nessuno dei geriatri intervistati dichiara una conoscenza completa o sicura delle definizioni e anche in questo caso quelle più oscure sono quelle di Credit e di Voucher flessibile.

Nel questionario dedicato è stato esplorato soprattutto il sostegno percepito alla fase della dimissione protetta di un paziente anziano che richieda cure ulteriori dopo il rientro al proprio domicilio. La Figura 14 descrive le risposte alle principali domande orientate in questa direzione. Traspare incertezza rispetto ad alcune variabili centrali, come la copertura delle professionalità necessarie, la sicurezza di continuità delle cure o la chiarezza dei riferimenti. Anche in questo caso è evidente, oltre ad una visione poco positiva del sistema, la ridotta conoscenza della realtà esterna alle mura ospedaliere; ad esempio praticamente tutti gli intervistati non sanno se la persona dimessa “troverà ad attenderlo una buona organizzazione” o esprimono una opinione francamente negativa al proposito. Anche la facilità di attivazione determina molti dubbi e la maggior parte degli intervistati preferisce non rispondere alla domanda.

Figura 14: La dimissione protetta



1.11 La relazione fra sistemi: il giudizio reciproco fra MMG e gestori accreditati

La relazione fra MMG e operatori dei gestori accreditati sembra meritevole di attenzione. Nei paragrafi precedenti è già stato affrontato il tema della diversa percezione del sistema (figura centrale, figure di riferimento) da parte dei diversi attori. Altre considerazioni interessanti emergono dalle risposte alle domande dei rispettivi questionari orientate a indagare il giudizio reciproco fra MMG e gestori accreditati.

La Figura 15 riassume questo aspetto della relazione fra attori. E' evidente un certo sbilanciamento. Mentre i MMG dichiarano un'immagine complessivamente positiva della qualità dei gestori e degli operatori, così non è in senso opposto. La Figura 16 descrive in dettaglio le risposte raccolte fra gli operatori. Questo giudizio è la somma di opinioni contrastanti: l'associazione di risposte più frequente in questo caso è quella di chi dichiara che "alcuni sono molto bravi" - che resta comunque la risposta relativa più frequente - associando a questa le risposte "alla maggior parte non interessa nulla dell'ADI" oppure "alcuni fanno davvero confusione". Equivalente la proporzione di chi ritiene il MMG un riferimento sicuro nella gestione dei pazienti in ADI rispetto a chi sostiene il giudizio opposto.

Figura 15: Il giudizio reciproco fra MMG e operatori delle aziende erogatrici.

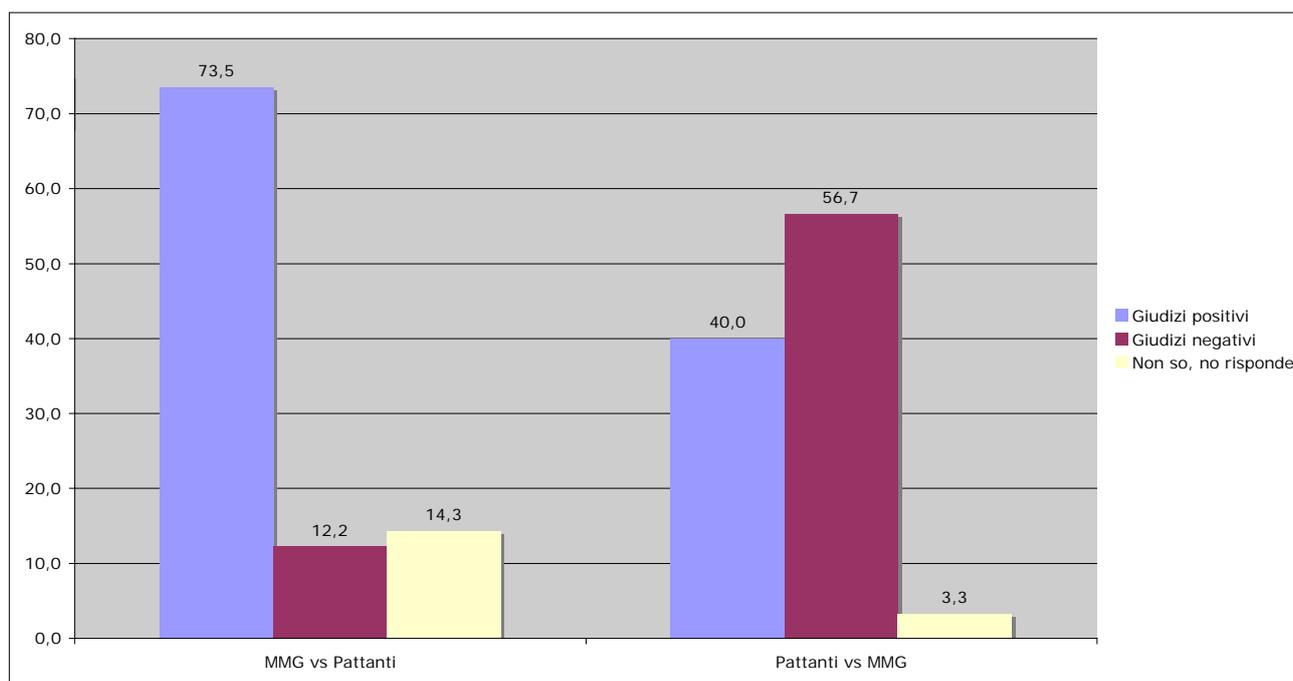
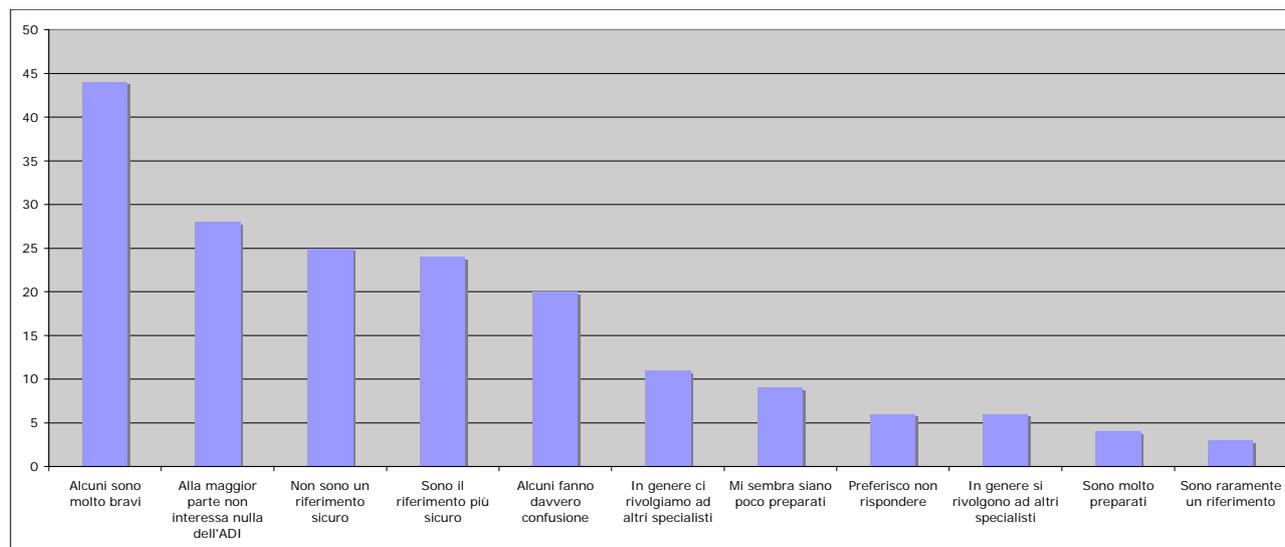


Figure 16: I MMG visti dagli operatori dei gestori accreditati



1.12 Conclusioni

Il punto di vista sul sistema delle cure domiciliari da parte dei suoi principali attori professionali è articolato. Il giudizio complessivo è certamente positivo, più distribuito ma tendenzialmente negativo quella sulla sua complessità burocratica e, per i MMG, sulla chiarezza dei ruoli e la qualità del coordinamento. Sempre i MMG sono più critici sulle risorse economiche a disposizione del sistema e sulla remunerazione delle prestazioni, che nel complesso soddisfa invece gli operatori degli enti erogatori. Le aree di miglioramento possibili riguardano la semplificazione amministrativa e, in minor misura, il coordinamento e la formazione e qualità degli operatori

Nell'immagine di tutti, le famiglie sono soddisfatte dell'assistenza ricevuta ma gestiscono autonomamente la maggior parte delle esigenze di cura e, soprattutto, si affidano più spesso a una badante che ai servizi. Nell'immagine che si ricava dalla rilevazione le badanti sono oggi attori a pieno titolo, se non addirittura componenti strutturali del sistema.

La figura percepita come figura centrale del sistema è l'infermiere, seguita da fisioterapisti e badanti. Mano visibile, per gli operatori, il MMG. Questo ruolo centrale è comunque distribuito in proporzione simili fra tutte le figure che appartengono al sistema di riferimento. In un caso su sei, comunque, non è chiaro chi rivesta questo ruolo. Il sistema di riferimento nel suo complesso per la cura di una persona anziana non autosufficiente, appare costituito da operatori, MMG, familiari diretti e badanti, seguito dai diversi uffici o servizi di supporto esterno.

Il ruolo del MMG sembra in evoluzione; non è centrale per la maggior parte degli operatori ma anche per poco meno della metà dei MMG intervistati. Fa comunque parte del sistema di riferimento più diretto per la cura domiciliare di una persona anziana non autosufficiente, ma con un ruolo più esterno rispetto a familiari, operatori e badanti. Gli operatori hanno nei suoi confronti un atteggiamento ambivalente: alcuni MMG sono descritti come molto bravi e solido riferimento, ma la maggior parte dei restanti sono visti come distanti dal sistema o come figure potenzialmente critiche.

Nel complesso i MMG apprezzano il sistema e gli enti erogatori, ma dichiarano una conoscenza parziale delle sue articolazioni e degli erogatori accreditati. Rispetto alla possibilità che pazienti e famiglie siano in grado di esercitare la libera scelta del gestore, i MMG esprimono forti dubbi; più spesso ritengono che non siano in grado o che dovrebbero essere meglio sostenuti. Percepiscono sé stessi come un supporto possibile, ma con i limiti che derivano da una parziale conoscenza degli enti erogatori e della loro qualità.

Infine, traspare uno scollamento fra sistemi. I geriatri intervistati dichiarano una conoscenza limitata dei servizi che potranno accogliere la persona anziana dopo la sua dimissione. Questa, appare un po' un salto nel buio. L'organizzazione esterna è poco conosciuta ma più spesso percepita negativamente. Il ruolo più defilato del MMG completa una immagine di dialogo probabilmente da ripensare sotto molti aspetti.

Sintesi della ricerca

La ricerca offre un'immagine della percezione del sistema da parte dei suoi attori principali e del clima delle relazioni reciproche. Sono stati raccolti 158 questionari, da 49 MMG, 10 geriatri, 68 infermieri, 27 fisioterapisti e 4 OSS (83M, 75F, età media 44,4, esperienza professionale media in ADI 15 anni). Gli operatori sono divisi equamente fra operatori di gestori accreditati e di sistemi ADI pubblici.

Il giudizio complessivo sul sistema ADI/Voucher è positivo nel 79% dei casi mentre i giudizi negativi sono marginali e prevalentemente inerenti la sua complessità burocratica. Adempimenti e controlli sono accettati (il 60% degli operatori esprime un giudizio positivo) ma fonte di disagi: le verifiche sembrano troppo orientate verso gli aspetti formali e poco collegati alla realtà del lavoro di cura. I MMG esprimono dubbi sulla qualità del coordinamento, la chiarezza dei ruoli, l'intensità e durata dei programmi e la consistenza delle risorse economiche a disposizione del sistema. L'89,7% dei MMG e il 63,6% degli operatori ritiene inadeguata la remunerazione delle proprie prestazioni mentre la maggioranza di entrambi giudica rispettato il proprio ruolo professionale.

Viene sottolineata la ridotta diffusione di informazioni. Solo un MMG su cinque e una proporzione ancora inferiore dei geriatri ospedalieri dichiara una buona conoscenza del sistema. Questa dimensione intercetta il tema della libertà e capacità di scelta delle famiglie. Il 70% dei MMG ritiene che il sistema garantisca solo in parte questa libertà, per la difficoltà ad esprimere una scelta consapevole su gestori poco o nulla conosciuti. Il ruolo di informazione e accompagnamento sembrerebbe congeniale a quello istituzionale dei MMG, che esprimono però molti dubbi al proposito.

Secondo le dichiarazioni di medici e operatori, le famiglie sembrano soddisfatte dell'assistenza ricevuta ma gestiscono autonomamente la maggior parte delle cure necessarie e si affidano più spesso a una badante che ai servizi. Nell'immagine che si ricava, le badanti sono oggi componenti strutturali del sistema di cura domestico. La componente professionale del sistema del sistema ADI/Voucher sembra ruotare intorno agli infermieri, ma il ruolo centrale è distribuito e, soprattutto, non chiaro ai suoi attori in un caso su sei.

Il sistema di riferimento per l'assistenza a domicilio di una persona anziana non autosufficiente è certamente più ampio. Per i MMG il nucleo "forte" del sistema è rappresentato da infermieri, familiari diretti e MMG. Seguono fisioterapisti e badanti e, poi, con una rilevanza inferiore, gli altri attori. Gli operatori identificano invece come nucleo principale infermieri e badanti, seguiti da familiari diretti e fisioterapisti. Il MMG è collocato su un piano immediatamente successivo. Nella percezione degli operatori, medici specialisti e servizi ospedalieri sono un riferimento superiore rispetto a quanto appare ai MMG mentre gli operatori dei gestori privati hanno un riferimento forte nel proprio coordinatore ADI.

A questo livello si giocano le relazioni e la percezione reciproca fra i diversi sistemi professionali. I MMG dichiarano un'immagine complessivamente positiva della qualità dei gestori e degli operatori, mentre il giudizio degli operatori sui MMG è più articolato. Anche i geriatri esprimono dubbi sulla qualità del sistema extr-ospedaliero. Traspare incertezza rispetto ad alcune variabili determinanti per la dimissione protetta di un paziente anziano che richieda cure ulteriori dopo il rientro al proprio domicilio, come la possibilità di disporre delle professionalità necessarie, la sicurezza di continuità delle cure o la chiarezza dei riferimenti e una visione poco positiva del sistema. La totalità degli intervistati non sa se la persona dimessa "troverà ad attenderlo una buona organizzazione" o esprime al proposito una opinione francamente negativa. Gli operatori sottolineano il tema del lavoro in équipe. La maggior parte delle aziende erogatrici prevede riunioni periodiche dei propri operatori, ma è evidente che queste non possono esaurire le necessità di confronto con gli altri riferimenti del sistema di cura domestico non appartenenti alla stessa azienda ma comunque attivi nel programma globale. In particolare, sembra sentito il bisogno di un maggior confronto con i MMG o i medici specialisti e una sensazione diffusa di solitudine operativa o, perlomeno, decisionale.

Nel complesso, la ricerca deriva un'immagine della relazione fra sistemi probabilmente da ripensare sotto molti aspetti.

APPENDICE D - IL PUNTO DI VISTA DEI MMG

1.1 Le forme associative nella medicina generale

I nuovi modelli della medicina generale riscuotono un consenso crescente da parte dei medici di medicina generale (MMG) e delle diverse sigle sindacali o società scientifiche. I più recenti Accordi Collettivi Nazionali e le diverse applicazioni locali sembrano favorire la loro diffusione, in modo analogo a quanto appartiene ormai a altre professioni autonome e alla stessa organizzazione delle cure primarie di altri paesi europei.

Non tutti i MMG sono però favorevoli a questa evoluzione e sono evidenti molte divergenze a livello delle principali firme sindacali e delle diverse società scientifiche. Ma l'evoluzione organizzativa sembra ormai inevitabile. Oltre che per gli innegabili vantaggi organizzativi, di qualità clinica e di osservazione epidemiologica, i nuovi modelli rafforzano certamente la medicina generale rispetto alla crescente aziendalizzazione del sistema e alla diffusione di logiche manageriali nella relazione fra attori. Fra i settori che sicuramente godranno di ricadute positive, è possibile citare quelli della gestione integrata delle malattie di lunga durata, delle cure palliative, delle cure domiciliari a malati complessi.

In Lombardia appartengono ormai a una o l'altra delle diverse forme associative il 67,5% dei MMG (Irer, 2010) (Tabella 1). La loro distribuzione è eterogenea; Sondrio, Monza e Pavia sono le ASL dove l'associazionismo fra MMG è più diffuso. La forma più rappresentata è la Medicina in rete, seguita dalla Medicina in gruppo, mentre il 5% dei MMG lombardi è organizzato in vere e proprie strutture complesse, in grado di erogare ai propri assistiti prestazioni diagnostiche, ambulatoriali e domiciliari di livello anche avanzato.

1.2 Nuovi modelli organizzativi per la medicina generale e nuove possibilità per i sistemi di cure territoriali

I modelli associativi più complessi dispongono di personale proprio, attivo anche a domicilio, e possono stabilire accordi di collaborazione e raggruppamenti con enti di diversa natura per costruire sinergie operative di particolare interesse per gli scopi di questo volume e di questo capitolo.

La qualità del lavoro sembra migliorare e così la gestione integrata delle malattie di lunga durata, delle cure palliative e delle cure domiciliari a malati complessi. La letteratura dimostra una relazione positiva tra associazionismo medico, appropriatezza dei ricoveri e riduzione delle dimissioni inappropriate (FIASO, 2008). Potenzialità quindi, ma anche una possibile competizione nei confronti delle nuove aziende che operano sul mercato.

