

## **Cure a casa: indicazioni di policy per innovare l'integrazione socio-sanitaria**

Lucia Ferrara (Università degli Studi di Bari «Aldo Moro», Italia)

Verdiana Morando (Università commerciale «Luigi Bocconi», Milano, Italia)

Alessandro Colombo (Eupolis Lombardia, Milano, Italia)

**Abstract** Integrated care has become almost a buzzword at the top of health policy agendas. Internationally, the pressures over social and health care demand and supply call for taking integrated care forward and providing new approaches and strategies. A policy analysis on these issues is provided, exploring home care services for the elderly as a blueprint. The first paragraph displays the scenario on the demand and supply of health and social care services. The second one sets up a theoretical framework for integrated care based on the literature and exploits it to compare four regional cases of homecare policies in the Italian National Health Service. Finally, the challenges and urgent interventions that policy makers will have to tackle the sooner to meet integrated care are discussed.

**Sommario** 1. Introduzione. – 2. Il contesto: prospettive di integrazione. – 2.1. La domanda assistenziale. – 2.2. Prospettive di integrazione. – 3. L'assistenza domiciliare integrata: un confronto interregionale sulle scelte di policy. – 3.1. I modelli organizzativi dell'ADI a livello regionale e i risultati. – 3.2. Dai dati ai modelli organizzativi: considerazioni sull'integrazione. – 4. Innovare le cure a casa: indicazioni e strategie di policy. – 5. Dall'integrazione di sistema all'integrazione clinica: governance del percorso.

**Keywords** Integrated care. Home care. Policy analysis.

### **1 Introduzione**

L'integrazione dei servizi sociali e sanitari è ormai entrata con forza nell'agenda delle politiche di welfare: a livello internazionale si avverte la necessità di riposizionare questo tema per individuare nuovi approcci e modalità di risposta a una domanda assistenziale e sociale che è rapidamente evoluta nell'arco dell'ultimo ventennio. Le politiche di welfare adottate in altre contingenze storico-economiche risultano regressive a diversi livelli: quantitativo, rispetto alle prestazioni esigibili e alle risorse allocate; qualitativo, negli approcci e nelle tipologie di servizi offerti; di contenuto, rispetto alle competenze e agli strumenti tecnici e professionali messi in campo.

Il presente contributo intende affrontare la discussione sull'integrazione socio-sanitaria per collocarla nel processo di analisi e programmazione

delle politiche di welfare regionali, quali momenti decisionali iscritti nel disegno politico, istituzionale e manageriale, teso a migliorare la capacità di cura delle economie locali. La novità di questa prospettiva di analisi è la funzione integrativa riconosciuta alla fase di programmazione, che dovrebbe portare a sintesi la pluralità di strategie organizzative e allocative adottate in sinergia con una pluralità degli attori, istituzionali e professionali, in funzione di una presa in carico olistica e personalizzata. A tal fine, nell'economia del contributo, si è scelto di analizzare una politica d'integrazione socio-sanitaria, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), per sviluppare un confronto tra le scelte di policy di quattro regioni italiane: Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana.

## **2 Il contesto: prospettive di integrazione**

### 2.1 La domanda assistenziale

L'invecchiamento e l'aumento della cronicità e delle condizioni di fragilità socio-sanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità fisica, neurologica e psichica, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.) rappresentano i veri nodi della società odierna nella riprogettazione delle politiche di welfare. Se questi fenomeni sono noti, si è osservato inoltre come l'aumento dei grandi anziani (> 85 anni) ha portato all'emergenza delle condizioni di demenza senile (Alzheimer), acuendo la necessità di riprogettare i servizi di assistenza socio-sanitaria per la presa in carico di queste forme croniche ad alta complessità e intensità assistenziale, rispetto all'utenza tradizionale dei servizi residenziali per anziani (Residenze Sanitarie Anziani, RSA).

L'effetto congiunto dei due fenomeni, invecchiamento e cronicizzazione, ha altresì determinato un aumento vertiginoso della spesa sanitaria e un'allocazione delle risorse sbilanciata su questa fascia d'utenza. A livello internazionale, le proporzioni di spesa sono allineate: il 20% della popolazione, in cui ricadono i soggetti affetti da una o più patologie croniche, consuma circa l'80% delle risorse sanitarie (stimate in base all'attività di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e farmaceutica). Alla spesa sanitaria si aggiungono poi i consumi socio-sanitari e assistenziali, più difficili da stimare e in cui, in ogni caso, incide nettamente la componente di spesa privata delle famiglie, verso una stima complessiva realistica.

A completare il quadro evolutivo della domanda assistenziale, vi sono i fenomeni socio-demografici alla base e al centro della piramide demografica (in primo luogo i cambiamenti nel modello familiare italiano), così come gli effetti congiunturali della crisi economica (con l'emergenza di nuove forme di assistenza intra-familiare, sia per l'aumentata disponibilità di persone inattive, per disoccupazione, sia nel tentativo di capitalizzare

e socializzare le risorse economiche destinate all'assistenza). I fenomeni sociali che evidenziano queste tendenze sono, da un lato, la riduzione del tasso di istituzionalizzazione, che si concentra sempre più nelle fasce dei grandi anziani (over 85) o dei soggetti affetti da demenza senile; dall'altro, una riduzione del mercato regolare del lavoro domestico - dal 2009, infatti, dopo una crescita costante nel decennio precedente, il mercato regolare del lavoro domestico sta manifestando una crisi (oltre 80.000 unità in meno tra il 2009 e il 2011) (dati INPS 2013).

