La gestione delle risorse per l'ADI: impatto sull'equità territoriale

venerdì, 27 aprile, 2012

http://www.lombardiasociale.it/2012/04/27/la-gestione-delle-risorse-per-ladi-impatto-sullequita-territoriale/

Secondo le rilevazioni del Ministero della Salute[1], in media nel 2010 in Lombardia l'Adi ha raggiunto 4,3 anziani ogni cento. La diffusione del servizio risulta però molto eterogenea tra le Asl: **la percentuale di copertura degli anziani oscilla da un minimo di 1,5 al massimo del 12,2** (Fig. 1).

Le zone maggiormente servite risultano quelle a prevalenza montana e quelle del Sud-Est mentre, all'opposto, la copertura nell'area metropolitana e nell'hinterland risulta relativamente scarsa (fatta eccezione per l'Asl Milano 1).

Quanto spendono le singole Asl per l'assistenza domiciliare? Considerato che si tratta di un servizio rivolto prevalentemente agli anziani (che in questa regione sono l'84,9% degli utenti Adi), vale la pena un confronto sui costi per ogni anziano residente[2]: anche in questo caso la variabilità è molto ampia, poichè nell'ambito della regione **si va da meno di 20 a massimo 60 eur per anziano** (si vedano i valori in ordinata della fig. 2).

In generale, le Asl dove l'Adi risulta maggiormente diffusa sono anche quelle che dedicano maggiore risorse pro-capite all'assistenza domiciliare dei propri anziani residenti (i costi sono crescenti al crescere della diffusione, tranne pochissime eccezioni). I territori con la spesa per anziano più bassa coincidono con quelli che offrono una copertura più limitata alla propria popolazione anziana (Fig. 2).

Alla luce di questi dati, possiamo chiederci se il sistema di finanziamento dei servizi domiciliari riesce a promuovere l'uniformità territoriale dell'offerta. Fino ad oggi la spesa annuale di ogni Asl è stata determinata dal budget per i servizi domiciliari e diurni, un valore fissato annualmente dalla Regione a partire dalla spesa storica di quell'azienda. Di fatto, quindi i territori con un'offerta domiciliare più sviluppata hanno ricevuto maggiori risorse.

Nel 2011, a sostegno della riforma dell'Adi, è stato annunciato un potenziamento per complessivi 40 milioni delle risorse per gli interventi domiciliari (Dgr 1746/2011).

Fondi importanti, innanzi tutto per invertire la tendenza registrata fino a quel momento di riduzione delle risorse assorbite dall'Adi, (i costi complessivamente sostenuti dalle Asl lombarde per l'Adi nel 2010 ammontano a 78 milioni, mentre le informazioni disponibili sugli anni precedenti evidenziavano un assorbimento di risorse decisamente superiore, ossia 85,9 milioni nel 2009 e 88,8 milioni nel 2008[3]).

Il finanziamento aggiuntivo previsto dalla Dgr di riforma dell'Adi è inoltre interessante perché, novità rispetto al passato, prevede che l'assegnazione alle Asl avvenga sulla base della popolazione anziana e disabile dei vari territori, quindi ricercando un legame tra l'allocazione delle risorse integrative e i bisogni. La prima tranche dei fondi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare (20 milioni) è stata assegnata lo scorso agosto (Decr. 7211/2011), mentre ad oggi non siamo a conoscenza di provvedimenti che abbiano distribuito la seconda tranche del 2011.

Il provvedimento di assegnazione dei primi 20 milioni prevede la possibilità di utilizzare i fondi non soltanto per l'assistenza domiciliare, ma anche per i servizi semiresidenziali per anziani e disabilii e per la residenzialità leggera (CSS). In un certo senso quindi, non vi è una finalizzazione specifica per la domiciliarietà, e ciò potrebbe ridimensionare la capacità di questo intervento di riequilibrare l'offerta domiciliare. Tuttavia questa possibilità di spesa per servizi diversi dall'Adi, va letta nella logica della riforma, che intende promuovere la libertà del cittadino di scegliere tra i vari regimi assistenziali.

In secondo luogo, le risorse in questione sono state distribuite soltanto per l'80% in base a parametri rappresentativi del bisogno dei vari territori e, in ogni caso, questi parametri risultano abbastanza generici: è stata considerata la popolazione anziana dell'Asl, mentre per stimare il numero di disabili si è ipotizzato che ci fosse un'identica incidenza della disabilità nella popolazione under 65 (il 3,8%).

Il restante 20% della prima tranche delle risorse aggiuntive per il 2011 è stato invece ripartito in base in base all'offerta storica delle varie Asl di posti in CDD, CSS e CDI: un meccanismo che dimostra la resistenza ad abbandonare un sistema di allocazione che premia le realtà dove l'offerta è più sviluppata, per approdare ad un sistema basato unicamente sul bisogno.

La riforma dell'Adi in atto ha tra i suoi obiettivi l'omogeneizzazione dei sistemi di accesso ai servizi domiciliari e di valutazione del bisogno: i nuovi strumenti in fase di sperimentazione potrebbero permettere un accrescimento del livello informativo sulla diffusione della non autosufficienza a livello sub-regionale e dei costi assistenziali associati a ogni casistica. Si tratta di dati che, se porteranno a conoscere il quadro epidemiologico dell'intera popolazione (e non solo di quella già raggiunta dai servizi), potrebbero risultare estremamente utili per affinare le tecniche di riparto dei fondi.

Al momento non è stato chiarito come la riforma modificherà i sistemi di distribuzione dei fondi tra le aziende. Si utilizzeranno formule trasparenti costruite sulla base dei bisogni specifici di ogni territorio? Come impatterà la scelta di mettere al centro del sistema la domanda? Si finanzieranno di più le Asl che a parità di bisogno esprimono maggiori richieste di voucher-credit? Oppure l'obiettivo regionale sarà quello di fornire ad ogni cittadino non autosufficiente le stesse risorse sociosanitarie, indipendentemente dall'Asl di appartenenza e di promuovere l'equità del consumo? Sono questioni estremamente delicate

da cui possono scaturire diversi esiti economico-sociali.

Continueremo a seguire gli sviluppi di tale vicenda: sulla base delle soluzioni operative che saranno adottate nei prossimi mesi si potrà capire quanto l'uniformità territoriale sarà effettivamente una priorità della riforma.

---

[1] I dati sono pubblicati su http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati_subregionali.asp

[2] La spesa delle Asl per l'assistenza domiciliare è tratta dalla presentazione di Regione Lombardia "Il percorso di riforma dell'Adi" del 20 Dicembre 2011 che fornisce i costi complessivi dell'Adi 2010 per Asl. A partire da questi dati abbiamo stimato il costo attribuibile ai soli anziani, moltiplicando la spesa per l'assistenza domiciliare dell'Asl per l'incidenza dell'utenza anziana sul totale degli utenti Adi specifica di ogni Asl (fonte per l'incidenza: http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati_subregionali.asp).

[3] La spesa del 2010 è ricostruita come somma dei costi totali Asl per l'Adi tratti dalla presentazione "Il percorso di riforma dell'Adi" del 20 Dicembre 2011 di Regione Lombardia. I valori degli esercizi precedenti sono tratti dalla pubblicazione "Bilancio Sociale" come somma delle risorse per l'Adi a gestione diretta e per i voucher-credit.