

Sperimentazione della scheda multidisciplinare S.Va.M.Di. introdotta dalla Regione Veneto

A.ULSS 5 ovest vicentino

a cura di Sabina Bollori, Coordinatrice dell'UOS Disabilità in Età Adulta ULSS 5 Ovest Vicentino

Questo intervento è relativo all'esperienza di sperimentazione effettuata come Azienda ULSS 5 OVEST VICENTINO sulla scheda SVaMDi così come proposta dalla Regione Veneto.

UN PO' DI STORIA

Iniziamo quindi ricostruendo brevemente la storia dell'introduzione di questo strumento di valutazione nella nostra Regione.

Nel 1999 la Regione Veneto approva la scheda SVAMA per l'età anziana, quale strumento di valutazione valido per tutto il territorio regionale, largamente impiegato per la definizione della condizione di autosufficienza della persona e per l'accesso ai servizi domiciliari e soprattutto residenziali. Già a partire da quell'anno si prende atto dell'inadeguatezza della SVAMA a descrivere e valutare la disabilità della persona e si introduce una prima versione di SVaMDi (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità), basata sul linguaggio ICF. Questa prima scheda viene sperimentata in 10 A.ULSS del Veneto.

Negli anni 2005/2006 la Regione inoltre realizza un percorso formativo sull'ICF che coinvolge circa 700 operatori dei servizi sociali e socio-sanitari.

La prima fase della sperimentazione regionale sulla SVaMDi, affidata a gruppi di lavoro e condotta in un numero limitato di Aziende, si conclude con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 331 del 2007, con la quale viene approvata la SVaMDi su tutto territorio regionale e stabilito che dal marzo 2007 le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali devono utilizzare la SVaMDi per la definizione dei progetti individuali delle persone con disabilità.

La DGR 331 fa però riferimento non solo alla formulazione dei progetti individuali, ma anche alla definizione di profili sintetici e soprattutto della priorità nell'accesso ai servizi.

Con ciò vengono assegnate alla scheda ulteriori finalità. In particolare si pone il problema di:

- calibrare su criteri omogenei l'accesso ai servizi e la gestione di liste d'attesa
- validare il complesso del sistema valutativo per produrre risultati misurabili e confrontabili.

Per tali motivi la Regione, con DGR 2632 dell'agosto 2007, affida uno specifico incarico di formazione e ricerca al Centro Don Calabria di Verona, che diviene il referente scientifico della sperimentazione.

Il periodo dal 2007 al 2009 è una fase di applicazione della SVaMDi, che con DGR 2575/09, si concretizza in:

- introduzione di una nuova scheda SVaMDi riveduta e modificata rispetto alla precedente
- percorsi di formazione e supporto agli operatori delle A.ULSS
- coinvolgimento dell'Osservatorio Regionale per coordinamento e la gestione SVaMDi su web
- estensione della scheda ad ogni ambito di utilizzo relativo all'età adulta: valutazione e presa in carico, accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali, accesso a interventi e servizi previsti dalla normativa regionale, inclusa l'integrazione lavorativa.

Nel periodo settembre – dicembre 2009 viene realizzata una formazione rivolta a tutte le A.ULSS (due referenti per azienda, uno di area sanitaria e uno di area sociale), che a loro volta sarebbero poi dovuti diventare i formatori degli operatori nelle rispettive A.ULSS.

Nel periodo da gennaio a giugno 2010, in ogni A.ULSS del Veneto, è stata effettuata la seconda fase di formazione, condotta dagli operatori già formati e con l'affiancamento dei docenti del Centro Don Calabria.

Nel frattempo, per poter procedere alla definizione dei profili di gravità e di funzionamento – essenziali a rendere la SVaMDi uno strumento di definizione delle priorità di accesso ai servizi – il Centro Don Calabria ha richiesto alle A.ULSS di collaborare alla realizzazione di un campione statistico più ampio e di tipologia più varia del precedente, di 1500 casi.

La scheda SVaMDi è stata disponibile per la sperimentazione sia in versione cartacea sia informatica, tramite sito web gestito dall'Osservatorio Regionale.

