Una fotografia del finanziamento dell'ADI tra passato e futuro

Un quadro del finanziamento dell'ADI alla vigilia dei recenti interventi di potenziamento. Cosa sappiamo del relativo processo di implementazione? Sta davvero cambiando il sostegno agli interventi al domicilio? Alcune prime valutazioni.

Di Laura Pelliccia *(Funzionario di Regione Lombardia; collaboratrice di Lombardia Sociale; collaboratrice di NNA)*

L'importanza di un intervento mirato allo sviluppo al sostegno della domiciliarità

Nella storia del nostro Paese sono mancati, a livello nazionale, veri e propri interventi mirati al potenziamento dell'ADI. Nonostante il domicilio fosse universalmente riconosciuto quale luogo da privilegiare per l'erogazione dell'assistenza sociale e sanitaria, gli sforzi di potenziamento di questo tipo di servizi sono rimasti a lungo in balia delle sensibilità locali (ogni regione ha scelto il livello di centralità da riconoscere a questi servizi[1]).

Sebbene l'importanza dell'assistenza domiciliare sia stata menzionata in momenti chiave per il nostro welfare (ad esempio il DPCM sui nuovi Lea del 2017), queste buone intenzioni non sempre sono state accompagnate da provvedimenti operativi che assicurassero il raggiungimento dell'obiettivo.

Tale tendenza sembrava essersi interrotta nel 2020, quando un apposito provvedimento (DL Rilancio, poi convertito in L. 77) ha annunciato un importante investimento sull'ADI.

Per inquadrare la portata innovativa di questo intervento, si ritiene utile rappresentare una fotografia del finanziamento di questo settore alla vigilia del 2020.

Alla luce dei dettagli del DL Rilancio e sulla scorta delle informazioni ad oggi disponibili sul relativo processo attuativo, si cercherà di far luce sui relativi impatti operativi, per immaginare in che modo possa aver inciso sul quadro del finanziamento preesistente.

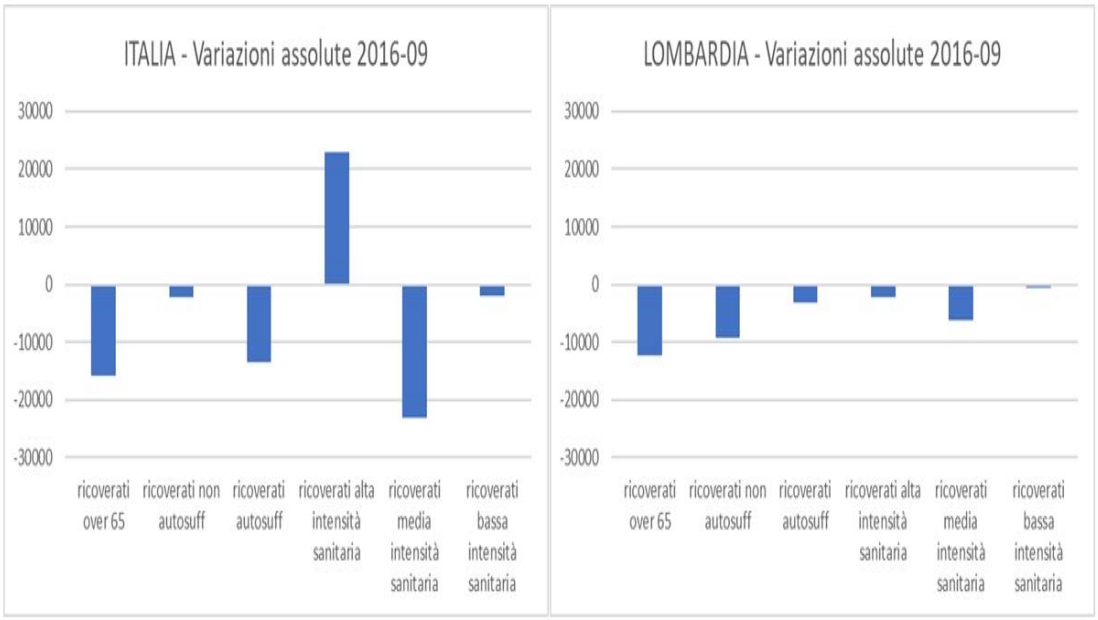
La situazione di partenza

Qual era la situazione del finanziamento dell'ADI prima dei recenti provvedimenti?