Alcune esperienze, come quella delle cooperative di MMG associate in CO.S (Consorzio Sanità) appaiono funzionali al nuovo modello di relazioni fra attori istituzionali e accreditati della Regione Lombardia. Il consorzio sperimenta da tempo forme organizzative evolute per le cure primarie, fra cui il cosiddetto Presidio Territoriale (PTMG), che integra MMG, servizi diagnostici territoriali e servizi di continuità assistenziale, garantendo un punto di primo soccorso attivo sulle 24 ore. Il PTMG è inoltre sede di ambulatori per patologia che seguono secondo protocolli diagnostico-terapeutici (PDTA) condivisi fra ASL, MMG e specialisti le persone affette dalla principali malattie di lunga durata. Nella sua impostazione progettuale il

PTMG può erogare prestazioni assistenziali di primo livello e servizi di consulenza sociale orientati all'integrazione socio-sanitaria nelle cure primarie.

Lo stesso Accordo collettivo nazionale fornisce inoltre indicazioni alle Regioni rispetto alla diffusione delle cosiddette Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), vere e proprie strutture ponte fra il sistema ospedaliero e i sistemi di cure primarie. Il modello complessivo proposto dal consorzio è meglio descritto nella **Figura 1**. Tutti questi modelli possono e potrebbero gestire autonomamente interventi domiciliari di diversa natura e complessità ma, evidentemente, sono chiamati a confrontarsi con gli altri attori attivi sul territorio e con il modello di erogazione delle cure domiciliari attualmente in essere.

1.3 MMG e sistema ADI/Voucher

In questo scenario particolarmente dinamico, non stupisce che le opinioni sul sistema ADI/Voucher raccolte dai diversi MMG intervistati divergano o che siano evidenti molti disagi o incertezze di ruolo.

La rilevazione sul campo (Appendice C) ha confermato che i MMG esprimono un giudizio complessivamente positivo sul sistema, che comprende però riflessioni personali più articolate e meglio espresse nelle domande aperte e nelle condivisioni dirette con gli interlocutori.

Per molti MMG il sistema ADI/Voucher attuale è “meglio che niente” e risponde certamente ad alcune esigenze dei pazienti più complessi. Alcune, nel senso che i MMG sottolineano come l'ADI sia oggi essenzialmente un intervento infermieristico e, in minor misura, riabilitativo.

Questa osservazione è coerente con i dati della rilevazione sul campo e con quelli di fonte regionale. Nel corso dell'indagine che ha portato alla stesura di questo capitolo, queste osservazioni sono state meglio articolate attraverso il confronto con singoli attori privilegiati, che appartengono a quel sottogruppo di MMG che gli operatori definiscono sotto la tipologia di risposta: “alcuni sono veramente bravi”, quella che ha raccolto il gradimento relativo più frequente nelle risposte degli operatori dei servizi domiciliari (Appendice C).

Sicuramente, anche in questo caso emerge come la situazione lombarda sia tutt'altro che omogenea, anche per la medicina generale e la sua relazione con gli altri sistemi di cure. Le differenze fra MMG che operano in diversi contesti sono notevoli. Provincia, paesi e zone a media urbanizzazione appaiono più spesso realtà felici; il distretto viene ancora avvertito come il “mio” distretto e le relazioni personali fra medici, referenti dei distretti e operatori del territorio, forti e di reciproca collaborazione. In questo scenario, le rigidità normative vengono facilmente superate e il sistema si adatta senza problemi alle preferenze degli attori locali.

Ben diversa la situazione in aree più isolate o a maggiore urbanizzazione. Emblematico, sotto questo aspetto, il caso di Milano, che sembra acuire i disagi e le incertezze anche di ruolo di molti MMG. Per inciso, Milano è invece la città nella quale operatori e enti erogatori sembrano operare meglio, ma il giudizio di molti MMG è in questo caso ben diverso (Box).

In questi contesti, a Milano come in alcune altre ASL o in alcuni distretti, le relazioni personali e istituzionali dei MMG appaiono davvero confuse o francamente conflittuali. Emergono così prese di distanza dal sistema, avvertito come estraneo. Le aziende sanitarie sembrano applicare norme lontane e poco aderenti alla realtà, i gestori operano in autonomia, il coinvolgimento del medico e la condivisione di scelte e obiettivi assente.

“... A Milano, l'ADI praticamente non esiste più: quando si attiva l'intervento il paziente viene direttamente gestito dal personale dei pattanti; si tratta di personale che cambia continuamente, di preparazione spesso modesta e con il quale è difficile instaurare un rapporto di collaborazione e controllo. Inoltre, non esiste alcuna incentivazione al medico perché si faccia carico di una gestione complessa. O il MMG opera in termini volontaristici o viene prontamente estromesso da tutto. I pattanti hanno fundamentalmente la gestione completa dell'assistenza domiciliare e, credo, con scarsissimo controllo”

Più in generale, nelle dichiarazioni dei MMG il sistema nel suo complesso non sembra favorire di per sé il lavoro in équipe. Sono piuttosto le relazioni personali, più facili in alcuni contesti che in altri, il motore della condivisione, non il modello. Se le relazioni non funzionano o l'applicazione organizzativa è più rigida, allora agli occhi dei MMG il sistema si scompone; diventano i familiari a fare da cerniera e mediatori della comunicazione e i diversi attori si allontanano o competono in modo non sempre favorevole per il paziente.

Non è l'argomento di questa rilevazione, ma una delle aree più critiche nel giudizio dei MMG è quella delle Cure palliative. Non per la qualità della presa in carico, giudicata univocamente elevata, ma perché l'intervento dei servizi di cure palliative sembra quello che più facilmente sostituisce e non integra l'azione del MMG. Proprio in questo caso, i MMG si sentono spesso estromessi da una storia di cura che ha avuto modo di prolungarsi anche per anni, e che viene mantenuta nelle fasi finali solo grazie all'azione spontanea dei familiari, che mantengono una relazione con lui e lo aggiornano sull'evoluzione della malattia.

1.4 MMG e pattanti: un rapporto difficile

Nella visione di diversi MMG il giudizio sui gestori accreditati è più critico di quello mediamente espresso nei questionari. Gli enti erogatori sono spesso percepiti come una sorta di lobby la cui influenza è particolarmente evidente in alcuni contesti locali. A loro sono attribuite, a torto o a ragione, molte resistenze politiche alla diffusione dei modelli gestionali evoluti in medicina generale e di forme organizzative potenzialmente alterative o concorrenziali rispetto a quella delle principali aziende erogatrici.

Gli enti erogatori, agli occhi dei MMG intervistati, garantiscono un buon servizio ma con alcune criticità ricorrenti. In alcuni scenari locali non c'è possibilità di scelta, l'erogatore è uno solo. In altri sono tanti, la qualità diventa meno controllabile e alcuni attori sembrano davvero improvvisati. Più che sulla qualità dell'azienda, il giudizio dei MMG si basa piuttosto sulla relazione con il singolo operatore incontrato. E' il rapporto con lui che può fare la differenza, ma viene segnalato come i cambiamenti di personale siano frequenti e tali da modificare anche rapidamente la qualità delle prestazioni sul singolo caso.

1.5 Gli altri attori

Le badanti non sembrano invece godere di una immagine favorevole. Nel giudizio degli intervistati sembra necessaria la presenza di un familiare forte che diriga il sistema. In caso contrario la gestione delle relazioni con un anziano solo e fragile può apparire critica e fonte di disagi. Negativo il giudizio medio sulle loro capacità.

Sotto il piano squisitamente tecnico è invece diffusa la richiesta di un maggior intervento specialistico. Nelle case sono gestiti casi anche di una certa complessità e il sistema appare a questo livello carente. Soprattutto

lamentata la carenza dei fisiatristi, che determina lentezze nell'attivazione o nel monitoraggio degli interventi riabilitativi, già di per sé critici per la ridotta durata dei programmi.

1.6 Conclusioni

Nel complesso, è possibile sostenere che la medicina generale stia attraversando una profonda fase di revisione del proprio ruolo e del proprio modello di lavoro. Ma anche gli altri sistemi di cura faticano a comprendere la sua evoluzione attuale e la sua specifica metodologia. E' il caso della rete ospedaliera, dei servizi ambulatoriali specialistici e, oggi, dell'interazione con i nuovi attori dei sistemi di cura territoriali. Esiste l'evidente pericolo di un'ulteriore frammentazione di una rete dei servizi già disorganica e poco orientata verso i modelli di lavoro condivisi.

In ugual misura, però, i più recenti sviluppi dei sistemi di cure primarie procedono in direzione opposta, anche se con le incertezze e difficoltà descritte in questa Appendice. Progettano e sperimentano sistemi complessi, altamente organizzati, vicini alle persone e fortemente orientati a rinforzare la fruibilità e accessibilità di tutti i servizi, anche domiciliari.

Una partita, quindi, ancora tutta da giocare, che non può comunque prescindere da una medicina generale forte, motivata e riconosciuta nella sua essenzialità per il coerente sviluppo dei sistemi di cura moderni.

Tabella 1: Distribuzione per ASL delle diverse forme associative della medicina generale (dati 2008)

ASL	Densità abitativa (ab/km2)	MMG singoli		Associazionismo semplice		Medicina in rete		Medicina in gruppo		Strutture complesse		Totale		
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	MMG	Forme associative	%
Bergamo	397	194	29,1	111	16,7	172	25,8	189	28,4	0	0,0	666	472	11,7
Brescia	259	262	38,0	148	21,4	121	17,5	133	19,3	26	3,8	690	428	10,6
Como	455	187	40,6	105	22,8	88	19,1	47	10,2	34	7,4	461	274	6,8
Cremona	204	50	22,0	25	11,0	99	43,6	28	12,3	25	11,0	227	177	4,4
Lecco	412	34	15,6	24	11,0	104	47,7	16	7,3	40	18,3	218	184	4,6
Lodi	287	45	30,2	3	2,0	89	59,7	12	8,1	0	0,0	149	104	2,6
Mantova	175	78	28,1	36	12,9	101	36,3	63	22,7	0	0,0	278	200	5,0
Milano	1911	454	40,3	181	16,1	340	30,2	152	13,5	0	0,0	1127	673	16,7
Milano 1	1145	189	30,8	73	11,9	130	21,2	197	32,1	24	3,9	613	424	10,5
Milano 2	na	150	37,1	27	6,7	170	42,1	57	14,1	0	0,0	404	254	6,3
Monza e Brianza	2090	99	18,6	55	10,3	196	36,8	100	18,8	82	15,4	532	433	10,7
Pavia	182	119	30,6	28	7,2	97	24,9	100	25,7	45	11,6	389	270	6,7
Sondrio	57	63	40,6	18	11,6	9	5,8	60	38,7	5	3,2	155	92	2,3
Varese	728	na	Na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na
Valcamonica	74	18	26,5	4	5,9	24	35,3	22	32,4	0	0,0	68	50	1,2
	Totale	1942	32,5	838	14,0	1740	29,1	1176	19,7	281	4,7	5977	4035	100,0

Fonte IRER. Definizione di nuovi modelli di gestione dei MMG, differenziati in base alle specificità territoriali e coerenti con i bisogni dei cittadini. Irer, Milano, 2010

Figura 1: Il modello organizzativo di Co.S

QuickTime™ e un
decompressore
sono necessari per visualizzare quest'immagine.

Fonte Consorzio Sanità, 2010

APPENDICE E - IL PUNTO DI VISTA DEGLI ENTI EROGATORI SUL SISTEMA ADI/VOUCHER

1.1 Il punto di vista degli erogatori sul sistema ADI/Voucher

Una delle novità sostanziali del sistema ADI/Voucher è rappresentata dall'introduzione nel sistema delle cure domiciliari di nuovi soggetti definiti, a seconda delle abitudini locali: pattanti, erogatori, gestori. Ad essi viene demandata l'erogazione effettiva dei servizi acquistabili attraverso i nuovi titoli economici.

La relazione fra ASL e enti erogatori rappresenta una delle funzioni cardine del sistema; un sistema nuovo per le Aziende sanitarie e per i suoi operatori. La fase di adattamento ha determinato non pochi disagi e ha richiesto la ricerca di nuovi assetti e modelli di riferimento (Gori, 2005). Non sorprende, quindi, l'eterogeneità delle soluzioni adottate, anche perchè questa evoluzione è avvenuta in assenza di una guida centrale forte. La Regione ha limitato i suoi interventi a un orientamento leggero, lasciando molta libertà alle ASL di sperimentare soluzioni originali.

In questo scenario, ancora in divenire, si muovono organizzazioni di natura diversa. Fondazioni, Onlus, RSA, cooperative sociali di maggiore o minore esperienza, aziende pubbliche e aziende private, profit e no profit. E' un mondo diversificato, dove operano fianco a fianco società di servizi multinazionali e piccole realtà improvvisate, nate dalla libera iniziativa di pochi infermieri o operatori di assistenza. Un mondo eterogeneo che sta evolvendo, come nella sanità accreditata, verso direzioni non sempre prevedibili. Ma anche un mondo vivace, che ha animato in pochi anni un mercato in precedenza poco disponibile all'ingresso di nuovi attori.

Per esplorare questo mondo e il punto di vista di chi ad esso appartiene, sono stati contattati enti pubblici e privati, condivisi documenti, intervistati dirigenti, coordinatori e operatori. Molte informazioni derivano dalle note che i partecipanti alla rilevazione hanno voluto allegare a completamento del questionario.

Inoltre, alcuni gestori sono stati invitati a un Focus Group che si è tenuto il 3 marzo 2010 presso la sede dell'IRS di Milano. Hanno partecipato la Fondazione Maddalena Grassi, la Fondazione Don Gnocchi, Medicasa-Air Liquide, Mosaico Cure domiciliari (Gruppo Segesta) e Vivisol Home Care Services (Sol Group). Si tratta di organizzazioni che muovono complessivamente centinaia di operatori e decine di migliaia di prestazioni ogni anno, presenti nell'occasione con loro dirigenti o coordinatori di particolare esperienza

Le note che seguono sono la sintesi di questo complesso lavoro di raccolta ¹, integrate da osservazioni personali, dall'analisi dei dati di attività (Appendice B) e dalla rilevazione sul campo (Appendice C).

¹ Le osservazioni che seguono sono di mia esclusiva responsabilità e non sono state riviste dalle persone intervistate o coinvolte nella ricerca. Un ringraziamento particolare alle aziende e persone che a vario titolo hanno partecipato a questa ricerca, per la disponibilità dimostrata nella condivisione dei dati e la pazienza nella spiegazione delle articolazioni del sistema. In particolare, un ringraziamento a Rosaria Marotta, che ha contribuito attivamente alla stesura di questa sezione del capitolo, attraverso la registrazione degli interventi, la loro trascrizione e la prima revisione critica della stesura, e a Lucia Cassani, di Mosaico Cure Domiciliari, per la ricchezza dei contributi e dei documenti condivisi. Inoltre a: Quintino De Toma, di Vivisol Home Care Services; Carlo Castiglioni, di Medicasa-Airliquide; Rino Marengo della Fondazione Don Gnocchi di Milano; Clotilde Somenzi del Servizio di Cure Palliative dell'ASL di Mantova; Pierangelo Lora Aprile, della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG); Alberto Aronica, responsabile per la Lombardia del Consorzio Sanità (Co.S); Aurelio Limonta (FIMMG); Marina Bosisio, del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG); Tino Fugamalli e Sergio Pizzi della FNP Cisl Lombardia.

1.2 Chi sono gli erogatori?

Secondo le indicazioni del legislatore regionale, possono accreditarsi per l'erogazione dei servizi acquistabili con i nuovi titoli socio-sanitari, soggetti pubblici e privati, profit e no profit, che siano in possesso di alcuni requisiti di base ². La loro idoneità professionale e organizzativa è verificata dall'ASL del territorio di competenza. I requisiti sono definiti 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 ³ che definisce la reciproca "relazione fiduciaria". L'ente erogatore s'impegna al rispetto dei contenuti del Patto (Tabella 1), 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'accredimento. Nella fase di avvio della riforma, le ASL sono state stimolate a sostenere il nuovo modello, ricercando nuovi attori e favorendo il loro ingresso nel sistema ⁴. Negli anni successivi, gli erogatori sono cresciuti di numero e si sono diffusi sull'intero territorio regionale (Tabelle 2 e 3). Si tratta di un mondo vivace, che comprende società di servizi multinazionali, realtà di lunga esperienza e piccole organizzazioni spontanee. Cooperative e fondazioni rappresentano oltre il 70% delle forme d'impresa; minima la presenza di Ospedali, Aziende di servizi alla persona e aziende speciali per i servizi pubblici (ASP e ASSP). Le RSA ancora utilizzate come base operativa per i servizi domiciliari sono 85, ridotte rispetto alle 115 del 2006 ⁵.

Tabella 1: 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

² 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 del settore; operatività nel settore da almeno due anni; adeguata qualificazione del personale professionale.

³ Il patto di accreditamento deve rispettare i requisiti descritti nell'allegato B della DGR 12902/2003, ma i Direttori generali possono apportare integrazioni in rapporto alle esigenze peculiari del proprio ambito territoriale.

⁴ Prima del 2003, in molte ASL operavano già organizzazioni del terzo settore che cooperavano ai 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 nuove, fra cui organizzazioni e società di servizi private, anche multinazionali. Molte di esse operavano in precedenza in settori diversi, come la ristorazione aziendale, la pulizia e sanificazione, la distribuzione di gas medicali.