## 2.2 Prospettive di integrazione

Lo scenario presentato porta quindi l'attenzione sulla necessità di risposte integrate alla fragilità sociale e sanitaria, a partire dai processi di programmazione delle politiche pubbliche e di pianificazione della rete dei servizi. Rispetto a queste esigenze, tuttavia, la normativa nazionale sull'assistenza socio-sanitaria risulta regressiva e condizionata da forti vincoli istituzionali che determinano l'organizzazione e l'efficacia dei servizi erogati.

Nonostante l'aumento di un fabbisogno assistenziale complesso e inclusivo, in cui le componenti sociali e sanitarie sono spesso interrelate, il d.lgs. 229/99, identifica due tipologie prestazionali:

- a. **prestazioni sanitarie a rilievo sociale:** proprie dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa erogate in ambito ambulatoriale, domiciliare e delle strutture diurne e residenziali, prevalentemente a carico del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e quindi delle ASL;
- b. **prestazioni sociali a rilievo sanitario:** interventi di natura economica, di aiuto domestico e familiare, forme di sostegno alla domiciliarità e all'ospitalità di tipo 'alberghiero' presso strutture diurne e residenziali, a carico dei servizi sociali comunali.

L'inefficacia di questa classificazione in fase attuativa si palesa nell'esempio delle cure domiciliari, dove questa distinzione si traduce nella separazione tra i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD), in capo ai Comuni e assimilabili alla tipologia b) di prestazioni sociali a rilievo sanitario (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.), e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in capo alle ASL, assimilabile alla tipologia a), di servizi sanitari erogati al domicilio da parte di figure professionali sanitarie e sociali (medico di medicina generale [MMG], infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista, ecc.), attraverso un intervento personalizzato e definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) competente per territorio (come stabilito sempre nel DPCM del 29 novembre 2001). La distinzione tra SAD e ADI è frutto della normativa nazionale e dei sistemi di finanziamento e riparto tra le risorse

sociali e sanitarie, cui seguono l'organizzazione dei servizi e la gestione del personale dedicato ma, all'atto pratico, ostacola l'integrazione delle cure e una presa in carico centrata sui bisogni della persona.

L'assetto normativo, pertanto, preserva delle logiche teoriche e attuative regressive che influenzano direttamente l'implementazione dei servizi. Questo avviene in contraddizione rispetto sia agli indirizzi annunciati a livello programmatico sia ai riferimenti continui che rimandano ai modelli organizzativi sviluppati a livello teorico negli ultimi vent'anni, per la presa in carico integrata e olistica della persona cronica, a partire dal Chronic Care Model (Wagner et al. 1996). Nonostante la varietà di questi modelli, e la diversità dei contesti normativi e istituzionali in cui hanno avuto origine, è interessante rilevare la presenza di alcuni elementi e obiettivi comuni: superare la frammentazione del sistema e ritornare alla centralità delle cure primarie e a una presa in carico olistica e personalizzata. Si possono infatti individuare dei nessi di continuità tra la definizione di cure primarie di Starfield (2002, 2005, 2011) e alcuni elementi costitutivi dei modelli di presa in carico integrata per le cronicità (Valentijn et al. 2013). La tabella 1 riassume le principali forme di integrazione identificate dalla letteratura sui modelli organizzativi e di policy per la presa in carico dei pazienti cronici.

Tabella 1. Dimensioni e prospettive di integrazione dei processi di cura

<b>Integrazione di sistema</b>	Il sistema di governance esplicita il coordinamento verticale (integrazione verticale), necessario tra i livelli di cura, gli ambiti di policy (sociale, sanitario, politiche del lavoro ecc) e i professionisti, e orizzontale (integrazione orizzontale), per ricomporre le diverse prospettive e promuovere l'adozione di strumenti e valori comuni.
<b>Integrazione organizzativa</b>	Individua le soluzioni organizzative adottate per promuovere l'integrazione dei processi di cura, sia a livello intra-organizzativo che inter-organizzativo, assumendo forme di organizzazione reticolare (network) diverse.
<b>Integrazione professionale</b>	Identifica le modalità di integrazione tra più professionisti, in particolare tra specialisti appartenenti a saperi disciplinari e modalità di lavoro distinte – ad esempio, tra l'approccio clinico ( <i>care</i> ) e quello sociale ( <i>cure</i> ). L'integrazione professionale può assumere forme diverse lungo un continuum che va dalla cooperazione (spesso forzata dall'alto) fino alla collaborazione effettiva, in cui obiettivi ed incentivi di risultato sono condivisi dal gruppo di cura. Nella progressione di questo continuum sono fondamentali gli strumenti di cui i professionisti si dotano per definire regole di comportamento reciproco e di modalità operative (protocolli).