La versione web consente delle agevolazioni nella consultazione rapida dell'ICD X e ICF, nonché di poter avere, quando il sistema sarà a regime, una relazione descrittiva finale data dalla lettura automatica dei codici e dati inseriti.

L'ESPERIENZA DI SPERIMENTAZIONE DELL'A.ULSS 5

La nostra situazione di partenza, fino al 2009, era del tutto nuova nei confronti della SVaMDi. Il personale della Disabilità Età Adulta non aveva partecipato ad alcuna sperimentazione precedente, solo un paio di operatori avevano

fatto una formazione sull'ICF, e il Servizio Integrazione Lavorativa aveva esperienze precedenti di formazione sull' ICF fatte in ambito di Commissioni per l'Invalidità Civile.

Abbiamo partecipato con tre operatori (un assistente sociale, un medico di Cure Primarie e uno psicologo) alla formazione con le altre A.ULSS, e due di questi hanno poi proseguito conducendo la formazione agli operatori nel nostro territorio e guidando la compilazione della parte di campione spettante.

Il gruppo di operatori territoriali che abbiamo coinvolto era costituito da 17 persone, oltre ai 2 conduttori, che hanno effettuato la formazione nel periodo da gennaio a giugno 2010 e realizzato il campione entro luglio 2010.

Il gruppo era composto da operatori dei servizi U.O. Disabilità Età Adulta, CEOD, Cure Primarie, Medici Medicina Generale, Integrazione Lavorativa.

La composizione professionale del gruppo era la seguente: 7 educatori, 2 psicologi, 4 assistenti sociali, 2 Medici Medicina Generale, 2 Medici responsabili di Cure Primarie.

I due servizi di presa in carico della disabilità adulta erano coinvolti appieno: tutti gli operatori dell'équipe Disabilità Età Adulta e tutti i quattro educatori del Servizio Integrazione lavorativa erano presenti. Nel gruppo ristretto c'era anche l'operatore amministrativo dell'U.O. Disabilità Età Adulta, per le sue competenze informatiche e di gestione dell'archivio utenti. Nell'insieme avevamo una composizione del gruppo varia e persone motivate.

Il campione richiesto era di 55 SVaMDi per l'A.ULSS 5, suddivise come segue rispetto alla tipologia di servizio:

- Semiresidenziale (diurno) 33
- Residenziale 5
- SIL invalidi in carico 9
- SIL tirocinio socializzante 0
- Interventi domiciliari 8

Essendo uno strumento di valutazione da effettuarsi in UVMD, e anche per la necessità di poter coinvolgere i Medici di Medicina Generale per la compilazione della parte medica, sono state realizzate, seppure con molta velocità, 49 UVMD con la presenza del Medico di Medicina Generale. Siamo così riusciti a caricare le relative schede SVaMDi complete sul sito dell'Osservatorio Regionale, 49 schede su 55 richieste, entro i tempi previsti.

LA VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA

Per una valutazione della nostra esperienza ho preparato un questionario cui è stato risposto da quasi tutti i partecipanti della formazione (16 su 17 e un docente).

Abbiamo quindi le risposte di 17 operatori, di varia qualifica e servizio di appartenenza, che costituiscono un gruppo in sé piccolo, ma tuttavia significativo.

Riporto di seguito le domande e i riscontri ottenuti. Il primo gruppo di domande prevedeva una risposta graduata su 5 livelli (da *molto* a *per nulla*), un secondo gruppo consentiva risposte multiple, e infine era possibile formulare alcune osservazioni liberamente.

1. Come valuta l'apprendimento personalmente ottenuto attraverso il percorso formativo rispetto alla padronanza nell'uso della scheda SVaMDi?

- padronanza raggiunta 9
- abbastanza raggiunta 8

2. Come valuta nell'insieme l'accuratezza della scheda SVaMDi quale strumento di valutazione della persona con disabilità?

- molto accurata 3
- accurata 13
- abbastanza accurata 1

3. Come valuta l'efficacia dello strumento rispetto alle finalità valutative richieste nell'ambito operativo del suo servizio?

