APPLICAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE A IMOLA

18 aprile 2013

Dott.ssa Benedetta Prugnoli Direttore DSM-DP

Contesto storico e organizzativo

Superamento dell'Ospedale Psichiatrico

⬇

Residenze

⬇

Trasformazione e sviluppo del DSM-DP

(programmazione partecipata: EE. LL., Servizi Sociali e Sanitari, Cooperazione Sociale, Associazioni)

⬇

Sviluppo del "Sistema di Comunita"

2001 – Documento di programmazione sulla trasformazione gestionale delle residenze: definizione ruoli e responsabilità;

Piani di Zona 2005/2007 – "Studio di fattibilità sulla rimodulazione delle tipologie residenziali" (sanitarie, riabilitative e socio-sanitarie);

2008 – Progetto "domiciliarità";

Piani Distrettuali Salute e Benessere Sociale 2009/2011 – Progetto "Budget di Salute" (percorso socio-sanitario);

Piano Strategico e Attuativo Locale 2010/2013 - Il progetto Budget di Salute entra nel Piano Aziendale

• Progressiva rimodulazione del sistema dei servizi del DSM-DP:

Il "sistema di cura" si sviluppa in un contesto che pone la programmazione del "sistema di comunità" come riferimento necessario per una pianificazione che risponda a criteri di equità e sostenibilità: risposte a bisogni complessi devono mantenere negli interventi le stesse connessioni che le domande propongono (malattia fisica e mentale, sofferenza psicologica, sofferenza sociale sono nodi di una rete complessa: sono necessarie **azioni non solo inerenti alla malattia e alle tecniche di cura ma anche fondate su interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali);**

• Garanzia del sistema di Accreditamento Istituzionale

• Sviluppo del Sistema Informativo Salute Mentale:

strumento clinico e gestionale

Priorità

- **Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria:** valutazione e presa in cura condivisa per fasi estensive e di lunga assistenza (DPCM 2001 LEA);

- **Sviluppo nel DSM-DP di un'organizzazione "flessibile" e fondata sulla valorizzazione di tutti le professioni: funzioni e percorsi trasversali** finalizzati a garantire personalizzazione, continuità, coordinamento delle cure e risposte integrate fra le varie strutture organizzative (DHT: interventi di crisi; Night Hospital, percorsi doppia-diagnosi, DCA, continuità NPIA-PTA per Autismo); definizione di **ruoli di coordinamento organizzativo e coordinamento dei percorsi clinici.**

Governo delle interfacce organizzative per gli interventi socio-sanitari

Definizione dei **criteri di accesso** ai percorsi integrati

⬇

Valutazione multidimensionale e multidisciplinare **UVM** (**scala HoNOS** come strumento condiviso)

⬇

Presa in cura integrata

✓ **risposte sanitarie intensive e limitate nel tempo** correlate alla severità clinica

✓ **risposte complesse integrate e prolungate nel tempo** correlate a gravità clinica e psicosociale

Governo delle interfacce organizzative all'interno del dipartimento e con altri servizi sanitari

- **governo territoriale (CSM) del percorso di cura** e continuità garantita dall'integrazione degli interventi; (procedure dipartimentali)
- **integrazione di funzioni e/o servizi del DSM-DP ed altri servizi sanitari** correlata a severità clinica, fase di malattia, intensità e complessità di cura (Piani dipartimentali per "accesso", "emergenza-urgenza" e "collaborazioni");

"Moduli" di trattamento

(pattern di cura omogenei per gravità e risorse attivate)

Valutazione della gravità clinica e psico-sociale

⬇

appropriatezza clinica ed organizzativa relativamente alla scelta **dei processi** (corrispondenza con i prodotti di trattamento SISM) che si attivano per rispondere alla domanda di cura

⬇

risorse attivate

analisi degli effetti dei cambiamenti nel sistema ⬆ rendicontabilità dei costi

sistemi di finanziamento

Moduli di trattamento per complessità

FSR per LEA salute mentale	**Progetto semplice (74,2%)**	**I livello:** 65,8% (dist. psich. maggiori 48,8%)	Presa in cura con **un** prodotto di trattamento afferenti a fattori produttivi interni al DSM-DP
		II livello: 8,4%	Funzione di consulenza e/o trattamento condiviso con MMG
	Progetto complesso (25,8%)	**II livello:** 0,1%	Funzione di consulenza e/o trattamento condiviso con MMG
		I livello: 25,7% ***elevato consumo di risorse*** (dist. psich. maggiori 79,3%)	Presa in cura: • con **più** prodotti di trattamento afferenti a fattori produttivi interni al DSM-DP • con altre risorse: **Residenze socio-riabilitative** (sanitarie)
Fondo Integrazione socio-sanitaria			• integrazione socio-sanitaria: o **Residenze socio-sanitarie** (psichiatriche ed altro) e o **Budget di Salute**

Strutture / Funzioni per intensità di cura

FSR per livello ospedaliero	**SPDC**	Alta intensità
FSR per LEA salute mentale	**RTI-NH-DHT**	Media Intensità

I moduli di trattamento corrispondono ad una diversa complessità nell'erogazione dell'assistenza (prodotti attivati come da glossario regionale).

Le funzioni e le strutture (SPDC-RTI, NH, DHT) che vengono utilizzate nei percorsi di cura corrispondono ad una diversa intensità dell'assistenza.

Il Budget di Salute si colloca all'interno dei progetti complessi di I livello "area socio-sanitaria", collegato quindi alla trasformazione delle risorse residenziali socio-sanitarie nell'ambito dello stesso sistema di finanziamento (Fondo per l'integrazione socio-sanitaria).

