

Disegnato il percorso di riforma dell'ADI per il 2012

martedì, 17 gennaio, 2012

<http://www.lombardiasociale.it/2012/01/17/disegnato-il-percorso-di-riforma-delladi-per-il-2012/>

L'analisi del Contesto

E' caratterizzato da *risorse scarse e vincoli di bilancio* da un lato (le risorse dei diversi fondi nazionali per politiche di area sociale sono passati dai quasi 2 miliardi di euro del 2008 ai 250 milioni del 2011, e sono previsti azzerarsi l'anno prossimo), e di *crescita della quantità e della complessità dei bisogni* dall'altro.

Occorre gestire la spesa per massimizzarne l'efficacia e contemporaneamente rendere partecipi le famiglie nella programmazione dei propri percorsi di cura (principi di sussidiarietà orizzontale e di centralità della persona).

Lavori in corso in Regione Lombardia

- Gli interventi sanitari, socio-sanitari, sociali e assistenziali a favore della persona possono essere coordinati solo partendo da una visione d'insieme del suo bisogno.
- Regione Lombardia sta lavorando a un progetto di riforma del welfare che ha l'obiettivo di restituire il ruolo da protagonista alle persone e rinnovare il modello di protezione sociale, che non funziona più come un tempo.
- Il primo passo per riportare al centro le persone è lo spostamento del finanziamento dei servizi "dall'offerta alla domanda", rendendo il cittadino consapevole e responsabile dell'effettivo valore dei servizi di cui usufruisce e restituendogli piena libertà di scelta. La domanda deve orientare i servizi, mentre spesso accade il contrario.

Le prospettive di cambiamento

Inversione domanda-offerta

- Utente al centro del proprio percorso di assistenza, con titolarità di acquisto dei servizi
- La spesa parte dalla domanda e non più dall'offerta (maggior trasparenza della spesa)
- Maggior efficienza gestionale e qualità dei servizi offerti
- Maggior facilità nel misurare il grado di appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni

Introduzione del Fattore Famiglia Lombardo (FFL)

- Compartecipazione alla spesa variabile secondo reddito/patrimonio e condizioni sociali dell'utente
- Aumento della consapevolezza e del grado di responsabilizzazione dei cittadini riguardo alla spesa sociale e sociosanitaria

Il percorso normativo dell'evoluzione

- Piano Regionale di Sviluppo della IX legislatura
- Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014
- DGR n. 9/937 del 2010
- Proposta di Legge n. 66
- DGR 2055 del 2010
- Delibere n. 7211 e n. 2124 del 2011
- Documento Strategico Annuale 2012

I perché della riforma ADI

Il monitoraggio dell' ADI, la sperimentazione e i tavoli di confronto con le ASL hanno fatto emergere:

- Disomogeneità nella valutazione del bisogno
- Disomogeneità nell' erogazione delle prestazioni
- Disomogeneità nelle figure professionali e nei livelli organizzativi coinvolti
- Mancata disponibilità dati per la programmazione
- Visione strutturo-centrica (l'utente non è al centro dell'erogazione del servizio e non ha libertà di scelta dell'erogatore)
- Attribuzione di priorità ai bisogni sanitari e a quelli correlati alla patologia rispetto a quelli sociali (condizioni di vita, abitative, economiche e della rete sociale dell'individuo).

Gli obiettivi della rivisitazione del sistema dell' ADI:

- Inversione del modello di assistenza dall' offerta alla domanda
- Definizione dei bisogni sanitari e di quelli sociali, inclusa la dimensione familiare
- Elevato livello d'integrazione territoriale tra i diversi servizi sanitari e sociali, continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza e realizzazione di percorsi integrati.
- Riqualficazione della rete d' offerta esistente (con nuova e più razionale offerta di prestazioni sul territorio)
- Individuazione di una regia unica a livello territoriale da parte di un soggetto in grado di garantire un'omogenea valutazione dei bisogni ed una presa in carico globale integrata e continuativa

L'inversione domanda – offerta nel sistema ADI

Questo passaggio permette di porre l'utente al centro del suo percorso di assistenza, attribuendogli direttamente le risorse e promuovendo efficienza gestionale e qualità dei servizi.

Con l'inversione domanda-offerta si realizzano alcuni principi fondamentali del nuovo modello di welfare:

- Sussidiarietà orizzontale (con rilevante ruolo funzionale e sostanziale del terzo settore)
- Quasi – mercato (Regione titolare e regolatore di servizi erogati da diversi fornitori pubblici o privati, in competizione tra loro)
- Titolarità d'acquisto sul servizio attribuita all'utente (libero di scegliere che tipo di servizio acquistare e da chi)
- Efficienza e qualità nel servizio offerto
- Appropriately nei servizi erogati

L'integrazione tra i diversi servizi

Per poter rivisitare il sistema ADI è necessario realizzare un processo che garantisca sul territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali teso a:

- Porsi come obiettivo non la guarigione ma il ben-essere della persona nel suo contesto familiare/abitativo e la sua qualità di vita (integrazione tra cure mediche e altri aspetti di vita, evitandone la medicalizzazione).
- Attuare un approccio integrato ai bisogni correlato ai differenti livelli di dipendenza funzionale e/o psico-relazionale, tenendo conto non solo della patologia ma anche della famiglia e del contesto sociale.
- Incoraggiare un ruolo attivo della persona e della famiglia nella gestione della malattia e nel processo di cura
- Perseguire l'unitarietà tra diverse tipologie di prestazioni evitando sovrapposizioni
- Favorire la continuità dei percorsi di assistenza in modo da assicurare continuità temporale dei servizi, di trattamento e di coordinamento tra le diverse unità d'offerta sociali e sociosanitarie

La nuova rete d'offerta

È indispensabile riqualificare la rete d'offerta territoriale esistente nell'ottica di una nuova e più razionale offerta di prestazioni sul territorio, configurando una rete d'interventi che integri le diverse unità d'offerta sociosanitarie (residenziali, semiresidenziali, domiciliari) e sociali in funzione del bisogno della persona.

La valutazione del bisogno rappresenta lo strumento attraverso il quale è possibile costruire il percorso sociosanitario appropriato, componendo ed integrando le diverse forme di servizi.

L'esigenza di nuovi strumenti di analisi del bisogno

L'attuale modello di gestione dei servizi sociosanitari (ADI inclusa) presenta due grandi aree di necessità:

- Strumenti che permettano una maggiore appropriatezza nel ricorso all'ADI (oggi non sono condivisi a livello regionale criteri di accesso e prestazioni garantite).
- Strumenti che permettano una programmazione centrata sul bisogno (oggi basato sulla spesa storica)

Partendo da queste necessità, è stato impostato un percorso di presa in carico basato sulla valutazione del bisogno.

La nuova valutazione del bisogno

Il nuovo modello regionale di valutazione del bisogno si basa su tre pilastri:

1. Valutazione funzionale
2. Valutazione sociale
3. Valutazione della partecipazione della famiglia (capacità di prendersi carico di parte del percorso di assistenza)

I presupposti sono i seguenti:

- Multiprofessionalità nella valutazione (medico, infermiere, assistente sociale)
- Scelta della forma di assistenza (residenzialità, semiresidenzialità, ADI) e delle prestazioni appropriate

Il processo ADI

Lo sviluppo del processo di presa in carico ed erogazione delle prestazioni ADI prevede due sottoprocessi:

Individuazione del setting assistenziale (appropriatezza del luogo di cura e del profilo di assistenza).

- Segnalazione, Filtro (rappresenta il primo contatto con il cittadino e prevede una prima valutazione delle richieste)
- Valutazione di secondo livello (destinata allo screening delle situazioni complesse che richiedono interventi integrati sanitari e sociali a differenti livelli di intensità assistenziale)

Definizione del mix produttivo (appropriatezza della risposta).

- Presa in carico (Pianificazione dell'assistenza, del programma e degli obiettivi assistenziali)
- Verifica del raggiungimento obiettivi (Rivalutazione in itinere)
- Conclusione presa in carico (Valutazione degli esiti)

L' individuazione del setting assistenziale

Il sottoprocesso 1 è finalizzato ad individuare l'appropriatezza del luogo di cura e di assistenza. Esso si articola in diverse fasi, rispetto alle quali sono stati definiti degli strumenti di supporto :

- Primo contatto
- Triage (scala valutazione Triage)
- Rilevazione (o meno) di un bisogno complesso (esiti possibili: a) Attivazione risposta a bisogni di natura sociale e/o prestazionale sanitaria; b) Valutazione di secondo livello, effettuata al domicilio della persona interessata considerando i bisogni sia sanitari che sociali attraverso scala di valutazione FIM)

Il Triage

La scheda di triage comprende una scheda di rilevazione del bisogno contestualizzato all'ambiente di vita della persona.

Se il punteggio è uguale o superiore a 2, è necessaria valutazione di secondo livello.

La scala FIM (functional independence measure)

La valutazione di secondo livello viene svolta utilizzando una scala univoca a livello regionale: la scala FIM. Il Sistema Fim™ è uno standard internazionale di misura della disabilità. Benchè sia utilizzato prevalentemente in ambito riabilitativo censisce 18 attività della vita quotidiana: cura della persona, locomozione, comunicazione etc.

Il suo elemento principale è la Scala FIM™; il punteggio in ciascuna voce varia da 1 (dipendenza completa) a 7 (autosufficienza completa).

Rispetto ai domini funzionali identificati nel modello regionale di valutazione, la FIM è lo strumento diagnostico che ne include il maggior numero, limitando la necessità di ricorrere ad altre scale o di avere domini mirati solo all'osservazione.

La FIM, che consente di avere una valutazione omogenea del bisogno, diventa in questo modo lo strumento diagnostico utilizzato a livello regionale.