<b>Integrazione di sistema</b>	Il sistema di governance esplicita il coordinamento verticale (integrazione verticale), necessario tra i livelli di cura, gli ambiti di policy (sociale, sanitario, politiche del lavoro ecc) e i professionisti, e orizzontale (integrazione orizzontale), per ricomporre le diverse prospettive e promuovere l'adozione di strumenti e valori comuni.
<b>Integrazione clinica</b>	È tipica della presa in carico olistica e personalizzata della medicina generale, in grado di sintetizzare i diversi bisogni, assistenziali, sanitari e terapeutici, in modo continuativo nel tempo.
<b>Integrazione funzionale</b>	Indica l'attivazione e costruzione di strumenti finalizzati a supportare l'integrazione: ad esempio, lo sviluppo di sistemi informativi, condivisi a livello di sistema, di meccanismi di finanziamento o modalità gestionali (es. gestione delle risorse umane, della qualità ecc);
<b>Integrazione normativa</b>	Attiene agli aspetti valoriali e comportamentali del sistema, allo stile di leadership prevalente, e sottolinea la necessità di una <i>vision</i> e cultura condivisa da tutti gli attori per l'integrazione dei processi di cure. Si tratta di una dimensione strumentale e trasversale, come l'integrazione funzionale, ma, diversamente dalla prima, si ancora alla dimensione professionale, quale volano degli assetti valoriali e comportamentali che promuovono o ostacolano la collaborazione.

Fonte: adattato da Fulop et al. 2005; Valentijn et al. 2013.

### **3 L'assistenza domiciliare integrata: un confronto interregionale sulle scelte di policy**

La scelta di focalizzare l'analisi sull'ADI, come paradigma dei servizi e degli approcci di presa in carico domiciliare del soggetto fragile, è giustificata da tre ordini di fattori: la casa è riconosciuta come setting assistenziale appropriato per la presa in carico della cronicità e alle cure domiciliari è attribuita la priorità nella programmazione nazionale e regionale; le cure domiciliari prevedono l'interazione tra professionisti di più ambiti e settori disciplinari e l'interazione tra più fondi per realizzare la presa in carico unitaria del bisogno; e, infine, l'organizzazione delle cure domiciliari sta attraversando una profonda revisione in sinergia a quanto sta avvenendo ad altri livelli del SSR (Servizio Sanitario Regionale), soprattutto rispet-

to alle cure secondarie e specialistiche.<sup>1</sup> Di conseguenza, costituisce un esempio paradigmatico nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie per soggetti con bisogni di intensità sociale e sanitaria.

L'approfondimento dei prossimi paragrafi sui servizi di ADI persegue quindi due obiettivi: analizzare i modelli socio-sanitari e assistenziali messi in atto in alcuni contesti regionali, all'interno dello stesso quadro normativo nazionale e in risposta a una comune domanda assistenziale; valutare i risultati raggiunti dalle scelte di policy perseguite. L'analisi è articolata in due momenti: una fase diagnostica in cui viene sviluppato il confronto inter-regionale sui servizi di ADI, attraverso i dati consolidati nei flussi nazionali; una fase prognostica, in cui le evidenze raccolte sono discusse attraverso le variabili dell'integrazione riportate in tabella 1, per individuare le dimensioni caratteristiche di ogni modello regionale e prevedere i possibili percorsi di sviluppo nel breve e medio periodo. Ai fini del confronto inter-regionale sono state selezionate quattro regioni benchmark (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto), sulla base del modello erogativo prevalente (modello a gestione e produzione diretta e il modello di completa separazione delle funzioni di produzione e di finanziamento).

### 3.1 I modelli organizzativi dell'ADI a livello regionale e i risultati

L'organizzazione dell'ADI a livello regionale è molto eterogenea: ogni regione si è dotata di una propria normativa e regolamentazione sulle cure domiciliari che si riflettono a livello sostanziale nei modelli regionali di organizzazione ed erogazione del servizio, ad esempio, per quanto riguarda le tipologie di prestazioni, le modalità di accesso e le prestazioni erogate, gli strumenti di valutazione per l'accettazione, i controlli di appropriatezza e qualità, i volumi di servizi erogati in ADI rispetto ad altre prestazioni erogate per lo stesso target di utenza. Ciononostante, si possono individuare alcuni elementi comuni nelle modalità di organizzazione previste per il percorso di presa in carico dei pazienti in ADI. Il percorso, infatti, si articola in quattro fasi principali: segnalazione, accettazione della domanda, presa in carico e svolgimento dell'attività, dimissione.

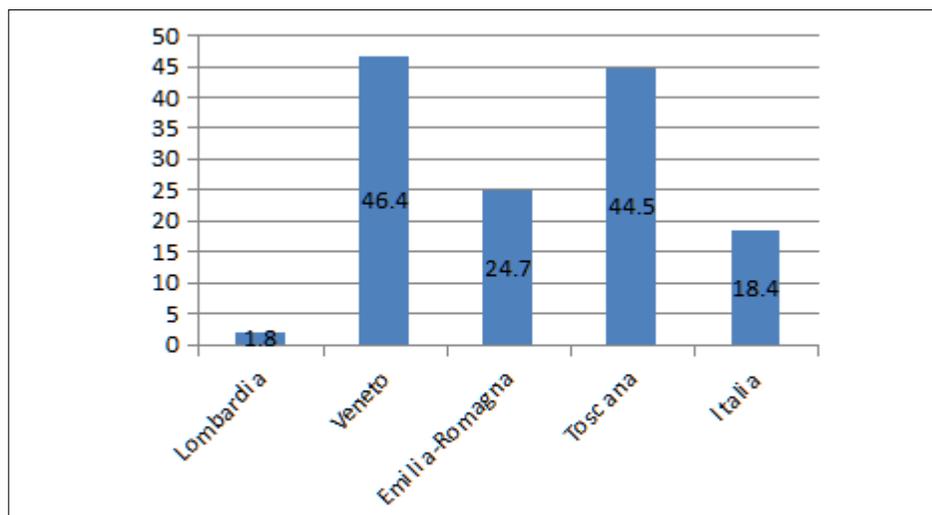
In via preliminare, va osservato che oggi tutte le regioni hanno attivato un servizio di ADI e i livelli di volume e copertura del servizio stanno

