Un anno di assistenza domiciliare con il Voucher socio-sanitario: bilanci e prospettive

Di Luciano Di Pietra *(Direzione sociale ASL MI 1)*

Il Modello Regionale

Come tutte le quindici ASL della Lombardia anche l'ASL MI 1, a partire dal 2003, ha iniziato ad attivare il Sistema delle Cure Domiciliari ispirandosi ai 3 principi-obiettivi fondamentali e prescrittivamente vincolanti per tutte le ASL:

1. **La separazione tra le funzioni di produzione e quelle di programmazione, acquisto e controllo (PAC)** con il conseguente progressivo abbandono della precedente posizione di monopolio dell'offerta di assistenza domiciliare integrata.
2. **L'esternalizzazione delle attività di produzione** ottenuta attraverso l'accreditamento di produttori esterni (profit e non **profit).**
3. **La voucherizzazione dei consumi rivolta agli utenti portatori dei bisogni di assistenza domiciliare, nonché di** titoli di acquisto corrispondenti al valore delle prestazioni necessarie a realizzare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) prescritto e spendibili per remunerare il produttore accreditato liberamente scelto.

Il sistema definito dal Programmatore Regionale al riguardo del voucher –ai fini di massimizzare nella prima fase attuativa dall'ADI l'omogeneizzazione dei comportamenti delle diverse ASL- predefinisce e rende vincolanti:

- 3 profili di cura e 3 corrispondenti valori di voucher;
- il rigoroso rispetto del budget annuale assegnato per ciascuna Azienda Sanitaria Locale;
- l'obbligo di garantire l'integrazione tra prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, attraverso la presenza al domicilio di operatori (ASA/OSS) impiegati in attività di cura alla persona e di aiuto domestico: ciò al fine di superare la precedente connotazione dell'ADI come servizio prevalentemente, se non esclusivamente di assistenza infermieristica non integrata.

E' importante sottolineare che il modello regionale, pur mantenendo necessariamente un forte impianto prescrittivo, lascia alla programmazione locale margini non indifferenti di autonomia, consentendo, ad esempio, l'accreditamento diretto dei produttori che rendono possibile l'esternalizzazione delle attività ADI.

Il modello dell'ASL MI 1

L'ASL MI 1 nell'attivare il modello regionale di ADI voucherizzata, è partita dal sistema di conoscenze ricavato dalla sua precedente esperienza di produttore monopolistico di cure domiciliari, impegnato quasi esclusivamente nell'erogazione di prestazioni estemporanee di assistenza infermieristica (circa 8.000 ogni anno). La programmazione del nuovo sistema dell'ASL MI 1 si è basata sulla documentata conoscenza delle virtù e dei limiti delle esperienze fatte prima della introduzione del modello regionale, resa possibile sia da un efficace sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate fino al 2003, sia dall' attuale sistema fondato sull' elaborazione dei "debiti informativi" connessi al nuovo sistema di accreditamento.

I dati del precedente sistema informativo hanno suggerito alla Direzione Sociale – divenuta in base alle indicazioni regionali unica competente in materia – un impianto programmatorio orientato alla realizzazione di un approccio sistemico e allo sviluppo della complementarietà tra unità d'offerta costitutive di ciascuna rete e tra le diverse reti del Welfare locale, coerentemente con l'obbiettivo perseguito a partire dal gennaio 2003 di realizzazione del modello dei Centri Multiservizi, finalizzato al superamento della "settorialità" e della "monofunzionalità" delle Unità d'offerta del Welfare State.

Il sistema delle cure domiciliari – approvato dall'ASL MI 1 con la Deliberazione n. 376 del 27.06.2003 dopo approfonditi confronti con tutti gli interlocutori istituzionali, sociali e professionali – realizza la complementarietà a due diversi ma contestuali livelli:

1. Complementarietà tra i livelli di cure Domiciliari.
2. Complementarietà tra le Unità di Produzione Accreditate.

Parallelamente il sistema, al fine di garantire la sua sostenibilità, attraverso il rigoroso rispetto del budget -perseguendo però la necessaria quantità e qualità di prestazioni erogate e di soddisfacimento della domanda- tutela l'appropriatezza rendendosi sempre più capace di distinguere opportunamente le cure domiciliari integrate (ADI) che costituiscono il core-business dell'Azienda, da altre attività ed altre utenze che debbono e possono essere meglio soddisfatte con diverse e più appropriate modalità di intervento.