⁵ I gestori di RSA sembrano in difficoltà a offrire servizi vissuti come un appesantimento di una gestione 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

Tabella 2: Monitoraggio dal 2004 al 2008 dei soggetti accreditati per erogazione voucher socio-sanitari o credit (dati al 31-12-2008)

ANNO	Tipologia soggetti accreditati pubblici e no profit							Totale soggetti accreditati			RSA Non Profit	RSA Profit
	ATI	Coop. Sociali	Fondazioni e Onlus	ASP e ASSP	Comuni o Comunità montane	Aziende Ospedaliere	Associazioni e Enti Religiosi	Totale Soggetti Non Profit	Totale Soggetti Profit	Totale generale		
2004	4	49	52	8	5	4	9	131	31	162	82	5
2005	4	75	57	9	5	5	11	166	41	207	93	11
2006	6	87	59	9	6	3	10	180	47	227	102	13
2007	6	87	59	9	6	3	10	180	47	227	102	13
2008	7	90	61	9	5	1	11	184	55	239	74	11
%	2,9	37,7	25,5	3,8	2,1	0,4	4,6	77,0	23,0	100,0		

Fonte Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale, Unità Organizzativa Accreditamento e qualità sistema sociosanitario

Legenda: ATI: associazione temporanea di impresa. ASP: Azienda di Servizi alla Persona. ASSP: Azienda Speciale per i Servizi Pubblici.
Nota: nel 2007 gli accreditamenti sono stati temporaneamente sospesi.

Tabella 3: Distribuzione per ASL dei soggetti accreditati (dai al 31-12-2008)

ASL	Tipologia soggetti accreditati pubblici e no profit							Totale soggetti accreditati			
	ATI	Coop. Sociali	Fondazioni e Onlus	ASP e ASSP	Comuni o Comunità montane	Aziende Ospedaliere	Associazioni e Enti Religiosi	Totale Soggetti Non Profit	Totale Soggetti Profit	Totale generale	%
BG	0	9	8	0	2	0	2	21	8	29	12,1%
BS	1	11	5	0	0	0	0	17	2	19	7,9%
Co	0	4	5	0	0	0	2	11	6	17	7,1%
Cr	0	7	8	2	0	0	1	18	0	18	7,5%
LC	0	1	2	1	0	0	0	4	0	4	1,7%
LO	0	3	0	0	0	0	0	3	0	3	1,3%
MN	1	6	3	1	0	0	1	12	1	13	5,4%
Mi città	0	6	2	1	0	0	0	9	4	13	5,4%
MI 1	0	14	5	2	0	1	1	23	12	35	14,6%
MI 2	1	2	0	0	0	0	0	3	2	5	2,1%
Monza e Brianza	0	5	5	0	0	0	0	10	4	14	5,9%
PV	2	6	13	2	3	0	2	28	9	37	15,5%
SO	0	6	1	0	0	0	0	7	0	7	2,9%
VA	2	7	0	0	0	0	1	10	7	17	7,1%
Valcamonica	0	3	4	0	0	0	1	8	0	8	3,3%
Regione	7	90	61	9	5	1	11	184	55	239	100,0%
%	2,9%	37,7%	25,5%	3,8%	2,1%	0,4%	4,6%	77,0%	23,0%	100,0%	

Fonte Regione Lombardia, Bilancio Sociale 2008 (modificata)

Legenda: ATI: associazione temporanea di impresa. ASP: Azienda di Servizi alla Persona. ASSP: Azienda Speciale per i Servizi Pubblici

1.2.1 Dove sono gli erogatori?

La distribuzione dei gestori accreditati nelle diverse ASL è eterogenea. La **Tabella 4** la riassume in relazione alla popolazione residente con età uguale o superiore ai 75 anni ⁶. Nei diversi territori troviamo così da 1 a 9 erogatori ogni 10.000 residenti 75+, con una media regionale di 2,7. 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 5**).

La diversa distribuzione degli erogatori ha numerose cause. 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 regolazione locale: maggiore o minore rigidità dei criteri di accreditamento⁷, 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 rappresenta uno strumento importante di relazione reciproca fra ASL e erogatori; rispecchia 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: 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.

⁶ 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.

⁷ E' già stato ricordato che i Direttori generali hanno ampia facoltà di modificare o ampliare i criteri previsti come traccia base dalla delibera 12902/2003.

La maggior parte degli enti erogatori appartiene oggi al settore non profit, ma le organizzazioni commerciali crescono a una velocità quasi doppia (Tabella 6). Il modello lombardo sembra favorire questa evoluzione, in analogia a quanto già accaduto nel sistema sanitario o nel mondo delle RSA.

Tabella 4: 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 5: Possibili criticità della proliferazione degli enti gestori

<ul style="list-style-type: none"> o ingresso nel sistema di gestori improvvisati o con una minor cultura dei servizi domiciliari; o difficoltà di scelta delle famiglie; o relazioni più deboli fra gli attori del sistema locale; o minore conoscenza degli erogatori da parte dei MMG; o minore efficacia della condivisione di obiettivi fra gestori e ASL; o difficoltà per le ASL nella gestione dei controlli, nella ripartizione del budget e nel riconoscimento della qualità dei gestori migliori.
--

Tabella 6: Evoluzione dal 2004 al 2008 della tipologia degli enti erogatori

Anno	Totale soggetti accreditati (n.)		
	Non Profit	Profit	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

1.3 Il sistema ADI/Voucher: un giudizio positivo

Nel complesso, i gestori intervistati dichiarano un'impressione positiva del nuovo sistema, confermata dalle dichiarazioni dei loro operatori, già riassunte nel capitolo 8 e descritte in dettaglio nell'Appendice C.

Tre temi ricorrono, nel dialogo con i dirigenti e coordinatori degli enti accreditati. Dal loro punto di vista, i nuovi titoli hanno permesso:

- l'estensione all'intero territorio regionale di interventi in precedenza possibili solo in alcune ASL o distretti;
- la diffusione di interventi più flessibili e più facilmente adattabili alle caratteristiche dei diversi territori, dalle zone a minor densità abitativa ai contesti metropolitani, dalla pianura alle comunità montane;
- nuovi spazi di mercato ad aziende in grado di affiancare le ASL nella gestione delle cure domiciliari⁸.

Sotto il piano generale, quindi, i giudizi dei gestori coincidono con gli obiettivi del legislatore regionale e collocano le riflessioni dei paragrafi successivi su uno sfondo vissuto dagli erogatori come interessante e propositivo.

1.4 Dal paziente al cliente

Il sistema ADI/Voucher introduce principi di mercato in un sistema di intervento socio-sanitario. Le normali categorie (pazienti, familiari) sono in parte sostituite da quelle di clienti, committenti, detentori di un titolo contrattuale di natura economica. I giudizi dei gestori su questa nuova configurazione sono ambivalenti, condizionati anche dalla loro diversa storia; alcuni appartengono a organizzazioni, anche del terzo settore, con una lunga esperienza nel mondo dei servizi sociali e socio-sanitari; altri provengono da ambiti diversi, come quello delle aziende di distribuzione dei gas medicali, delle società di servizi, delle aziende di gestione dei servizi alberghieri o di sanificazione.

In generale, la sollecitazione dei nuovi pazienti-clienti è avvertita come positiva. Tutti gli attori danno molta importanza al loro giudizio e concordano sul fatto che, alla fine, è il cittadino a decretare il successo effettivo del nuovo sistema. Se è soddisfatto, è evidente che domanda e offerta hanno avuto modo di incontrarsi e il risultato è stato adeguato. Il cittadino diventa così il primo responsabile della sua assistenza, che non è più pianificata da professionisti e addetti ai lavori. Deve leggere, cercare, chiedere, provare. E ha sempre la possibilità di cambiare. La fase di ricerca e selezione dell'erogatore viene però segnalata come potenzialmente critica: è affidata al caso, alla posizione dell'erogatore nella lista che agli sportelli ASL viene consegnata alle persone, al passa-parola di comunità. E' più difficile per i soggetti più deboli.

I clienti di oggi sono comunque diversi dai pazienti di ieri. Sanno che possono scegliere e, giustamente, pretendono. A volte in modo anche eccessivo: l'orario particolare, il rifiuto degli operatori stranieri,

⁸ In effetti, molte forme di collaborazione o di affidamento dei servizi erano possibili anche in passato, ma attraverso il più complesso sistema delle convenzioni e delle gare di appalto. Nel dibattito con gli erogatori, il giudizio su questi ultimi è discordante, anche se più spesso sono citati con una modalità più chiara, solida e diretta di relazione contrattuale fra enti e ASL. Nei paragrafi successivi questo tema verrà ripreso in più occasioni.

l'intolleranza a ritardi o cambiamenti anche giustificati. Questi aspetti possono prevalere sulla qualità dell'assistenza, quando questa è giudicata con occhi professionali: le priorità del cittadino sono diverse da quelle dell'operatore o dell'organizzazione.

In questo senso, il sistema sembra aver prodotto i risultati desiderati dal programmatore regionale, compatibili con una visione liberista del mercato. E' un processo che ha analogie con l'evoluzione del sistema ospedaliero. I nuovi ospedali devono dotarsi di organizzazioni progettate intorno ai desideri dei nuovi clienti, che non amano le code, vogliono poter utilizzare il telefono e internet, gradiscono ambienti confortevoli, richiedono gentilezza e trattamenti personalizzati.

La percezione della qualità oggettiva dei professionisti, delle cure e dei loro esiti diventa una variabile personale, influenzabile dall'interfaccia con i clienti, dalla qualità del front office, dalla pressione dei media e dalle politiche commerciali.

Nel bene e nel male, è comunque espressione di una libertà desiderata, rispetto a modelli a impostazione più direttiva o paternalistica. Si tratta comunque di una provocazione potente rispetto ai sistemi pubblici o a forte governo pubblico; di questi, gli attori intervistati, segnalano soprattutto il rischio elevato di autoreferenzialità⁹.

1.5 Nuovi attori, nuova concorrenza

Del sistema fanno oggi parte aziende con una lunga esperienza nella gestione di servizi domiciliari ma anche nuovi attori. Secondo la maggior parte degli intervistati, le maglie di accesso al sistema sono piuttosto larghe, anche se gli obiettivi e le tendenze nelle diverse ASL sono molto diversi sotto questo aspetto. La proliferazione di erogatori che caratterizza alcuni territori viene descritta come fonte di possibili criticità (Tabella 4).

Sotto questo aspetto, è comprensibile che aziende e imprenditori che operano in un mercato sottolineino i rischi della maggiore concorrenza reciproca, ricercando piuttosto posizioni esclusive, protette o di franco monopolio. Il dibattito ha lasciato però emergere timori ben documentati rispetto ai pericoli della diffusione non controllata di organizzazioni, anche improvvisate o meno esperte nell'approccio al mondo delle cure domiciliari, che caratterizza soprattutto alcuni territori (Tabella 7).

Dove gli erogatori sono più numerosi, la condivisione di piani e programmi con il regolatore ASL è più difficile e tavoli di lavoro e incontri di programmazione possono assumere un taglio assembleare e meno efficace. Anche l'efficacia e la capillarità dei controlli sembra influenzata negativamente, con ricadute indirette sulla capacità delle aziende locali di riconoscere e selezionare i gestori migliori e di disincentivare la diffusione di organizzazioni meno qualificate. La numerosità degli erogatori ostacola anche il complesso processo di conoscenza reciproca fra clienti, gestori, operatori, medici e distretti, determinante ai fini di una scelta libera ma consapevole da parte delle famiglie (Appendice C) e allo sviluppo di un metodo condiviso con gli attori istituzionali.

⁹ Il rischio di autoreferenzialità del precedente sistema ADI a gestione ASL, è stato sottolineato anche dai referenti della FNP CISL Lombardia, che propongono come criticità del precedente modello ADI un modello di lavoro basato più sulle esigenze delle organizzazioni e degli operatori pubblici che sulla realtà dei pazienti e delle famiglie. In questo senso l'FNP osserva con favore il nuovo modello, che rafforza il potere di scelta e il potere contrattuale delle famiglie spostando il baricentro di equilibri consolidati, non più coerenti con le nuove esigenze.

In questo senso, esprimono dubbi non solo le organizzazioni più solide, ma anche quelle più piccole e localizzate. Soprattutto queste ultime segnalano il rischio di un minor riconoscimento del valore della propria storia e del proprio radicamento territoriale.

La numerosità degli erogatori rende infine più difficile la ripartizione del budget, ostacolando per molti gestori il raggiungimento della massa critica di dotazione economica necessaria a garantire, investimenti nella formazione e nella fidelizzazione e motivazione degli operatori. E' un tema che verrà ulteriormente ripreso nei paragrafi successivi.

Tabella 7: Le criticità di una eccessiva proliferazione degli enti gestori

- ingresso nel sistema di gestori privi di professionalità e cultura dei servizi domiciliari adeguate;
- distorsione del mercato per l'introduzione di logiche di ribasso e gestione meno tutelata degli operatori;
- difficoltà nella gestione dei controlli e nel controllo delle organizzazioni di bassa qualità;
- ostacolo alla conoscenza reciproca fra aziende, popolazione, medici e distretti e al riconoscimento delle organizzazioni di buona qualità;
- confusione dell'informazione indirizzata alle famiglie e difficoltà nella scelta consapevole del gestore;
- minore efficacia dell'azione di condivisione del metodo e delle scelte di sistema locale fra ASL e gestori.

1.6 La qualità: organizzativa, aziendale, delle cure

Aziende e operatori hanno interesse a vedere riconosciuta la propria qualità. Se l'erogatore funziona vedrà crescere il numero dei pazienti in carico. Questo, soprattutto attraverso meccanismi indiretti, come il passaparola di comunità o i commenti dei medici di famiglia o degli operatori del distretto. Se questo processo è ben gestito, il nome dell'azienda può circolare e gli enti stessi favoriscono e promuovono la sua diffusione. Esistono, quindi, politiche di promozione e di marketing che in alcuni territori sono più esplicite e dirette, entro i limiti resi possibili dal Patto di accreditamento.

La qualità del sistema ADI/Voucher ha a che vedere con ambiti numerosi e non sempre immediatamente evidenti. Fra questi possiamo citare:

- la qualità aziendale e organizzativa degli erogatori;
- la qualità gestionale dei processi interni alle ASL e quella della relazione fra ASL e distretti e fra ASL e Regione;
- la qualità della relazione fra erogatore e ASL e di quella fra erogatore e pazienti e famiglie;
- la qualità oggettiva e professionale delle prestazioni erogate e quella più complessiva della presa in carico della situazione clinica, assistenziale, ambientale, economica, emotiva e esistenziale della persone e dei care-giver.

Si tratta quindi di un processo articolato, difficile da analizzare.

Molti degli erogatori intervistati provengono da ambiti del Terzo settore o appartengono a organizzazioni di lunga esperienza; uno dei disagi espressi è quello che deriva dalla consapevolezza di lungo una delicata linea di confine: sono chiamati a confrontarsi con processi di cura complessi e per loro natura personalizzati, dovendo contare su strumenti molto semplificati e alla ricerca di una crescente standardizzazione. Questo rapporto è fonte di criticità; la semplificazione ricercata dalla normativa non è sempre adeguata a intercettare le esigenze dei contesti di complessità assistenziale. Questo disagio verrà meglio espresso in alcuni dei paragrafi successivi.

La qualità che il sistema analizza è comunque una qualità ricondotta a variabili diverse, che richiedono una riflessione puntuale. Secondo gli intervistati, nella maggior parte delle ASL assume particolare rilevanza il giudizio che gli operatori di distretto si formano sulla qualità dell'erogatore. Questo giudizio viene orientato da alcuni fattori più che da altri. E' importante il buon esito dei programmi di cura che sono stati ricevuti in carico, come la guarigione delle lesioni da decubito o il buon risultato di una riabilitazione. Ma anche l'assenza di reclami o i buoni ritorni sulla qualità della relazione da parte delle famiglie. In questo senso, le customer satisfaction sono giudicate dagli erogatori, un ottimo strumento per aiutare gli operatori dei distretti a formarsi un buon giudizio sulla propria organizzazione ¹⁰. Concorrono, infine, variabili aggiuntive, come la disponibilità di un call center attivo sulle 24 ore e 7 giorni su 7 o l'affidabilità e la velocità nella risoluzione dei problemi.

Il giudizio soggettivo degli operatori di distretto non sembra però univocamente collegato alla qualità delle prestazioni garantite, che gli erogatori più solidi o intraprendenti vorrebbero o potrebbero migliorare. La **Tabella 8** descrive alcune funzioni che rispecchiano meglio la qualità reale delle cure o potrebbero rappresentare servizi integrativi delle prestazioni di routine, utili al miglioramento della presa in carico complessiva della persona e dei suoi caregiver. Sono state ricavate da un Focus Group che si è tenuto fra gli operatori di Mosaico, finalizzato a testare i questionari della rilevazione.

Nel dibattito con gli erogatori, è stato fatto notare come queste funzioni fanno parte o hanno fatto parte dei sistemi ADI tradizionali, gestiti proprio con queste modalità da alcune ASL lombarde; hanno anche rappresentato i punti di forza dei modelli di gestione proposti da alcune organizzazioni private o del terzo settore nella gestione in appalto o convenzione dei servizi domiciliari, nel periodo precedente alla riforma. Oggi, sono meno presenti o del tutto mancanti nella gran parte dei sistemi ASI/Voucher delle diverse ASL.

Tabella 8: Funzioni e possibili servizi integrativi nella erogazione di cure domiciliari

- presa in carico globale;
- relazione scritta periodica ai pazienti e ai familiari;
- contatto settimanale telefonico;
- visite congiunte periodiche con i care giver a domicilio;
- visite congiunte con specialisti e care giver;
- viste congiunte con MMG;
- coinvolgimento nel Piano Assistenziale;
- fornitura di tutto il materiale sanitario necessario;
- velocità nella fornitura di protesi e ausili;
- risoluzione dei problemi organizzativi dell'assistenza;
- coordinamento dei servizi pubblici presenti intorno al paziente;
- formazione delle badanti.

Fonte: Mosaico Cure Domiciliari

1.6.1 Verso quale qualità?

Secondo gli erogatori intervistati, un gestore ben radicato, conosciuto in un territorio che al tempo stesso conosce, ha in ogni caso tempo e modo di garantire un buon servizio alle persone e un buon potenziale di crescita alla propria azienda (**Tabella 9**). La competitività, quindi, ha un valore positivo. Alla fine la qualità delle prestazioni si vede e garantisce risultati, in termini di crescita e consolidamento della propria organizzazione.

