

Legge Regionale 28 dicembre 2018 n. 48
Piano socio sanitario regionale 2019-2023. (Veneto, BUR 28
dicembre 2018, n. 133)
allegato alla legge regionale relativa a: piano socio sanitario
regionale 2019-2023

Omissis

9. L'integrazione socio-sanitaria

9.1. Un approccio globale alla long term care: una visione di integrazione socio- sanitaria per il welfare di iniziativa Gli ambiti di intervento strategico da sviluppare in continuità d'azione.

Il modello Veneto costruito attorno al pilastro strategico dell'integrazione socio-sanitaria ha posto le basi per lo sviluppo di un approccio unitario alla cura, in particolare, delle persone affette da limitazioni funzionali, incluse le demenze, con effetti positivi nell'organizzazione della risposta ai loro bisogni e nel miglioramento della speranza e della qualità di vita, che con il presente piano si intende ulteriormente sviluppare nel quadro dei principi di autodeterminazione e di inclusione sociale.

L'applicazione di tali principi nella declinazione della risposta assistenziale a questa categoria di persone, cioè con disabilità e non autosufficienti, limitazioni che di per sé stesse configurano una specifica condizione di cronicità e che richiedono interventi assistenziali continuativi di lunga durata (Long Term Care), deve necessariamente contemplare la prospettiva della sostenibilità attuale e futura del sistema.

Gli ambiti di svolgimento delle possibili revisioni, logicamente interconnessi, riguardano, quindi, l'ottimizzazione delle seguenti variabili:

- gli esiti riferiti ai domini della qualità di vita delle persone, agendo con priorità sulle loro capacità funzionali in rapporto ai loro contesti di vita, scuola e lavoro, monitorandone l'evoluzione;
- i processi di allocazione e utilizzo delle risorse secondo criteri di equità e di evidenza scientifica e/o fondati su buone pratiche.

A tal fine, le misure da portare a compimento nell'orizzonte del presente piano devono conformarsi ai seguenti criteri:

- implementare modalità e tecniche socio-educative-abilitative e assistenziali-tutelari scientificamente supportate e capaci di perseguire, anche con l'ausilio di tecnologie specifiche, il più alto livello possibile di funzionamento e autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienti, favorendo in tal modo la riduzione della domanda di sostegni e supporti e una maggiore flessibilità nell'organizzazione dei processi assistenziali sia a livello domiciliare e semiresidenziale sia a livello residenziale;
- attivare sostegni e supporti erogati dai servizi della rete formale (prescritti da parte delle aziende ULSS e dei Comuni nel loro ruolo di committenti) secondo priorità rispetto al bisogno, tenendo conto delle risorse personali, familiari e del contesto

sociale di riferimento (servizi della rete informale), nonché delle specifiche capacità di contribuzione;

- rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, compresi gli interventi di sollievo e di contrasto alla solitudine, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni;
- promuovere l'attivazione di percorsi di sostegno alla partecipazione e all'inclusione sociale che ponendo al centro le potenzialità della persona concorrano alla generazione di processi con valenze restitutive e trasformative dei contesti sociali e lavorativi di appartenenza delle persone con disabilità e non autosufficienti e percorsi e condizioni che portino le stesse persone ad autodeterminarsi e, quindi, ad essere protagoniste della propria vita.

- promozione della terapia con gli equini ed in particolar modo l'ippoterapia. Il piano sociosanitario preveda l'inserimento della terapia, l'educazione e l'attività assistita con gli equidi quali strumenti finalizzati alla cura e al recupero delle persone affette da disagio comportamentale o sociale o da limitazioni fisiche o sensoriali, che possono giovare dell'impiego e del contatto con gli equini allo scopo di favorire la loro integrazione sociale e migliorare la qualità di vita, in conformità a quanto previsto dalla legge regionale n. 9/2018. La necessità di ricomporre il quadro delle risorse della rete informale in un processo unitario di determinazione della risposta assistenziale coordinata dalle aziende ULSS, risiede anche nell'entità delle risorse gestite direttamente dalle famiglie sia nella forma del caregiver interno (familiare) sia in quella del caregiver esterno (assistente familiare). Riguardo a quest'ultima modalità, si stima che la domanda delle famiglie coinvolga all'incirca 65.000 assistenti familiari per un equivalente economico annuale stimabile in 780 milioni. In tale ambito rileva, inoltre, l'importanza delle prestazioni erogate dall'INPS (assegni di accompagnamento, pensioni/assegni di invalidità e permessi lavorativi retribuiti ex lege n. 104 del 1992). Per le finalità di cui sopra la programmazione regionale ha strutturato la propria azione dotandosi dei seguenti parametri tecnico-organizzativi e di allocazione delle risorse di cui si conferma la validità, precisando per ciascuno le prescrizioni che dovranno informarne il funzionamento nel periodo di validità del presente piano:

- un meccanismo operativo: Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) alla quale è affidato il compito di effettuare la diagnosi del bisogno bio-psico-sociale e di individuare la risposta più appropriata, rispetto all'evidenza scientifica e all'efficacia globale e contestualizzata, per ogni determinata persona svantaggiata e/o con limitazioni funzionali. La composizione della UVMD, proprio per la molteplicità dei profili oggetto di valutazione, prevede la presenza di operatori sociali, socio-sanitari e sanitari, nonché della stessa persona con disabilità o non autosufficiente, della sua famiglia o di chi ne

tutela gli interessi. Presenze quest'ultime necessarie per dare attuazione concreta al principio di autodeterminazione, contribuendo così ad ottimizzare il trade off tra standardizzazione e qualità della vita nella definizione del progetto personalizzato;