1) La Complementarietà dei livelli di cura

Le esperienze condotte sino a tutto il 2002 dal precedente servizio ADI avevano – come nella stragrande maggioranza delle Aziende Lombarde – oggettivamente circoscritto le cure domiciliari alla sola assistenza infermieristica prevalentemente estemporanea (brevi interventi di soli operatori sanitari su bisogni contingenti), pertanto l'introduzione dei tre livelli mensili di voucher ha rappresentato un punto di svolta nel sistema per le sue 3 caratteristiche che garantivano la continuità di cure necessarie alle gravi fragilità non risolvibili in tempi medio-brevi:

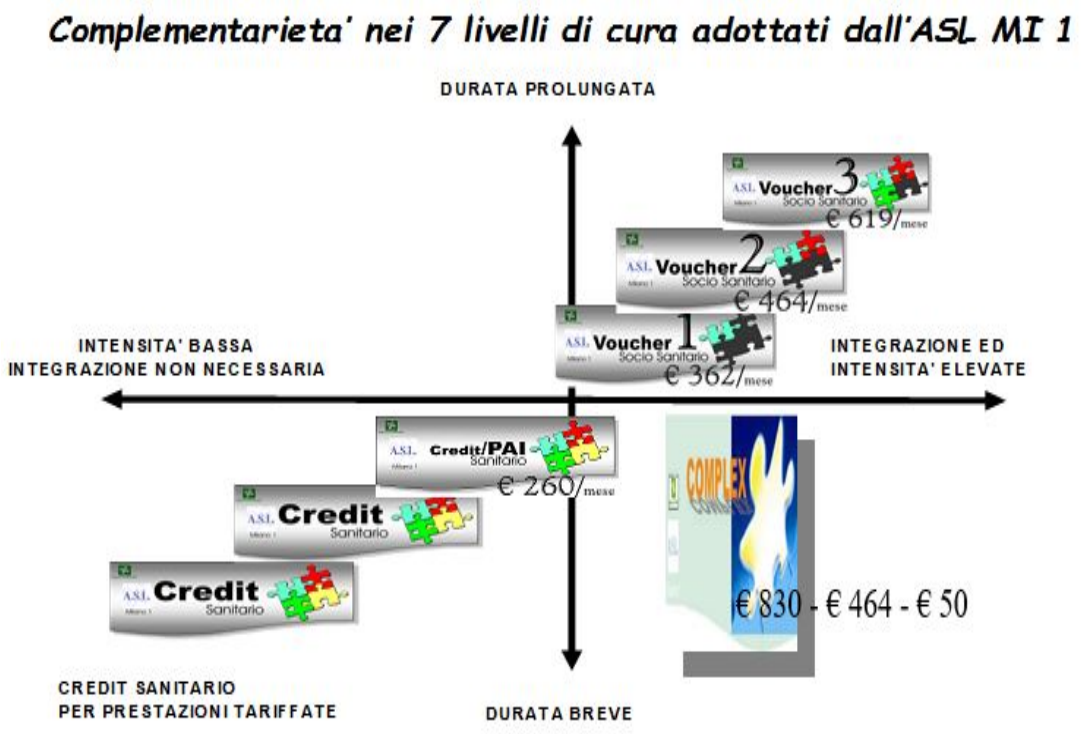
1. obbligo di definizione ed attuazione di un PAI (Piano di Assistenza Individualizzato);
2. integrazione dei diversi caregiver professionali presenti al domicilio;
3. corrispondente adeguata remunerazione delle prestazioni rese.

L'aderenza dei tre livelli di voucher alle esigenze delle cure continuative domiciliari non poteva però esaurire tutta la gamma di bisogni espressi dai "fragili impossibilitati a curarsi fuori dal proprio domicilio". I tre voucher risultavano infatti sovradimensionati per i bisogni di assistenza estemporanea che non necessitano di profili professionali integrativi; analogamente, in senso simmetricamente opposto, i tre voucher risultavano sottodimensionati per affrontare in modo qualificato i bisogni di assistenza connessi alla terminalità, che vede nel domicilio -ogni volta che esso risulti praticabile- il luogo di elezione della "cura" e del "care" indispensabili a questa condizione.