¹⁰ Come meglio descritto nel paragrafo 8.6.5 del capitolo sul sistema ADI/Voucher, le customer satisfaction sono uno strumento prezioso ma anche delicato per giudicare la qualità del sistema e delle cure garantite a ogni paziente. Oggi, sembrano misurare soprattutto la qualità della relazione fra paziente, famiglie e erogatore. Esistono comunque molti aspetti di questo processo valutativo che andrebbero migliorati, per aiutare il regolatore locale a formarsi un giudizio oggettivo e terzo sul processo di cura e sui suoi attori.

La riflessione che è stata sviluppata riguarda proprio la relazione fra risultati attesi e la qualità desiderata dal programmatore regionale o dal regolatore locale. A questo livello emergono due possibili criticità.

Nel paragrafo precedente è stata sottolineata l'importanza del rapporto fra erogatori e ASL. Lo sviluppo locale di un'azienda di gestione si fonda su una relazione positiva con gli utenti/clienti, ma anche con i referenti ASL di distretto. Questi ultimi sembrano privilegiare aspetti formali della relazione con le aziende erogatrici: la qualità amministrativa piuttosto che la qualità dei servizi erogati o quella delle motivazioni dei suoi referenti. Al tempo stesso, le customer satisfaction leggono soprattutto la qualità della relazione personale con gli utenti.

Nella maggior parte dei casi questi tre ambiti di qualità (gestione amministrativa, gestione delle relazioni con gli utenti e qualità professionale delle cure erogate) procedono parallelamente. Ma possono anche divergere, introducendo anche in questo settore pericoli noti nei sistemi di mercato; un buon marketing e buone operazioni commerciali possono veicolare anche prodotti di qualità inferiore.

Nel complesso, anche per l'evoluzione del sistema dei controlli, la qualità aziendale e della gestione amministrativa delle organizzazioni appaiono oggi in qualche modo più importanti o assorbono più energie e attenzione da parte dei referenti ASL.

La seconda criticità è collegata al tema del budget e alla sua negoziazione, che verrà meglio sviluppato nei paragrafi successivi. La crescita dei gestori migliori trova infatti, a questo livello, un limite non del tutto coerente con la logica dei quasi-mercati. Il potenziale di crescita di una buona azienda erogatrice in un determinato territorio, può essere condizionato dal budget condiviso, oltre il quale lo sviluppo dei servizi non è più funzione della domanda da parte dei cittadini, ma del valore di produzione assegnato dall'ASL al termine della fase di negoziazione. Superato questo, l'azienda deve fermarsi, anche se la persona ha liberamente scelto di avvalersi dei suoi servizi.

Così, mentre la crescita della domanda premia un gestore rispetto ad un altro, le rigidità della ripartizione annuale dei budget possono introdurre elementi di distorsione, che limitano la libertà di scelta dei pazienti-clienti ma anche gli effetti degli investimenti o della ricerca di una migliore qualità complessiva da parte delle organizzazioni migliori.

Tabella 9: Qualità e potenziale di crescita di un'azienda erogatrice

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ il nuovo sistema permette alle aziende meglio organizzate di farsi conoscere e apprezzare;○ la crescita di una organizzazione richiede un rapporto positivo con le persone, i medici, le aziende sanitarie locali;○ gli erogatori avvertono la necessità di una relazione con le ASL che vada oltre gli aspetti formali per riconoscere la qualità reale di un'azienda e delle motivazioni dei suoi attori;○ questo processo non è favorito da una relazione limitata al piano amministrativo e del rispetto degli adempimenti collegati;○ i gestori avvertono come un possibile limite alla crescita di un'azienda motivata e ben organizzata alcuni dei meccanismi attuali della negoziazione del budget. |
|---|

1.6.2 Fra marketing e governo

Nel modello ADI/Voucher, anche le normali logiche di marketing e di diffusione dell'immagine aziendale richiedono molti adattamenti rispetto a un normale contesto di mercato. Ad esempio, non è sempre possibile diversificare il proprio materiale di presentazione. In molte ASL questo viene omologato nella modulistica standard o in un editing codificato. In alcune è possibile diffondere almeno la propria carta dei servizi e il

proprio logo, in altre no. E' quasi sempre impossibile il link al proprio sito web e non può essere realizzato un sito specifico attraverso il quale gestire la relazione con i propri clienti e promuovere strategie di fidelizzazione.

Per gli erogatori, soprattutto quelli più strutturati in senso aziendale, questa caratteristica del sistema può rappresentare un problema. La relazione fra domanda e offerta in un contesto di mercato si fonda sulla capacità di un'azienda di distinguersi da un'altra: l'omologazione degli stili e l'appiattimento delle presentazioni inibisce questo processo.

Nella realtà, la pubblicizzazione della propria immagine e delle proprie qualità aziendali utilizza come canale soprattutto il passa-parola di comunità e i canali informali della relazione con i medici di famiglia e gli operatori dei distretti. Anche in questo caso, si tratta di strategie orientate non all'utilizzatore finale e al rafforzamento della sua libertà di scelta, quanto verso i regolatori locali, i gate-keeper e i mediatori del sistema di cura.

Nel complesso, emerge un possibile conflitto fra l'orientamento dichiarato verso la costruzione di un quasi-mercato e la promozione di una visione liberale della relazione fra domanda e offerta di servizi. Osservato con gli occhi degli erogatori, il modello che si sta sviluppando sul territorio lombardo sembra piuttosto quello di un utilizzo a governo centralizzato di prestatori d'opera, la cui configurazione contrattuale permette al committente pubblico di gestire con oneri ridotti e maggiore economia servizi altrimenti impegnativi per il gestore pubblico.

In questo senso, il ruolo di governo delle Aziende sanitarie locali tende a riproporre criteri vicini alla precedente impostazione dei tradizionali servizi ADI, fatta salva l'appartenenza degli operatori ad aziende diverse. Queste sono collocate in un ruolo pericolosamente vicino a quello di agenzie di intermediazione lavorativa, piuttosto che a quello di soggetti autonomi dotati di una visione aziendale, di una mission e di strumenti operativi originali. Questi concetti verranno ulteriormente ripresi nei paragrafi successivi.

1.7 Assistenza, mercato, remunerazione e valori

Indipendentemente dalle modalità di relazione fra azienda pubblica e aziende erogatrici, il nuovo sistema introduce in ogni caso logiche di mercato nel sistema dei servizi sociali e sanitari. Questo vale sia rispetto alla qualità e natura degli enti erogatori che alle finalità e caratteristiche dei servizi erogati.

Sul primo versante, va sottolineato il tema della relazione dinamica fra componenti profit e non profit del sistema di cura, che offre una prima spiegazione del più rapido tasso di crescita delle prime rispetto alle tradizionali agenzie del Terzo settore.

Le aziende più organizzate e più diffuse anche sul territorio nazionale, possono oggi diversificare la loro offerta nei vari distretti e ottimizzare molti servizi. Possono ripartire in modo più efficiente spese comuni come quelle per la formazione, la gestione dei call center, l'amministrazione e la logistica. Possono adottare tecniche di analisi organizzativa e controllo di gestione e più raffinate. Possono integrare servizi più remunerativi con altri meno interessanti ma utili per raggiungere maggiori volumi di prestazioni.

Soprattutto, le aziende che operano su una scala maggiore, possono scegliere fra i diversi ambiti territoriali quelli più interessanti a motivo delle più favorevoli modalità di regolazione amministrativa o della maggiore remunerazione delle prestazioni richieste.

Questo aspetto propone temi noti della governance dei sistemi prospettici. Le organizzazioni a impostazione privata seguono le logiche di mercato. Si concentrano inevitabilmente sulle aree interessanti sotto il piano economico, quindi su alcuni servizi rispetto ad altri e su alcuni pazienti rispetto ad altri. E' una dinamica normale per un sistema di mercato che non può essere analizzata in termini valoriali. Impone piuttosto modelli di governo evoluti e sistemi premianti dedicati.

Le ASL giocano a questo livello un ruolo centrale, ma sono chiamate a confrontarsi con organizzazioni imprenditoriali, anche multinazionali, in settori che non fanno parte della loro tradizione. Erogare servizi e essere attenti alle esigenze di un territorio è cosa diversa dall'amministrare budget, governare mercati, controllare dinamiche commerciali. A detta di tutti gli erogatori, i miglioramenti sono tangibili e i problemi dei primi anni sono oggi superati o via di superamento. Ma è certo che le strategie di regolazione utilizzate sono molto diverse nei diversi contesti territoriali. Alcune ASL interpretano oggi il nuovo ruolo in modo molto efficace. Altre propongono resistenze legittime o sperimentano soluzioni orientate a utilizzare il nuovo sistema entro i confini abituali del proprio precedente modello organizzativo. La maggior parte, in realtà, appare ancora alla ricerca di una propria originalità e dello sviluppo di una metodologia adeguata.

1.7.1 Concorrenza e quasi-mercato. Quali aziende per quali servizi?

La maggior parte degli enti erogatori appartiene oggi al settore non profit, ma le organizzazioni commerciali crescono a una velocità quasi doppia (Tabella 6). 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 ¹¹; 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. In direzione analoga va il meccanismo del budget di ingresso. Per essere ammessa fra gli erogatori accreditati in un determinato territorio, infatti, ogni nuova società deve dimostrare di possedere alcune caratteristiche che sono in esplicita contraddizione con la limitatezza del primo budget negoziato: con 5.000 euro è difficile gestire, ad esempio, la sede locale obbligatoria per l'accreditamento nella maggior parte delle ASL. Infine, in alcuni territori più che in altri, 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).

In pratica, si stanno delineando due modelli di azienda erogatrice: da un lato aziende importanti, capaci di offrire servizi ad ampio raggio ottimizzando risorse e servizi ma anche in difficoltà a interpretare i meccanismi locali. Dall'altro aziende più piccole e specializzate, soprattutto no profit, che fanno della leggerezza assoluta, della conoscenza del territorio e della propria storia locale un punto di forza. Organizzazioni anche molto semplici: a volte si tratta semplicemente di un gruppo di infermieri che vuole arrotondare le entrate che derivano da rapporti più stabili con altre cooperative, RSA, ospedali accreditati.

¹¹ 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.

Anche a questo livello si giocano il mercato, ma anche gli obiettivi di governo delle ASL. Qual è il gestore desiderato o privilegiato dai regolatori locali del sistema? Attraverso quali incentivi e disincentivi garantire la copertura capillare del territorio e l'offerta di servizi a tutti i destinatari, anche a quelli più impegnativi e meno remunerativi? Come distinguere la qualità organizzativa da quella delle prestazioni e della relazione di cura?

Altrettanto delicato il tema della vigilanza. Gli erogatori intervistati dichiarano la necessità di più controlli, soprattutto orientati a selezionare le aziende migliori, disincentivando i comportamenti scorretti e la diffusione di aziende con qualità minore. Nella realtà, tutti i gestori segnalano come si stiano riducendo o siano del tutto assenti in molte ASL proprio i controlli orientati a verificare la qualità professionale delle prestazioni e dei programmi di cura. Sono invece più diffusi quelli amministrativi, sui documenti cartacei, vissuti più negativamente anche dagli operatori. Soprattutto questi ultimi dichiarano di non essere disturbati da verifiche sulla qualità professionale delle loro prestazioni; li aiutano a crescere e mantenere motivazioni, ma permettono anche di distinguere la loro personale qualità da quella di colleghi o organizzazioni meno valide o più spregiudicate. Una esplicita intolleranza viene invece dichiarata rispetto a meccanismi di controllo che determinino aggravio di tempo senza ricadute sulla qualità delle prestazioni e sulla selezione dei gestori.

Gli intervistati con ruoli direttivi segnalano infine l'elevato costo aziendale delle prestazioni collegate con il debito informativo e con la gestione degli adempimenti amministrativi. In termini gestionali, il costante aumento dei costi legati alla gestione amministrativa, contrasta con il mancato aumento delle tariffe, mai modificate dal 2003 ad oggi.

1.7.2 La selezione del rischio

La concorrenza introduce anche nel sistema regionale meccanismi di selezione del rischio. Come già dimostrato in altri sistemi con pagamento prospettico, gli enti di gestione possono orientare esplicitamente la domanda verso popolazione più remunerative in base ai sistemi di pagamento.

Restano incerti i meccanismi attraverso cui il regolatore può governare questa tendenza e gli incentivi e i disincentivi più efficaci. La selezione del rischio non è necessariamente collegata alla complessità del paziente e quindi alla ricerca di profili di livello maggiore. Può essere anche il contrario, premiando l'attrazione verso la propria casistica di pazienti di minor gravità complessiva. Un paziente anziano gestibile con prestazioni di routine e pochi accessi settimanali di singole figure professionali è in genere più remunerativo di un paziente complesso che richieda molte professionalità in programmi con accessi plurisettimanali e prestazioni impegnative anche sotto il piano delle tenuta emotiva degli operatori.

Si tratta di una componente nota dei sistemi di mercato in sanità; se non corretti con una effettiva stima dei costi indotti dai diversi profili di bisogno, i sistemi prospettici tendono a "pagare il peggioramento" e favorire le prestazioni di minore impegno e intensità.

Questo orientamento è stato confermato dall'analisi dei dati di attività (Appendice B): il sistema è evoluto rapidamente verso le prestazioni estemporanee, i credit pre-riforma e i profili di minor livello. Questa tendenza non può essere attribuita solo al tentativo delle ASL di contenere i costi, ma più verosimilmente al suo incontro con quella coincidente degli enti erogatori di privilegiare i profili più remunerativi.

La selezione del rischio interferisce anche nei meccanismi di concorrenza fra enti erogatori. I pazienti più complessi possono privilegiare i gestori più seri e che il territorio conosce come in grado di offrire servizi di alta qualità. Per il gestore, questo implica l'attrazione di una popolazione più impegnativa, maggiori costi e minor remunerazione. Può accadere che siano propri i gestori migliori a esaurire prima i propri budget e a dover rinegoziare faticosamente gli extra-budget, per essere eventualmente accusati di cattiva gestione o di cattiva relazione con il sistema. Anche le ASL possono contribuire a questa dinamica con meccanismi a volte paradossali (Box).

"... sostanzialmente il distretto, come si dice, non vuole avere grane. Gli operatori sanno che sul territorio si muovono alcune società più serie delle altre e di cui si fidano. E' verso di loro che orientano i pazienti più complessi: "Per favore, prendetelo in carico voi, siete così bravi, siete gli unici che possono gestirlo". Ma poi è il mio budget che sballa, non il loro ...!"

Come già avvenuto negli Stati Uniti, questa impostazione del sistema, se non corretta con interventi decisi, seleziona negativamente i gestori attraverso le normali logiche di mercato. Il sistema, cioè, può premiare la bassa qualità, contraddicendo quindi nei fatti uno degli obiettivi primari della misura: favorire la libertà di scelta delle famiglie. Lo fa in maniera indiretta e poco evidente. L'interesse delle famiglie è di poter scegliere liberamente i gestori migliori, non di contribuire con questa scelta alle loro difficoltà economiche e di fedeltà alle motivazioni.

Le indicazioni dei gestori sono univoche su questo aspetto. E' indispensabile che la distribuzione dei budget sia corretta, riservandone una parte per garantire una remunerazione proporzionale alla qualità vera. Può non essere sufficiente, in questo senso, compensare solo progetti innovativi verso popolazioni comunque di complessità tale da determinare poi costi ancora più elevati, in una spirale destinata a non compensare la crescente qualità delle cure. Si tratta, piuttosto, di governare i budget in modo da premiare una qualità accollegata ragionevolmente a una stima affidabile e aggiornata dei costi reali dei processi di cura. In caso contrario, sarà inevitabile assistere allo sviluppo di dinamiche di selezione guidate dalla remunerazione piuttosto che dalle necessità assistenziali delle persone e dei territori.

1.8 A proposito dei budget

Un aspetto delicato è quello della remunerazione degli accessi. I gestori sono aziende private che erogano un servizio e sostengono dei costi. Con le convenzioni e con gli appalti del sistema precedente, gli enti erano pagati a presa in carico o a prestazione e la remunerazione facilmente stimabile e prevedibile.

Con il nuovo sistema, l'ASL eroga titoli ai pazienti, i quali acquistano con essi non prestazioni ma profili di cura. La remunerazione del gestore non è più direttamente collegata alle prestazioni effettivamente eseguite, ma è condizionata da numerose variabili (Appendice B). Fra queste, alcune sono percepite come contraddittorie. Soprattutto, si diffondono rapidamente da un'ASL all'altra quelle che appaiono immediatamente meno costose o semplicemente più comode per il regolatore locale (Tabella 10).

Ad esempio, il numero degli accessi è definito dal profilo, ma secondo il punto di vista di operatori e gestori non è sempre chiaro il motivo per cui il distretto applica un profilo piuttosto che un altro. E' frequente una sorta di un gioco al ribasso, più evidente in alcuni distretti, guidata dalle esigenze di budget piuttosto che dalla ricerca delle cure migliori per ogni paziente. Così, gli accessi richiesti sono più spesso il massimo per il profilo richiesto ma mai quanto necessari a passare al profilo successivo; alcune ASL sembrano aumentare ad

arte il numero di accessi previsto dalle delibere regionali per i profili più bassi, anche in questo caso per evitare il passaggio a un profilo superiore o standardizzato. La flessibilità sembra essere gestita più verso il basso che per assicurare cure più complete a persone con esigenze maggiori: cioè i profili vengono diluiti in più mesi e la remunerazione ad accesso non sale o tende a scendere. Però, se nella fase di rendicontazione manca un accesso, questo viene recuperato da alcune ASL assegnando ad esso non la remunerazione media ma una arbitraria, a volte la massima possibile per quel profilo. Sono meccanismi probabilmente non sostanziali ma che creano margini di incertezza nella stima della remunerazione degli interventi e nello stesso governo dei budget degli erogatori. Soprattutto, influenzano negativamente la relazione con i gestori migliori, soprattutto non profit, meno orientati a compromessi o meno adattati ai meccanismi di contrattazione negoziale dei sistemi aziendali.

