

La presa in carico nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia – 2

Un modello senza modelli?

L'articolo propone la seconda parte dell'analisi elaborata durante un focus group tra erogatori accreditati per l'ADI. Emergono molte difficoltà a ricondurre i diversi aspetti che concernono la presa in carico a un modello unico e omogeneo.

a cura di Fabrizio Giunco - mercoledì, maggio 18, 2016

<http://www.lombardiasociale.it/2016/05/18/la-presa-in-carico-nei-servizi-di-assistenza-domiciliare-integrata-in-lombardia-2/>



Premessa

Nel febbraio 2016 un gruppo selezionato di enti erogatori del servizio ADI è stato invitato a prendere parte ad un focus group sul tema della presa in carico[1]. Hanno partecipato società con configurazioni e dimensioni diverse (associazioni, ASP, cooperative sociali, Fondazioni e ONLUS, società di capitale), attive nel territorio di singole ASL, di più ASL o sull'intero territorio regionale. Con loro sono stati ricostruiti e commentati i diversi passaggi del processo di presa in carico, concretamente applicati nei diversi territori lombardi e parzialmente già descritti nel primo [articolo sul tema](#). I loro riscontri sono stati quindi aggregati in una serie di tabelle riassuntive (vedi [allegato](#)), la cui interpretazione è oggetto di questo contributo[2]. La terminologia utilizzata fa necessariamente riferimento all'assetto istituzionale precedente alla Legge 23/2015. Si parla quindi di ASL e non delle nuove agenzie e aziende previste dalla riforma del Servizio socio-sanitario lombardo (SSL), che introduce nuove variabili e nuove complessità, fra cui la crescente attenzione alla domanda - più che all'offerta di servizi – e ai percorsi di cura più che alla semplice erogazione di prestazioni[3].

Le fasi e il governo della presa in carico dell'ADI

Per quanto descritto dagli erogatori, la fase amministrativa e assistenziale della presa in carico sembra uniforme nei diversi territori, almeno rispetto alla loro concreta titolarità. Il MMG compila un'impegnativa, che viene ricevuta dalle ASL. Queste avviano la necessaria valutazione, definiscono il profilo, emettono il voucher corrispondente; con questo le famiglie scelgono l'erogatore, che diviene quindi il responsabile della fase assistenziale del processo. Fa eccezione Milano città, dove l'impegnativa del MMG viene ricevuta direttamente dagli erogatori, che ne valutano l'appropriatezza, definiscono il profilo iniziale ed emettono il relativo voucher; il tutto viene quindi trasmesso all'ASL, che conferma o modifica il profilo iniziale e autorizza l'erogazione. Altrettanto omogeneo è il mancato coinvolgimento dei Comuni, che sembrano intervenire nel processo di cura – eventualmente – solo in un secondo momento.

