



Percorso formativo sul DOPO DI NOI
ATS VAL PADANA

Modulo B – Approcci metodologici - Laboratori territoriali

Modulo B.4

Processi e protocolli: un modello
a partire dall'esperienza della
Città di Torino

27/04/2022

Maurizio Motta

maurizio.mottam@libero.it

Che cosa vi propongo oggi:

- a) Un modello di assistenza domiciliare sociosanitaria a non autosufficienti messo in atto a Torino dal 2006.** Ma anche nodi di quel modello, che meriterebbero revisioni. Uno dei cuori del modello è **un budget di cura molto operativo**, tema che riprendo in chiusura
- b) Aprirò qualche “finestra” aggiuntiva, per evidenziare snodi che meritano approfondimenti ma che non riesco a esporre oggi. E sui quali dunque mi permetto di **inviarvi materiali dedicati****

L'obiettivo non è “vendervi un modello”, né rappresentare qui il Comune o l'ASL di Torino, ma solo suggerire riflessioni eventualmente applicabili al vostro contesto.

Un preliminare dato di scenario: la carenza più rilevante del welfare pubblico per la disabilità/non autosufficienza riguarda i **sostegni per la tutela negli atti della vita quotidiana** (andare a letto e alzarsi, usare il bagno, alimentarsi, vestirsi). Sono le carenze di questi sostegni che oggi costringono a ricoveri indesiderati in RSA, o ad opporsi alle dimissioni dall'ospedale, o al crollo ed impoverimento delle famiglie.

Non bisogna dunque usare le nuove risorse (es PNRR) solo per “potenziare l’ADI”: non è con certo più ore di infermiere a casa che si fronteggiano quei bisogni di tutela.

La crescita della non autosufficienza impone di introdurre un **nuovo “sistema delle cure” sociosanitario.**

E non si può invocare **una generica e retorica “integrazione sociosanitaria”** (come purtroppo fanno i vigenti LEA), ma occorre un più preciso e uniforme meccanismo sul tema.

IL MODELLO (che opera nello stesso modo per disabili e anziani non autosufficienti) prevede questa sequenza:

- A) La valutazione di una unità valutativa multidimensionale (con operatori del SSN e dei servizi sociali del Comune) individua un grado di non autosufficienza (come **incapacità di svolgere da soli gli atti della vita quotidiana**) sintetizzato in un punteggio**
- B) Ad ogni grado di non autosufficienza è abbinato a un “**massimale di spesa**”, ossia un budget di cura, crescente al crescere della non autosufficienza**
- C) il budget è composto per il 50% da risorse del SSN (indipendentemente dalla condizione economica del cittadino), e per il 50% da risorse del cittadino; oppure se egli**

non dispone di risorse sufficienti, da risorse (in tutto o in parte) dei servizi sociali dei Comuni

D) Si trasforma il budget nell'intervento domiciliare che è più appropriato in quel momento (scegliendo tra molte diverse modalità), entro un piano di assistenza (PAI) firmato insieme da un operatore del SSN uno dei servizi sociali e un familiare. E il PAI può essere modificato nel tempo.

Approfondiamo i diversi passaggi discutendo 10 snodi.

DALLA VALUTAZIONE ALLA IDENTIFICAZIONE DEL BUDGET DI CURA.

1) Vengono valutate le incapacità della persona ma anche alcune condizioni sociali, perché vi sono persone in

condizioni sanitarie non gravissime ma in condizioni sociali disastrose, col rischio che non vengano mai prese in carico se non si assegna rilievo anche alla situazione sociale. Tuttavia far pesare le condizioni sociali dovrebbe accadere solo quando sia indispensabile valutare priorità di accesso causa l'impossibilità di fornire interventi a tutti.

2) La valutazione della condizione economica dei richiedenti non dovrebbe avere rilievo per essere ammessi o esclusi dalle prestazioni, o definire la loro intensità (come invece purtroppo accade nel modello), perché gli interventi sono connessi a una condizione sanitaria della persona. La

condizione economica dovrebbe rilevare solo per definire la contribuzione del cittadino, così come avviene nel campo sanitario. Invece non accade così, con effetti distorti come questi:

- **Persone gravemente non autosufficienti possono essere escluse da qualunque intervento (residenziale o domiciliare) solo a causa della condizione economica descritta dal loro ISEE. E quindi ad esempio per il solo fatto che hanno consumato i risparmi che avevano 2 anni prima per pagarsi l'assistenza, ma non in modo sufficiente a poter presentare un ISEE corrente. Ma qui il problema non è “quale test dei mezzi si usa” (ISEE o no), bensì la logica del valutare la**

**condizione economica solo per definire la contribuzione
oppure per escludere a priori dall'intervento**

**- Se una persona diventa non autosufficiente per un
traumatismo:**

**a) Se richiede l'intervento di un fisioterapista, non ne è
esclusa a priori in base alla sua condizione economica, ma
deve caso mai pagare più contribuzione (ticket)**

**b) Se invece richiede un'assistenza domiciliare tutelare (o
una collocazione in RSA) è esclusa a priori quando per
l'accesso pesi anche la sua condizione economica, senza
nemmeno arrivare a dimensionare la contribuzione**

Ma quale logica razionale giustifica questa asimmetria?