La valutazione di secondo livello

Si basa su 8 domini principali (respirazione, nutrizione, comunicazione, motricità, controllo sfinterico, sensoriale, cognitivà e comportamento, tono dell'umore) suddivisi a loro volta in funzioni.

Ad ogni dominio viene assegnato un punteggio da 0 (lieve) a 3 (molto grave).

(si vedano le tabelle dalla slide 19 alle 22 del documento 2 - percorso della riforma)

La valutazione sociale

Comprende la valutazione della rete assistenziale e misura l'organizzazione degli interventi da parte della rete assistenziale, sia familiare che extrafamiliare.

Oltre alla valutazione della rete assistenziale vengono rilevati i bisogni sociali derivanti dalla valutazione economica di base e dall'adeguatezza delle condizioni abitative e di ambiente di vita.

(si veda la scheda riportata nelle slide 23 e 24 del documento 2- percorso di riforma)

La valutazione del supporto della famiglia

Nel corso della sperimentazione ADI è emerso come la famiglia contribuisca in misura rilevante all'assistenza alla persona fragile e come questo porti a dover rivedere la tipologia di unità d'offerta di destinazione (residenzialità, ADI, etc) e la tipologia di servizi da erogare.

Di conseguenza la valutazione sociale è stata integrata con una componente finalizzata a valutare il reale grado di sostegno che la famiglia può offrire rispetto ai singoli bisogni della persona (Valutazione Utente/ Livello di fragilità/ Livello di bisogno. *Bisogno soddisfatto dal caregiver?*).

La valutazione sui domini porta ad individuare del livello di fragilità dell'utente. La valutazione del supporto della famiglia permette di individuare il reale bisogno, inteso come le prestazioni a cui la famiglia non riesce a far fronte e per le quali è richiesto il supporto di un soggetto esterno.

Il modello è attualmente in fase di sperimentazione in 6 ASL pilota.

Definizione del livello di gravità della persone e del profilo assistenziale.

La valutazione è frutto di un processo che mira a definire la fragilità della persona e il supporto ricevuto dalla famiglia per arrivare, tramite una correlazione tra questi due fattori, a definire un livello di bisogno e la relativa assistenza necessaria a soddisfare il bisogno multidimensionale individuato (profilo assistenziale).

Questi sono i passaggi:

- Valutazione utente (*Scheda FIM e scheda valutazione sociale*)
- Pesature dei cut off fissati per ogni dominio della scala FIM e per la scala sociale
- Individuazione del livello di gravità dell'utente
- Pesatura del supporto della famiglia *Valutazione sui singoli domini funzionali*
- Individuazione del profilo assistenziale da erogare

Rispetto alla scala sociale, la valutazione complessiva (rete assistenziale, condizione abitativa) determina un punteggio ed il cut off è fissato a 19. Se superiore a 19, la condizione sociale è considerata buona e viene approfondita la reale capacità della famiglia di supportare l'assistenza, con il modello di valutazione definito ad hoc.

Esito della valutazione del bisogno

Mediante la valutazione ottenuta dalla persona sui diversi domini e sottodomini viene individuato il bisogno attribuendo un livello di gravità complessivo.

- Livello 1 - prevede una compromissione funzionale lieve, con un sufficiente livello di autonomia nelle ADL
- Livello 2 – prevede una fase caratterizzata da un andamento instabile, nel quale si alternano fasi di miglioramento con possibilità di ripristino di alcune funzioni a seguito di terapie farmacologiche e/o interventi riabilitativi intensivi
- Livello 3 – caratterizzato dal consolidamento della gravità del quadro di compromissione globale con l'interessamento di più aree. L'aggravamento del deficit a carico della componente motoria condiziona pesantemente lo svolgimento in autonomia delle attività di base e strumentali e richiede la necessità del ricorso ad ausili .
- Livello 4 - può presentare un quadro di gravissima compromissione funzionale e di totale dipendenza nelle attività quotidiane, oppure problematiche sanitarie che richiedono frequenti e costanti interventi medico-specialistici ed infermieristici.

Il livello di gravità calcolato permette di misurare anche l'intensità assistenziale e il relativo profilo di assistenza da erogare per far fronte al bisogno della persona.

Obiettivi regionali della riforma dell'ADI per il 2012

Facilitare l'accesso dei cittadini e delle famiglie alla fruizione di un sistema non frammentato e integrato di interventi e servizi, coerente con l'evoluzione dei bisogni e capace di risposte appropriate.

Rendere operativi tutti gli strumenti previsti dall'inversione domanda – offerta , necessari a sviluppare la capacità della rete dei servizi di “prendersi cura” delle persone e delle loro famiglie.

Dal 1 gennaio 2012 la sperimentazione verrà estesa a tutto il territorio regionale.

In particolare, sulla base dei risultati della sperimentazione svolta nel 2011 nelle 6 ASL pilota, l'obiettivo nel 2012 è quello di rendere operativi su tutto il territorio regionale i seguenti strumenti:

- Sistema dotale / voucher
- Modello regionale di valutazione del bisogno
- Requisiti di accreditamento ADI
- Flussi informativi