Conseguentemente alla consapevolezza dei limiti oggettivi dei tre livelli di cura assicurabili con i tre voucher, l'ASL MI 1 ha costituito il suo sistema avvalendosi delle duttilità concesse dal programmatore regionale (ed ottenendo da questi l'assenso preventivo alle sue decisioni) e aggiungendo alla componente principale del sistema costituita dai voucher, due sottosistemi complementari:

1. **Le tre tipologie di credit** con i quali si esauriscono i bisogni di assistenza estemporanea, garantendo a domicilio prestazioni di operatori solo sanitari (che solo nel caso credit più pesante dei tre obbligano alla definizione di un PAI), essendo nella maggioranza dei casi costituite da prestazioni singolarmente predefinite e tariffate.
2. I tre livelli del profilo "**Complex**", così denominato sia per sottolineare la complessità dei bisogni assistenziali **del**

malato terminale a cui è riservato, sia per rendere evidenti l'intensità e la specificità che devono caratterizzare la qualificazione professionale degli operatori, nonché l'alto livello di integrazione delle competenze specificatamente necessarie a "modulare" l'intensità assistenziale, molto variabile in queste casistiche. Conseguentemente più elevati sono i requisiti richiesti agli erogatori del complex che sono stati introdotti nei provvedimenti di accreditamento adottati -in coerenza con la DGR 12902/03- per il settore delle cure palliative dell'ASL MI 1 con propria DDG n° 698 del 30.09.04.



2) Complementarietà tra le Unità di Produzione

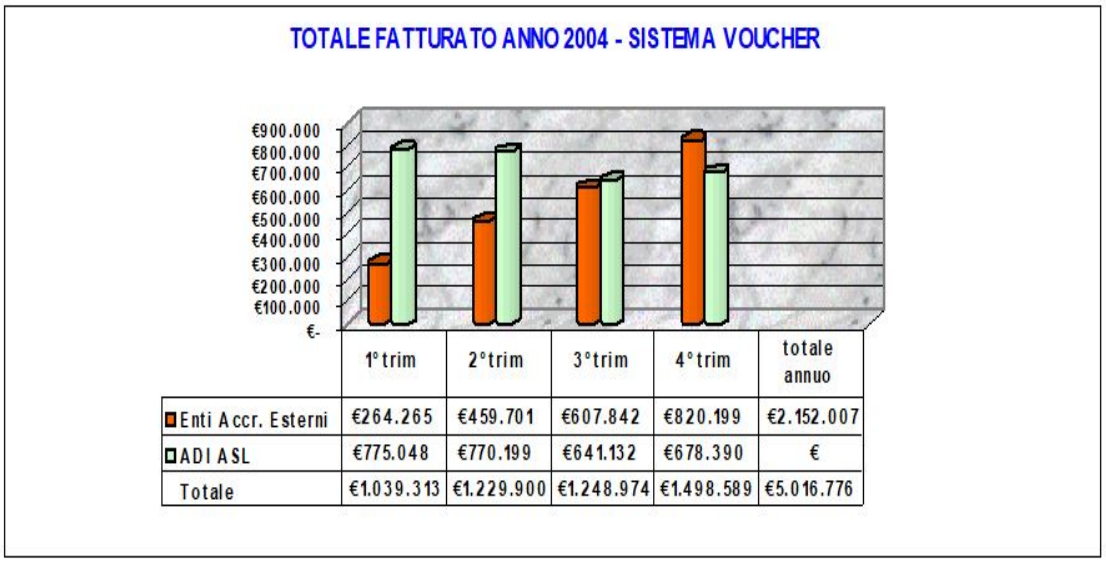
L'indicazione Regionale relativa alla "esternalizzazione" delle attività di Produzione di Cure Domiciliari – con il conseguente abbandono del regime di monopolio dell'offerta praticato fino al 2003 – è stata efficacemente attuata dall'ASL MI 1 che, già in occasione dei primi provvedimenti di accreditamento (DDG n° 535 del 9/9/03 e DDG n° 211 del 1/04/04), riconosceva lo status di "produttore" a 20 soggetti erogatori aggiuntisi all'Unità di Produzione gestita direttamente dall'ASL ed accreditata con gli stessi criteri praticati per gli operatori esterni. Anche all'interno del primo gruppo di produttori accreditati si rendeva evidente la complementarietà tra le tre tipologie di unità di produzione, che l'ASL da tempo ha riconosciuto quale tendenza in atto da promuovere ed assecondare. Ben il 60% degli accreditati infatti è costituito da gestori di RSA che hanno in alcuni casi utilizzato positivamente la possibilità di ottenere l'accreditamento anche operando su bacini territoriali circoscritti e non sull'intero territorio dell'ASL.