Purtroppo questo meccanismo è anche presente in molte applicazioni del Piano Nazionale della Non autosufficienza, se si deriva l'intervento anche dall'ISEE

3) Nel modello non è l'Unità Valutativa che predispose il PAI, perché:

- **Concludere la valutazione definendo subito l'intervento rischia di far attivare solo poche prestazioni già predefinite a monte. Invece è quando si fa poi il Piano di assistenza a cura degli operatori che davvero seguiranno l'utente, che si**

deve poter disporre di un budget da trasformare in quel momento in più opportunità

- Se tra il momento della valutazione e quello del PAI passa diverso tempo **si rischia che la prima sia poco utile per fare il secondo**

4) L'abbinamento del budget di cura ad un "grado di non autosufficienza valutato" **non è decisione autonoma dei singoli servizi od operatori, per evitare rischi di difformità e discrezionalità**, bensì deriva da atti amministrativi dedicati (ad esempio DGR, ed intese ASL - Comune)

5) Quando il numero dei valutati che necessita di interventi è maggiore delle disponibilità di prestazioni, e dunque si crea una lista d'attesa, occorre definire le priorità di presa in carico evitando eccessi di discrezionalità dei singoli operatori. **Allo scopo si è costruito un meccanismo di “trriage”, che individua le priorità in base a un mix di variabili.** Ma lo strumento per “ordinare per gravità o per urgenza” i diversi casi, (una scheda che assegna punteggi) **non può essere solo costruito in base al confronto tra gli operatori;** deve anche essere assoggettato a test di applicazione statisticamente significativi, per valutare la “validità” della scala, la sua “sensibilità” e “riproducibilità”.

COME È COMPOSTO IL BUDGET DI CURA

6) Per l'utente ciò che “dà sostanza concreta” al diritto all'assistenza domiciliare (oltre ai tempi per riceverla) è un volume adeguato di prestazioni, che renda questa assistenza efficace e non solo simbolica. **E' cioè necessario che i volumi dell'offerta siano consistenti**, pena l'inutilità dell'intero sistema (5 ore settimanali di OSS non servono certo ad evitare il ricovero in RSA). L'obiettivo può essere governato:

a) prevedendo che il volume di assistenza domiciliare sia **connesso ad un budget di cura crescente al crescere della non autosufficienza. E che sia consistente**

b) E soprattutto prevedendo **un concorso del SSN all'assistenza domiciliare tutelare**, come tra poco discuteremo

A Torino dal 2006 al giugno 2021 i **budget abbinati ai gradi di bisogno della non autosufficienza erano:**

- € 800 per PAI di Bassa intensità
- € 1.100 per PAI di Media intensità
- € 1.350 (€ 1.640 se persona senza rete familiare) per PAI di Medio/Alta intensità

Dal 1 giugno 2021 i massimali sono stati ridotti in applicazione dei criteri del Piano Nazionale per la non autosufficienza; per utenti con ISEE inferiore a 10.000 Euro:

- € 800 per PAI a persona con disabilità grave

-€ 1000 per PAI a persona con disabilità gravissima

Sempre inclusivi di quasi il 50% a carico dell'ASL

7) Un punto cruciale presente nel modello (che secondo me dovrebbe essere incluso nelle riforme da attivare): **il SSN immette nel budget di cura il 50% della spesa, indipendentemente dalle condizioni economiche dell'utente. E non per pagare operatori sanitari, ma per tutti i supporti**

negli atti della vita quotidiana. Vi sono una decina di ragioni per prevedere questo impegno del SSN, ma vi **rinvio a una nota dedicata che vi lascio. Mi limito qui a richiamarne solo due:**

- **Perché già succede:** i LEA già prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del SSN, e non per coprire le spese sanitarie o di professioni sanitarie ma tutte le prestazioni di tutela della vita quotidiana in RSA (inclusi pasti, pulizie, costo di tutto il personale, etc). **Dunque perché non deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare prevedendo allo stesso modo che la tutela sia in parte a carico del SSN? Ma entro i LEA (e non con risorse "extra LEA"). Non**

prevederlo, come accade oggi, implica che per la stessa persona non autosufficiente il SSN incentiva solo il ricovero, in grave contraddizione con l'obiettivo di potenziare l'assistenza al domicilio