- due strumenti a supporto delle valutazioni: Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con disabilità (S.Va.M.Di.) e Scheda di Valutazione Multidimensionale Anziani (S.Va.M.A.), al fine di garantire, da un lato, l'obiettività delle valutazioni del bisogno bio- psico-sociale secondo le classificazioni previste dall'International Classification of Functioning (I.C.F.) e dall'International Classification of Diseases (I.C.D.) e, dall'altro, l'impiego di metodologie di valutazione omogenee su tutto il territorio regionale;

- uno strumento di ricomposizione delle risorse disponibili per definire risposte appropriate alle specifiche esigenze della persona beneficiaria: progetto personalizzato concepito sulla base di pertinenti valutazioni tecnico-specialistiche e aperto alle relazioni positive attivabili nel contesto sociale di appartenenza. Pertanto, attraverso tale strumento i vari interventi, servizi, sostegni e supporti, anche nella forma di trasferimenti monetari, provenienti non solo da istituzioni pubbliche, ma pure a carico dei vari soggetti presenti nel territorio, nonché dalla stessa persona e/o dai suoi familiari, vengono programmati e opportunamente integrati e coordinati in modo unitario e mirato rispetto al bisogno e alle aspirazioni della persona, assumendo come criteri guida il miglioramento della qualità di vita e la sostenibilità del sistema. L'attuazione del progetto è sottoposta a monitoraggio in relazione alle fasi di evoluzione dei bisogni.

Attraverso il funzionamento di tali parametri allestiti per la diagnosi del bisogno e per la definizione della presa in carico dell'assistito da parte del sistema, si realizza, da un lato, l'integrazione socio-sanitaria nella rete formale dei servizi territoriali, tenuto conto delle risorse della rete sociale informale disponibili e attivabili e, dall'altro, anche in coerenza con i principi della Convenzione O.N.U. richiamati, il coinvolgimento delle persone con disabilità o non autosufficienti e dei loro familiari e/o caregiver nella definizione condivisa del progetto personalizzato.

Con riferimento a tali parametri, al fine di favorire il rispetto delle prescrizioni di funzionamento su riportate, si indicano le seguenti azioni prioritarie:

- UVMD: le attuali modalità di monitoraggio e ri-valutazione degli assistiti devono essere riconsiderati e riqualificati in capo all'UVMD, attesa la rilevanza della funzione di tale Unità nel processo di allocazione delle risorse e nella garanzia di omogeneità e uniformità su tutto il territorio regionale delle valutazioni espresse a parità di bisogno e ciò anche in relazione all'obiettivo di armonizzazione prescritto dalla L.R. 19/2016; - schede di valutazione S.Va.M.A. e S.Va.M.Di.: atteso il trend epidemiologico in atto verso case mix ad alta complessità e con

crescente prevalenza di patologie croniche, legato al processo di progressivo invecchiamento della popolazione ed al correlato aumento tendenziale della domanda di assistenza, si rende necessario provvedere al loro aggiornamento, migliorando, in particolare, la loro sensibilità nella graduazione dei bisogni, anche mediante una coerente modalità di contestualizzazione dei profili di gravità, clinica e funzionale, che discrimini le casistiche rispetto all'effettivo assorbimento di risorse, sostegni e supporti assistenziali. Tale aggiornamento delle schede di valutazione multidimensionale si rende, altresì, necessario per conformarle alle metriche e classificazioni delle disabilità considerate a livello nazionale quali presupposti metodologici che condizioneranno l'erogazione delle risorse provenienti dal fondo nazionale per le non autosufficienze. Dovrà, inoltre, essere completata l'informatizzazione delle schede e dovranno essere elaborate schede di valutazione multidimensionali per soggetti disabili in età evolutiva secondo le classificazioni previste dall'International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF - CY).

Gli interventi avviati nella direzione della domiciliarità, che, come detto, proseguiranno ulteriormente anche con le dovute razionalizzazioni e aggiornamenti, si sono concretizzati in misure a favore delle persone con disabilità per la "vita indipendente", per l'"inclusione sociale" e per il "dopo di noi", nonché per l'inserimento e l'integrazione scolastica e per l'inserimento lavorativo, e in misure a favore delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie e/o caregiver, mediante l'attivazione di centri diurni e centri di sollievo e, più in generale, attraverso l'istituzione delle Impegnative di Cura Domiciliare (I.C.D.) e il consolidamento del servizio di telesoccorso-telecontrollo. In tale ambito si prevede l'avvio di percorsi per realizzare fondazioni di comunità o di partecipazione per il "dopo di noi".

Infine, un ambito strategico distinto dai precedenti e rispetto al quale è necessario intervenire, specie in prospettiva preventiva, riguarda l'individuazione precoce dei minori con problematiche comportamentali, in considerazione, da un lato, dell'incremento di tali situazioni di fragilità e disagio, dall'altro, dell'efficacia di programmi riabilitativi avviati già in età infantile nella modifica del decorso dei problemi di comportamento, con guadagni in termini di minori limitazioni e minor fabbisogno di sostegni in età adulta. A tal fine è prioritario prevedere la sperimentazione di metodologie e strumenti multidimensionali per lo screening precoce delle predette problematiche comportamentali, con l'implementazione di tecniche riabilitative specifiche che contemplino anche il coinvolgimento diretto del mondo della scuola e della famiglia attraverso appositi percorsi formativi e informativi.

omissis