A sottolineare il fatto che il superamento della " settorialità" della produzione è una tendenza in atto nel Sistema di Welfare, vale la pena di ricordare che la complementarietà tra gestione accreditata di una RSA e quella di una Unità di Produzione di Cure Domiciliari non è un fatto circoscritto a queste 2 tipologie. Il 50% dei Centri Diurni Integrati accreditati nell'ASL MI 1 è gestito in complementarietà da una RSA. La stessa prospettiva – con le economie di scala che rendono più sostenibili gli oneri gestionali delle unità di produzione – è praticata dagli IDR. Per quanto riguarda il profilo Complex, esso risulterà praticabile proficuamente dai gestori di unità d'offerta residenziale per malati terminali (HOSPICE), già attualmente afflitti dalla difficoltà di saturare completamente le loro capacità ricettiva.

Esternalizzazione delle attivita'

La pratica della complementarietà rende inoltre possibile un elevato tasso di esternalizzazione che determina positivamente, come nel caso dei voucher erogati nel 2004 nell'ASL MI 1, la perdita del ruolo monopolisitico dell'ASL. Sebbene l'ASL mantenga ancora una posizione monopolistica nell'erogazione dell'assistenza estemporanea remunerata con i CREDIT (il livello di cura più vicino alla consolidata tradizione dell'assistenza infermieristica dei precedenti servizi ADI) anche a livello della distribuzione del fatturato globale del 2004 è evidente la crescente dinamicità delle produzioni "esternalizzate" che hanno raggiunto nei 4 trimestri il 42,8% del budget annuo.

Fatturato primo trimestre 2004



	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	totale annuo
Enti Accr. Esterni	€264.265	€459.701	€607.842	€820.199	€2.152.007
ADI ASL	€775.048	€770.199	€641.132	€678.390	€
Totale	€1.039.313	€1.229.900	€1.248.974	€1.498.589	€5.016.776

Il bilancio del primo anno di funzionamento del sistema

Il sistema di monitoraggio e di controllo di gestione (trasferito completamente alle competenze della Direzione Sociale) che ha accompagnato l'attuazione del nuovo sistema delle cure domiciliari consente di leggere un primo bilancio consuntivo delle diverse dimensioni del sistema e di verificare la coerenza tra gli obiettivi assunti e i risultati effettivamente conseguiti.

1. Garanzia dei livelli di assistenza

L'obiettivo principale di tutelare ed incrementare la quantità di fruitori è stato pienamente rispettato, malgrado le difficoltà derivanti dal non facile passaggio dal precedente sistema al nuovo impianto. Il numero di utenti assistiti nei primi 12 mesi del 2004 è molto superiore al n° di utenti assistiti complessivamente nel corso del 2004: 10.219 contro 8698.

TITOLI EROGATI, PRESTAZIONI, UTENZA 2004

TIPO DI ASSISTENZA	LIVELLI DI CURA	TITOLI EMESSI	PRESTAZIONI	UTENTI
ESTEMPORANEA	CREDIT/PREL. CREDIT	38.498	27.858 88.345	
	CREDIT PAI	1190		
TOTALE	TOTALE	39.688	88.345	7417
CONTINUATIVA	VOUCHER 1	4056		1320
	VOUCHER 2	2738		910
	VOUCHER 3	1379	(**)	469
	COMPLEX (*)	150		103
TOTALE	TOTALE	8323	149.814	2802
TOTALE LIVELLI DI CURA		48.011	266.017	10.219

* attivato da ottobre
** media prestazioni voucher = 18

I 10219 utenti serviti nel 2004 sono prevalentemente donne (66%), ultraottantenni (50%), conviventi con almeno un familiare nel 88% dei casi, con un' invalidità accertata superiore al 75% nel 92% dei casi, con fruizione dell'assegno di accompagnamento. Inoltre nel 6% dei casi Il 73% fruisce del credit per interventi di assistenza estemporanea ed il 26% del voucher.