- **Perché il meccanismo per definire le risorse per l'intervento, compresa la contribuzione dell'utente, deve essere identico per l'assistenza domiciliare o l'inserimento in RSA: la scelta tra i due setting di cura deve derivare solo da ragioni di appropriatezza e dai desideri della persona, e non deve essere influenzata da convenienze economiche, né per la famiglia né per le Amministrazioni.**

La stessa condizione di cronicità deve cioè **ricevere dal SSN le stesse garanzie di prestazione**, che sia gestita in struttura residenziale od a casa.

8) **La contribuzione dei cittadini.** Tema delicatissimo, tutt'altro che meramente contabile, e che può generare rilevanti effetti. E che include **almeno due snodi**:

1) **“Come” si fa operare la condizione economica per determinare la contribuzione?** Qual è il meccanismo di calcolo usato? Condizione economica del singolo utente o del suo nucleo?

- 2) Qual è il modo con cui si valuta la condizione economica? Ossia il “test dei mezzi” che si usa? E’ obbligatorio usare l’ISEE. Ma l’ISEE (secondo me) è un pessimo misuratore della condizione economica. Se si usa “SOLO l’ISEE”, ossia si ricava la contribuzione soltanto dal valore finale dell’ISEE di fatto si assume che l’ISEE sia il “denaro di cui il nucleo può disporre” (cosa molto lontana dal vero). E si rischiano valutazioni con:
- a) falsi positivi (nuclei che sembrano poveri e invece non lo sono); ad esempio:

- per chi ha aumentato i propri redditi dopo il periodo dei redditi considerati nell'ISEE (due anni prima), perché **questi nuovi redditi non sono contati nell'ISEE.**
 - Per chi ha aumentato i propri patrimoni mobiliari o immobiliari **dopo il momento che valuta questi beni entro l'ISEE** (due anni prima), ad esempio in conseguenza di una eredità, di una donazione, di una riscossione di arretrati, o di una vincita.
- b) **falsi negativi** (nuclei che non sembrano poveri e invece lo sono); ad esempio:
- **per chi ha perso redditi dopo il periodo dei redditi inclusi nell'ISEE.** Chi li ha persi può presentare un

“ISEE corrente”, ma solo se ha perso lavoro o trattamenti assistenziali, e se i redditi sono diminuiti di almeno il 25%. Dunque non può presentare un ISEE corrente (e perciò non può fare un ISEE che catturi questa sua diminuzione dei redditi) chi ha perso redditi fuori da questi criteri.

- **Per chi ha dovuto erodere il proprio patrimonio dopo il secondo anno solare precedente la DSU, ad esempio perché ha dovuto pagarsi assistenza, e non può farlo rilevare con un ISEE corrente.**

Sono distorsioni che si producono qualunque sia la formula entro la quale si usa l'ISEE (fasce di ISEE, contribuzione in proporzione al valore ISEE, o altro)

Ma approfondire le criticità dell'ISEE richiede tempo. E dunque mi limito a segnalare che è un tema da non eludere, e mi permetto di **rinviarvi ad una nota dedicata che rendo disponibile**

LA TRASFORMAZIONE DEL BUDGET DI CURA IN INTERVENTI

9) Un punto di forza cruciale del modello consiste nel fatto che **il budget di cura può essere trasformato in assistenza domiciliare tutelare scegliendo tra molte modalità, da**

concordare con la famiglia per adattarle alla specifica situazione ed al momento di intervento:

- a. assegni di cura alla famiglia perché assuma con contratto regolare lavoratori di sua fiducia, anche assistenti familiari; e con il possibile utilizzo di parte dell'assegno (se desiderato dai fruitori) in supporti offerti per reperire i lavoratori e/o per gestire le incombenze del rapporto di lavoro;**
- b. contributi per assistenza svolta da un familiare, se questa è la scelta preferita;**
- c. affidamento a volontari e rimborso di loro spese;**

d. buoni servizio per ricevere da fornitori appositamente accreditati sia operatori domiciliari (inclusi assistenti familiari) sia **pacchetti di altre prestazioni** (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo temporanei, piccole manutenzioni nell'abitazione).

Per gli interventi di cui alle lettere b) e c) il budget di cura erogato è ridotto.