La valutazione iniziale e gli strumenti utilizzati

La valutazione iniziale della persona e dei suoi bisogni è istituzionalmente in carico alle ASL. Gli atti normativi descrivono l'utilizzo di una prima scheda di orientamento (triage), cui segue nei casi più complessi quello del VAOR Home Care (VAOR HC). Gli erogatori intervistati non sanno dire se l'uso della scheda di orientamento sia la regola in tutte le ASL; certamente non vi è traccia dei relativi indicatori né nei report istituzionali né nello scambio di informazioni con l'erogatore. Più variabile è l'immagine della valutazione VAOR. Sembra essere certamente effettuata in tutte le ASL ma in fasi e luoghi diversi del processo di cura. Più spesso sembra effettuata nella fase iniziale, presso i distretti e attraverso l'intervista dei familiari; meno frequente è la valutazione diretta del caso presso il domicilio della persona, come nel caso di Milano città, dove il processo è però appaltato a una società terza. In questo caso la valutazione VAOR è eseguita a erogazione già attivata. **Indipendentemente dalle modalità con cui viene effettuata, i risultati del VAOR non sembrano entrare nel circuito comunicativo fra valutatore e erogatore.** Nella maggior parte delle ASL gli erogatori non ricevono informazioni sulla valutazione iniziale; in altre ricevono una sintesi che non contiene gli elementi tipici del sistema InterRAI. Ad esempio, mancano la profilazione finale in classi di assorbimento di risorse (RUG) e gli indicatori sintetici intermedi sia di tipo clinico-funzionale[4] che bio-psico-sociale: stile di vita, interessi, partecipazione, socialità, abitazione, rete di cura, impegno dei care-giver. Manca, inoltre, la definizione degli obiettivi del piano di cura descritti secondo il sistema CAPs[5]. In ogni caso, alla valutazione iniziale dell'ASL segue sempre una valutazione obbligata dell'erogatore, ripetuta periodicamente in fase di rinnovo. La valutazione, in alcuni territori, è necessaria anche per i profili prestazionali. Lo strumento più utilizzato è il Barthel Index, ma in alcune ASL il set di scale necessario è decisamente più complesso. In pratica, una valutazione dell'erogatore viene ovunque messa in atto ed è in sé giudicata utile da parte degli intervistati, per leggere meglio la situazione ed erogare un intervento appropriato. **Per ogni profilo vengono però attivate due valutazioni distinte, che utilizzano strumenti diversi, non dialogano fra di loro e non confluiscono in una sintesi.** Il fatto che possa essere necessario provvedere alla valutazione anche per i più semplici accessi prestazionali, inoltre, segnala una possibile

inefficienza nell'utilizzo delle risorse del sistema e nella loro destinazione appropriata.

La progettazione/definizione del piano di cura. Compiti e funzioni

La progettazione del piano di cura, che si articola nel progetto individuale (PI) iniziale e nella sua declinazione nei successivi piani di assistenza individualizzati (PAI), appare applicata eterogeneamente nei processi descritti dagli erogatori. **Le variabili o le incertezze emerse sono tali che si è preferito non “crystallizzarle” in una tabella riassuntiva.** Dalle descrizioni degli erogatori il PI non ha un formato comune nelle diverse ASL; quelli di cui si è presa visione non sempre rispondono alle specifiche indicate dalla DGR 1765/2014. Il PI può essere riassunto in poche righe di accompagnamento al voucher o essere più completo; può contenere gli obiettivi ma raramente (o mai) gli indicatori di raggiungimento degli obiettivi e i loro tempi di verifica. In alcune ASL il PI viene definito dagli erogatori, in altre sembra seguire temporalmente il PAI piuttosto che precederlo. La relazione fra valutazione, PI e PAI appare tendenzialmente confusa o incompleta. **Infine, sia nel PI che nel PAI il ruolo formale della famiglia sembra limitato alla presenza di una firma di condivisione.** Questo è coerente con un sistema di tipo prestazionale; il progetto, cioè, sembra esaurirsi e validarsi nella semplice richiesta e erogazione di una prestazione specifica, senza un ulteriore approfondimento che apra alle dimensioni più ampie della presa in carico globale dei bisogni della persona e della famiglia. Il riferimento alla DGR 1765/2014, che regola le operazioni di vigilanza di appropriatezza sui servizi socio-sanitari, non è secondario. Analizzando questo processo alla luce dei suoi indicatori – presenza della valutazione, completezza della valutazione, presenza del PI, coerenza della valutazione con la progettazione – **molti processi locali potrebbero essere giudicati lontani dagli standard normativi.**

Il coinvolgimento dei Comuni nei casi con maggiore vulnerabilità sociale e la variabilità dei criteri di accesso ai loro servizi

Le osservazioni emerse nel corso del focus non consentono una lettura organica di questo aspetto. I criteri di accesso ai servizi comunali sono quanto mai disomogenei e per lo più governati da una preliminare valutazione economica, attraverso l'ISEE. I 1.527 comuni lombardi adottano però criteri diversi. In alcuni, un ISEE oltre soglia può impedire ogni accesso ai servizi comunali, anche per l'ascolto e l'orientamento. In altri comuni, le persone possono essere ascoltate indipendentemente dall'indicatore economico, ma oltre una certa soglia di reddito non può essere erogato alcun servizio. Infine, in altri territori, la soglia ISEE separa più semplicemente l'erogazione a titolo gratuito da quella a totale o parziale carico delle famiglie. **Questa eterogeneità contribuisce certamente alle difficoltà di**