Tabella 10: Regole, abitudini o tendenze avvertite dai gestori come potenziali criticità

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ materiali e presidi compresi nel costo dell'accesso o del profilo; ○ interventi specialistici richiesti o imposti ai gestori a costi predefiniti e fuori mercato; ○ variabilità nel numero degli accessi compresi in ogni profilo; ○ appiattimento delle richieste verso il numero massimo di accessi di ogni profilo; ○ aumento del numero massimo di accessi per profilo, anche attraverso l'invenzione di varianti locali dei profili previsti dalle delibere regionali o di nuovi profili tout court, piuttosto che autorizzare e remunerare un profilo già previsto e di livello superiore; ○ frequente ricorso a profili inferiori al primo, ma anche la diffusa interpretazione delle flessibilità introdotta dal legislatore regionale, più verso il basso che verso l'alto; ○ variabilità locale del numero e della durata degli interventi riabilitativi e scarso collegamento con la lettura clinica e funzionale della persona; ○ in generale, le esigenze di budget sembrano prevalere su quelle collegate con la lettura reale delle esigenze di cura determinate dalla malattia e dalla specifica situazione, anche familiare, del paziente. |
|--|

1.8.1 Voucher e credit: prestazioni o nuovi DRG ?

Nel dibattito locale emergono con frequenza divergenze fra operatori di distretto e erogatori rispetto al numero degli accessi, alla loro evoluzione nel tempo, all'assegnazione dei profili. Questo dibattito fa parte della normale relazione fra regolatore e erogatore, orientata alla ricerca del migliore equilibrio fra le richieste di aumento o riduzione degli accessi da parte degli operatori e il tentativo dei referenti ASL di mantenere il piano dentro i confini dei profili più vantaggiosi sotto il piano amministrativo per le esigenze di budget o delle linee di programmazione ASL. In questo processo, fatica a trovare posto la valutazione oggettiva e multidimensionale della situazione del paziente e della sua rete di cura.

In generale, la programmazione e il governo del caso non sono sempre in mano a chi conosce la persona e la sua situazione contingente e i programmi di cura sembrano con frequenza diretti dall'alto, a partire da considerazioni di natura puramente economica. Molti gestori segnalano frequenti cambiamenti di rotta; è più o meno facile ottenere profili più elevati o piani di cura meglio articolati a seconda del periodo dell'anno, delle intercorrenti indicazioni regionali (delibere, note, circolari), delle modifiche nella programmazione del budget regionale o di quelli aziendali, dei nuovi obiettivi assegnati alle direzioni sociali o ai coordinatori dei servizi. Lo stesso disagio è comunque segnalato dai dirigenti ASL e dai coordinatori e operatori di distretto, a loro volta in difficoltà a mediare fra le esigenze dei pazienti e le indicazioni di volta in volta ricevute.

In questo senso, alcune ASL hanno cercato di avvicinare il luogo decisionale alla casa del paziente. Ad esempio, a Milano, il PAI è affidato al gestore e la quantificazione degli accessi è a posteriori, controllata ma variabile in relazione alla lettura da parte del gestore delle necessità del paziente. Il profilo non viene deciso a priori, ma assegnato ex post in relazione al numero di accessi realmente effettuati. Lecco ha propri strumenti

di analisi multidimensionale, che permettono una progettazione del piano di cura dedicata e oggettiva, su cui sono poi ritagliati gli interventi professionali e entro i cui confini possono essere utilizzati o meno i diversi titoli economici. Monza assegna e modifica nel tempo il profilo a partire dalla diretta valutazione domiciliare del caso da parte di operatori del distretto. Ma nella maggior parte delle altre ASL la situazione è spesso meno chiara o meno collegata a considerazioni cliniche e assistenziali. Alcuni degli intervistati rimpiangono le delibere sul singolo paziente del sistema precedente, riferite come più utili a progettare piani di cura basati sui bisogni effettivi (Box).

“ ... diciamo che il sistema precedente era un po' più aderente ai bisogni sanitari del paziente ed eravamo meno vincolati ad un pacchetto assistenziale che prevedeva un numero di accessi fissi. Così, si seguiva un po' di più l'evoluzione clinica del paziente; questi poteva avere un bisogno in partenza di basso livello assistenziale e, magari, dopo due settimane era necessario aumentare l'intensità dell'assistenza. Non c'erano problemi in questo senso, perché si seguiva l'evoluzione dei bisogni del paziente. Il sistema di oggi ci costringe in un numero stabilito di accessi mensili. E' un sistema più legato alla progettazione burocratica e quindi al titolo che all'evoluzione clinica del paziente ...”

Sulla mancanza di una visione globale pesa anche il pagamento a profilo. Il mix di titoli emessi dalle diverse ASL ha costruito sul territorio regionale un sistema piuttosto confuso, dove non è chiaro cosa davvero venga pagato. Alcuni titoli sono esplicitamente orientati a pagare singoli accessi, altri vengono raccolti in pacchetti di prestazioni (si veda al proposito il paragrafo 8.4.1 del capitolo sul sistema ADI/Voucher), altri ancora modificano in diversa misura i tre profili base.

Dal punto di vista dei gestori il pagamento a prestazione è più gradito. Dal punto di vista delle ASL è evidente lo sforzo di contenere l'aumento delle prestazioni e, soprattutto, di costi. Nel complesso, riferiscono gli erogatori ma anche altri attori intervistati (sindacati, dirigenti ASL), è evidente l'oscillazione fra due poli: da un lato il semplice e diretto pagamento a singolo accesso; dall'altro il tentativo implicito di costruire un sistema di pagamento prospettico simil-DRG, ma senza l'impegno e le risorse progettuali necessarie a sostenere la sua implicita complessità.

L'esplosione dei profili che le diverse ASL hanno adottato è comunque frutto di una difficoltà oggettiva. La maggior parte delle persone ha bisogno del singolo accesso per un prelievo o di un accesso al mese per la sostituzione di un catetere o di un sondino. Ma esistono situazioni di malattia dove sono indispensabili anche più accessi quotidiani e la reperibilità sulle 24 ore e i 7 giorni. In mezzo si trova di tutto, senza soluzioni di continuo. I gestori, ma anche i funzionari dei distretti e i coordinatori dei servizi ADI delle aziende erogatrici, confermano la difficoltà di integrare questa continuità nelle rigidità e arbitrarietà dei tre profili di base e, soprattutto, in un pagamento a gradini tariffari. In questo scenario, non esiste solo il pericolo di sottovalutare accessi decisivi per la salute delle persone, ma anche quello di pagare accessi e programmi poco utili proprio perchè non collegati alla lettura oggettiva del bisogno (Box).

“... l'Azienda mi invia ad addestrare un familiare all'utilizzo del sollevatore. Nella famiglia, che sostiene un anziano non autosufficiente appena dimesso, era appena stato concluso un programma di riabilitazione: 10 sedute di mobilizzazione degli arti inferiori. Le sedute erano state gestite puntualmente, con gentilezza e professionalità e attivate senza ritardi. Tutti erano contenti del servizio e soddisfatti della sua qualità. Ma la badante e i familiari non erano stati coinvolti e non avevano cambiato nulla del proprio atteggiamento. Il risultato che osservo: nessuno sapeva come girare il paziente, come mobilizzarlo, come usare la carrozzina. In compenso il materasso antidecubito era montato al contrario. Ma le gambe erano state mobilizzate regolarmente anche se il motivo non era chiaro date le condizioni generali del malato. Strano il dialogo con la collega del settore PAC: “da quel paziente sono già andata, tutto bene, ho fatto io stessa il controllo domiciliare”. Ora, forse sono io che non capisco niente e non sono più adatto a questo lavoro, ma per me si tratta di almeno 12 accessi inutili: 1 per fare il PAI, 10 per muovere le gambe, 1 per fare il controllo. A questi va aggiunto il mio per l'addestramento. Un vero successo! Ora delle due l'una: se l'obiettivo era di rimettere in piedi la persona, con 12 sedute di mobilizzazione passiva alle gambe fai solo scena, non ne basterebbero 10 volte tanto. Se l'obiettivo era quello di sostenere la famiglia, ne bastavano due: 1 per addestrare, 1 per verificarne l'effetto e chiarire ulteriori dubbi. Per forza che ci sono le liste di attesa!”

1.8.2 Remunerazione e profitto

E' comunque difficile stimare i margini di guadagno reali delle diverse organizzazioni nelle diverse tipologie. E' un obiettivo non incluso fra gli scopi di questo capitolo, che si muove comunque da un assunto di base: gli erogatori e le prestazioni stanno crescendo, per cui il sistema deve garantire necessariamente margini sufficienti a sostenere questo sviluppo. Resta da comprendere se questi margini derivino da una sostanziale qualità del sistema o se siano il frutto di scelte aziendali indipendenti dalla domanda e dalle esigenze di qualità delle cure fornite. In altre parole, gli erogatori stanno imparando a conoscere e utilizzare il sistema, anche o soprattutto per implementare modelli di gestione in grado di garantirsi comunque i margini necessari.

Fra le capacità necessarie a "restare nel sistema", si trova quella di utilizzare al meglio il meccanismo del budget, anche per contenere i suoi pericoli più frequenti. Il budget aziendale viene programmato ad inizio anno, ma se il gestore è bravo e viene richiesto dai pazienti può accadere che quello assegnato dall'ASL si esaurisca prima della fine dell'annualità. A questo punto sorgono problemi senza via di uscita; può essere necessario fermare gli accessi, ma si rischia di perdere gli operatori e di dover dire di no alle nuove richieste o alla prosecuzione di quelle già in essere. Oppure si procede senza remunerazione o il singolo operatore continua ad assistere la persona ma passando ad un'altra società. Contemporaneamente, altre organizzazioni non riescono a utilizzare completamente il proprio budget, perchè mancano di operatori o non riescono a attivare tempestivamente i servizi; oppure, perchè preferiscono rifiutare alcuni interventi o non diffondersi in alcuni distretti per evitare interventi troppo dispendiosi (ad esempio per la distanza dei pazienti assegnati dalla propria sede, i maggiori costi collegati con gli spostamenti e i tempi morti degli operatori).

In ogni caso, nel dibattito fra erogatori, è emersa la necessità di specifiche responsabilità aziendali (Box). E' emersa anche la necessità di governare in modo professionale la relazione dinamica fra il proprio budget aziendale e quello assegnato dall'ASL, senza improvvisazioni o approssimazioni.

"Lo strumento è giusto: siamo aziende e dobbiamo essere i primi a sostenere di aver bisogno di un budget. E' una sequenza diretta: la regione assegna alle ASL un budget per l'assistenza domiciliare, l'ASL lo ripartisce e lo negozia con le aziende, le aziende erogatrici lo gestiscono entro questi limiti e devono essere in grado di programmare i piani di lavoro e i tempi di sviluppo"

Gli erogatori riferiscono anche come molte ASL stiano in effetti adottando criteri ragionevoli e condivisi di distribuzione del budget nel tempo, sia quello globale della propria azienda che quello assegnato ad ogni gestore. La capacità di tutti di gestire il sistema sembra comunque in aumento, e gli incidenti dei primi anni (facilità di presa in carico nel primo trimestre dell'anno e esaurimento delle risorse nell'ultimo trimestre) sono oggi meno frequenti e in via di risoluzione.

Alcuni meccanismi di compenso introdotti successivamente al 2007 sono stati apprezzati dagli erogatori: ad esempio la ripartizione in mensilità del budget negoziato, la condivisione di una quota di riserva utile a integrare eventuali difficoltà del secondo semestre dei gestori migliori, la nuova ripartizione delle quote non utilizzate da erogatori che restano sotto budget, le quote extra-budget che la Regione ha introdotto nella diversificazione dei voucher e che alcune ASL hanno utilizzato per tutelare le esigenze delle popolazioni più complesse e le richieste che provengono dai gestori più impegnati in questo senso.

Alcune ASL sono comunque particolarmente rigide e possono mettere in difficoltà i gestori, costretti a rispettare i termini del contratto anche a budget esaurito. Altre privilegiano la responsabilizzazione aziendale

del gestore ma sono più flessibili nel riconoscere e sostenere difficoltà intercorrenti. La bravura del gestore sta anche nel programmare nuovi interventi, ad esempio rinviando l'attivazione di prestazioni riabilitative programmate alle mensilità successive, o valutando correttamente la gravità della persona che si sta accettando di prendere in carico, per evitare di trovarsi in difficoltà di fronte alla sua evoluzione successiva.

Si tratta, cioè, di competenze e esperienze che i gestori stanno acquisendo e gli operatori di distretto stanno sviluppando con loro.

Resta comunque aperto il problema dell'evoluzione del budget nel tempo. Nella maggior parte delle ASL, la domanda viene considerata stabile e il budget complessivo (ma anche quello ripartito ai diversi erogatori) non viene modificato da alcuni anni, ma resta stabile rispetto alla spesa storica aziendale e dell'erogatore. Questa impostazione è la conseguenza diretta del fatto che il budget regionale è stato contingentato nel 2006 e non sta evolvendo in relazione diretta con le tendenze demografiche e epidemiologiche. Il gestore è quindi libero di programmare il numero di accessi e l'intensità dei programmi ma entro questi confini economici, che lasciano poco spazio a eventuali maggiori richieste che dovessero provenire dal territorio.

1.9 Attori, erogatori, prestatori d'opera

La qualità può essere un valore di sistema o un problema da trasferire. Un tema che i gestori vivono come critico è proprio quello dell'equilibrio fra la qualità richiesta e i finanziamenti trasferiti per sostenerla. Oltre ai costi clinici e assistenziali veri e propri, gli erogatori segnalano la criticità delle risorse economiche destinate ad un'amministrazione sempre più dettagliata, complessa e articolata. Come se, a detta dei gestori, ASL e distretti poco attrezzati ai nuovi compiti loro affidati dal legislatore regionale, trasferissero di principio queste incombenze alle amministrazioni degli enti erogatori, senza una stima delle risorse umane e economiche necessarie. Piuttosto che l'interpretazione di un ruolo di governo, viene così enfatizzata un'asimmetria di potere non sempre giustificata o non sempre ragionevole. A volte semplicemente alla buona, affidata a operatori poco preparati al nuovo ruolo gestionale e poco consapevoli delle conseguenze organizzative e dei costi indotti dalle proprie decisioni.

Una seconda osservazione espressa da molti intervistati è che le ASL desiderano la qualità, ma non sono disposte a remunerarla. In modo più preciso: Regione e ASL non sembrano pronte a pagare questa qualità con gli stessi costi che essa imporrebbe alla propria organizzazione se la si volesse o si dovesse gestire in proprio.

La realtà è probabilmente più complessa e merita uno spazio di riflessione, che accolga le due osservazioni ma le collochi entro i confini di uno scenario più ampio. L'analisi dei dati di attività di fonte regionale o ASL (**Appendice B**), dimostra che i sistemi ADI tradizionali gestiti in proprio dalle aziende locali costano il 29% in più dei voucher socio-sanitari di terzo profilo, ma garantendo prestazioni e modelli di presa in carico in genere superiori a quelli medi del sistema credit-voucher.

Un luogo comune vuole le aziende pubbliche meno efficienti, ma è più probabile che in questi costi rientrino proprio quelli che in qualche modo il nuovo sistema trasferisce all'esterno; perchè non sono stati previsti, non li si vuole riconoscere o, più semplicemente, perchè si è alla ricerca di soluzioni concrete per superare problemi altrimenti non risolvibili. Nel paragrafo successivo, ad esempio, si affronterà il tema del costo del lavoro e della rigidità dei contratti del comparto pubblico.

1.9.1 Attori privilegiati o prestatori d'opera

Agli erogatori intervistati è stata quindi riproposta una domanda che appartiene al dibattito immediatamente successivo alla riforma del sistema. E' stato chiesto cosa pensassero dell'ipotesi che, dietro gli obiettivi dichiarati dal legislatore regionale o sviluppati anche autonomamente dalle ASL nella fase applicativa, si nascondesse anche l'intenzione di superare alcune rigidità proprie del mercato del lavoro in ambito pubblico.

In altre parole, dato che la gestione pubblica di alcuni servizi ha costi elevati in gran parte collegati al costo del lavoro e alle rigidità implicite dei contratti pubblici, allora questi compiti sono stati trasferiti a erogatori privati; questi hanno costi inferiori e contratti di lavoro più flessibili e meno costosi. Soprattutto, quando gestiti da aziende meno organizzate o più semplificate, possono anche essere aggirati attraverso l'utilizzo di rapporti precari, discontinui, a domanda; più in generale meno tutelati e meno tutelanti per chi lavora, ma anche inevitabilmente meno costosi.

In questa visione, le aziende con cui le ASL intrattengono rapporti, non sono interpretate come enti autonomi e originali, con ognuno dei quali intraprendere un percorso virtuoso di crescita reciproca. Piuttosto, si tratta di prestatori d'opera da cui acquistare soprattutto prestazioni, singole o in pacchetti limitati, tendenzialmente a buon mercato; aziende, inoltre, con ridotto potere contrattuale, grazie al meccanismo dei budget e all'asimmetria del potere regolativo.

Questa visione non ha contenuti necessariamente negativi; è una componente implicita dei normali rapporti di mercato fra un grande acquirente e i potenziali produttori di beni o servizi. Resta da vedere se è coerente con la costruzione di un sistema di intervento delicato come quello delle cure domiciliari a pazienti fragili e complessi e se appartiene alla tradizione delle Aziende sanitarie locali.

Alcune di queste osservazioni sono state confermate, perlomeno non negate, dagli intervistati. Come esempio analogo è stato citato il meccanismo degli appalti e subappalti nella gestione di molti reparti o servizi ospedalieri che sono ormai la regola in molte aziende pubbliche e private, ma si stanno diffondendo anche nella gestione dei servizi residenziali socio-sanitari, come le RSA.