Progetto Budget di Salute

Committenza

- Piano Attuativo Salute Mentale Dipendenze Patologiche 2009/2011 – obiettivo: integrazione dei sistemi di Comunità e di Cura;
- AUSL – obiettivo: **programmazione finalizzata a ridurre l'incidenza dei costi residenziali socio-sanitari sul livello di assistenza salute mentale adulti**
- Distretto – obiettivo: programmazione condivisa dell'offerta residenziale coerente con gli standard del PASM, con la trasformazione in atto delle strutture e con lo sviluppo di una progettualità integrata per la disabilità.

Problemi e opportunità che motivano il progetto

- criticità nella cura di pazienti con lunghi e/o frequenti ricoveri in SPDC-RTI e fallimenti di precedenti programmi;
- **criticità nei percorsi di dimissione da strutture residenziali**;
- trasformazione, qualificazione professionale e flessibilità dell'organizzazione del Privato Sociale;
- condivisione del Regolamento per l'UVM: la valutazione multidisciplinare è vincolante per l'accesso ai percorsi socio-sanitari ad elevato consumo di risorse (la partecipazione del Servizio a due ricerche con l'utilizzo della scala HoNOS aveva evidenziato che non sempre esisteva una corrispondenza motivata fra gravità dei disturbi ed intensità-complessità dell'assistenza).

Obiettivi

- promuovere interventi socio-sanitari **valorizzando l'approccio multidisciplinare e multidimensionale** (DPCM LEA, DL 502-517, 229, Lg. 328….);
- incrementare concretamente l'autonomia e la responsabilizzazione dei pazienti (**partecipazione e sussidiarietà**);
- ricercare nel Privato Sociale un partner per la cogestione di PTRI territoriali;
- definire il BdS come unità di misura delle risorse necessarie per sviluppare un PTRI;
- **definire e strutturare modalità per accedere a percorsi socio-sanitari già accreditati**;
- realizzare un **piano di formazione**.

Caratteristiche dell'utenza

Alta priorità in relazione alla presenza di tutte, o molte, delle seguenti condizioni:

- ✓ elevato carico familiare;
- ✓ assenza di rete sociale;
- ✓ isolamento;
- ✓ frequente abbandono del programma terapeutico;
- ✓ reiterati fallimenti dei programmi precedenti;
- ✓ ripetuti e/o lunghi ricoveri;
- ✓ rischio imminente di grave deriva sociale.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI), ridefinito come **Progetto Individuale Socio-Sanitario Integrato**

- ✓ è proposto dal DSM-DP,
- ✓ è redatto sulla base di una valutazione multidisciplinare (UVM) con scala HoNOS,
- ✓ definisce obiettivi, interventi, risorse professionali ed economiche (sulla base dei LEA), responsabilità, coordinamento, tempi e verifiche.

Perché utilizziamo la Scala HoNOS

Prende in considerazione nel tempo:

- **aspetti clinici** o strettamente correlati alle condizioni cliniche,
- **globalità delle problematiche relazionali e sociali che il paziente "reale" dei servizi presenta**,
- **permette di rappresentare la sua qualità di vita** per i diversi aspetti
  - ✓ psicopatologici
  - ✓ di salute
  - ✓ familiari e sociali
- consente di valutare **l'efficacia e l'efficienza** dei trattamenti
- consente di analizzare gli **effetti dei cambiamenti** nel sistema dei servizi

Ruoli e responsabilità

- **DSM-DP** mantiene la presa in cura del paziente, garantendo il "governo" del progetto ed i livelli di assistenza sanitaria;
- **ASP** partecipa a valutazione, definizione e gestione del progetto con proprie risorse organizzative e/o economiche sulla base dei LEA e di quanto fissato negli accordi EE.LL./ASP/AUSL;
- **Privato Sociale** partecipa alla programmazione e gestione del servizio;
- **Utente e/ Famiglia** partecipano alla programmazione e gestione del percorso con proprie risorse secondo i criteri previsti dal PASM per gli interventi socio-sanitari.

Assi degli interventi

- **sostegno all'abitare:**
  - ✓a domicilio del paziente
  - ✓ in appartamenti di servizio
  - ✓ in strutture o gruppi di convivenza
  - ✓ in abitazioni messe a disposizione dal Privato Sociale e da Ente Locale
- **sostegno alla socialità ed all'affettività**
  - ✓ promuovere abilità e competenze sociali
  - ✓ ricostruire reti sociali
  - ✓ promuovere partecipazione ad attività organizzate (CD, Gruppi AMA, Teatro, Polisportive...) o svolte nei luoghi di vita del paziente
- **sostegno alla formazione e all'inserimento lavorativo**
  - ✓ integrato con i percorsi proposti ed attivati dal DSM-DP
  - ✓ proposto e sviluppato dal Privato Sociale

Intensità e tipologia

Unità di misura è il tempo-operatore diversamente investito negli ambiti di intervento previsti (abitare, socialità, lavoro), ambiti che modulano anche la scelta del soggetto o dei soggetti gestori per ogni percorso

- **alta intensità:** 15-17 h/sett. max euro 66/giorno
- **media intensità:** 10-12 h/sett. max euro 50/giorno
- **bassa intensità:** 6 h/sett. euro 25/giorno
- **intensità variabile**

Strumenti e regole

- **Regolamento interservizi per UVM** (prevede nella commissione la presenza di ruoli professionali capaci di garantire valutazioni tecniche e gestionali anche in relazione all'impegno di risorse)