---

<sup>1</sup> In questa prospettiva, da un lato, si osservano tentativi di segmentazione della tipologia di prestazioni offerte al domicilio, sulla base delle condizioni clinico-patologiche (es. Assistenza Domiciliare Oncologica [ADO], Assistenza domiciliare infermieristica), al fine di trasferire la cura del paziente dagli ambiti ambulatoriali al setting domestico; dall'altro, si assiste a delle forti spinte di integrazione con la rete dei servizi territoriali, sia all'interno delle cure primarie, sia attraverso i servizi prestati dalle associazioni e dai servizi di prossimità sociali (Comune, volontariato, attori del non profit).

aumentando tendenzialmente in tutte le regioni. Secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'Istat (2013a) (graf. 1), i servizi ADI per anziani<sup>2</sup> nel periodo tra il 2005 e il 2011 sono cresciuti in tutte le regioni benchmark, in particolare in Emilia-Romagna (+ 5,2%).

Grafico 1. Percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana  $\geq 65$  anni per Regione (anni 2005-2011)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2013), Modello FLS21, quadro H; casi anziani trattati in ADI; rete di assistenza; corrispondenze ASL-Comuni; popolazione Istat residente al 1° gennaio 2011 di età superiore o uguale a 65 anni

In termini di ore annuali di assistenza fornita,<sup>3</sup> le regioni analizzate rientrano in un range tra 16 e 26 ore annuali, vicine alla media nazionale di 20 ore, eccetto il Veneto, dove vengono erogate solo 10 ore di assistenza (Ministero della salute 2013). I dati relativi al numero di ore erogate ai singoli utenti tratteggiano anche un servizio che, nel corso del tempo, è andato a ridurre il numero di ore erogate (dalle 27 ore del 2001 alle 22 del 2010) (tab. 2). Sebbene questa riduzione si sia stabilizzata, la media di 20 ore totali all'anno è comunque riduttiva e segnala come le cure do-

2 Non sono disponibili dati secondo la classificazione di Cure Domiciliari della Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza, che distingue tra servizi di Cure Domiciliari (CD) a carattere sanitario prestazionali, integrate di primo, secondo e terzo livello, e Cure Palliative per malati terminali (Ministero della salute 2006).

3 Le ore di assistenza sommano le prestazioni di infermieri, terapisti della riabilitazione e altri operatori.

## Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

miciliari rappresentino un supporto di scarsa intensità per il singolo utente, soprattutto rispetto all'assistenza agli anziani. L'aumento dei servizi ADI sopra presentato è quindi da intendersi come aumento della quota di utenza servita (copertura) a fronte di una riduzione dell'intensità - in altri termini, si è estesa la platea di utenti (equità orizzontale), ma il servizio si è concentrato prevalentemente sulle prestazioni a bassa intensità (equità verticale non raggiunta).

Tabella 2. ADI socio-sanitaria: numero di ore per caso (2001-2010)

	2001	2005	2005	2007	2009	2010
<b>Totale utenza</b>	27	25	23	22	21	22
<b>Utenza 65+</b>	n.d.	n.d.	n.d.	19	19	20

Fonte: Annuario Statistico SSN

Note: n.d. = non disponibile

Sul versante assistenziale, i servizi erogati dai comuni per l'assistenza domiciliare (SAD) rappresentano invece il principale intervento diretto a favore degli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (le cosiddette IADL). Sulla base dei risultati dell'indagine su *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni* dell'Istat (2013b), emerge come, anche per la SAD, le regioni italiane assumano comportamenti e scelte di policy differenti: in tabella 3 sono riportati sia i valori di copertura del servizio per l'utenza anziana, sia la spesa media procapite dei Comuni.

Tabella 3. Copertura e intensità dei servizi di assistenza domiciliare in Italia, SAD (anno 2010)