- molto efficace 1
- abbastanza efficace 15
- poco efficace 1

4. Come valuta l'efficacia dello strumento ai fini dell'accessibilità degli utenti ai servizi (definizione di priorità nell'accesso)?¹

- efficace 11
- abbastanza efficace 2
- poco efficace 4

5. Rispetto al suo processo di apprendimento, in quali aspetti ritiene di aver ottenuto maggiori risultati personali?

- condivisione di linguaggi tra colleghi 14
- consapevolezza della complessità della valutazione 12
- linguaggio e filosofia ICF 9
- condivisione di valutazioni tra colleghi 5
- aspetti teorici della valutazione 3

6. Sulla base della sua esperienza, quali tra i seguenti aspetti considera i punti di forza di SVaMDi?

- visione globale della persona 16
- utilità per la costruzione di progetti personalizzati 10
- favorisce le connessioni tra diverse figure professionali 9
- favorisce la discussione in équipe 8
- completezza di informazioni 6

7. Sulla base della sua esperienza, quali tra i seguenti aspetti considera punti critici?

- tempo di compilazione richiesto 13
- difficoltà di coinvolgimento di diverse figure professionali 8
- complessità dello strumento 7
- numerosità delle informazioni da raccogliere 7
- difficoltà di linguaggi condivisi tra operatori 2
- altro: eccessiva discrezionalità della valutazione sociale 1

8. Ritiene di poter applicare la SVaMDi alla generalità delle esigenze valutative del suo servizio?

Si 5 No 12

Se no, in quali ambiti lo ritiene maggiormente applicabile?

- Per i casi complessi che prevedono il coinvolgimento di più servizi 5
- Per favorire una valutazione più condivisa e la progettazione per utenti nuovi che afferiscono alle strutture 5
- Per bisogni semplici lo strumento SVaMDi risulta troppo oneroso per essere applicato 2

Osservazioni libere

- Bisogno di maggiore condivisione e rielaborazione informazioni sull'utenza da parte delle diverse figure professionali
- Nella collaborazione con alcune strutture del territorio, si è riscontrato l'utilizzo dei vari domini dell'area "Attività e partecipazione"
- Difficoltà di indicare con obiettività i qualificatori; la condivisione prevista per la SVaMDi è positiva ma difficile da attuare
- Positivo acquisire un linguaggio comune che consideri la persona disabile in termini di funzionamento e risorse attivabili
- Positivo anche acquisire maggiore consapevolezza degli elementi barriera e facilitatori

¹ La maggior dispersione di risposte a questa domanda, rispetto alle precedenti, è da imputare anche, come ho avuto modo di riscontrare successivamente, ad una difforme interpretazione della "definizione di priorità nell'accesso", vale a dire ai fini della formulazione di una graduatoria, che in mancanza dei profili, non abbiamo in realtà avuto modo di sperimentare.

Conclusioni

Nell'insieme il gruppo ha ritenuto positiva l'esperienza di formazione. E' stata sottolineata l'efficacia dello strumento per una visione globale e funzionale della persona e quindi per favorire la costruzione di un progetto personalizzato.

E' stata inoltre sperimentata l'utilità dello strumento in quanto attiva un processo di valutazione che coinvolge le diverse figure professionali e ha delle ricadute sui rapporti tra operatori e servizi, mettendoli nelle condizioni di interrogarsi e approfondire.

La maggiore criticità è attribuita all'uso estensivo e generalizzato dello strumento, e all'onerosità dell'impegno richiesto.

IL CONTESTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI E LE PROBLEMATICHE APERTE

In quest'ultima parte vorrei esporre alcuni aspetti relativi al contesto del sistema dei servizi e alle attese nei confronti della SVaMDi, evidenziando le problematiche esistenti.

Terminata la compilazione del campione regionale, siamo ora in attesa dei risultati della sperimentazione e dei profili di gravità e funzionamento. A tutt'oggi² lo strumento SVaMDi non è riconducibile a punteggi di sintesi e pertanto non è utilizzabile per una serie di compiti che la norma richiede.

Accennerò brevemente a questi aspetti per mettere in evidenza quanto sia rilevante l'impatto che l'applicazione della SVaMDi potrà avere sul sistema dei servizi e sulle risorse.