- **Contratto di servizio per l'assistenza domiciliare** (percorso accreditato) stipulato da AUSL e ASP con un Consorzio di cooperative sociali A e B del territorio:

Art. 2 prevede il BdS come "servizio aggiuntivo"

Art. 4.3 definisce le modalità di realizzazione e l'impegno orario nell'anno

Art. 5 definisce i requisiti di qualità del servizio

Art. 7.1 definisce le modalità di attivazione

Art. 15 definisce le tariffe a carico del FSR per il BdS

- **Procedure del DSM-DP**

Proposta di PTRI
(Equipe DSM-DP referente del caso)

Scheda Progetto PTRI

Richiesta convocazione UVM
(Equipe DSM-DP referente del caso)

Modulo richiesta UVM

Commissione UVM: valutazioni e definizione PTRI con risorse (FSR del DSM-DP, FRNA disabili e FS ASP) da attivare

Scheda UVM
scala Honos

Scheda UVM per disabili

Invio a Servizi Amministrativi AUSL per delibera progetto

Scheda Progetto UVM: interventi e responsabilità, risorse, tempi di verifica

Attivazione Budget di Salute
(Equipe DSM-DP referente del caso, Direzione UOC e servizi amministrativi AUSL)

Definizione delle modalità specifiche del BdS con tutti i soggetti che partecipano

Scheda Programma con obiettivi specifici concordati con utente e gestori

Verifica del progetto

Scala Honos

Indicatori per la valutazione

- ✓ giornate di degenza in SPDC e/o RTI
- ✓ giornate di presenza in Residenze Sanitarie o Socio-sanitarie
- ✓ punteggi di gravità con Scala HoNOS
- ✓ costi per LEA salute mentale adulti

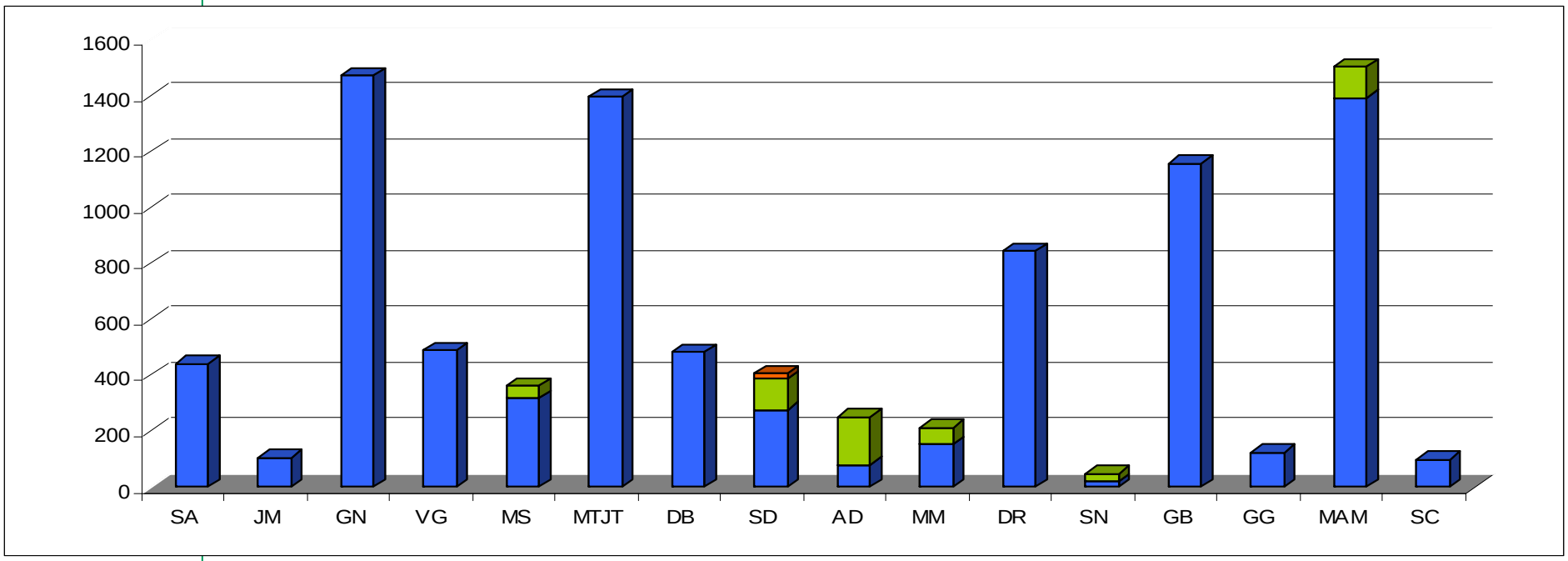
Si utilizzano i dati al 31/10/2012 relativi a n. 16 progetti (oggi i percorsi attivati sono n. 21)

- ✓ n. 9 pazienti alla dimissione da Residenze
- ✓ n. 7 pazienti dopo ripetuti e lunghi ricoveri
- ✓ n. 5 pazienti che non accettano, o per i quali non è appropriato (giovane età e risorse del contesto di vita) l'inserimento in Residenze