integrazione fra servizi ADI e servizi municipali. In ogni caso, le relazioni fra distretti ASL e servizi sociali comunali sono descritte in alcuni casi come forti e efficaci; in altri deboli o meno orientate alla soluzione condivisa dei bisogni delle famiglie. L'impressione generale è che, come già spiegato nel precedente contributo, il sistema sociale e quello socio-sanitario - nonostante le molteplici indicazioni legislative in tal senso - di norma ancora non comunichino, ma che lo facciano solo quando è necessario per motivi specifici o per prescrizioni cogenti. Tra l'altro, recenti riscontri sembrano evidenziare che – a causa del riassetto del sistema sanitario che comporterà l'affidamento dei servizi socio-sanitari territoriali alle ASST - **anche nei territori nei quali si stava fattivamente lavorando per costruire l'auspicata integrazione socio-sanitaria, attualmente si è verificata una [fase di arresto](#) [6].**

L'ASL come erogatore. La ripartizioni dei ruoli

E' noto che alcune ASL (Brescia, Lecco, Monza e Brianza) hanno mantenuto in questi anni l'erogazione diretta di alcuni servizi, fra cui l'ADI. Di per sé questo non è un aspetto negativo, data la rilevanza pubblica delle cure domiciliari e i buoni risultati che questi modelli di erogazione avevano già garantito in passato. Nel contesto odierno ciò costituisce però un elemento di disomogeneità, soprattutto perché il sistema di erogazione diretta è chiamato a coesistere con quella mediante accreditamento. Non viene descritta, in questi territori, una modalità comune di ripartizione dei ruoli, ad esempio rispetto alla maggiore o minore complessità dei casi affrontati. Nella situazione attuale, il racconto dei gestori sembra far emergere due tendenze opposte; da una parte il mantenimento in capo all'ASL dei casi più complessi, dall'altra l'opzione contraria. Nello scenario della Legge 23, le ASST potrebbero garantire anche l'offerta diretta di prestazioni domiciliari. Sarà ovviamente da comprendere la relazione fra questo sistema e quello previsto dalle norme sull'accREDITamento degli erogatori ADI. E' difficile pensare che possano svilupparsi due sistemi paralleli e non omogenei, tanto più che si apre anche l'attesa delle forme operative con le quali le ASST agiranno (accreditamento e gestione diretta, appalto a società terze, convenzioni con erogatori dotati di accREDITamento proprio). Resta inoltre da risolvere compiutamente la relazione fra ATS e ASST, ad esempio rispetto al tema dell'erogazione e della valutazione; queste due funzioni sono oggi a carico delle ATS in alcuni territori e delle ASST nella maggior parte dei restanti.

Conclusioni

Come già anticipato nella prima parte di questo contributo, il sistema ADI è stato storicamente caratterizzato da una notevole disomogeneità applicativa nei diversi territori lombardi. **Il focus group ha fatto emergere come alcuni aspetti di questa eterogeneità abbiano risentito positivamente dei**

