L'integrazione sociosanitaria e la valutazione multidimensionale del bisogno nelle regole 2014

Author : Rosemarie Tidoli

Categories : Punti di vista

Date : febbraio 26, 2014

Lo scenario in cui si situa la delibera delle regole 2014

La politica socio-sanitaria della Regione Lombardia, delineata dalle regole di sistema 2014 relative all'ambito socio-sanitario contenute nell'allegato 4 della delibera in esame, si colloca in uno scenario caratterizzato:

- da una parte, dal progressivo aumento della domanda di assistenza proveniente dalla popolazione lombarda e dalla crescente complessità e fragilità di un'utenza il cui invecchiamento si accompagna ad un'elevata prevalenza di (poli)patologie croniche e di demenza;
- dall'altra, dalla crisi economica che coinvolge un numero crescente di famiglie lombarde e che limita la disponibilità di risorse della stessa Regione.

Tale scenario **impone una revisione del sistema di offerta basata:**

ü **sulla forte integrazione socio-sanitaria**, come condizione per la "presa in carico complessiva ed integrata" dei bisogni della persona e della famiglia nel loro contesto di vita

ü **sulla diversificazione degli interventi,** che su un versante assicuri un sostegno concreto a famiglie che assistono a domicilio persone in situazioni di disabilità e di compromissione cognitiva (si veda articolo precedente), sull'altro offra ad un'utenza caratterizzata da minori livelli di dipendenza funzionale e di instabilità clinica un'offerta residenziale più "leggera" (link

ad articolo sul tema)

ü **sull'attenta selezione dell'utenza, grazie alla valutazione multidimensionale (VMD**), così da garantire il massimo grado di appropriatezza delle risposte messe in campo.

La delibera delinea un percorso di innovazione sostanzialmente organico e coerente, che **per alcuni aspetti si pone in forte discontinuità con gli indirizzi politici delle precedenti legislature regionali** (pensiamo all'enfasi posta sull'integrazione socio-sanitaria, appunto, o al forte ruolo di governo degli accessi ri-assegnato alle ASL), **per altri ne assume alcuni valori di fondo** (la libertà di scelta dei cittadini, la competizione nel quasi mercato dei servizi) rimodulandoli alla luce di un **più forte impianto programmatorio**, reso necessario dalla contrazione delle risorse. La preannunciata estensione del voucher per l'accesso alle RSA, ad esempio (si veda il precedente articolo dell'autore), resta subordinata al riscontro *ex ante*, da parte delle unità valutative, della congruenza dei bisogni; così, la sospensione dei nuovi accreditamenti, oltre che tener conto della recente sentenza del Consiglio di Stato, risponde all'esigenza di costruire un forte sistema di programmazione attento non solo "alla dimensione dell'appropriatezza" ma anche "alla dimensione territoriale ed alle sue specificità".

L' integrazione sociale e socio-sanitaria

Si tratta di uno degli aspetti più condivisibili e qualificanti delle Regole 2014. La delibera sottolinea ripetutamente l'importanza dell'integrazione sociosanitaria, richiamando l'esigenza di "mettere in campo azioni che coinvolgano i diversi comparti sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzate alla ricomposizione di interventi ancora in massima parte frammentati".

Strumenti di tale integrazione, richiamati dalla delibera, sono:

- la "Cabina di Regia" che coinvolge ASL e Comuni, luogo di programmazione e di governo degli interventi socio-sanitari e sociali;
- lo "sportello unico del welfare", evoluzione dei Punti Unici di Accesso e dei Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) già sperimentati sul territorio regionale, finalizzato a "facilitare l'incontro tra la persona … ed il sistema di offerta dei servizi", con funzioni di "informazione, orientamento, accompagnamento, valutazione e di accesso ai servizi". Lo sportello si configura come un momento d'integrazione al tempo stesso istituzionale e degli operatori dei diversi comparti, in un'ottica multidisciplinare e multidimensionale;
- la stessa valutazione multidimensionale del bisogno, che "non solo assicura una presa in carico globale della persona e della sua famiglia, ma costruisce concretamente l'integrazione a livello professionale, oltre che istituzionale";

- un sistema informativo condiviso, capace di far dialogare i diversi attori del sistema e di “garantire l'integrazione degli interventi” evitandone la duplicazione.

L’attenzione alla dimensione sociale dei bisogni e degli interventi ed all’integrazione tra comparto sociale, socio-sanitario e sanitario non sembra solo formale, ma assume nella delibera delle regole una valenza strategica, al tempo stesso obiettivo delle politiche regionali e strumento indispensabile, in una fase di contrazione delle risorse, per aumentare la capacità di risposta del sistema dei servizi. Con i bilanci dei Comuni falcidiati da anni dalla riduzione dei trasferimenti statali e una sanità sempre alla rincorsa del continuo incremento della domanda e dei costi, **questa è senz’altro una sfida molto ardua, che solo un forte investimento sul “capitale umano” può consentire di affrontare con successo.**

La valutazione multidimensionale del bisogno

L'insistenza che le Regole pongono sull'importanza della VMD del bisogno ne fa una delle novità più significative delle politiche socio-sanitarie di questa amministrazione regionale (anche se le prime sperimentazioni in materia erano già state avviate nel 2012 nell’ambito della sperimentazione ADI). La VMD assume infatti nell'articolato delle Regole una funzione di “lettura integrata dei bisogni nelle diverse dimensioni della persona” con l'obiettivo di “facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o socio-sanitarie” garantendo, attraverso l'informazione e l'orientamento, “risposte appropriate ai bisogni rilevati”. Si configura quindi come “uno strumento per il governo regionale e territoriale delle risorse finanziarie annuali destinate al sistema socio-sanitario” grazie anche alla scelta di un sistema (il VAOR) in grado di leggere e pesare i bisogni in rapporto all'assorbimento delle risorse necessarie a garantire loro una risposta adeguata (e funzionale, pertanto, al sistema di tariffazione dei servizi).