Valutazione al 31 ottobre 2012

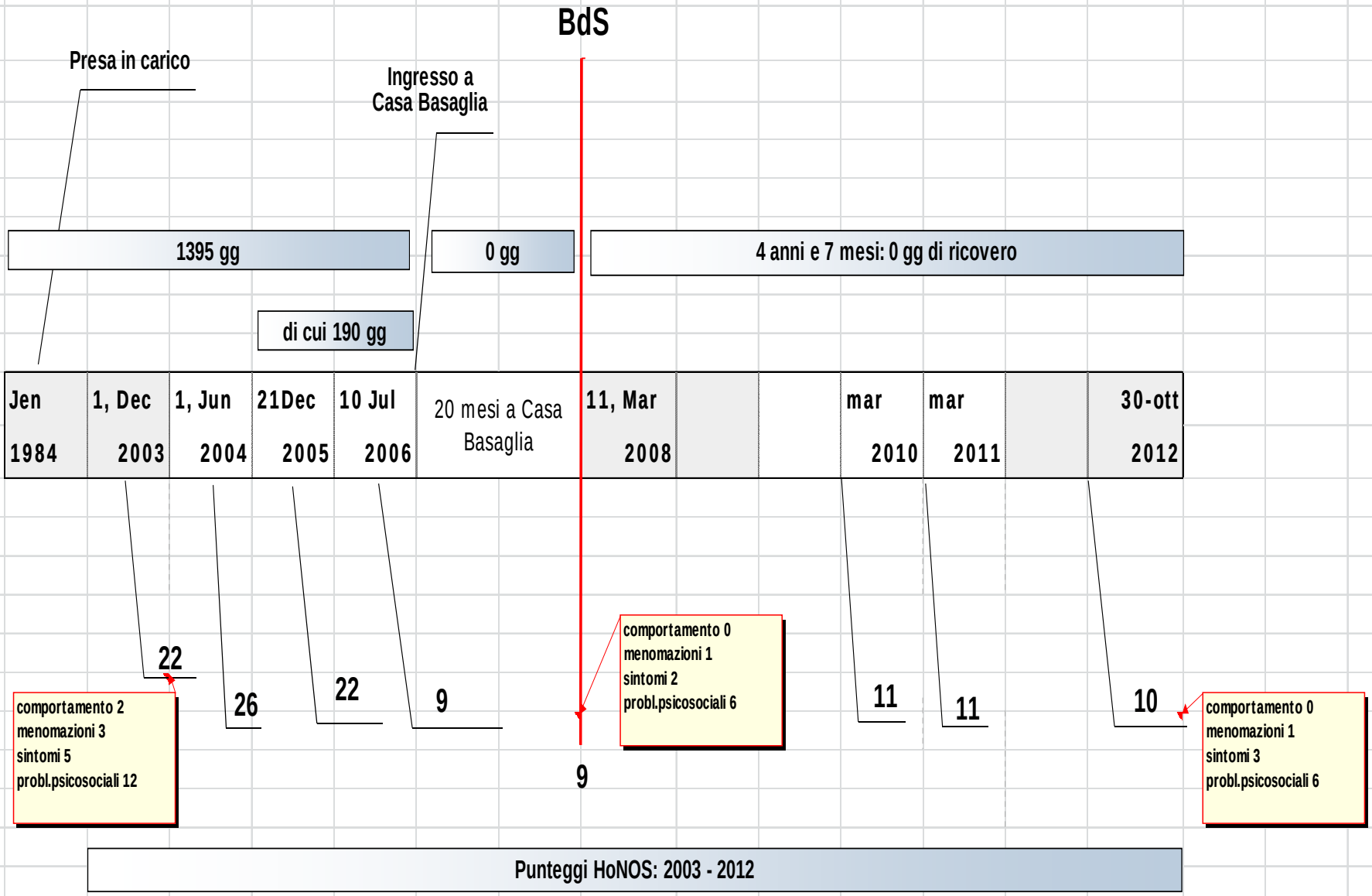
- Giornate di degenza in SPDC e/o RTI
  - Precedenti al BdS n. 8095
  - Successive a BdS n. 235
- Giornate di presenza in RSR o RSS
  - Precedenti al BdS n. 4562
- Punteggi di gravità scala HoNOS
  - riduzione dei punteggi degli item relativi alle problematiche psico-sociali, seguiti nella maggior parte dei casi, da una diminuzione anche di quelli degli item “clinici” (sintomi e comportamento)
  - stabilizzazione del miglioramento raggiunto
  - efficacia anche con pazienti “a rischio di cronicizzazione”