E' pensiero comune che se gli stessi servizi fossero gestiti direttamente dalle ASL o dal sistema pubblico sarebbero più costosi. Non per inefficienza, ma proprio per aspetti direttamente collegati alla normativa del lavoro e ai contratti della sanità e del pubblico impiego: le rigidità degli orari, i riposi, le ferie, le sostituzioni, le maternità.

Al di là della tutela dei diritti e della sicurezza di chi lavora, che non è stata affrontata, sono state piuttosto sottolineate le particolarità del lavoro di cura domiciliare, che impone una flessibilità non prevista o non gestibile con la struttura tipica dei normali rapporti di lavoro ma che è richiesta dai piani di cura e dagli stessi malati e familiari (Tabella 11).

Tabella 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;
- immediato confronto con pazienti e familiari, elevata personalizzazione e contenuto emotivo delle relazioni;
- l'operatore si muove nel territorio del paziente, è meno protetto dal ruolo e dall'organizzazione professionale;
- gerarchie e ruoli meno chiari, frequente incertezza decisionale.

1.9.2 Budget o qualità?

Anche in questo ambito, il riferimento ai budget e alle regole di negoziazione è obbligato, così come alla variabile rappresentata dalla numerosità relativa degli erogatori in un determinato distretto.

Ad esempio, un budget non adeguato o un numero di pazienti ridotto possono influenzare negativamente la stabilità del gruppo di lavoro. L'organizzazione può trovarsi nelle condizioni di poter acquistare solo quote parziali del tempo di lavoro dei diversi professionisti, che intrattengono così rapporti con più società, nello stesso territorio o in territori diversi. Viene riferito di operatori che lavorano anche per 12 organizzazioni.

Le aziende che operano da più anni dispongono in genere di un nucleo base di operatori fidelizzati, ma tutte utilizzano anche (alcune soprattutto) operatori occasionali o con maggiore turn-over. A questo livello, la negoziazione dei budget può determinare risultati paradossali (Box). In ogni caso il problema non riguarda solo le società; anche gli operatori hanno la necessità di ottimizzare il proprio tempo di lavoro, e nei territori dove le società sono più numerose i rapporti con organizzazioni diverse sono la regola (Box).

“se la politica della ASL è di distribuire 20 mila euro di budget a 10 società, è chiaro che queste 10 società non potranno avere propri operatori, ma sarà lo stesso operatore che si muove sul territorio a carico ora dell'una ora dell'altra”

“se un fisioterapista lavora in una zona dove ci sono al massimo 10 pazienti e 4 o 5 erogatori, non ha scelta. Deve lavorare un po' per tutti e adattarsi al metodo di lavoro di tutti”

Questo scenario ha conseguenze evidenti e in controtendenza rispetto agli obiettivi dichiarati dagli attori istituzionali e dagli erogatori: se un operatore è sufficientemente bravo e intraprendente, può essere lui stesso a condizionare le scelte dei pazienti. Pazienti e famiglie, in genere, preferiscono scegliere un determinato operatore, con cui hanno già stabilito un rapporto di fiducia, piuttosto che l'una o l'altra organizzazione aziendale, più anonime o distanti rispetto alle proprie esigenze quotidiane. Oppure, lo stesso professionista può organizzarsi con qualche amico e promuovere autonomamente una piccola società erogatrice, molto legata a un determinato ambito territoriale. Così, nel complesso, molti problemi di organizzazione o di qualità della relazione di cura sono trasferiti non solo dall'ASL all'ente erogatore, ma da questo al singolo operatore e al suo rapporto diretti con i pazienti affidati a più società, ma questo rapporto, a sua volta, assume dinamiche indipendenti dagli intendimenti delle organizzazioni e delle istituzioni, promuovendo o favorendo lo sviluppo di un mondo di relazioni locali più ampio e meno governabile di quanto appaia dalla semplice analisi delle fonti.

1.9.3 E gli operatori?

I singoli operatori raggiunti con i questionari o con le interviste dirette non sembrano avvertire particolari criticità. Le remunerazioni e il riconoscimento del proprio ruolo professionale sono giudicate adeguate (Appendice C) e alcuni problemi tipici di questo ambito particolare di lavoro (Tabella 12), sono poco avvertiti o avvertiti soprattutto dagli operatori più consapevoli o che provengono dai sistemi di lavoro pubblico.

Tabella 12: Alcune criticità del lavoro di cura con i gestori accreditati

- gli operatori utilizzano per lo più i propri mezzi di trasporto personali; le retribuzioni prevedono raramente il rimborso delle spese di spostamento; se lo fanno, lo fanno in misura parziale;
- le dotazioni tecniche (borsa, dispositivi di protezione, strumentario di base) sono più spesso personali;
- le retribuzioni sono di tipo libero-professionale; non sono previste durate minime dei contratti, le retribuzioni coprono solo il lavoro effettivamente svolto senza compensi in caso di malattia;
- i tempi di spostamento da un paziente all'altro e quelli necessari per gli adempimenti amministrativi non sono necessariamente inclusi nel calcolo del compenso.

Soprattutto gli infermieri e i fisioterapisti interpretano la flessibilità del lavoro libero-professionale come modo per distribuire la proprie opera in molti e diversi contesti, con compensi complessivi più consistenti di quelli che potrebbero derivare da un singolo contratto pubblico. Gli orari di lavoro flessibili e la gestione casa per casa sono anche l'occasione per una migliore organizzazione personale di vita e di lavoro.

Ma esistono anche ombre e potenziali criticità: l'elusione fiscale o l'interpretazione originale del sistema fiscale è poco indagata ma certamente presente. La costruzione di cooperative o società ad hoc può essere anche l'occasione, per gli infermieri e fisioterapisti più intraprendenti o spregiudicati, per muoversi fra le pieghe del sistema fiscale per ottenere agevolazioni o utilizzare al meglio il meccanismo delle detrazioni.

Così, società nascono e muoiono a vista d'occhio come in altri contesti di mercato. Gli stessi meccanismi nascondono o creano ambiti di esercizio mascherati del doppio o triplo lavoro di dipendenti di altre aziende pubbliche o private, anche di settori non sanitari. Oppure rappresentano l'occasione per mantenere un'attività successiva o parallela al pensionamento. Infine, l'ingresso nella casa dei pazienti assegnati dal gestore accreditato entro i limiti di un voucher o credit, può essere utilizzato per farsi conoscere e apprezzare, e costruire così un proprio personale spazio di lavoro privato.

Per gli specialisti questo problema non si pone. Sono davvero pochi quelli disponibili a un lavoro casa per casa, a meno che non risponda a loro interessi personali di ricerca di un maggior volume d'affari o di espressione di una specifica professionalità, come per alcuni programmi rivolti a categorie di malattia molto particolari. Oppure si tratta di professionisti all'inizio della carriera o che non riescono ad accedere ad ambiti lavorativi più interessanti e meglio tutelati.

1.9.4 Formazione, motivazione, fidelizzazione

Se analizzato più da vicino, lo scenario descritto nei paragrafi precedenti sembra rispondere a molte convenienze.

Le ASL, di fatto, aggirano la necessità di stipulare contratti di lavoro, ma questo vale anche per le società erogatrici, alcune delle quali possono adottare politiche simili nei confronti degli operatori. Nel complesso si configura una complessiva e sfumata azione di intermediazione lavorativa; condivisa, accettata ma anche funzionale al sistema.

Secondo il giudizio di tutti gli intervistati, infatti, questo è un buon modo per gestire singole prestazioni, anche di buona qualità, quando i budget siano incerti o ridotti. Ma questa qualità è legata più che ad un modello regionale o aziendale, alla fortuna di incontrare un professionista di per sé serio e preparato. La qualità che raggiunge il paziente, in questo scenario, tende ad essere soprattutto la qualità dello specifico operatore.

Questo scenario non incentiva le società a investire nella formazione e nella fidelizzazione degli operatori. Le aziende più grandi riferiscono di poter investire in formazione e qualificazione dei modelli di cura solo grazie a economie di scala e alle risorse che derivano da settori più remunerativi del sistema domiciliare. I soli voucher per il paziente anziano con esigenze di base non garantiscono margine per migliorare i processi o per valorizzare gli operatori.

Non da meno, alcune aree di intervento nel settore delle cure domiciliari richiedono di necessità una massa critica di prestazioni. Ad esempio, le realtà che lavorano nel settore delle nutrizione artificiale parenterale o della ventilazione meccanica devono disporre di operatori di particolare esperienza e formazione, i cui costi e la cui attività devono essere utilizzati su un numero adeguato di pazienti. Ma in questo caso le prestazioni, per essere remunerative, devono comprendere territori anche molto vasti, e alcuni operatori (come i tecnici dei servizi di ventilazione artificiale) sono chiamati a garantire reperibilità e interventi con trasferte anche di centinaia di chilometri al giorno, o a sovrapporre al proprio ruolo mansioni diverse: manutenzione e supervisione delle apparecchiature, consegna di presidi e materiali di consumo, reperibilità telefonica, consulenza alle famiglie e agli operatori.

Altre società, più piccole o con maggiore tradizione sociale, scelgono di operare solo nelle ASL che favoriscono la ricerca di qualità e un percorso di crescita reciproca, evitando l'impegno in quelle che non danno sufficienti garanzie in questo senso. Oppure sono adottate politiche di partnership con altri attori locali, come RSA o organizzazioni complementari, per facilitare economie di scala e utilizzare al meglio le sinergie possibili in termini di operatori e aree di intervento. Anche per questo motivo, sono in genere più gradite le ASL che pongono un limite al numero di erogatori e che sono disponibili a costruire un sistema di regole reciproche e partecipate.

Nel complesso, sembra che il sistema stia trovando i suoi equilibri intorno a questi meccanismi. Resta da chiedersi se questo processo determini benefici anche per pazienti e famiglie o, meglio, per tutti i pazienti e per tutte le famiglie. Le logiche di mercato muovono per loro natura rapporti di forza fra attori, committenti e destinatari. Questo vale anche per i nuovi servizi sanitari aziendalizzati. Alcuni pazienti possono essere più interessanti di altri, alcuni più remunerativi, altri semplicemente appartenenti a nuclei familiari più robusti e agguerriti. Il sistema nel suo complesso sembra aver già fatto una scelta: rafforzare la capacità di scelta e di governo del sistema di cura costruito autonomamente dalle famiglie più solide (Appendice C). In questo senso, sembra aver ottenuto un buon risultato in termini di gradimento da parte dei destinatari. Meno chiaro è se le tutele introdotte per difendere i soggetti più deboli siano sufficienti a sostenerli nel processo di costruzione di una rete di sostegno adeguata alle proprie necessità e se il meccanismo nel suo complesso sia in grado di orientare le risorse economiche destinate verso obiettivi di salute pubblica e prestazioni di sicura efficacia.

1.10 Pazienti e famiglie. Case manager di sé stessi?

Uno dei temi affrontati con gestori e operatori riguarda la progettazione e il governo del piano di assistenza, il cosiddetto PAI (Piano di assistenza individuale). Il precedente sistema di erogazione delle cure domiciliari era basato sulla logica della progettazione professionale del piano di cura. Questa implica che uno o più operatori entrino in una casa, raccolgano le informazioni necessarie nelle diverse dimensioni, identifichino

gli interventi necessari, li distribuiscano fra i diversi attori del sistema di cura (anche informale) e ne seguano nel tempo i risultati.

Questa fase del percorso di cura non è, nelle dichiarazioni degli intervistati, del tutto chiara nel sistema attuale. La metodologia di lettura multidimensionale del bisogno è stata in gran parte abbandonata e la progettazione del piano di cura semplificata e applicata in modo diverso nelle diverse ASL.

Il medico di famiglia 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 e la sua osservazione nel tempo è assegnata a figure diverse e non sempre prevede una valutazione domiciliare diretta; 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 (senza vedere la persona), assegna il profilo, formula il PAI e emette il titolo. In altri casi, come a Monza l'ASL fa un'istruttoria che prevede una valutazione domiciliare che si ripete poi nel tempo. Lecco gestisce in modo autonomo l'intero processo. Ancora, alcune ASL assegnano il profilo e formulano il PAI autonomamente, 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 lascia che sia il gestore a formulare il PAI e comunicare ogni mese il numero degli accessi, sui cui viene poi, a posteriori, emesso il profilo. Alcune organizzazioni, soprattutto a Milano, prevedono una valutazione anche raffinata da parte degli operatori, con strumenti di valutazione multidimensionale standardizzata, che permettono poi un più facile dialogo con l'ASL. Anche la relazione fra PAI e profili non è sempre chiara. Il profilo può essere emesso prima del PAI, prescindere dal PAI o essere ricavato dal PAI: le prestazioni previste in esso possono anche essere distribuite in modo diverso, alcune come estemporanee altre come profili. Una parte del PAI può essere oggetto di richiesta agli enti erogatori, una parte viene assolta dai familiari o da loro risorse (come le badanti), un'altra ancora può essere rinviata alla competenza comunale.

In generale, è comunque difficile capire chi abbia in mano il governo reale di questo complesso scenario (Box)(Appendice C). Questo modello è nel complesso coerente con gli obiettivi regionali: favorire l'autonomia del gruppo familiare e semplificare il sistema di erogazione ritagliandolo su quest'autonomia. Questo modello è apparentemente univoco: il MMG attiva il sistema, la famiglia chiede e ottiene un titolo e acquista profili di cura da un gestore accreditato, l'ASL fa programmazione, acquisto e controllo del sistema ma non interviene nelle prestazioni. La realtà appare composta, invece, da molte soluzioni ibride; non potrebbe essere altrimenti, visto che nei documenti programmatori la gran parte delle domande che il sistema provoca inevitabilmente non trovano risposta. Le più semplici: chi formula il PAI e quale relazione esiste fra PAI e profili? Chi deve valutare il paziente: MMG, erogatore o ASL? E la valutazione è amministrativa o richiede la valutazione clinica domiciliare del caso?

"... nel PAI è compreso quello che viene chiesto a noi di adempiere o di formulare rispetto al nostro servizio e un piano assistenziale più ampio che è l'organizzazione di tutte le forze delle rete territoriale. Questo piano assistenziale informale di fatto non esiste; più spesso sono i familiari che si organizzano da soli. Fanno il punto della situazione e organizzano il programma. Sono attivi SAD, ADI, il volontario e il MMG? Bene, il familiare progetta la propria agenda: questi sono i giorni del SAD, l'operatore ADI verrà nei giorni vuoti, il volontario viene nelle ore in cui io vado a lavorare, il medico quando è presente qualcun'altro. E' la famiglia che diventa Case Manager di se stessa ...".

1.10.1 Soddisfatti, ma di che cosa?

Le osservazioni degli operatori e degli erogatori ci dicono che il sistema, pur entro questi limiti, comunque funziona. Variabilità e eterogeneità possono anche significare adattabilità al territorio e al contesto locale. Quindi, secondo alcuni gestori, i giudizi non possono essere affrettati o basati solo su numeri decontestualizzati.

Il sistema funziona e sembra in grado di adattarsi alle esigenze che le persone rappresentano. Le persone sono soddisfatte. Ma lo sono anche perché è effettivamente comodo avere qualcuno che, gratuitamente, ti garantisce delle prestazioni nella tua casa. Se poi l'operatore è anche cortese e preparato, allora la soddisfazione è massima. Ma le persone sono soddisfatte di una buona relazione, non del sistema nel suo complesso, che resta comunque ai più poco comprensibile. Questo è un problema reale, che riguarda il paziente ma anche i medici. Non è un caso che nell'esperienza riferita dalla maggior parte degli intervistati, spesso il medico arriva con ritardo, quando la famiglia ha già trovato e attivato i suoi canali.

In effetti sembra esistere un mondo sommerso che i dati istituzionali non riescono a intercettare. E' il fai da te dell'assistenza domestica, che produce risposte autonome, non convenzionali, in buona misura autogestite. Le badanti appartengono a questo mondo.

D'altro canto, se l'Italia garantisce livelli di assistenza inferiori agli standard di altri paesi, questo non vuol dire che i bisogni espressi dagli anziani italiani siano minori di quelli dei loro coetanei inglesi o tedeschi. Semplicemente vengono affrontate e risolte in altro modo e attraverso altri canali: la famiglia prima, badanti e servizi privati poi. Ma esiste anche una zona grigia non raggiunta da alcun servizio o non in grado di attivare servizi altrimenti disponibili (Costa, 2007. Irer, 2000).

In questo mondo, sommerso per la lettura istituzionale, molto evidente agli attori del sistema, si trovano persone con caratteristiche di gravosità assistenziale e esigenze di lunga durata. Il sistema dei voucher socio-sanitari li intercetta nel breve periodo, con prestazioni spot o cicli ricorrenti di prestazioni specifiche. La difficoltà ad essere intercettati dal sistema riguarda soprattutto i pazienti più anziani o con esigenze di maggior contenuto tutelare. Al contrario, sono sostenute con prestazioni anche di alta qualità sottogruppi con maggiori esigenze cliniche: nutrizione artificiale, ventilazione meccanica, dialisi peritoneale. Ma si tratta di prestazioni che riguardano popolazioni più ridotte e spesso gestite come offerte autonomi, non automaticamente integrate in programmi più complessi.

Possono così verificarsi situazioni paradossali, quando nella stessa casa concorrono équipe diverse con diversi riferimenti istituzionali. In questi casi, la gestione di insieme può essere garantita soprattutto dalla buona volontà dei singoli e dal loro senso di responsabilità. Oltre un certo livello di incomunicabilità o complessità, le famiglie possono anche non capire più niente e scegliere di costruirsi una sorta di ospedale a misura propria. Questo attraverso un mix originale di servizi in parte pubblici e molto più privati. Ma si tratta di famiglie solide, agguerrite, pronte a alzare la voce e farsi sentire anche attraverso il coinvolgimento mirato dei media. Si tratta in genere di famiglie economicamente ben strutturate e con buona cultura media, ma anche di comunità familiari più ampie e ben collegate. Quindi, situazioni che non possono rappresentare la normalità, almeno per le famiglie più anziane.