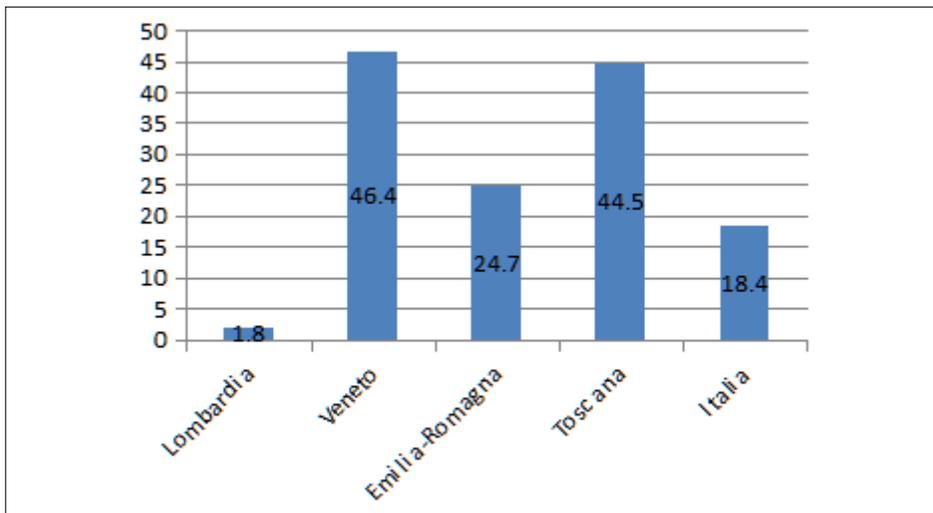
Regioni	Indicatore di presa in carico degli utenti anziani (per 100 persone anziane)	Spesa media per utente anziano
<b>Emilia Romagna</b>	1,4	1.822
<b>Lombardia</b>	1,7	1.826
<b>Toscana</b>	0,8	2.842
<b>Veneto</b>	1,4	1.628
<b>Italia</b>	1,4	2.014

Fonte: elaborazioni su dati Istat (2013b)

Passando ad analizzare le risorse assorbite e investite nell'assistenza domiciliare, il quadro più recente evidenzia una forte variabilità nelle risorse dedicate all'ADI. All'assistenza domiciliare nel 2009 è stato dedicato

l'1,2% della spesa sanitaria nazionale: per quanto minima questa quota, è comunque il risultato di un trend in costante crescita se paragonata agli anni precedenti. I tassi di crescita di questa spesa sono stati eterogenei a livello regionale e locale (Barbabella et al. 2013). Se si analizzano, invece, le esperienze di incontro e di cogestione tra interventi domiciliari di tipo sanitario e sociale, ovvero quante risorse i comuni impiegano per contribuire all'ADI socio-sanitaria, rispetto alla propria spesa per servizi domiciliari (SAD + partecipazione all'ADI) (graf. 2) sono rare le realtà dove gli interventi dei comuni si realizzano in maniera significativa attraverso una partecipazione ai servizi delle ASL. Questo aspetto della cogestione è più marcato in Veneto (dal momento che le ULSS hanno competenze anche per i servizi sociali) e in Toscana (in questo caso si presume sia attribuibile all'esperienza delle Società della Salute quali consorzi pubblici tra ASL e comuni); la situazione prevalente, tuttavia, è quella di interventi domiciliari dei comuni dove la partecipazione all'ADI rappresenta un aspetto decisamente marginale.

Grafico 2. Livello di integrazione tra SAD e ADI: incidenza della spesa dei comuni per l'ADI socio-sanitaria rispetto al totale della spesa per la domiciliarità dei Comuni nell'area anziani (valori percentuali 2009)



Fonte: INRCA 2013; elaborazioni su dati Istat 2012

### 3.2 Dai dati ai modelli organizzativi: considerazioni sull'integrazione

Il confronto inter-regionale consente di osservare più attentamente i risultati conseguiti da specifiche strategie di policy e come la variabilità dei modelli organizzativi adottati influenzi lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, nonché di enucleare alcune considerazioni generali.<sup>4</sup>

Anzitutto, il primo dato di evidenza è l'investimento delle politiche regionali nelle cure domiciliari, anche nelle regioni in cui il tasso di copertura e utilizzo dell'ADI è inferiore (Lombardia): questi dati trovano un riscontro negli indirizzi delle riforme in corso verso il rafforzamento delle interventi domiciliari e l'attivazione di strumenti e modelli gestionali finalizzati a promuoverli. In secondo luogo, invece, sebbene a livello processuale i modelli organizzativi adottati dalle regioni siano simili (presenza di un punto unico di accesso, utilizzo di strumenti di valutazione del bisogno, ecc.), come previsto dalla normativa nazionale sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) socio-sanitari, si possono riscontrare alcune differenze significative nei modelli organizzativi e nell'interpretazione delle modalità attuative dell'integrazione, ovvero a livello degli strumenti normativi e funzionali messi in campo dalle rispettive scelte di policy. Nel caso lombardo, ad esempio, il modello di separazione tra committenza ed erogazione, determina l'esigenza di spostare il fulcro dell'integrazione nelle regole di sistema, per uniformare e influenzare i comportamenti degli erogatori, che risultano più frammentati e soprattutto non direttamente controllati dal committente (ASL). Il personale che lavora nelle équipes multidisciplinari con il paziente, infatti, dipende, come centro di costo e responsabilità, direttamente dall'erogatore. Non solo, è l'erogatore che definisce il Piano Assistenziale Individuale e propone il profilo di cura, e quindi le risorse, da assegnare, che poi negozierà con l'ASL per il rimborso della prestazione. Il ruolo del MMG e dell'ASL, in questo modello, è secondario, ovvero centrato sulla relazione tra il committente e l'erogatore. È evidente quindi che, in un modello di questo tipo, la riforma dell'ADI del 2011 si sia