Nella Regione Veneto, le linee di indirizzo per la costruzione del Piano della Disabilità del 2006 prevedevano due sistemi:

- Sistema della residenzialità, che comprende le strutture accreditate ai sensi della Legge Regionale 22/2002, che per la disabilità sono di tre tipi: comunità alloggio, comunità residenziale, RSA;
- Sistema della domiciliarità, che include i Centri Diurni accreditati ai sensi della LR 22/2002; i progetti previsti dalle norme regionali (autonomia personale, aiuto personale, vita indipendente, sollievo).

L'applicazione della SVaMDi ha innanzitutto rilevanza per quanto previsto dalla normativa in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio sanitarie.

L'autorizzazione all'esercizio delle strutture, che è preliminare all'accreditamento, è rilasciata in base alla presenza di standard professionali e strutturali previsti dalla LR 22/2002.

Nel caso dei Centri Diurni lo standard del personale OSS (Operatore Socio Sanitario) è di 1:2 per persone non autosufficienti e di 1:5 per persone parzialmente autosufficienti.

Una prima attesa nei confronti della SVaMDi è che possa discriminare, con criteri pertanto omogenei in tutta la Regione, le condizioni di autosufficienza della persona con disabilità che accede ai Centri Diurni. Ciò avrà inevitabilmente delle ricadute sul personale che deve essere impiegato nel Centro Diurno, e quindi sui costi del servizio.

Altro impatto considerevole della SVaMDi è relativo alla normativa sulle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali e alla definizione dei livelli di gravità per l'accesso alle strutture residenziali sociosanitarie.

La DGR 4589/2007 prevede il riconoscimento di tre livelli di quota sanitaria in base alle condizioni della persona, a prescindere dalla tipologia della struttura (diversamente da come era in precedenza). Anche qui non abbiamo strumenti e criteri omogenei per differenziare le impegnative di residenzialità, e si attende che la SVaMDi possa supplire a questa carenza.

Tale valutazione va a ricadere sul livello di assistenza sanitaria e di rilevanza sanitaria che deve essere garantito alla persona, e sulla quota sociale che costituisce l'altra componente della retta residenziale. Dal punto di vista delle risorse ciò ha delle conseguenze sia per gli enti pubblici (bilancio sanitario delle A.ULSS e spesa sociale dei Comuni), sia sulle risorse della persona che deve sostenere parte della retta sociale.

Infine altro rilevante aspetto riguarda la possibilità di accesso alla rete dei servizi. In una fase in cui le risorse pubbliche sono sempre più limitate, mentre per converso la disabilità in età adulta aumenta – per ragioni sociali e demografiche facilmente comprensibili e prevedibili – è diventata rilevante l'attenzione focalizzata sulla selezione dell'accesso.

Pertanto, in assenza di posti disponibili in numero sufficiente nei centri e nelle strutture, e di risorse finanziarie adeguate per i progetti individuali previsti dalla normativa, si ricorre alle graduatorie e alle liste di attesa, per le quali è necessario disporre di strumenti oggettivi e possibilmente incontestabili, quale vorrebbe essere la SVaMDi.

Le problematiche riguardano quindi sia la rete dei servizi e la tipologia di interventi (standard e livello di intensità assistenziale), sia la gestione della domanda che proviene dall'utenza.

Spero che da quanto esposto, anche se brevemente, sia evidente quale importanza abbia la definizione dello strumento SVaMDi e quali siano le attese nei confronti della definizione dei profili di gravità e funzionamento.

Vorrei però porre in evidenza un'ultima considerazione.

E' chiaro che il processo valutativo dei bisogni della persona con disabilità deve rispondere a criteri di corretta e omogenea valutazione, trasparenza e documentazione.

² 30 novembre 2010

Tuttavia a mio avviso ciò non deve essere confuso con la soluzione al problema della gestione delle risorse pubbliche e delle politiche nei confronti delle persone con disabilità. Anche se avessimo a disposizione gli strumenti di valutazione più raffinati, quando tali strumenti ci indicano che la persona necessita di un intervento o servizio ed esso non è disponibile perché “non ci sono le risorse”, il problema da porsi dovrebbe essere un altro.

Se la SVaMDi, introdotta come uno strumento valutativo finalizzato alla qualità del progetto di vita della persona con disabilità, rischia di diventare un mero strumento per la costruzione di graduatorie e liste d’attesa, c’è da chiedersi in quale direzione stiamo andando.