1.11 Bisogni sanitari o bisogni integrati?

Il bisogno a cui si risponde è comunque sempre più sanitario. Pochissimi i pazienti che i gestori dichiarano di seguire anche dal punto sociale e di assistenza tutelare. E' a questo livello che gli erogatori che hanno vissuto la fase di avvio del sistema riferiscono più discordanze fra il dichiarato e la pratica reale.

Nelle dichiarazioni iniziali veniva affermato che la maggioranza delle prestazioni del nuovo sistema avrebbe integrato gli interventi sociali. I voucher socio-sanitari non avrebbero dovuto cancellare le esperienze ADI preesistenti, già carenti e disomogenee sotto questo aspetto, ma avrebbero dovuto integrarle con obiettivi e strumenti diversi. La realtà e i numeri hanno poi disegnato un percorso del tutto diverso, che i gestori intercettati riferiscono con dovizia di particolari.

Le vie seguite dalle ASL nella fase applicativa hanno portato a una esplosione di profili e modelli più o meno personalizzati, dentro la quale sono comunque confluiti gran parte dei pazienti dei precedenti servizi ADI. Da un lato, quindi, una sperimentazione di flessibilità e personalizzazione che ha permesso un progressivo adattamento del sistema alle esigenze locali; ma dall'altro, molto concreto, il progressivo abbandono della logica e della metodologia dei precedenti sistemi ADI e, soprattutto, dell'integrazione fra interventi sociali e sanitari.

Il paradosso che alcuni gestori con servizi a diffusione nazionale riferiscono, è che oggi è più facile trovare modelli di lunga durata e elevata intensità e integrazione nelle regioni meridionali. Questi gestori si confrontano in Sicilia, Campania, Puglia e Lazio con piani operativi che vengono fatti dalle ASL, che prevedono assistenze domiciliari che arrivano fino a 12 o più ore al giorno, con interventi diversificati che integrano l'impegno di OSS, ASA e infermieri. Un tipo di assistenza che in Lombardia non è più praticamente possibile.

1.11.1 La relazione fra sistemi: ASL e Comuni

Ancora più delicata la cerniera rispetto ai bisogni sociali delle persone. Gli attori intervistati segnalano come manchi una vera integrazione e soprattutto l'accompagnamento e orientamento del paziente nella scelta dei servizi possibili e nel tempo utili e disponibili. Il problema si fa più acuto nei pazienti complessi, dove la frammentazione del sistema e dei riferimenti amministrativi raggiunge livelli davvero elevati, soprattutto nei distretti e nelle ASL meno organizzate. Le richieste vanno distribuite su uffici diversi, il passaggio di comunicazioni fra i diversi uffici nullo o fonte di errori, orari e persone mutevoli nel tempo.

Nel complesso, familiari confusi e persone deboli costrette ad un fai da te non sempre praticabile. Resta aperto, e coglie l'attenzione degli intervistati, il tema del paziente debole. A questo livello viene ribadita l'opportunità di una migliore comunicazione fra istituzioni e di una migliore integrazione fra prestazioni sanitarie e sociali.

Gli erogatori intervistati citano, al proposito, l'esempio di Milano, dove concomitano due occasioni favorevoli: distretti sanitari e servizi anziani comunali operano in sedi comuni ed esiste un dialogo istituzionale ormai a regime; inoltre, i servizi comunali intervengono anche se la persona supera i limiti di reddito previsti, con servizi gratuiti o con una compartecipazione proporzionale alla spesa della persona.

Così viene superato un aspetto del problema tipico di molti altri ambiti territoriali che può rendere non comunicanti i due diversi ambiti: i servizi ASL sono erogabili per esigenze clinica, quelli comunali per limite

di reddito. Alcuni erogatori suggeriscono anche formule flessibili; ad esempio l'utilizzo ormai frequente dei propri operatori ASA e OSS per formare nel tempo familiari e badanti, aiutandoli a procedere in modo più sicuro nelle prestazioni tutelari; oppure l'integrazione con altri servizi, come quello dei custodi sociali e socio-sanitari.

1.11.2 La relazione fra sistemi: medici di famiglia, specialisti, rete ospedaliera

Difficili i rapporti con gli altri attori del sistema. Il modello precedente era: questa è la persona con la sua famiglia, le sue risorse e i suoi problemi. Lo vedo, lo valuto e progetto la cura. Oggi il modello è diverso. Questa è la persona. Gli do le informazioni necessarie e una certa disponibilità economica, gli suggerisco anche una rete di gestori, ma se la deve cavare da solo.

Certo c'è il MMG, ma dov'è oggi in questo rapporto? Il rapporto fra erogatori e MMG è ambivalente. A detta dei gestori alcuni sono molto bravi ma la maggior parte non conosce il sistema, non lo sa gestire e non lo vuole neanche gestire¹². Molti sono del tutto deleganti; assolvono con la prescrizione quello che ritengono essere il proprio ruolo specifico nel nuovo sistema di cura. Altri ancora preferiscono mantenere il paziente in Assistenza domiciliare programmata (ADP) o gestirlo autonomamente con il proprio personale di studio. In questo caso si attiva una sorta di rete parallela al sistema voucher, anche se ancora attinente al sistema delle cure primarie. Le persone restano in questo sistema (primario o alternativo?) fino a che la loro complessità non supera il livello sostenibile dalle famiglie, imponendo la ricerca di nuove soluzioni. In questo caso, si tratta di una scelta consapevole degli attori della rete dei servizi, che fa riferimento a un preciso modello organizzativo, quello delle diverse modalità, anche cooperative e associative, di lavoro in gruppo dei MMG (Allegato B).

Anche gli ospedali, dalle interviste e dal Focus Group, appaiono un mondo a sé rispetto al sistema ADI/Voucher e a quello più ampio delle cure domiciliari. Emblematica la gestione delle dimissioni di pazienti anche molto complessi: senza informazioni, senza aver formato i care giver, senza aver attivato i servizi o limitandosi alla sola attivazione amministrativa, senza aver previsto e pianificato con la persona e la sua famiglia quello su cui si può contare e i possibili ostacoli e correttivi per garantire continuità alle cure necessarie. Solo pochi i programmi di dimissione protetta, comunque usati meno di quanto possibile per ridotta volontà o conoscenza.

Emblematica è la scelta della giornata di dimissione: quella tipica e il venerdì pomeriggio, quando fuori dalle mura ospedaliere non si trova più il medico di famiglia per le visite a domicilio, sono chiusi gli uffici ASL e comunali e la rete dei gestori non può intervenire, perchè con le regole attuali può essere attivata solo successivamente a questi passaggi. Per cui, il sistema accetta il fatto che la persona possa essere dimessa con 48 ore di mancata copertura domiciliare e nella consapevolezza che per quel fine settimana sarà affidata solo a sé stessa, alla guardia medica o ai servizi di emergenza-urgenza. Anche questo è uno dei motivi delle alte percentuali di riammissione nello stesso ospedale o in un altro disponibile in fase di urgenza di persone oggetto di dimissioni critiche.

“ ... L'evoluzione degli ospedali sta aggravando la situazione. Dimissioni precoci, chirurgia breve, day-hospital, deospedalizzazione Tutti ne parlano, sono sulla bocca di tutti. Ma tutto si fonda sulle case e sulle famiglie ... un po' anche su di noi ... mentre i budget dell'assistenza domiciliare sono sempre gli stessi e il sistema è sempre più difficile da gestire”

¹² Il punto di vista dei MMG è diametralmente opposto e il giudizio sui pattanti è spesso molto negativo; si rimanda, al proposito, alle Appendici C e D.

Anche in questo scenario non mancano comunque modelli interessanti.

I gestori riferiscono che Milano ha sviluppato un sistema di dimissione protetta che coinvolge i punti ADI. Quando questi ricevono una richiesta di intervento (da parte del paziente o dell'ospedale) si attiva un meccanismo di rotazione automatica tra le società che hanno aderito al sistema. Le aziende, in questo caso, si impegnano a intervenire entro 24 ore dall'attivazione. A Milano il meccanismo sembra funzionare grazie anche alla differenziazione fra gli enti erogatori. Non tutti sono accreditati per le stesse funzioni e il sostegno alle dimissioni protette è una di queste.

Qualcosa di simile avviene anche nell'ASL Milano 2, dove operano pochi enti erogatori (in pratica solo 3). La relazione fra erogatori, ASL e distretti è così molto stretta ed è facile interfacciarsi con le realtà di servizio più attive. Questa relazione permette al sistema di funzionare bene anche in assenza di un progetto formale.

A Monza il sistema degli erogatori interviene in un secondo momento, perchè la relazione è diretta fra ospedali e ASL. Il sistema è codificato: l'ospedale San Gerardo di Monza ha una caposala che si occupa solo delle dimissioni protette dei pazienti. Ha una formazione e funzioni specifiche; quando viene chiamata va nei reparti dai quali vengono richieste le dimissioni protette, compie la sua valutazione e prepara la segnalazione per i distretti. Questi, completate le dovute valutazioni, attivano i servizi. Se la situazione è urgente il gestore pattante può essere attivato direttamente dall'ASL, altrimenti si segue il percorso normale con l'utente e i familiari.

Nel complesso, il sistema ADI/Voucher permette soluzioni interessanti, anche se gli erogatori segnalano una sua anomalia di base. Il paziente non è affidato direttamente a chi lo prenderà in cura. Il rapporto è prima di tutto con la famiglia, poi con MMG e ASL. Ma le cure sono poi gestite concretamente dagli operatori dei gestori pattanti, che non possono contare su una relazione diretta con i professionisti che hanno gestito la fase precedente e che non sono coinvolti nella preparazione del contesto di cura. Questo, in pratica, deve essere in grado di strutturarsi autonomamente.

Soprattutto nei casi più complessi, sarebbe invece utile una relazione diretta fra gli specialisti e gli operatori di riferimento da una parte e il coordinatore e gli operatori dell'erogatore che concretamente seguiranno il paziente a domicilio. Il modello ADI precedente rendeva questa possibilità frequente o normale; il modello attuale la rende concretamente impossibile.

Ancora più difficile gestire la relazione con i medici specialisti nei programmi di cura più complessi. In assenza di interventi domiciliari diffusi a tutte le branche specialistiche, è spesso necessario un nuovo ricovero o il trasporto del paziente in ospedale anche per una semplice visita. Il minimo della razionalità, a detta degli erogatori, si raggiunge per la sostituzione di PEG o cannule tracheali. Potrebbe essere effettuato a domicilio nella maggior parte dei casi, ma mancano professionisti e autorizzazioni; così il paziente domiciliare è costretto a recarsi in ospedale in ambulanza anche una volta al mese (Box).

“... certo che costerebbe meno spostare i servizi a casa!! ... ma l'ambulanza la pagano i familiari e i disagi i pazienti; questi costi non compaiono nei budget delle ASL e a tutti va bene così ...”

Bibliografia

- Boulton C (2000). Managed care of chronically ill older people: the US experience. *BMJ*, 321:1011
- Campi S (2006). Sistemi di welfare mix e nuovi meccanismi di regolazione nel campo dei servizi sociali alla persona. Un confronto tra Italia e Belgio. *Impresa Progetto* n. 1
- 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
- Castelli M. (2007). Esperienze internazionali di valutazione della qualità in sanità: il caso statunitense dei National Healthcare Quality e Disparities Report 2006. Spunti d'interesse per il sistema sanitario italiano. 12° Convegno Annuale Aies. Firenze, 18-19 Ottobre 2007
- Colvez A. (2002). Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers: comparison of five different care programs in the European Union. *Health Policy*, 60:219
- Cooke D. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*, 5(2):120
- Costa G. (2007). Politiche per la non autosufficienza in età italiana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo. Carocci, Roma.
- Costa G. (2007). Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura. Carocci, Roma.
- Giarelli G. (2003). Il malessere della medicina. Un confronto internazionale. Franco Angeli, Milano
- Gori C. (2001). I servizi sociali in Europa. Caratteristiche, tendenze, problemi. Carocci, Roma
- Gori C. (2003). Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa. Carocci, Roma.
- Gori C. (a cura di). (2005). Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo Carocci, Roma.
- Hughes SL. (2000). Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter study. *JAMA*, 284:2877
- IREER (2000). Anziani: stato di salute e reti sociali. Un'indagine diretta sulla popolazione anziana della Lombardia. Guerini, Milano.
- Livadiotakis G. Rationing home care resources: how discharged seniors cope. *Home Health Care Serv Q* 2003; 22:31
- Longo F. I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni. *Mecosan* 1997; 23:51
- Micheli GA. (2004). La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia. Franco Angeli, Milano.
- Ministero della salute (2008). Laboratorio Management e Sanità, Scuola superiore Sant'Anna di Pisa. Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Primi indicatori ministeriali. Ministero e database SDO 2008, Roma.
- NNA-Network Non Autosufficienza (2009). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- OECD (2009). The long-term care workforce: overview and strategies adapt supply to a growing demand. OECD, Parigi.
- Pasquinelli S. (2008). Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura. Dossier di ricerca. IRS, Milano. www.qualificare.info
- Ranci C. (2000). La costruzione del mercato sociale dei servizi alla persona. Il caso lombardo. Politecnico di Milano, Laboratorio Politiche sociali, Milano.
- Ranci C. (2001). Il mercato sociale dei servizi alla persona. Carocci, Roma.
- Scaccabarozzi G. (2007). Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. *I luoghi della cura*, 4:14
- Scaccabarozzi G. (2007). Quali cure domiciliari a sostegno della fragilità. La ricerca di un percorso comune. ASL di Lecco, Dipartimento per la fragilità, Lecco.
- Scanameo AM. (1995). House calls: a practical guide to seeing the patient at home. *Geriatrics*, 50:33
- Stuck AE. (1999). Risk factor for status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*, 48:445
- Taccani P. (1994). Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti. Franco Angeli, Milano.
- Yaffe K. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA*, 287:2090
- Yin T. (2002). Burden on family members, Caring for frail elderly: a meta-analysis of interventions. *Nurs Res*, 51:199.

APPENDICE F - LE PRESTAZIONI ESTEMPORANEE

Il fatto che la maggior parte delle risposte che il sistema ADI/Voucher garantisce sia di tipo estemporaneo, erogate occasionalmente o secondo cicli programmati ¹, non va interpretato come un indicatore di qualità negativo.

Le prestazioni estemporanee possono essere definite come una *“risposta prestazionale, professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presuppone la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare”* (Ministero della Salute, 2007).

La Tabella 1 descrive alcune prestazioni sanitarie che possono essere incluse in questo ambito. Ad esse possono essere aggiunte medicazioni semplici, interventi di gestione dell'alvo, le valutazioni riabilitative orientate a definire l'opportunità di adattamenti ambientali o la revisione di programmi in atto, la gestione di accessi venosi centrali e periferici, le terapie iniettive endovenose.

Le prestazioni occasionali possono essere garantite anche in cicli o pacchetti di prestazioni; nel primo caso si tratta della stessa prestazione ripetuta più volte in un arco temporale circoscritto; nel secondo di prestazioni diverse raggruppate anche in un singolo accesso (ad esempio interventi di addestramento dei familiari, di valutazione dell'ambiente, di consulenza specialistica) (ASL di Lecco, 2009).

Nel complesso si tratta di prestazioni essenziali per un programma di cura domiciliare, in assenza delle quali l'assistenza domestica di una persona a ridotta autonomia può essere oggettivamente limitata o impossibile. Possono anche rappresentare una risposta decisiva per sostenere la salute di persone anziane fragili con difficoltà ad uscire dalla propria abitazione.

Ad esempio, fra i prelievi domiciliari, uno dei più utilizzati è quello per il monitoraggio della terapia anticoagulante orale (TAO) che permette la gestione sicura di un trattamento decisivo per la prevenzione di danni maggiori di persone con patologie cardiologiche o neurologiche, ma che impone ai più anziani oneri gestionali spesso non sostenibili nel tempo. Il prelievo domiciliare, integrato da un buon collegamento fra MMG e specialista, garantisce così una risposta gradita e efficace ad un bisogno di salute maggiore. Lo stesso vale per la gestione dei cateteri vescicali, delle stomie di diversa natura, del monitoraggio della malattia diabetica. Anche la maggior parte dei Credit emessi fino al 2009 copre gli stessi bisogni, con prestazioni organizzate con maggiore continuità o in brevi cicli o pacchetti, mentre gli interventi Voucher o ADI sono in genere riservati a persone che richiedono prestazioni articolate su un maggior numero di accessi settimanali fino a programmi di vera e propria ospedalizzazione domiciliare.

In questo senso, il fatto che una parte del sistema ADI/Voucher si sia orientato verso prestazioni di breve durata e ridotta intensità, non vuol dire che abbia disatteso specifici obiettivi di salute. E' verosimile che le prestazioni estemporanee o di minor durata abbiano efficacemente affrontato e risolto altrettante esigenze

¹ I credit e i voucher di livello inferiore sono anche un modo per erogare prestazioni singole aggregate in pacchetti funzionali alle esigenze di cure di pazienti con specifiche esigenze. In questo senso, possono rappresentare una soluzione organizzativa pratica e flessibile. Semplicemente, non possono esaurire il complesso di interventi e modelli che compongono un moderno e più impegnativo “sistema” di cure domiciliari, soprattutto per i pazienti con maggiori esigenze di continuità di cura, integrazione degli interventi e qualità della presa in carico.

altrimenti non affrontabili se non ricorrendo a operatori privati o a più complessi e inappropriati trasferimenti in ospedale.

Il problema sottolineato nel capitolo 8 e in molte Appendici, è che sembra mancare, nel modello attuale, una attenzione specifica alla presa in carico globale della situazione di malattia e al governo complessivo del caso e delle prestazioni che esso richiede. Entro i confini di questo acquisiscono senso anche gli interventi a maggiore impronta prestazionale.