4 È necessaria una premessa di metodo: le osservazioni qui sviluppate si basano sulle evidenze descrittive dei flussi amministrativi nazionali, mentre non sono disponibili dati e osservazioni sui comportamenti agiti all'interno delle singole organizzazioni. L'analisi si fonda quindi sul dichiarato e soprattutto su dati aggregati, per cui non viene presa in considerazione la tipologia di prestazioni erogate in funzione di specifici target di utenza. La capacità effettiva e il livello di costo-efficacia dei servizi ADI prestati non possono essere analizzati in modo significativo e comparativo senza prendere in considerazione la tipologia di pazienti e di prestazioni erogate, all'interno di un determinato schema di offerta ADI (primo, secondo o terzo livello, ADO, ecc.). Dal punto di vista organizzativo, inoltre, non sono disponibili dati aggregati sulle professionalità coinvolte nei team multidisciplinari nonché sulla gestione dei percorsi di presa in carico e possibili alternative al percorso seguito, presenti nella rete di offerta locale, che consentirebbe di valutare gli outcome dei servizi ADI rispetto ai bisogni clinici, funzionali e occupazionali dell'utente e il suo livello di soddisfazione e gradimento del piano di cure proposto.

concentrata nel rafforzare la qualità e l'efficienza delle cure domiciliari attraverso l'introduzione di nuove regole di sistema, a livello di governance, per uniformare gli strumenti funzionali, quali: i processi di valutazione del bisogno (l'introduzione della scala di valutazione comune); la standardizzazione dei profili di cura assegnati; il monitoraggio della qualità dei provider, attraverso l'introduzione dell'accREDITAMENTO su base regionale. Al contrario, negli altri modelli, l'integrazione si realizza a livello meso, nel rapporto tra ASL e comuni, e micro, nell'organizzazione delle équipes territoriali e distrettuali.

I due modelli organizzativi, più che nei tassi di copertura, si differenziano nella capacità di intercettare la domanda, attraverso il ruolo delle ASL e dei professionisti sul territorio (MMG e specialisti), e nella tipologia di percorsi offerti al paziente in funzione del bisogno. È fondamentale quindi comprendere la variabilità delle strategie di committenza adottate dalle diverse Regioni e l'influenza di queste ultime sull'efficacia dei modelli organizzativi. Il fatto che Regione Lombardia abbia un tasso di copertura inferiore potrebbe quindi essere spiegato in funzione di una minor capacità di intercettazione della domanda, dovuta alla frammentazione del sistema. Di contro, tuttavia, quest'osservazione potrebbe essere smentita dalle variabili introdotte per incentivare gli erogatori: essendo un modello orientato al mercato degli erogatori, questi hanno diversi incentivi a innalzare i livelli di domanda e, quindi, di marginalità retributiva. Il limitato ricorso all'ADI, in questo contesto, potrebbe quindi essere spiegato dalla presenza di altri servizi di presa in carico delle condizioni croniche e più radicati nella governance del servizio sanitario (come ad esempio il caso del CREG [Chronic Related Group] nel prossimo futuro, cfr. Agnello et al. 2011).

#### **4 Innovare le cure a casa: indicazioni e strategie di policy**

L'analisi comparativa dell'ADI è paradigmatica di un intervento di policy per la presa in carico dei soggetti fragili, che dovrebbe tuttavia iscriversi in un programma di politiche e interventi più ampi all'interno del sistema di welfare regionale, atteso che il monte ore dedicato non è sufficiente a intercettare una strategia complessiva - all'ADI, infatti, si affiancano altri servizi, quali la residenzialità diurna temporanea o l'istituzionalizzazione e le forme di sostegno al reddito, come l'indennità di accompagnamento. La discussione svolta in questo contributo, tuttavia, mira a sostenere la necessità di una programmazione strategica e coesa, se l'obiettivo a tendere è quello di governare la domanda assistenziale derivante dall'invecchiamento e dalla cronicizzazione della società. La breve analisi di contesto qui presentata, infatti, ha messo in evidenza come i due fenomeni, invecchiamento e cronicità, siano strettamente correlati e come questi, a loro

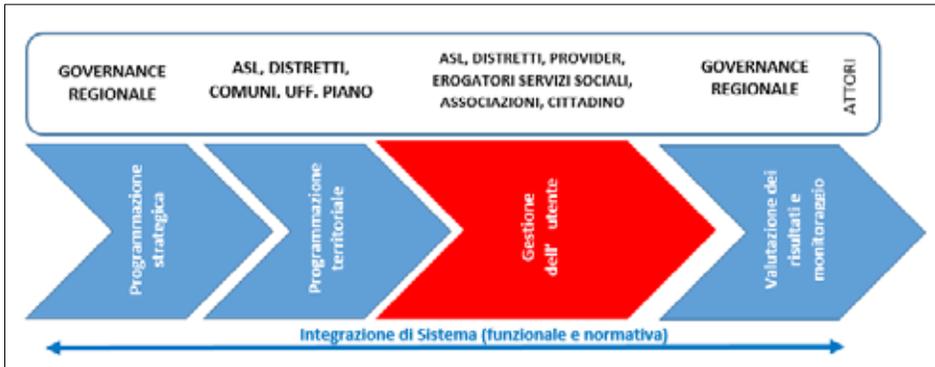
volta, siano interconnessi con le dinamiche sociali ed economiche delle società attuali, sia a monte, come fattori causali indipendenti, sia a valle, come fattori causali dipendenti di situazioni di fragilità sociale.