Dimensione dei giorni di ricovero pre e post Budget di Salute



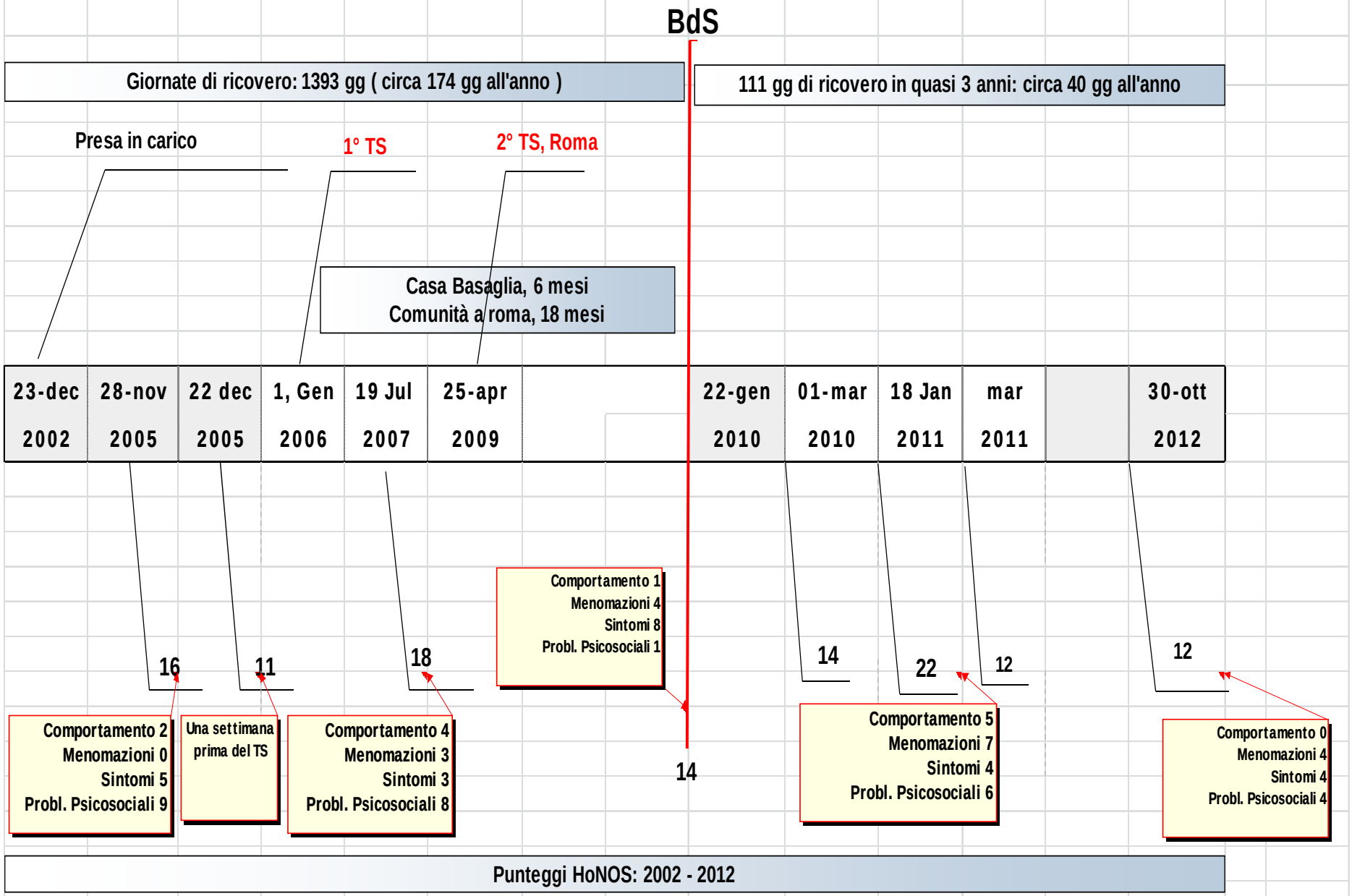
❑ GG PRE BdS ❑ GG POST I° BdS ❑ GG POST II° BdS

F, 53 aa, SCHIZOFRENIA, TIPO PARANOIDE, CRONICO



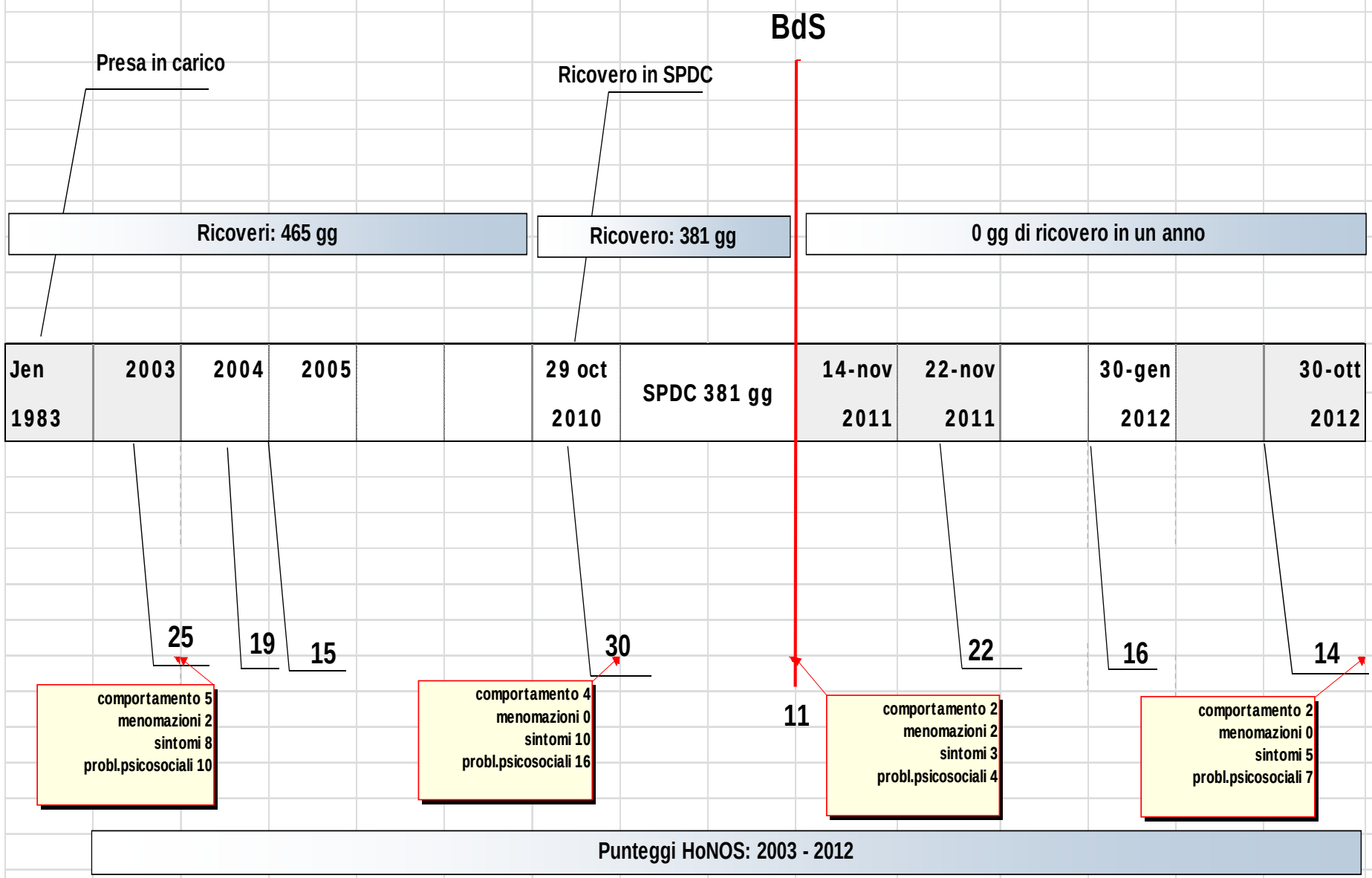
Dott.ssa Benedetta Prugnoli Direttore DSM-DP