A livello di intero Paese, secondo i dati Istat di contabilità nazionale, lo sviluppo del finanziamento per l' ADI, dopo un miglioramento rispetto all'inizio dello scorso decennio, negli anni più recenti ha avuto un andamento altalenante (la figura 1 riporta l'evoluzione storica, distinguendo tra l'ADI per interventi su bisogni legati alle acuzie – cura e riabilitazione – e quelli invece destinati alla Long-Term Care): il processo espansivo sembrerebbe dunque essersi arrestato.

In ogni caso, la quota di risorse sanitarie investite nel setting domiciliare è alquanto modesta: secondo questa fonte, nel 2019 sono state impiegate risorse per interventi al domicilio pari al 2,3% della spesa sanitaria pubblica[2], pari a 2,6 miliardi.

Secondo altre fonti, in un'accezione di ADI più selettiva delle cure domiciliari così come intese nei LEA[3], la spesa per l'ADI 2018 si aggira intorno a 1,6 miliardi e rappresenta, rispetto al totale della spesa per i Lea delle regioni, l'1,3%.

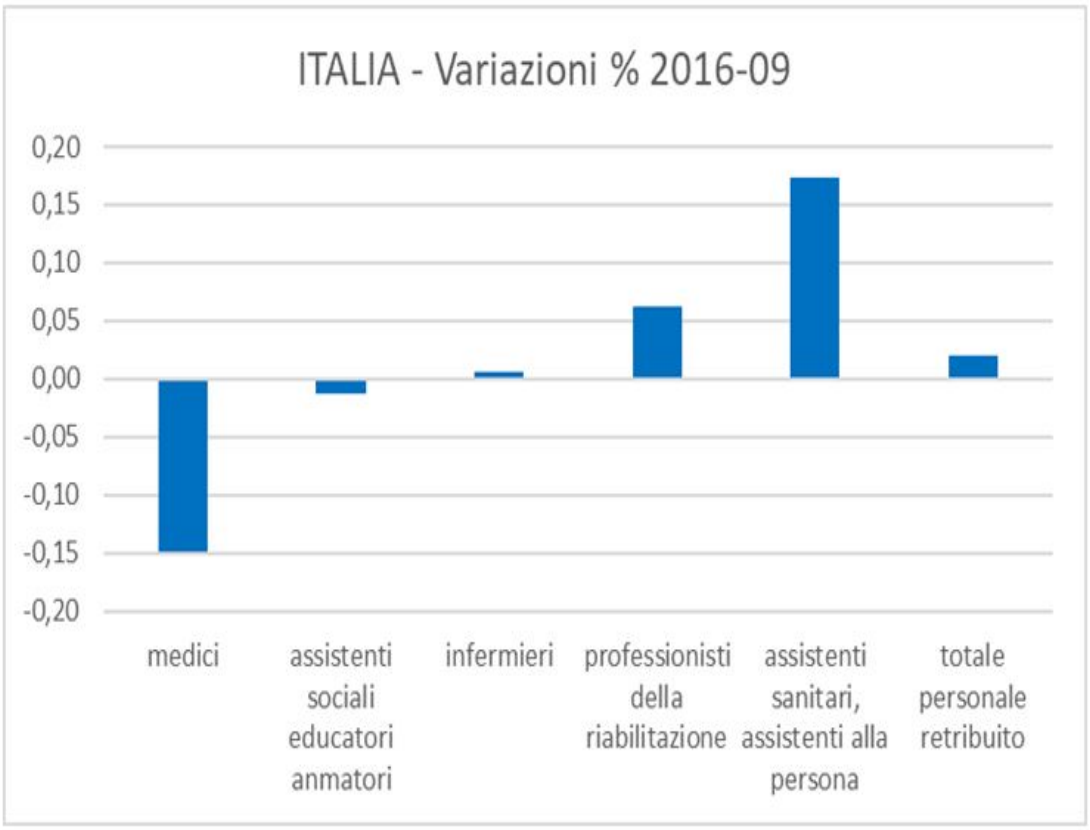


Fonte: elaborazione da I.Stat online database (marzo 2020)

Figura 1 – Spesa per l'assistenza sanitaria domiciliare, 2012-2019

La situazione degli investimenti per l'ADI è molto differenziata da regione a regione, a riprova del fatto che l'investimento su questo setting è dipeso dalle sensibilità locali a potenziare questo servizio.