Nella discussione finale, pertanto, si tenterà di recuperare le istanze teoriche discusse sui modelli di integrazione e la distinzione delle diverse dimensioni di integrazione, per proporre una visione di sintesi delle strategie di policy per le cure a casa, in cui l'ADI è ricompresa. Nello specifico, questa proposta di sintesi si basa su due indicazioni operative. In primo luogo, la necessità di superare nel prossimo futuro la distinzione tra integrazione sanitaria delle cure e integrazione socio-sanitaria, come descritta nella normativa vigente. Sebbene i LEA siano in corso di ridefinizione, è evidente ormai che la distinzione tra le due tipologie prestazionali sia regressiva e non tenga conto di come le condizioni di deprivazione sociale possano indurre la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie oppure essere causa dell'insorgere di situazioni di cronicità e disabilità in età relativamente precoci; né d'altro canto consente di attivare meccanismi di prevenzione secondaria attiva delle situazioni di cronicità derivanti dal disagio sociale, in carico all'assistenza sanitaria. In entrambi i casi, tale distinzione inficia la capacità di governo della domanda e l'attivazione di strumenti di prevenzione attiva ed empowerment dell'utente nel percorso di cura (come previsto fin dalla prima formulazione del Chronic Care Model, Wagner 1996b).

Il secondo assunto riguarda invece il ruolo della medicina generale come punto di accesso e snodo nella transizione all'interno del sistema sanitario e assistenziale: promuovere una funzione attiva della medicina di base, attraverso la sua riorganizzazione, rappresenta l'unico strumento funzionale e nodo della rete di offerta in grado di sviluppare una presa in carico olistica e personalizzata, continuativa nel tempo - in sinergia alle funzioni sopra richiamate (Starfield 2002). In questa direzione, verrebbero altresì recuperate le stesse funzioni di sanità pubblica e medicina personalizzata, proprie della vocazione originaria delle cure primarie. Questo punto è una sfida e un traguardo che il sistema sanitario nazionale dovrà affrontare nel prossimo futuro, in linea con quanto sta avvenendo nella maggior parte dei Paesi avanzati.

Da queste due premesse, le indicazioni di policy per innovare le cure a casa come strategia di presa in carico della fragilità possono essere sintetizzate schematicamente nel diagramma di flusso del grafico 3: al centro, si colloca la presa in carico olistica e personalizzata (gestione del paziente) e, agli estremi della progettazione dei percorsi individuali, la funzione di governance regionale, esercitata attraverso la programmazione strategica e il monitoraggio delle politiche. In questo continuum, si possono realizzare delle politiche efficaci di risposta all'emergenza della fragilità, orientate al governo della domanda e all'integrazione della rete d'offerta attraverso la funzione dei percorsi o dei cicli di cura.

Grafico 3. Verso un'integrazione di sistema focalizzata sulla presa in carico personalizzata



## 5 Dall'integrazione di sistema all'integrazione clinica: governance del percorso

La strategia di integrazione delle cure dovrebbe essere funzionale alla governance del percorso personale, per progettare un sistema di cure che sia al contempo percorribile ed esigibile, in termini di sostenibilità e di garanzie previste dai LEA, da parte dell'utente. A livello di governance regionale, la strategia di integrazione sistemica è funzionale al perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza all'interno del sistema, e quindi di accountability rispetto a un problema di policy complesso, come l'emergenza della fragilità e delle cronicità.

In termini attuativi, l'articolazione della governance del percorso esige una funzione connettiva della frammentazione tra attori, setting di cura e istituzioni eterogenee, che è perseguibile attraverso quattro strumenti funzionali: la programmazione strategica, gli strumenti di predittività e governo della domanda, i meccanismi di finanziamento delle prestazioni e i sistemi di valutazione e monitoraggio. Occorre in primo luogo semplificare i processi di programmazione a livello normativo, affinché possano utilizzare attivamente le evidenze derivanti dagli strumenti di predizione della domanda e attivare interventi o meccanismi flessibili in grado di influenzare i comportamenti dei diversi attori. In secondo luogo, il governo della domanda, affinché sia strategico per la programmazione quantitativa e qualitativa dei servizi, dovrà utilizzare al meglio i flussi informativi disponibili e predisporre strumenti in grado di coniugare le informazioni epidemiologiche con quelle sociali. L'utilizzo dei flussi informativi in modo integrato per supportare la programmazione regionale e territoriale è oggi a uno stadio embrionale e non sistematico, anche in presenza di dotazioni tecnologiche all'avanguardia. Questa mancanza impedisce la programmazione non solo sulla domanda espressa, ma al-

trèsì sulla capacità di intercettazione della domanda inespressa e sull'attività di prevenzione socio-sanitaria. Un'esperienza italiana di rilievo, in questo senso, è stata realizzata a Ravenna, con il progetto *Mosaico* (cfr. Falasca et al. 2011; Berardo et al. 2011). Infine, terzo punto, gli strumenti di finanziamento e soprattutto le logiche di rimborso dovranno essere coerenti con le politiche di integrazione, attivando una nuova fase di programmazione strategica e integrata, tra le istituzioni sociali e sanitarie, per sviluppare delle funzioni di committenza su base locale. La committenza strategica (programmazione, negoziazione, acquisto, monitoraggio e controllo) dovrà quindi essere rafforzata nel prossimo futuro a livello centrale e locale, come leva per l'integrazione delle cure: il passaggio al 'prendersi cura' del servizio socio-sanitario è implementabile solo a livello decentrato, nella programmazione territoriale all'interno di economie locali di cura.