F, 28 aa, Disturbo Borderline di Personalità



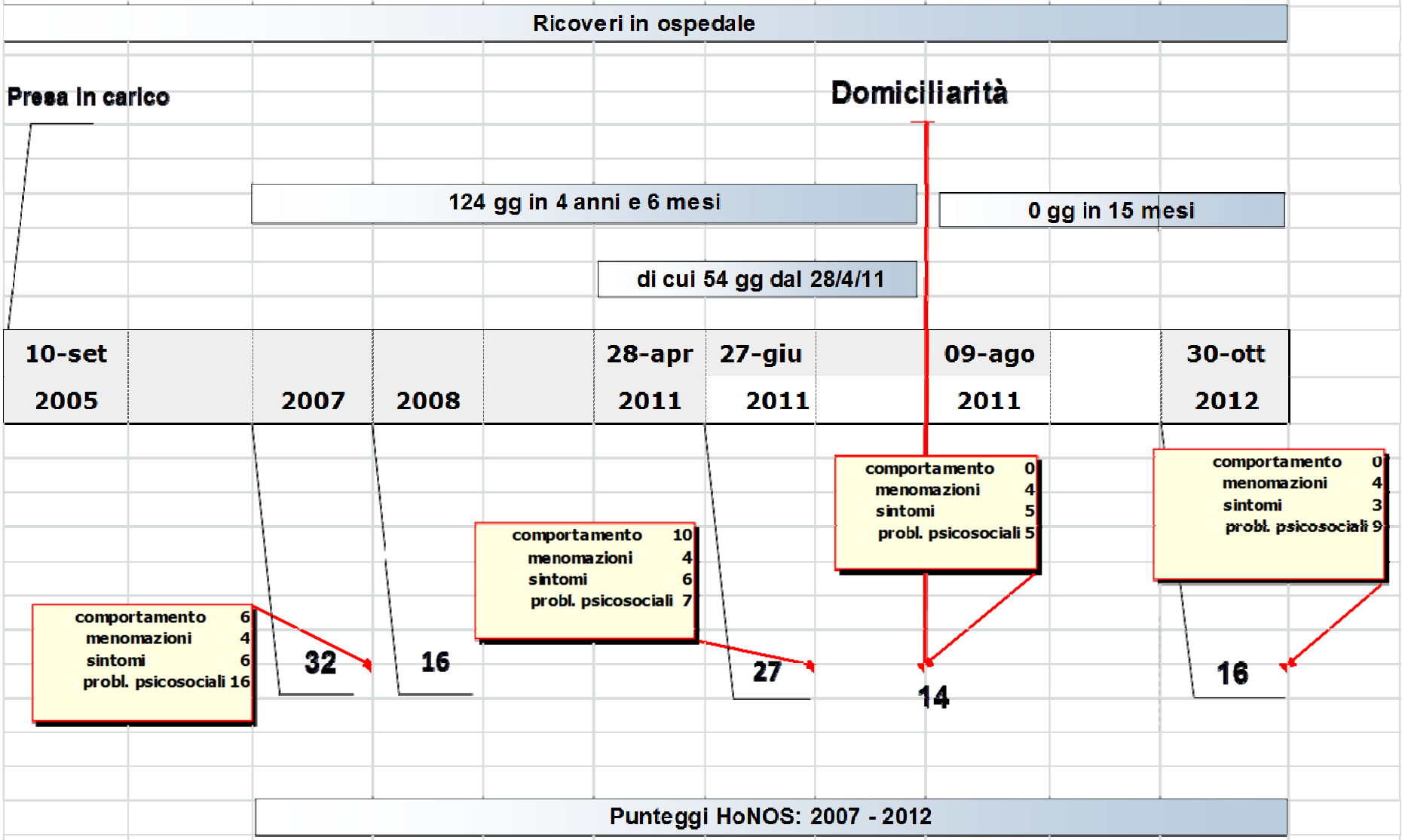
Dott.ssa Benedetta Prugnoli Direttore DSM-DP