Ad esempio (figura 2), nel 2018, a fronte di una spesa media per anziano pari a circa 120 €, lo sforzo delle singole regioni è oscillato dai 40,7 € della Valle d'Aosta ai 262 € del Friuli Venezia Giulia.



Fonte: elaborazione da I.Stat online database (marzo 2020)

Figura 2 – Spesa per ADI per anziano (65+) per regione, 2018 (euro)

Quali effettive possibilità nel 2020? A cosa sono stati destinati gli investimenti del DL rilancio per l'assistenza domiciliare 2020? Cosa è cambiato rispetto al passato?

A maggio 2020, in occasione del DL Rilancio, il Governo ha annunciato un importante investimento sull'ADI. Dalla lettura dell'articolato del citato decreto e della relativa legge di conversione, è emerso un duplice target degli interventi:

- si è inteso rafforzare l'ADI innanzi tutto quale risposta alle esigenze della pandemia (assistenza a pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena, assistenza a pazienti isolati presso strutture alberghiere appositamente affittate[4]);
- si è puntato ad uno sviluppo dell'ADI quale risposta ai bisogni tutte le tipologie di utenza target dei LEA sociosanitari (i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate dai Lea sociosanitari). A tutte queste fattispecie di bisogni di assistenza continuativa è necessario rispondere, in via prioritaria, attraverso l'assistenza domiciliare.

I suddetti 734 milioni[5] risultano formalmente destinati al complesso di queste attività a titolo di Fondo Sanitario.

Secondo la campagna informativa del Ministero della Salute, i 734 milioni avrebbero consentito una crescita considerevole del numero degli assistiti in questa modalità, permettendo di recuperare il ritardo dell'assistenza domiciliare del nostro Paese

rispetto alla media OCSE[6]. Sembrava dunque che questa sarebbe stata l'occasione per dare pieno compimento a quanto auspicato dal DPCM sui Lea a proposito della superiorità del domicilio quale setting di erogazione e in tema di necessità di prevenire le istituzionalizzazioni inappropriate; un'operazione non tanto emergenziale bensì strutturale per il nostro sistema di welfare.

A fronte di questi ambiziosi obiettivi, la L. 77 ha, di fatto, definito solo uno elemento operativo, ovvero si è limitata ad autorizzare un aumento dei costi del personale dedicato dalle aziende sanitarie pubbliche all'assistenza domiciliare. Ci si è preoccupati, probabilmente, di rimuovere eventuali ostacoli che avrebbero potuto costituire un freno alle possibilità di impiego delle regioni, in particolare i tetti che a lungo hanno limitato le assunzioni di personale da parte delle aziende sanitarie. Per ciascuna regione è stato definito l'incremento di spesa, con un impegno, a livello nazionale, di 265 milioni per il 2020 (Allegato B alla L. 77).

La L. 77 non ha definito gli ulteriori strumenti operativi (non sono stati enucleati i risultati attesi, gli strumenti di monitoraggio, il ruolo dei vari attori); sono oltretutto mancate indicazioni sulla destinazione della restante quota dei 734 milioni, lasciando non pochi dubbi ai soggetti chiamati ad applicare il provvedimento.

Ad esempio, in che proporzione le regioni avrebbero dovuto impiegare le risorse tra bisogni Covid e riqualificazione dell'offerta strutturare per le persone non autosufficienti? Quali fattori produttivi potevano essere finanziati con le risorse dedicate? Era consentito solo un maggior impiego di personale pubblico? Oppure le regioni avrebbero potuto destinare le risorse per finanziare l'acquisto di prestazioni domiciliari da erogatori privati? Si tratta di una questione non di poco conto, in un panorama in cui, per assicurare interventi a domicilio, alcune regioni si avvalgono prevalentemente di erogatori diversi dalle Asl (vedi tabella 1, Acquisto prestazioni ADI da terzi). Insomma, il personale pubblico rappresenta solo uno dei fattori per erogare l'ADI: limitare la possibilità di impiego delle risorse a questo elemento, potrebbe costituire un freno all'autonomia organizzativa regionale nella scelta del proprio mix pubblico-privato, la combinazione dei fattori produttivi per raggiungere l'obiettivo auspicato.