Alla dimensione quantitativa dell'obiettivo raggiunto si è aggiunta la ben più rilevate dimensione qualitativa. Non solo sono state assicurate a domicilio le prestazioni prescritte ad un numero maggiore di utenti (senza creare nessun fenomeno di liste d'attesa o di esclusioni), ma è stata assicurata a tutti gli utenti serviti una migliore qualità assistenziale. Ciò è non solo vero, ma risulta dimostrato dal fatto che rispetto al passato tutti i fruitori di voucher – ossia dei 3 livelli di assistenza continuativa – hanno ricevuto prestazioni effettivamente integrate. Hanno cioè ricevuto al loro domicilio caregivers professionali di tutti i profili necessari in quanto prescritti dai Piani di Assistenza Individualizzata. Questa dimensione qualitativa dell'ADI, che non a caso costituisce la specificità delle cure domiciliari erogate dall'ASL e la linea di confine con i servizi comunali (SAD che portano a domicilio solo operatori sociali) nel sistema dell'ASL MI 1 è preventivamente garantita dai criteri di accreditamento che esplicitamente impongono agli erogatori capacità operative con disponibilità degli operatori di tutti i profili.

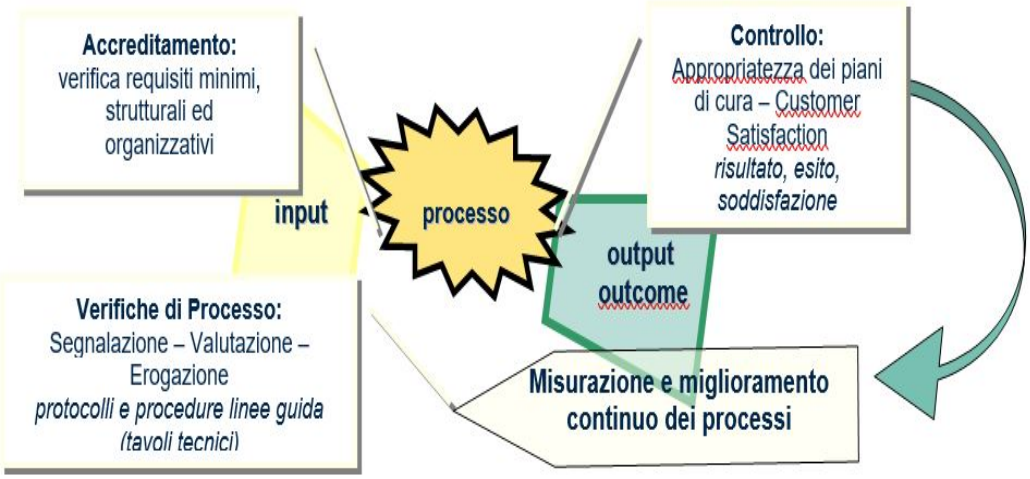
2. Rispetto del budget

In tempi come quelli attuali, che richiedono a tutte le reti del Welfare di non derogare dall'imperativo categorico della sostenibilità dei sistemi di intervento programmati, è fondamentale che gli obiettivi qualitativi e quantitativi del sistema delle cure domiciliari dell'ASL MI 1 siano stati ottenuti nel rispetto rigoroso del budget di risorse finanziarie disponibili – per un ASL di 930.000 residenti di cui il 15.7% costituito da anziani – ammontante a poco più di 9 milioni di euro.

3. Affinamento dell'impianto programmatorio

L'aspetto più significativo del bilancio a consuntivo del primo anno di funzionamento del sistema delle cure domiciliari dell'ASL MI 1 è rappresentato dal processo di affinamento e sviluppo dell'impatto programmatorio aziendale che è stato perseguito e realizzato già in questi primi 12 mesi. Sono gia stati illustrati i risultati ottenuti utilizzando la complementarietà tra produttori, la complementarietà dei livelli di cura, analoghi e più significativi affinamenti sono in atto sul terreno della ricerca della qualità sostenibile attraverso la garanzia dell'appropriatezza. Lo schema di "circolarità programmatoria" effettivamente

ed operativamente praticato nel 2004 è quello sottostante:

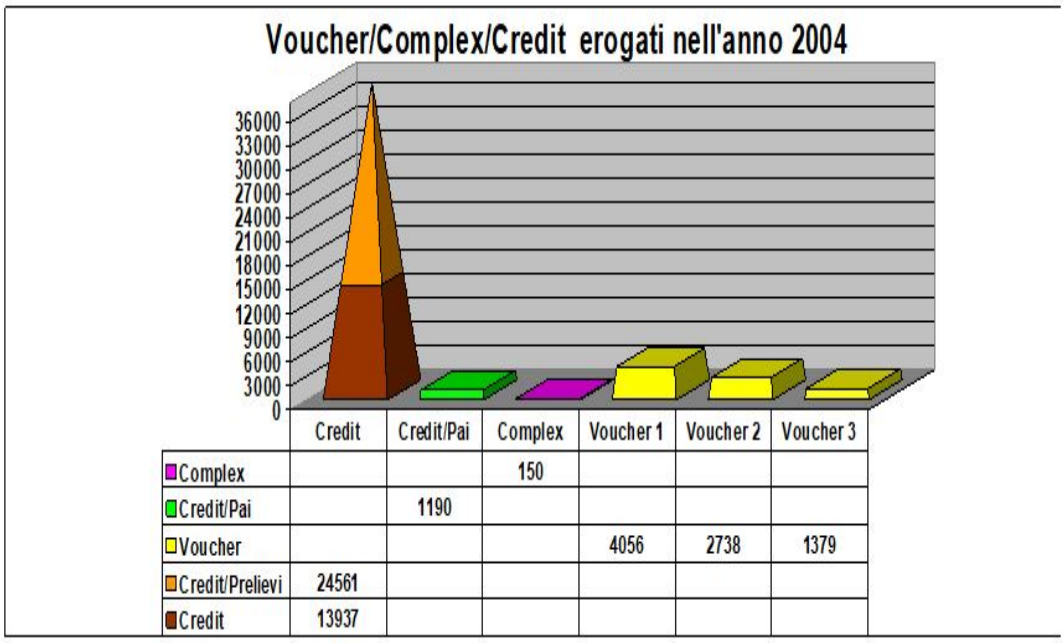


Questa impostazione, teoricamente rigorosa ma operativamente ed effettivamente concretizzata consente di ottenere un controllo dei processi e dei loro outcome. Le 3 unità sovradistrettuali di valutazione/autorizzazione controllo (UOVAC) di Garbagnate, Corsico e Castano hanno valutato i livelli di cura prescritti dai Medici di Medicina Generale, e pervenuti ai 7 sportelli attivati in ciascun distretto dell'ASL, e ne hanno autorizzato l'esecuzione rilasciando all'utente il relativo voucher dopo averne verificato l'appropriatezza prescrittiva. A questo fine sono stati ritirati ed analizzati gli 800 questionari di "customer satisfaction" predisposti dalla Regione che hanno evidenziato un quadro di globale soddisfazione per l'organizzazione (86%), l'efficienza (83%) e la tempestività (82%).

4. Individuazione di aree di non appropriatezza nel sistema delle cure domiciliari

La "buona prassi" di ogni impianto programmatorio prevede la "circolarità" di ogni processo decisionale costretto necessariamente a configurarsi come "Top-down" nelle sue fasi di impostazioni innovativa. Il sistema di monitoraggio dell'ADI nell'ASL MI 1 ha svolto per 12 mesi della sua attivazione questa fondamentale funzione di "retro comunicazione" ed ha permesso di affinare e sviluppare positivamente l'impianto iniziale. È successo per la gamma dei livelli di cura opportunamente passati dagli iniziali 3 agli attuali 7 senza dilatazione della spesa. È successo, e continuerà a succedere, per alcune aree di intervento che sono state corrette come nel caso dei prelievi domiciliari che fino a poco tempo fa costituivano la quota maggioritaria delle prestazione "estemporanee" rese a domicilio dagli infermieri delle unità di produzione accreditate dall'ASL.

Con la DDG n° 675 del 24/09/2004, in un'area territoriale per ora circoscritta ad alcuni Comuni di 2 Distretti dell' ASL (Garbagnate e Rho) è stato accreditato un Laboratorio Analisi verso il quale questa tipologia di cure domiciliari estemporanea è stata completamente esternalizzata consentendo con ciò un corrispondente aumento degli utilizzi nell'assistenza continuativa (passaggio da credit a voucher) degli infermieri dipendenti assegnati alle unità di produzione ADI. Analoghi processi di soluzioni più appropriate di soddisfacimento di bisogni affidati in passato alle unità di cure domiciliari saranno nel prossimo anno affrontati con modalità più idonee. E' il caso dell'assistenza infermieristica fino ad oggi erogata nei CSE ai disabili, o erogata nelle scuole agli scolari diabetici, modalità di intervento difficilmente considerabili "proprie" dal sistema delle cure domiciliari.


Voucher/Complex/Credit erogati nell'anno 2004
36000
33000
30000
27000
24000
21000
18000
15000
12000
9000
6000
3000
0
Credit
Credit/Pai
Complex
Voucher 1
Voucher 2
Voucher 3
Complex
Credit/Pai
Voucher
Credit/Prelievi
Credit
150
1190
4056
2738
1379
24561
13937