Questo meccanismo ha molti vantaggi:

- consente di **personalizzare l'intervento scegliendo la modalità che è più adatta sia al momento sia al nucleo.**
- crea un "mercato amministrato" dei fornitori dei buoni servizio, la cui remunerazione deriva dall'essere scelti dalle

famiglie, il che li incentiva a fornire un'ampia gamma di prestazioni

- **consente di inserire nel sistema il lavoro privato delle assistenti familiari.** perché la famiglia può utilizzare l'assegno di cura per assumere un lavoratore solo se l'assunzione avviene in modo regolare e in base al contratto nazionale. Il che ha anche consentito l'instaurazione di moltissimi rapporti di lavoro regolari e non "in nero" con le badanti

10)Ma la "libertà di scelta" dell'utente/famiglia (sia della modalità di assistenza sia del fornitore del buono servizio)

non deve essere data per scontata, visto che ci sono persone/famiglie che non sono in grado di scegliere. Dunque agli operatori spetta il delicato compito di supportare nella scelta, senza però sostituirsi ad utente o famiglia

INFINE UN AFFONDO SULLO STRUMENTO “BUDGET DI CURA”, GENERALIZZANDONE LA DISCUSSIONE

Vorrei suggerire alcuni rischi e attenzioni nelle ipotesi di budget di cura.

Il budget di cura NON deve essere:

a) **La mera “constatazione” delle risorse utilizzabili** (di soggetti pubblici o meno, e dell’utente). Cosicché di fatto ci si limita a “usare ciò che c’è”.

b) Oppure un generico “portafoglio” che **ammucchia qualunque risorsa da usare per qualunque esigenza**

Deve invece essere un **preciso meccanismo operativo** che:

- obbliga a impegnare risorse diversi soggetti
- garantisce l’uso verso gli obiettivi primari per i quali è costruito

Vedo dunque nel dibattito attuale sul budget di cura **due rischi**:

1) Eludere l'introduzione di un budget di cura partecipato da SSN, utente, servizi sociali, che è invece la preconditione per muovere verso una più consistente assistenza domiciliare ai disabili e non autosufficienti. Come ha cercato di fare il modello prima descritto

2) Un concetto di budget di cura troppo generale e confuso, con "troppe cose" genericamente collocate entro il budget
È vero che il budget di cura serve per essere flessibile, ma questo non deve condurre a deformazioni per eccesso di genericità. Se ad esempio un budget per il sostegno domiciliare di un non autosufficiente è formato da risorse del SSN e socioassistenziali, vedo problematico assumere che

quel budget si possa spendere “per qualunque bisogno”, e almeno per due ragioni:

2.1) E' necessario per prima cosa garantire i livelli di tutela ai quali quel budget è finalizzato. Per tornare al modello descritto: se una valutazione multidimensionale ha identificato un volume di supporti da garantire al domicilio (anche come numero di ore), e gli ha abbinato un budget (del SSN, dei Comuni e/o del cittadino), quel budget **deve garantire quel volume di assistenza domiciliare al non autosufficiente, e non deve essere usato per altri scopi**, ad esempio per pagare le spese di abitazione. Altrimenti la

eccessiva flessibilità produce di fatto l'erosione delle prestazioni primarie che vanno garantite

2.2) La seconda ragione: se assumiamo che qualunque sia la composizione del budget lo si può usare per qualunque spesa, inneschiamo distorsioni e paradossi nelle risorse del welfare. Nell'esempio citato prima: se un budget per la tutela sociosanitaria domiciliare composto da fondo sanitario e fondo socioassistenziale si usa per le spese per l'abitazione, stiamo di fatto assumendo che per le spese per l'abitazione non si usano le risorse che nel welfare esistono allo scopo (come i fondi nazionali e regionali dedicati al tema). Ma allora bisogna per lo meno chiedersi:

- Il FSN deve essere dimensionato anche per includere spese per l'abitazione?
- Oppure il FSN può spendere per l'abitazione solo per alcuni tipi di pazienti (psichiatrici, disabili)?
- Oppure i fondi pubblici per l'abitazione devono allora servire solo per persone non in carico al SSN?

Per evitare questi paradossi sarebbe meglio **un budget che invece di poter essere speso in modo confusivo consista nel coordinare spese che vanno però attribuite a fondi diversi**. Ad esempio **affiancando** al budget mirato alla tutela socio-sanitaria anche risorse di altra fonte dedicate ai problemi dell'abitazione.

Tra i nodi c'è dunque quello di definire bene il perimetro di utilizzabilità del budget di cura, per evitare i due rischi citati

E la compartecipazione del cittadino ai costi non può essere volontaria, o casuale, o legata solo a scelte locali. Deve invece essere ben definita normativamente, meglio se nei LEA.