A partire dal 2014 il sistema VAOR viene assunto “quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno” e coinvolgerà le unità di offerta, a partire dal servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (VAOR-ADI) per estendersi successivamente alle RSA (VAOR-LTCF).

L'individuazione del sistema VAOR ha visto il coinvolgimento, citato dalla delibera, della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, che ne ha promosso un'ampia sperimentazione nelle RSA e ha messo in luce in luce fin dall'inizio la capacità di questo sistema di:

- leggere e “pesare” i bisogni in rapporto all’assorbimento delle risorse (anche al fine di una corretta “tariffazione” dei diversi servizi)

- offrire strumenti per la definizione “automatica” del PAI

- “seguire” la persona nel suo percorso all’interno della rete

- consentire un confronto tra le diverse realtà, nazionali e internazionali.

I problemi insiti nella scelta di affidare la VMD alle ASL

La scelta della Regione di subordinare l'accesso ai servizi alla valutazione multidimensionale dei bisogni e di affidare questa funzione strategica alle ASL rappresenta indubbiamente una **svolta radicale,** che non può che essere fortemente condivisa dalla comunità geriatrica lombarda.

L'attuazione concreta di questo indirizzo si annuncia peraltro tutt'altro che facile e rappresenterà il vero banco di prova della tenuta della riforma del welfare. La delibera sottolinea in proposito la necessità della formazione, sollecitando le ASL a prevedere, nello specifico piano aziendale, la “formazione all'utilizzo della scala VAOR … degli operatori che saranno impegnati nel processo territoriale di VMD”.

Se però si tiene conto che **a partire dalla fine degli anni '90 la maggior parte delle ASL, nel rispetto degli orientamenti regionali, ha del tutto rinunciato a tale funzione**, più che sull'uso di uno strumento di valutazione sembra necessario un forte investimento formativo sulla metodologia della valutazione multidisciplinare e multidimensionale. La complessità dei fattori – individuali, familiari e di contesto – che concorrono alla definizione del bisogno e la difficoltà nel far incontrare la domanda e l'offerta di servizi **richiede infatti una forte professionalità dell'equipe valutativa, cui lo strumento di valutazione può offrire solo un supporto, sia pure importante,** nel processo decisionale. Ne pare consapevole il legislatore regionale quando, nel sottolineare il ruolo centrale delle ASL “nella valutazione multidimensionale e nella definizione dei progetti di intervento”, richiama l'esigenza di un loro adeguamento organizzativo e professionale, chiedendo loro di “realizzare, d'intesa con i Comuni … e con il coinvolgimento del Terzo settore e della rete delle Unità d'Offerta, tutto quanto necessario in termini di professionalità coinvolte e di diffusione territoriale”. Sono convinto che proprio gli Enti gestori dei servizi, in particolare le RSA, possano offrire in questo campo un contributo importante, mettendo a disposizione delle ASL operatori sanitari abituati alla presa in carico della fragilità e formati alla metodologia della VMD.

Non si accenna invece, nella delibera, all'impatto che l'introduzione del nuovo sistema di valutazione avrà sugli Enti gestori, in particolare sulle RSA, in termini sia di formazione del personale che di integrazione del nuovo software relativo al sistema di valutazione con i pacchetti informatici già in uso. **Si tratterà indubbiamente per gli Enti gestori di un impegno non solo organizzativo ma anche economico, che nella situazione attuale di difficoltà non potrà essere sostenuto senza un adeguato sostegno regionale.**

Le cure intermedie

A conclusione di questo commento, mi sembra opportuno fare un breve cenno a un altro punto rilevante toccato dalla delibera: con una radicale inversione dell'impostazione seguita nel 2004 in occasione del riordino della rete dei servizi riabilitativi, le Regole per il 2014 ridefiniscono la collocazione e le competenze dei presidi destinati agli interventi riabilitativi. **Dalle strutture sanitarie, che restano titolari della funzione riabilitativa, vengono scorporate le strutture sociosanitarie afferenti alla Direzione Generale Famiglia, che vanno a costituire la rete di unità d'offerta sociosanitaria denominata "Cure Intermedie".** Insieme alle unità d'offerta di riabilitazione in regime residenziale appartenenti alle aree specialistica, generale e geriatrica e mantenimento, saranno ricompresi nelle Cure Intermedie anche i servizi di assistenza post acuta sperimentati a seguito della DGR 3239 del 2012. Entro il 31 gennaio 2014 (termine poi prorogato a settembre), inoltre, si prevede la riconversione dei posti di Day Hospital "in volumi di attività di riabilitazione ambulatoriale o domiciliare, a isorisorse".

La delibera non offre ulteriori indicazioni, limitandosi a prospettare un percorso di analisi più approfondita dei dati relativi alla caratteristiche cliniche delle persone ricoverate nelle diverse aree (specialistica, generale e geriatrica e di mantenimento) e alla tipologia di assistenza fornita. Solo al termine potrà essere definito, con un successivo provvedimento, il nuovo modello "di assistenza, di classificazione degli utenti, dei requisiti di accreditamento e del sistema di remunerazione" e sarà possibile proporre considerazioni più approfondite sull'istituzione delle Cure Intermedie e sulla riorganizzazione per livelli di intensività dei presidi riabilitativi afferenti alla DG Sanità (da leggersi, a mio avviso, in parallelo).