M, 46, Schizofrenia tipo Paranoide, Cronico



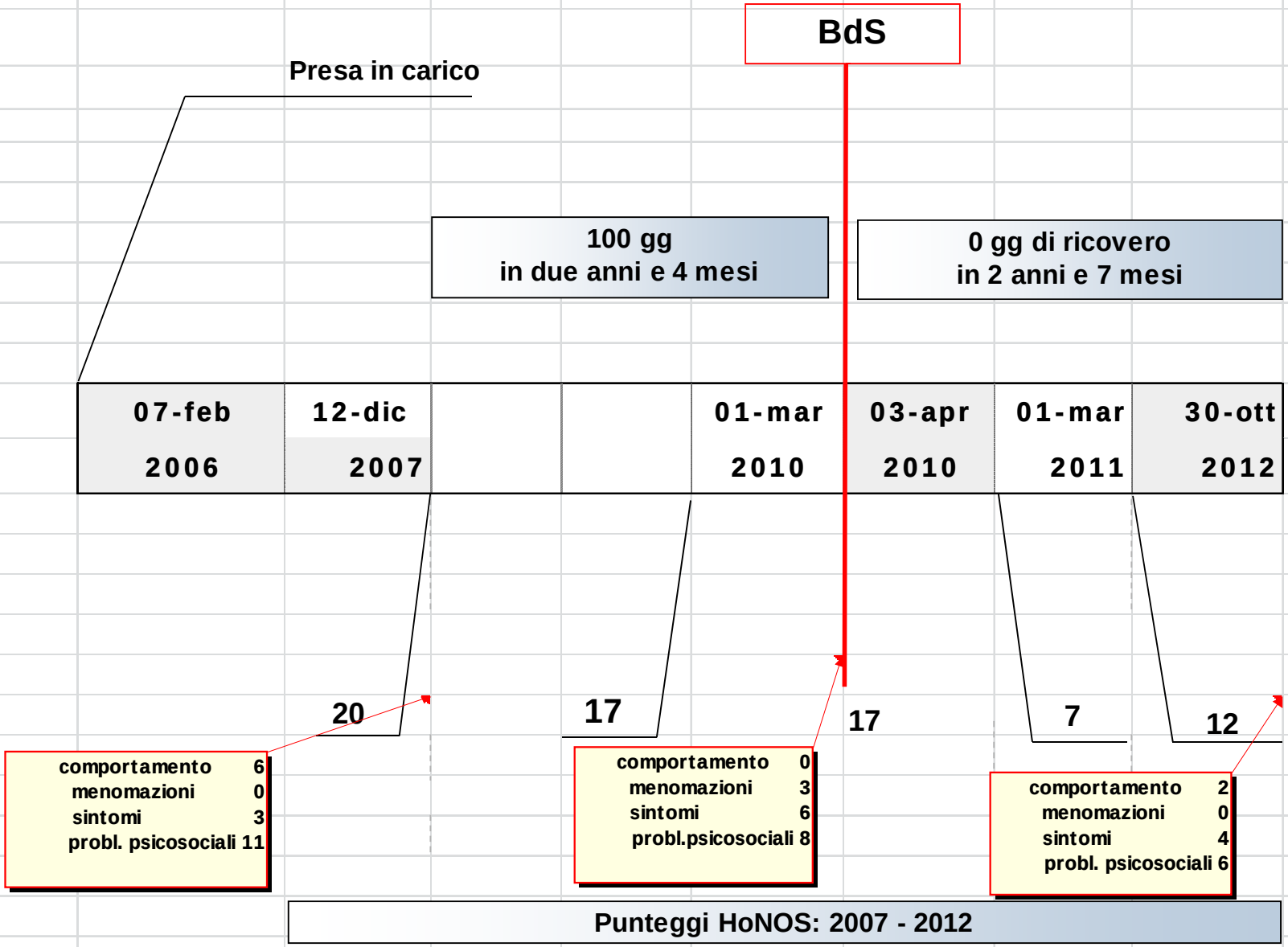
Dott.ssa Benedetta Prugnoli Direttore DSM-DP