	2011	2012	2013	2014*
Medicina Onco	95	163	144	55
RGG Onco	67	178	168	61
D-H/MAC**	23	344	454	151

Tabella 1 – Composizione costi ADI 2018 per fattori per regione

Nonostante queste problematiche interpretative sulla finalizzazione dei fondi, per il 2020 gli stanziamenti del DL Rilancio sono stati concepiti, per le regioni, quali disponibilità aggiuntive rispetto al fondo sanitario indistinto[7], da ricevere a condizione di aver presentato al Ministero un piano di sviluppo dell'assistenza territoriale.

Secondo quanto riferito dalla Corte dei Conti[8], a fine ottobre solo 13 regioni avevano presentato questo piano, facendo presumere una solo parziale attuazione delle misure di sviluppo previste dal DL rilancio (tra cui l'ADI). Il monitoraggio dell'attuazione da parte del Ministero è ancora in corso e non sono ancora disponibili evidenze sull'effettivo aumento di personale del SSN destinato all'ADI.

E' probabile che i bisogni strettamente legati alla gestione delle situazioni Covid (ad esempio la gestione degli isolamenti) abbiano prevalso, catturando le attenzioni delle regioni; il rafforzamento dell'ADI per le esigenze di assistenza continuativa potrebbe essere rimasto in secondo piano, senza possibilità di colmare i ritardi strutturali sulla domiciliarità che contraddistinguono il nostro Paese.

Per sapere se i provvedimenti del 2020 avranno effetti in termini di indicatori di copertura assistenziale occorrerà attendere a lungo. Ad oggi, l'ultimo aggiornamento degli indicatori ADI derivanti dai sistemi di monitoraggio dei Lea diffuso dal Ministero della Salute è quello del 2018. Quello della tempestività dei sistemi di monitoraggio dell'assistenza domiciliare è sicuramente un aspetto su cui ci sono ampi margini di miglioramento, ma non il solo; il riferimento va alla capacità di monitorare l'efficacia dell'ADI. Atteso che la quantità di risorse dedicate all'ADI dalle regioni è solo uno degli elementi di valutazione dell'efficacia di un piano per questo settore, in un panorama di sistemi nazionali di monitoraggio dell'assistenza sociosanitaria privi di indicatori su altre dimensioni chiave dell'assistenza (ad esempio l'efficacia/outcome, appropriatezza), sarebbe necessario cominciare a misurare il valore dell'implementazione dell'ADI (ad esempio in termini di prevenzione di ricoveri/istituzionalizzazioni).

Un altro fattore che potrebbe avere frenato la capacità di incidere sul sistema è il fatto che si è trattato di investimenti integrativi solo per l'assistenza domiciliare di tipo sanitario: senza integrazioni sui fondi sociali la possibilità delle regioni di costruire risposte integrate per prevenire le istituzionalizzazioni non può che essere limitata. Nell'ottica di favorire l'integrazione sociosanitaria, con il DL rilancio sono state finanziate assunzioni di assistenti sociali per la valutazione multidimensionale nei distretti/punti d'accesso. Ci si domanda però come queste figure, in presenza di bisogni di natura assistenziale, possano riuscire ad attivare interventi aggiuntivi al domicilio di questa natura senza finanziamenti dedicati.

In prospettiva

Nel 2020 si è riaccesa l'attenzione per i servizi domiciliari. Lo si è fatto prevedendo importanti stanziamenti di risorse aggiuntive di carattere sanitario.

Un insieme di fattori (ambiguità nella finalizzazione delle risorse, mancanza di definizione di obiettivi operativi, prevalenza delle esigenze strettamente connesse all'emergenza) potrebbe aver ridimensionato l'impatto effettivo del DL Rilancio rispetto alle aspettative; la situazione a fine 2020 potrebbe non essere così diversa da quella iniziale.

Le condizioni prefigurate per il 2021 dalle recenti manovre di finanza pubblica non lasciano immaginare scenari sostanzialmente migliorativi.