

ADI, luci ed ombre di un servizio per i più deboli

Tra eccesso di burocrazia, fondi limitati e, talvolta, scarsa organizzazione, il Mmg resta il cardine intorno al quale ruota - o dovrebbe ruotare - il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, ma il sistema presenta numerose criticità sia a livello nazionale sia regionale su cui ha focalizzato l'attenzione il recente convegno dell'Unione Medici Italiani svoltosi a Brescia

Secundo i dati della Regione Lombardia, nel 2012 erano oltre 85.000 le persone seguite attraverso il sistema dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) un numero che è destinato a crescere, sia per l'incremento dell'età media, sia per la crescita del fenomeno delle dimissioni precoci dagli ospedali.

Percentualmente si tratta, nelle province lombarde, di una media dell'1.5-2% sul totale della popolazione. Per ADI si intende l'insieme di prestazioni garantite al paziente presso il proprio domicilio da un insieme di figure socio sanitarie: Mmg, infermiere, tecnici per la riabilitazioni, medici specialisti, assistenti sociali.

A questo tema Umi (Unione Medi-

ci Italiani), ha dedicato di recente un convegno dal titolo "L'assistenza e le cure domiciliari, quale il ruolo del Mmg". Il presidente Umi, Francesco Falsetti, in apertura dei lavori ha ricordato che l'assistenza domiciliare ed in particolare l'ADI costituisce per l'associazione motivo di grande interesse sia per i malati sia per i Mmg, primi interlocutori per le famiglie stesse.

Data l'importanza nel prossimo futuro anche ai fini del budget sanitario regionale, l'ADI è stata oggetto nel corso degli ultimi anni di una profonda revisione per cercare di risolvere alcuni problemi: la disomogeneità nella valutazione del bisogno, nell'erogazione delle prestazioni, nelle figure professionali coinvolte, ecc. Concretamente si è passati da un modello in cui ogni erogatore di servizi accreditato (il pattante) disponeva di un proprio budget, a uno in cui a ogni paziente in ADI è assegnato un voucher da "spendere", scegliendo autonomamente il pattante di riferimento. "Anche con il nuovo modello - ha spiegato **Chiara Benini**, direttore generale della RSA Villa Carcina (Bs) - restano alcune criticità. Al Mmg, per esempio, resta un ruolo di fatto marginale, anche se spetta a lui chiedere l'attivazione dell'ADI".

Nonostante le buone intenzioni delle norme nazionali di fare del medico di famiglia, che meglio conosce il paziente e la realtà sociale e familiare in cui è inserito, il



perno intorno al quale ruota il servizio dell'ADI, le cose vanno diversamente. "Nella realtà quotidiana - ha spiegato **Franchino Martire**, responsabile Nazionale Umi per la Medicina Generale - spesso la decisione di attivare l'ADI è solo formalmente del medico di famiglia. In pratica spesso già in dimissione ospedaliera viene consigliato al paziente, che superata la fase acuta della malattia e necessitando ancora di controllo sanitario, di attivare un'ADI già 'confezionata' e con attori spesso sconosciuti dallo stesso Mmg.

Il consenso del medico è quindi quasi obbligato perché deve far fronte anche alle pressioni delle famiglie. In queste circostanze il Mmg diventa poco più di un passacarte. Per non parlare dell'eccessiva burocratizzazione del servizio che spesso ne allunga i tempi di realizzazione". Anche per i pazienti e i loro familiari non è tutto facile, soprattutto per quanto riguarda la scelta dell'ente che deve coordinare l'erogazione dei servizi. "Con il voucher - ha sottolineato **Maurizio Laudicina**, segretario nazionale Umi - si garantisce ai pazienti la libera scelta, ma le famiglie non conoscono i pattanti. Su quali basi possono quindi scegliere?".

C'è poi da considerare la questione fondi, che limita fortemente le disposizioni nazionali che delegano alle Regioni le trattative per l'ADI. "Alcune Asl lombarde - ha proseguito Laudicina - hanno espressamente chiesto ai loro Mmg di contenere le prestazioni ADI nuove e da rinnovare. Il medico di famiglia si trova allora nell'imbarazzante situazione di comunicare la decisione di chiudere l'erogazione 'ufficiale' del servizio a una persona che

ne ha ancora oggettivamente bisogno, per la carenza di fondi Asl. Non c'è da stupirsi se a volte con l'attivazione dell'ADI i rapporti del medico con il paziente e i familiari si deteriorano". Spesso quindi l'assistenza medica continua solo in modo volontaristico.

► Modelli virtuosi

Ma ci sono anche modelli virtuosi. La Asl di Cremona, in tempi non sospetti (2001), ha avviato nei suoi tre distretti una sperimentazione sulla gestione dell'ADI, per facilitare la presa in carico e l'accesso alle cure, deburocratizzare il sistema, ottimizzare l'integrazione tra l'erogatore dei servizi e i medici. "L'assistenza domiciliare - ha raccontato Camaiora, presidente Umi Cremona e a capo di una cooperativa di 10 Mmg e un pediatra di libera scelta - non può essere prestata adeguatamente se non è ben gestita. La sperimentazione della nostra Asl prevede che siano i Mmg a gestire direttamente le dimissioni protette e le attività specialistiche necessarie. La sede della nostra cooperativa costituisce un front office unico per l'utenza, che vi trova i Mmg, personale infermieristico e persino un pattante. È il medico di famiglia a valutare il piano di assistenza. Grazie alla sua supervisione si risolve il problema di duplicazioni di servizi ed erogazioni di prestazioni non necessarie, che appesantiscono inutilmente il budget".

Anche in termini economici è fondamentale la valutazione del servizio. "Chi vogliamo che sia il giudice della qualità del servizio? -

si è chiesto il prof. Emanuele Vendramini del Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Un criterio di valutazione oggettivo potrebbe essere quello sulla base di un percorso clinico, stabilito in funzione del paziente in ADI e delle sue patologie. Per esempio, l'emoglobina glicata del paziente diabetico è adeguatamente controllata nel tempo? Effettua ogni anno l'esame del fondo oculare? Se la risposta a queste domande è positiva, significa che il sistema di assistenza funziona correttamente e che sta riducendo il rischio di ulteriori complicanze.

Non va poi dimenticato che non tutti i pazienti sono in grado di assegnare il giusto ruolo alle figure coinvolte nell'erogazione delle cure e il Ssn e il sistema regionale devono preoccuparsi soprattutto di queste persone.

Infine voglio sottolineare come da troppo tempo si proceda per sperimentazioni. Alcune hanno dato ottimi risultati, altre non si sa. È ora di tirare una riga, di capire quali strade si sono dimostrate valide e quali vanno corrette o abbandonate".