F, 31, Disturbo Borderline di Personalità



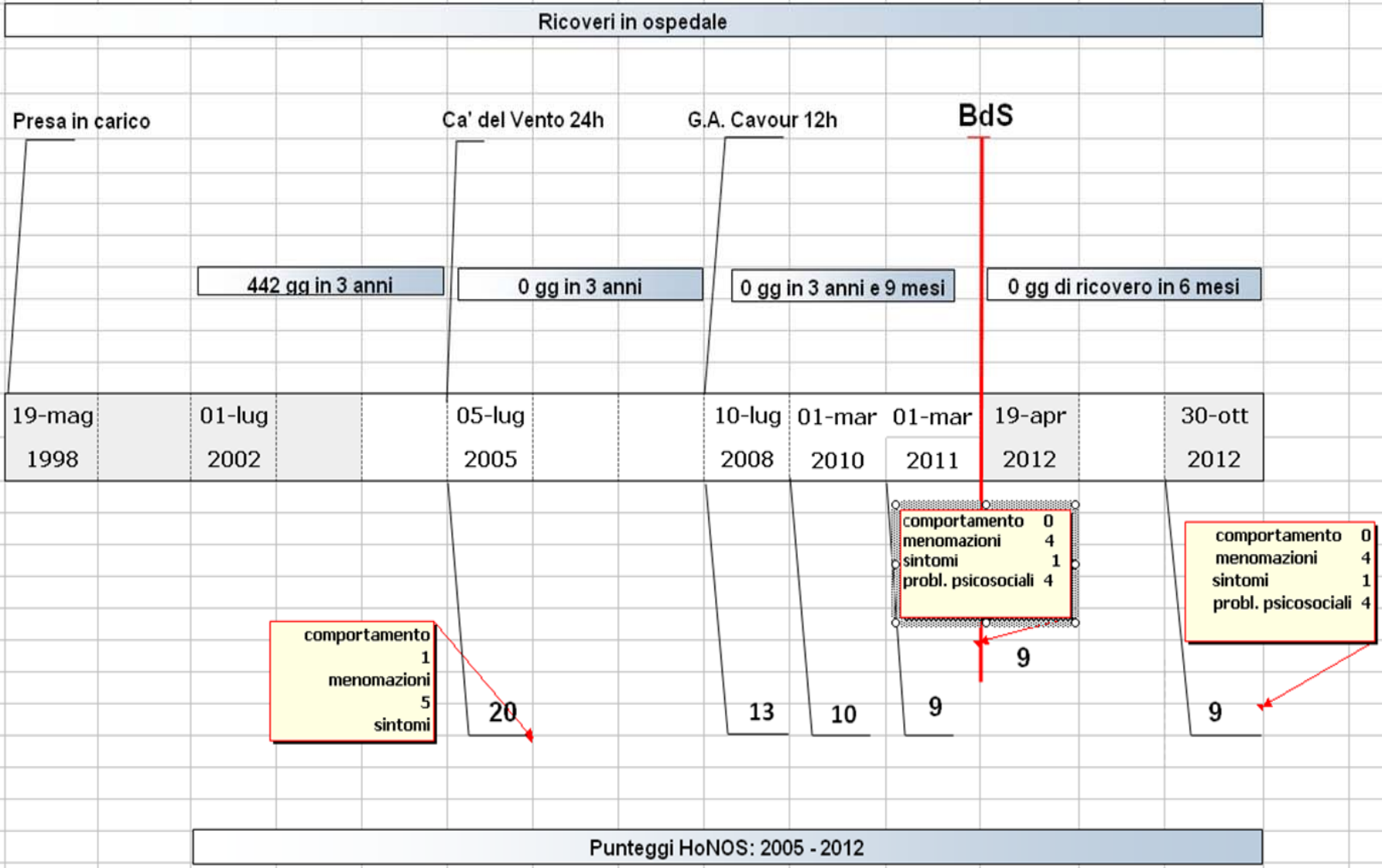
Dott.ssa Benedetta Prugnoli Direttore DSM-DP

M, 23 aa, Disturbo Schizoide di Personalità



Dott.ssa Benedetta Prugnoli Direttore DSM-DP

F, 41, Schizofrenia, tipo Paranoide



Dott.ssa Benedetta Prugnoli Direttore DSM-DP

Costi per livello salute mentale

Anno	Imola	Media RER
2010	104,91	81,09
2011	86,22	80,5
2012	- 9%	?

Cosa ha inciso sulla variazione dei costi:

- programmazione RSR accreditate con adeguamento agli standard del PASM
- valutazioni e rivalutazioni con UVM degli inserimenti in RSS: ridistribuzione delle risorse (FSR salute mentale, FRNA disabili anziani, partecipazione utente) 2010 FSR = 74,5 %, 2012 FSR = 58%
- **attivazione Budget di Salute domiciliari in alternativa o alle dimissioni dalle residenze**

Vantaggi

- promozione della qualita' della vita attraverso l'aumento della capacitazione individuale e sociale
- sussidiarieta' – costruzione e ricostruzione di "legami"
- enpowerment – **l'operatore del BdS ha funzioni di mediazione-facilitazione per accedere alle risorse del contesto e per condividere i progressivi "adattamenti" all'ambiente reale di vita, per aumentare l'autonomia e le "possibilità di scelta" del paziente**
- valorizzazione delle risorse del territorio
- cura dei contesti comunitari – **"mediazione sociale"**
- **personalizzazione e domiciliarizzazione delle cure**
- focalizzazione dell'attenzione su elementi di processo e di esito
- condivisione di culture, metodi e strumenti
- integrazione tra i servizi (aziendali ed esterni)
- riqualificazione della spesa sanitaria e sociale che diviene investimento per il "funzionamento sociale delle persone e della comunita'"

Criticità

- apparente conflitto fra modello biomedico e budget di salute
- necessità di negoziare tra i diversi attori, sociali e sanitari, per evitare improprie attribuzioni tra essi
- necessità di condividere culture, metodologie e pratiche sia all'interno dell'AUSL che con servizi sociali, privato sociale, associazioni, utenti e famiglie
- elevato numero di attori
- elevato numero e variabilità delle risposte e delle pratiche con rischio di frammentazione e duplicazione
- turn-over

Ipotesi di lavoro 2013-2014

- definizione regionale dei requisiti autorizzativi delle Residenze Socio Sanitarie
- modulazione degli inserimenti nelle diverse tipologie strutturali come Percorsi Individuali Socio-Sanitari Integrati
  - ✓ **per personalizzare e graduare gli interventi in struttura** (anche ad integrazione della tariffa fissata)
  - ✓ **per gestire come BdS i percorsi in strutture "non autorizzabili"** (per ridotto numero di posti letto)

Conclusioni

SOUQuaderni Benedetto Saraceno nov. 2011

"L'operatore psicosociale dovrebbe costruire alleanze dentro le istituzioni e con le istituzioni, ma dovrebbe al tempo stesso decostruire la fine tela che l'istituzione tesse intorno ai servizi, agli interventi, ai saperi"... con la consapevolezza che "la innovazione costruita ha in sé anche i germi della propria riproduzione acritica"...

La pratica dell'operatore sociale "richiede affettività, creatività, passione civile, ma anche disciplina, organizzazione, senso tattico, capacità di lettura del contesto, valutazione delle forze e delle risorse"... "un po' come ballare il samba pilotando un aereo a reazione: mantenere la grazie e l'energia del samba, ma sempre controllando i mille e uno strumenti sofisticati dell'aereoplano".