1.1 Il caso di Lecco: un esempio di organizzazione e di qualità della presa in carico

In questo senso, un esempio di felice integrazione del sistema voucher entro i confini di un modello organizzativo ben governato è rappresentato dal sistema di cure domiciliari dell'ASL di Lecco.

In questo contesto, ad esempio, credit e voucher sono integrati in un modello organizzativo più ampio, quello delle Cure domiciliari integrate, a loro volta articolate in più livelli e collegate ad altri e più articolati modelli di intervento possibili nello stesso territorio.

Le Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello si rivolgono a malati che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati sui 5 giorni (Primo livello) o sui 6-7 giorni (Secondo livello); gli interventi, tutti multidisciplinari e con PAI, sono erogati attraverso voucher e credit che con la loro articolazione possono garantire da un minimo di 8 a un massimo di 20 giornate effettive di assistenza (GEA). Questo attraverso voucher e credit di primo e secondo profilo o di terzo profilo flessibile erogato fino a due volte al mese.

Le Cure domiciliari integrate di terzo livello prevedono interventi, anche specialistici, erogati attraverso un'équipe dedicata che integra il MMG. Sono indirizzate a malati non oncologici di elevata complessità. Gli interventi sono programmati sui 7 giorni settimanali e garantiscono la reperibilità infermieristica sulle 12 ore. In questo ambito sono utilizzati voucher e credit di terzo profilo flessibili erogati fino a tre volte in un mese.

Infine, le Cure palliative domiciliari oncologiche prevedono la continuità assistenziale sui 7 giorni, la reperibilità medica sulle 24 ore e quella infermieristica sulle 12 ore. In questo caso i profili utilizzati sono quelli specifici del sistema delle cure oncologiche collegate alla rete delle Unità operative di Cure Palliative (UOCP).

I diversi livelli sono organizzati in modo dettagliato rispetto alle prestazioni erogabili, alle tariffe collegate, ai ruoli di riferimento.

1.2 Un modello possibile

L'esempio di Lecco dimostra, con molti esempi, che è possibile raggiungere un buon equilibrio fra presa in carico delle esigenze dei pazienti e della famiglie, governo della rete e integrazione delle risorse della comunità. Questo senza rinunciare alla qualità complessiva degli interventi e dei risultati e mantenendo una forte attenzione alle indicazioni della letteratura scientifica e ai suggerimenti che derivano dalla ricerca e dalle sperimentazioni sul campo.

La differenza sostanziale fra lo sviluppo di sistemi completi di cure domiciliari e la semplice aggregazione di prestazioni estemporanee sta in effetti nella capacità di accogliere la continuità dei bisogni espressa dalla persona, attraverso il concetto di presa in carico e utilizzando gli strumenti propri della valutazione multidisciplinare.

In questo senso, il sistema proposto dal legislatore regionale non esclude la possibilità per le ASL di adottare modelli di case management e strumenti valutativi raffinati o modelli organizzativi evoluti entro i cui confini i titoli erogabili possono essere utilizzati come strumenti per la concreta erogazione delle risposte. Nello scenario attuale si tratta soprattutto di un problema di risorse economiche, prima ancora che di evoluzione culturale. Ma si tratta anche di accettare un delicato trasferimento di responsabilità, che impone lo spostamento di equilibri consolidati.

In pratica, il nuovo modello proposto dalla Regione Lombardia, implementato nel corso delle due legislature analizzate, modifica il centro di responsabilità. Il legislatore regionale offre strumenti leggeri e flessibili, facilmente comprensibili e controllabili sotto il piano amministrativo, attraverso i quali viene veicolato il finanziamento (titolo) verso specifiche prestazioni o cicli o raggruppamenti di prestazioni domiciliari. In questa operazione, che presuppone un progetto più complessivo e una delicata opera di bilanciamento delle risorse economiche disponibili, il legislatore dichiara di esaurire il proprio livello di responsabilità.

Il titolo viene offerto alla famiglia, che può utilizzarlo a sostegno del modello di cura che può liberamente scegliere e autonomamente sviluppare, con risorse proprie e con quelle che il territorio mette a disposizione.

Il principale partner in questa operazione è il MMG, che viene confermato e rafforzato nel suo ruolo istituzionale di responsabile del piano di cura e di principale decisore in ambito clinico. Seguono le ASL, chiamate a selezionare e controllare la qualità degli enti erogatori e a gestire complessivamente il processo di incontro fra domanda e offerta. Ma anche a progettare modelli organizzativi complessivi che rendano più facile e coerente questo processo, equilibrando le esigenze cliniche con quelle amministrative. Infine, Aziende ospedaliere e Comuni, che detengono porzioni rilevanti dell'offerta di servizi necessari al sistema delle cure domiciliari e che possono a loro volta decidere di facilitare l'azione di integrazione o rendere meno visibile o disponibile il proprio contributo al sistema.

Nel complesso, emerge una più ampia ridefinizione di ruoli e responsabilità rispetto all'obiettivo di costruire intorno ai pazienti e alle famiglie, un rete di cura capace di accogliere le esigenze espresse in modo proporzionato alle loro risorse e ai loro desideri, anche di autonomia.

Resta da comprendere se questa decisione possa prescindere da una proposta forte, da parte del legislatore, di un modello gestionale complessivo e se gli attori del sistema siano pronti a raccogliere la sollecitazione ad una maggiore apertura verso le esigenze specifiche delle cure domiciliari.

Tabella 1: Cure domiciliari di tipo prestazionale

Prelievo ematico
Esecuzione di altre indagini bioumorali di routine (es.urine, esame colturale ecc.)
Terapia iniettiva intramuscolare
Terapia iniettiva sottocutanea
Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.)
Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie

Educazione del care giver alla gestione di enterostomia
Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione e corretta postura del paziente
Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
Prescrizione di ausili o protesi
Consulenza medico specialistica

Fonte: Ministero della Salute, 2006

1.3 Bibliografia

- ASL di Lecco (2010). Dipartimento PAC. Dipartimento Fragilità. Dipartimento Cure Primarie. Caratterizzazione delle Cure Domiciliari e requisiti di accreditamento. ASL di Lecco, Lecco
- ASL di Lecco (2010). Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari, anno 2010. Proposte del Dipartimento Fragilità. ASL di Lecco, Lecco
- Bernabei R. (1998), Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, 316:1348
- 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
- Ministero della Salute (2007), Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". Ministero della Salute, Roma.
- Scaccabarozzi G. (2007). Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. *I luoghi della cura*, 4:14
- Scaccabarozzi G. (2007). Quali cure domiciliari a sostegno della fragilità. La ricerca di un percorso comune. ASL di Lecco, Dipartimento per la fragilità, Lecco
- Stuck AE. (1999). Risk factor for status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*, 48:445

APPENDICE G - IL CENTRO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE (CEAD)

Un'importante evoluzione del sistema ADI/Voucher è stata introdotta dalla DGR n. 8/10759 dell'11 dicembre 2009 "Determinazioni in ordine alla realizzazione del Centro per l'assistenza domiciliare nelle Aziende Sanitarie Locali". Questa nuova risorsa segue le linee d'indirizzo della legge regionale n. 3/2008 e fa parte dei contenuti dell'accordo sottoscritto il 3 novembre 2009 dall'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale con le rappresentanze regionali di CGIL, CISL e UIL e quelle dei Sindacati Pensionati (SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL).

A tutte le ASL è stato richiesto di attivare, entro il 31 dicembre 2009, almeno un Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) con l'obiettivo di "coordinare l'impiego di tutte le risorse e tutti gli interventi socio-sanitari e sociali in ambito domiciliare". Questo attraverso la stipula di un protocollo d'intesa con il Comune capofila dell'ambito e senza impegni e oneri di spesa a carico delle ASL.

Entro il 28 febbraio 2010 il nuovo servizio è stato portato a regime in tutti i distretti. I CeAD si rivolgono prevalentemente alle persone anziane e disabili in condizione di non autosufficienza e alle loro famiglie e vedono la presenza congiunta di un responsabile che sia espressione dell'ASL e di uno espressione dei Comuni associati (piano di Zona).

In "linea di principio" gli operatori sia sociali che sanitari devono avere a disposizione il proprio budget (sociale e sanitario) da utilizzare in modo coordinato. In assenza di un accordo fra le parti "gli operatori del CeAD si coordinano con i soggetti che hanno titolo per gestire le risorse comunali per l'attivazione dei percorsi assistenziali". Ai servizi attivati la delibera richiede certezza dei tempi di erogazione, omogeneità delle risposte al bisogno e il raccordo fra i Comuni che hanno attivato i voucher sociali e quelli che mantengono la gestione diretta dei servizi. La Tabella 1 descrive le funzioni attribuite al CeAD.

Tabella 1: Le funzioni del CEAD

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ raccoglie le richieste sia dei diretti interessati/famiglie sia le segnalazioni dei servizi presenti sul territorio (MMG, specialisti, assistenti sociali, servizi di prossimità, call center);○ dispone, coordina e verifica, a supporto e in accordo con la famiglia, l'attivazione del Servizio di assistenza domiciliare (SAD), l'erogazione di voucher sociali e socio-sanitari, buoni sociali, assistenti familiari, centri diurno integrato (CDI), erogazione di presidi e ausili, realizzando pacchetti integrati personalizzati di prestazioni;○ compila e aggiorna il Piano Assistenziale Individuale relativamente ai pacchetti di prestazioni domiciliari;○ orienta l'eventuale scelta del tipo di struttura (sia essa residenziale o no) e si coordina con la "Struttura Intermedia" per la gestione di casi complessi che non hanno immediata soluzione (dimissioni ospedaliere, aggravamenti a domicilio);○ si interfaccia con le strutture sanitarie per facilitare i percorsi necessari alla diagnosi e terapia anche in ambito specialistico con la struttura dell'ASL di riferimento per la non autosufficienza e la fragilità○ promuove l'attivazione degli interventi complementari a sostegno delle domiciliarità: servizi di prossimità, custode socio-sanitario, servizi di supporto all'anziano e alla famiglia per la gestione delle procedure e delle pratiche amministrative. |
|--|

Fonte Regione Lombardia, DGR n. 8/10759 dell'11 dicembre 2009

Il CeAD vuole rispondere a alcune debolezze del sistema. La navigazione nella rete dei servizi è complessa e non tutte le famiglie sono in grado di interagire efficacemente con essa (Giunco, 2005; Guaita, 2009). I servizi sociali e quelli sanitari prevedono criteri di accesso diversi, economici i primi e sanitari i secondi; la coesistenza di entrambi può così essere impossibile per interi sottogruppi di popolazione, mentre altri possono restare esclusi da entrambi. Inoltre, non è sempre chiara la coerenza fra gli interventi domiciliari dei Comuni con gli interventi sociali compresi nel sistema ADI/Voucher; questi riguardano comunque una

proporzione marginale dei profili effettivamente erogati. Le famiglie hanno già affrontato il problema attraverso le badanti e la spesa privata per servizi di assistenza domestica familiare è in aumento (Pasquinelli, 2008).

Il CeAD viene proposto come una sorta di centrale operativa e di governo complessivo del sistema. Nelle intenzioni del programmatore il CeAD potrà facilitare l'orientamento della domanda e l'incontro fra domanda e offerta. Le funzioni proposte appartengono alla cultura dei servizi di comunità e hanno già dimostrato di poter sostenere le persone nella ricerca delle risposte necessarie.

Resta da vedere quella che sarà la sua concreta applicazione. Il servizio non ha budget propri se non "in linea di principio" e non ha poteri formali; deve interagire con molti sistemi e servizi attinenti enti diversi e con le rispettive autonomie. In particolare, la delibera non modifica i criteri di accesso ai servizi sociali comunali, che restano eterogenei e in gran parte esclusivi: possono accedere ai servizi solo le persone con profili ISEE al di sotto di una certa soglia. Al di sopra di questa solo alcuni Comuni permettono l'erogazione dei SAD con una compartecipazione alla spesa proporzionale ai redditi delle persone.

Come già accaduto al momento dell'introduzione dei voucher socio-sanitari (Gori, 2005), anche in questo caso la Regione ha offerto alle ASL solo alcune indicazioni di massima. Spetta a loro il compito di realizzare praticamente il nuovo servizio. I documenti di programmazione 2010 contengono già alcune indicazioni al proposito, alcune delle quali trasferiscono ai distretti responsabilità non marginali.

Ad esempio, l'ASL di Monza e Brianza afferma: *"Il CeAD diventa il luogo fisico in cui, grazie alla flessibilità con cui ciascun distretto si organizzerà con il corrispondente ambito, avviene l'integrazione con i servizi erogati dai Comuni e dagli altri portatori di interesse del territorio (compreso il Terzo Settore). Ciascun CeAD si doterà una propria organizzazione, di obiettivi prioritari e di criteri di accesso per garantire una presa in carico tempestiva ed integrata"*. Questa indicazione sottolinea la flessibilità del nuovo servizio, ma anche il rischio di un'eterogenea diffusione e applicazione del servizio.

Bibliografia e riferimenti

- Regione Lombardia. DGR n. 8/10759 dell'11 dicembre 2009 "Determinazioni in ordine alla realizzazione del Centro per l'assistenza domiciliare nelle Aziende Sanitarie Locali".
- Regione Lombardia. Bollettino Ufficiale. <http://www.infopoint.it/burlnew/home/home.aspx>
- Regione Lombardia. Direzione generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale. http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Famiglia%2FDGH_omeLayout&cid=1213276891234&pagename=DG_FAMWrapper
- Regione Lombardia. Servizi domiciliari, un passo in più. Dal 2010 in funzione i CeAD. <http://www.famiglia.regione.lombardia.it/shared/ccurl/983/537/lombardia.pdf>

APPENDICE I - I RUOLI DI CERNIERA. FRA COMPLESSITA' E SEMPLIFICAZIONE ¹

Gli operatori delle aziende entrano nelle case e seguono da vicino le singole storie di malattia, anche nei loro versanti esistenziali. E' un confine delicato, che implica la conoscenza della situazione e il coinvolgimento emotivo tipico delle relazioni di cura. Questo coinvolgimento si estende dalle figure di prima linea a quelle di coordinamento più immediatamente integrate con l'operatività vera e propria, in analogia con il coordinamento dei servizi ADI dei distretti ASL.

Si tratta di livelli di coordinamento che devono garantire soluzioni di cura a persone concrete (i pazienti e le loro reti) attraverso persone concrete (gli operatori), mediando questo obiettivo con numerose e complesse esigenze amministrative e aziendali. Una cerniera delicata, quindi, sottoposta a tensioni ben espresse dalle persone intervistate individualmente o in gruppo e che coinvolge operatori con specifiche professionalità (come gli infermieri con ruolo di coordinamento) o di derivazione più amministrativa.

E' il livello chiamato a mediare fra l'inevitabile fluidità delle esigenze della relazione di cura e l'altrettanto inevitabile rigidità delle norme e delle organizzazioni. Il successo di questa mediazione è probabilmente la qualità vera del sistema, quella che permette a sistemi complessi di diventare risposta puntuale a bisogni specifici e dinamici.

Ci sono dei costi da pagare nello svolgimento di questi ruoli, dove confluiscono le tensioni reciproche che nascono dal basso e dall'alto, e una richiesta di riconoscimento. L'impressione che nasce dall'ascolto delle interviste è che, in questi ruoli, sia presente una scomodità implicita che il sistema fatica oggi a comprendere.

Il sistema voucher ha adottato una soluzione ragionevole: sono trasferiti soldi alle famiglie, incrementando le risorse attraverso le quali esse costruiranno autonomamente la loro specifica soluzione. La scelta del sistema è semplice e prontamente traducibile in atti amministrativi di ridotta complessità. Ma è chiaro a tutti gli attori che trovare la soluzione alle situazioni di malattia, fragilità o disabilità tipiche dei contesti attuali è problema di ben altra difficoltà. Problemi complessi richiedono soluzioni complesse, problemi dinamici richiedono soluzioni dinamiche. Problemi e soluzioni devono poter procedere parallelamente e coerentemente.

Questa sembra oggi la maggiore criticità del sistema, ben presente nelle parole di tutti gli attori ma poco negli atti di progettazione e governo del sistema. Sembra quasi che il problema sfugga

¹ Questo capitolo deriva dalle impressioni, anche emotive, che è stato possibile ricavare dagli interventi « a microfono spento » del focus group o di molti contatti avuti nel periodo di raccolta delle informazioni. Riguardano soprattutto i dirigenti e coordinatori dei servizi ADI degli enti erogatori, molti dei quali, indipendentemente dal ruolo, stabiliscono un vero e profondo contatto emotivo con le persone sostenute dalla propria organizzazione. Ma sono comuni ai dirigenti e coordinatori di molte ASL e distretti e ai singoli operatori che si muovono casa per casa, chiamati a farsi carico non solo delle esigenze tecniche, ma anche o soprattutto di quelle umane.

all'osservazione del legislatore e alle scelte del programmatore. Non si ritrovano, infatti, in nessun documento di fonte regionale.

Era già stato segnalato in altri lavori (Gori, 2005) come la nascita del sistema voucher non sia stata preceduta da alcuna analisi dichiarata e pubblicata del bisogno, delle sue caratteristiche, dell'efficacia delle risposte. Soprattutto non si ritrovano riferimenti a modelli di intervento consolidati, ormai patrimonio comune della ricerca gerontologica e dei sistemi di cura più evoluti.

Può essere una scelta consapevole. Il legislatore mette a disposizione strumenti di finanziamento e di governo amministrativo a un sistema di persone e professioni che utilizzerà poi queste risorse in modo consapevole e coerente con le migliori conoscenze e i modelli consolidati di buone prassi. Resta aperta la domanda conseguente: è possibile costruire un modello di intervento domiciliare attraverso la semplice definizione di un budget economico e di atti amministrativi che ne regolano a grandi linee la distribuzione periferica? E' possibile farlo indipendentemente dalla lettura delle dimensioni e della qualità del bisogno e della stima dell'efficacia delle prestazioni acquistate e offerte per rispondere a questo bisogno indeterminato?