diversi aggiustamenti normativi. Soprattutto gli aspetti amministrativi della presa in carico sembrano oggi applicati in modo relativamente uniforme, anche se l'ASL Milano mantiene una sua specificità. La persistenza di un'erogazione diretta ADI in alcune ASL rende però meno chiara la separazione dei ruoli ricercata dal legislatore, mancando inoltre modelli istituzionali che dettino le priorità e gli obiettivi della assegnazione di casi all'erogazione ASL o accreditata. **Gli aspetti valutativi, nonostante la rilevanza attribuita in sede normativa, appaiono ancora migliorabili.** La valutazione multidimensionale (VMD) è l'elemento cardine della comprensione della domanda. Come già indicato in precedenti contributi, la VMD è di per sé un processo multiprofessionale, non facilmente esauribile in un singolo atto, soprattutto se svolto al di fuori del contesto della casa e in assenza di un'osservazione diretta della persona e della sua rete. Il modello VAOR è il *gold standard* attuale in tema di VMD ed è stato progettato per un utilizzo continuo nel tempo, durante lo sviluppo del processo di cura. Il processo parte da una valutazione iniziale, ma i dati sono poi integrati e arricchiti dalle valutazioni successive. Il VAOR permette inoltre di definire indicatori sintetici utili alla pianificazione dell'assistenza e alla verifica dei suoi esiti nel tempo. In termini di programmazione generale, gli stessi indicatori sono utili a descrivere le popolazioni, a comprendere le priorità e le tendenze nella domanda e a guidare il governo strategico del sistema. **Nell'utilizzo attuale, la valutazione sembra invece avere obiettivi più limitati e, soprattutto, essere divisa in fasi e sistemi di valutazioni non progettati per comunicare fra di loro e non orientati né verso una lettura globale dei bisogni della persona e della famiglia, né verso un'analisi orientata in senso programmatico. La presa in carico in ADI sembra mantenere fede a un modello essenzialmente prestazionale e sanitario, con ampi spazi di miglioramento rispetto all'analisi e alla progettazione di una risposta integrata, sia sociale che sanitaria.**

Nelle intenzioni di Lombardia Sociale, l'organizzazione del forum di gestori ADI avrebbe dovuto permettere una prima "modellizzazione" delle forme con le quali la presa in carico viene implementata entro i confini di un'unità d'offerta territoriale ben definita. Le molte variabili applicative riferite dagli erogatori intervistati, soprattutto rispetto alla relazione fra valutazione e progettazione, fanno invece emergere un quadro incerto e disomogeneo rispetto all'applicazione degli assi portanti delle riforme in essere, **limitando la possibilità di individuare un modello omogeneo d'intervento e di presa in carico.** Nonostante l'ADI sia, insieme alle RSA, un'unità di offerta coinvolta da massicce attenzioni riformatrici fin dalla precedente legislatura, **il prodotto sembra ancora essere una sorta di "modello senza modelli"**, certamente migliorabile in diversi aspetti.

[1] Al focus group e agli approfondimenti successivi hanno partecipato, in ordine alfabetico: Associazione A.QU.A Onlus, Fondazione Airoidi e Muzzi, Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Fondazione Maddalena Grassi, Istituto Golgi-Readelli, Medicasa Assistenza Domiciliare Integrata – Air Liquide Healthcare, Mosaico ADI-Gruppo Segesta, Vivisol Home Care Services-Sol Group, Pio Albergo Trivulzio

[2] Alcune tabelle risultano incomplete, non essendo le relative informazioni del tutto note o chiare ai

partecipanti; per questo motivo si è preferito sintetizzarle in paragrafi specifici.

[3] La Legge 23, la DGR 4662/2015 “*Indirizzi regionali per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità*” e la recentissima DGR 5113/2016 DGR X/5113 del 29/02/2016 “*Linee guida regionali per l’adozione dei Piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU*” propongono scenari interessanti. In buona parte, rappresentano una possibile soluzione alle incertezze evidenziate nel focus group, ferma restando l’evidenza di un percorso applicativo che non sarà certamente semplice portare a completa implementazione.

[4] I dati raccolti nel VAOR Home Care alimentano un sistema integrato di scale e indici sintetici, direttamente elaborate dalla piattaforma informatica: Resource Utilization Group (RUG), Physical Health Profiles (PHP); Changes in Health, End-Stage Diseases, Signs and Symptoms Scale (CHESS), Cognitive Performance Scale (CPS), Depression Rating Scale (DRS), Body Mass Index (BMI), Method for Assigning Priority Levels (MAPLe); Activities of Daily Living (ADL); Instrumental Activities of Daily Living (IADL).

[5] Nel sistema InterRAI, i risultati della valutazione sono collegati a un insieme di protocolli clinici (Clinical Assessment Protocols, CAPs), utilizzabili per delineare gli obiettivi e le priorità della pianificazione assistenziale.

[6] Questa, come precisato nella DGR 5113/2016, potrà essere superata a partire dalla necessaria ridefinizione degli ambiti territoriali, oggi in discussione fra le nuove ATS e la Conferenza dei Sindaci dei comuni compresi nel loro territorio.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station