L'integrazione di sistema si implementa quindi in via prioritaria attraverso l'integrazione funzionale, puntando sulla leve strumentali dei processi di governance. Va qui sottolineato come l'integrazione funzionale non sia sinonimo di standardizzazione del sistema, soprattutto laddove l'obiettivo delle politiche è la presa in carico personalizzata. Al contrario, gli strumenti funzionali devono evitare la rigidità e la burocratizzazione per adattarsi a bisogni contingenti e locali e alimentare un processo di miglioramento continuo. Non solo, le dimensioni strumentali dell'integrazione (funzionali e normativi), come visto sopra (tab. 1), non possono prescindere dal supporto dei professionisti e dalla partecipazione delle comunità disciplinari, quali approcci distintivi alla valutazione del bisogno assistenziale e di cura. In altri termini, gli strumenti di per sé non promuovono l'integrazione (es. i sistemi di valutazione del bisogno o i flussi informativi): affinché la loro adozione sia efficace, è necessario che siano riconosciuti dai professionisti e che questi ultimi ne individuino un'utilità all'interno delle pratiche routinarie. In questa senso, i modelli a erogazione diretta delle cure domiciliare risultano più performanti, perché basati su un continuo scambio interprofessionale, di continuità e prossimità.

A livello organizzativo, infine, non esiste un modello ottimale per l'integrazione: è il contesto locale a determinare il successo tra scelte organizzative adottate e l'adesione collaborativa dei professionisti. La governance centrale, di sistema, dovrebbe pertanto limitarsi a definire gli strumenti funzionali, gli obiettivi e le regole di sistema, ma lasciare alla programmazione locale margini di autonomia per adottare le soluzioni organizzative più idonee, facendo leva sul contesto professionale e culturale. L'ADI rappresenta un caso paradigmatico di eterogeneità su base locale, anche nei contesti più verticali, come il caso lombardo o romagnolo. Le indicazioni della letteratura su questo punto stressano le criticità riscontrate nei tentativi di implementare modelli standard; piuttosto, è

preferibile favorire l'autonomia locale, soprattutto nei casi di integrazione socio-sanitaria, per identificare eventualmente dei servizi o meccanismi specifici di successo da estrapolare e diffondere come esempi di buone pratiche organizzative (Valentijn et al. 2013).

## Bibliografia

- Agnello, M.; Bragato, D.; Merlino, L.; Zocchetti, C. (2011). «Una nuova proposta per la cronicità: I CREG». *Tendenze nuove*, 5, pp. 377-398.
- Barbabella, F.; Chiatti, C.; Di Rosa, M.; Pelliccia, L. (2013). «Alcuni profili dell'assistenza nelle regioni». In: N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: 4° Rapporto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli. pp. 29-43.
- Berardo, A.; Di Tommaso, F.; Falasca, P.; Longo, F. (2011). «Un sistema informativo socio-sanitario basato su un indice sintetico di fragilità: L'esperienza dell'AUSL di Ravenna». *MECOSAN*, 77, pp. 17-22.
- Falasca, P.; Berardo, A.; Di Tommaso, F. (2011). «Development and Validation of Predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on Emergency Admissions: Can It also Identify Patients at High Risk of Frailty?». *Ann Ist Super Sanità*, 47 (2), pp. 220-228.
- Fulop, N.; Mowlem, A.; Edwards, N. (2005). *Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere*. London: NHS Confederation.
- Hotchinson, A.; Saltman, R.B. (eds.). «Home Care across Europe: Current Structure and Future Challenges» [online]. *Observatory Studies Series*, 27, pp. 55-70. Disponibile all'indirizzo [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf?ua=1) (2015-07-01).
- INRCA (2013). *Rapporto annuale sulla non autosufficienza in Italia Anno 2009*. Agenzia nazionale per l'invecchiamento.
- Istat (2013a). *Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma. Disponibile all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/16777> (2015-07-01).
- Istat (2013b). *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati: Anno 2010*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.
- Ministero della Salute (2013). *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere: Annuario statistico del servizio sanitario nazionale: Anno 2010*. Ministero della Salute, Roma.
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. (2005). «Contribution of Primary Care to Health Systems and Health». *Milbank Quarterly*, 83 (3), pp. 457-502.
- Starfield, B. (2011). «Is Patient-centered Care the Same as Person-focused Care?». *The Permanente Journal*, 15 (2), pp. 63-69.
- Starfield, B.; Shi, L. (2002). «Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective». *Health Policy*, 60 (30), pp. 201-218.

- Valentijn, P; Schepman, S; Opheij, W, Bruijnzeels M. (2013). «Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care». *International Journal of Integrated Care*. Disponibile all'indirizzo <http://www.ijic.org> (2015-07-01).
- Wagner, E.H.; Austin, B.T.; von Korff, M. (1996a). «Organizing Care for Patients with Chronic Illness». *Milbank Quarterly*, 74, pp. 511- 544.
- Wagner, E.H.; Austin, B.T.; von Korff, M. (1996b). «Improving Outcomes in Chronic Illness». *Managed Care Quarterly*, 4, pp.12- 25.