

Azienda Sanitaria
Regionale Molise



ASREM

**PROTOCOLLO OPERATIVO SULLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE:
L'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)**

INDICE

1 Premessa

2 Definizione

3 Obiettivi

4 Ambiti di intervento

4.1 Destinatari

4.2 Territorio

4.3 Domanda

5 Organizzazione

5.1 Composizione

5.2 Funzioni

5.3 Strumenti

6 Metodologia di lavoro

7 Convocazioni, procedure, tempi

8 Il processo di valutazione

9 Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)

10 Sospensione e modifiche del PAI

11 Disposizione finale

1. PREMESSA

L'attività di Valutazione Multidimensionale rappresenta l'adempimento prioritario e ineludibile per la presa in carico del bisogno socio-sanitario, necessaria per l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) e della erogazione dei servizi partecipati.

2. DEFINIZIONE

L'U.V.M. è l'organismo operativo chiamato dalla normativa di pianificazione socio-sanitaria vigente a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.

E' costituita da un'equipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter definire il percorso più appropriato di trattamento dell'utente.

3. OBIETTIVI

L'obiettivo generale dell'U.V.M. consiste nell'individuare e offrire la migliore soluzione possibile per la persona riconosciuta in stato di bisogno sociosanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Gli obiettivi specifici della valutazione operata da tale organismo sono stabiliti dal Piano di Zona e dai Piani Regionali Sociali e Sanitari e seguono gli indirizzi sotto elencati:

- favorire, ove e il più a lungo possibile, una idonea permanenza della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa socio-sanitaria.

4. AMBITI DI INTERVENTO

4.1 Destinatari

I destinatari dell'attività di valutazione dell'U.V.M. sono le persone in stato di bisogno socio-sanitario, con particolare riferimento ai soggetti in condizione di dipendenza residenti nell'ambito territoriale del Distretto di residenza. La dipendenza supera il concetto di non autosufficienza, in quanto tiene conto anche dell'ambiente di vita quotidiana della persona.

4.2 Territorio

L'U.V.M. competente per la valutazione multidimensionale e la presa in carico del caso è quella dell'ambito sociosanitario di residenza della persona interessata; in tale ambito si esplica in via generale il progetto assistenziale e riabilitativo elaborato e proposto dall'U.V.M.

4.3 Domanda

Sono valutate dalla UVM tutte le domande che possono prevedere l'attivazione di servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari per i quali si renda necessaria la formulazione di un Piano di assistenza individualizzato integrato.

5. ORGANIZZAZIONE

5.1 Composizione

La U.V.M. ha la seguente composizione:

- Direttore del Distretto o un Dirigente Sanitario delegato, individuato a livello distrettuale con funzioni di Coordinatore dell'UVM;
- il Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito;
- un dirigente Medico dell'Area territoriale,
- un operatore professionale-infermiere professionale,
- un operatore professionale-terapista della riabilitazione,
- un assistente sociale
- un assistente sociale referente del Settore assistenza sociale del Comune o dei Comuni associati su scala territoriale distrettuale (Ambito territoriale).
- un operatore amministrativo con funzioni di verbalizzante ,
- Eventuali altre professionalità individuate dal Coordinatore se necessario per la valutazione del caso.

Vanno sperimentate, nel medio periodo, immissioni nel team di figure professionali a più spiccata competenza specialistica con riguardo agli anziani (geriatra) e nel caso di programmi riabilitativi (fisiatra) .

La UVM ha valenza di **Conferenza dei Servizi**, relativamente a:

- ◆ Composizione;
- ◆ Modalità operative;
- ◆ Valutazioni;
- ◆ Effetti amministrativi delle valutazioni tecnico-scientifiche assunte.

Di conseguenza le figure professionali mediche che vi fanno parte hanno potere certificante lo stato di salute dell'assistito .

I compiti di segreteria dell'U.V.M., convocata in sede valutativa e di presa in carico, sono svolti da personale amministrativo del Distretto socio-sanitario.

La responsabilità del funzionamento dell'U.V.M., convocata in sede valutativa e di presa in carico, è affidata al Referente dell'U.V.M., ovvero al Direttore del Distretto Socio-Sanitario.

L'uniformità delle procedure relative alle attività di valutazione e di presa in carico espletate dalle UU.VV.MM. è garantita dal Coordinatore dei Distretti della ASREM, che promuoverà incontri periodici di monitoraggio e supporto organizzativo.

5.2 Funzioni

L'UVM quale espressione organizzativa del Distretto Socio-Sanitario, opera sempre in nome e per conto del Direttore del Distretto.

Spettano in particolare all'U.V.M. i seguenti compiti:

- effettuare la Valutazione Multidimensionale dell'autosufficienza ovvero del residuo grado di autonomia dell'utente, dei bisogni assistenziali suoi e del proprio nucleo familiare, ivi inclusa la valutazione della dipendenza psico-fisica (SVAMA – Valutazione cognitiva-funzionale);
- verificare la presenza delle condizioni di eleggibilità socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e di assistenza domiciliare;
- verificare la presenza delle condizioni di eleggibilità socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità al ricovero in RSA;

- verificare la presenza delle condizioni di ammissibilità al percorso domiciliare o al ricovero in RSA o strutture di ricovero riabilitative regionali ed extraregionali dell'assistito in fase di dimissione ospedaliera;
- elaborare il P.A.I., successivamente condiviso dall'utente, dal nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verificare periodicamente l'andamento del progetto personalizzato ed eventualmente rimodularlo;
- procedere alla dimissione concordata;
- individuare il "responsabile del caso" e il "referente familiare" (case - manager e caregiver), al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal progetto personalizzato;
- provvedere alla conservazione della documentazione concernente i casi valutati, e consentire il diritto di accesso a quanti hanno titolo.

L'attività di valutazione e di presa in carico dell'U.V.M. funge, inoltre, da strumento di monitoraggio della rete dei servizi e concorre alla conformazione della banca dati.

5.3 STRUMENTI

La Valutazione Multidimensionale (VMD) è attivata dal MMG/PLS, dove siano rilevabili "problemi socio-sanitari complessi" ovvero dall'assistente sociale dell'Ambito territoriale o del Comune competente o altro referente, a seguito del percorso di accesso e di accoglienza attraverso la PUA. E' effettuata con l'ausilio di strumenti idonei, standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale) scientificamente validati ed omogenei su tutto il territorio dell'Ambito.

Lo strumento di lavoro per l'accesso ai servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali integrati, utilizzato dall'U.V.M., a supporto del processo di Valutazione Multidimensionale, è la Scheda S.Va.M.A. (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'anziano) adottata dalla Regione Molise con Deliberazione di G.R. n. 101 del 04.02.2008.

E' integrata, di volta in volta, da specifiche schede per la valutazione di altre aree ad elevata integrazione come la psichiatria, le dipendenze, la disabilità e l'area minori.

Lo strumento operativo S.Va.M.A. è materialmente costituito da una copertina-cartella (contenente la scheda per la valutazione sanitaria, la scheda per valutazione cognitiva funzionale, la scheda sociale); oltre ai dati anagrafici, è strutturata per contenere la sintesi valutativa prodotta dai singoli operatori, la definizione del "profilo di autonomia" ed il progetto assistenziale.

Per l'espletamento delle proprie competenze, l'U.V.M. si avvale della sotto elencata modulistica:

- scheda di segnalazione/domanda da parte dell'utente corredata dalla proposta del medico curante o specialista di branca
- modulo di convocazione componenti UVM
- modulo di delega alla partecipazione alla riunione UVM
- piano assistenziale personalizzato
- diario assistenziale
- modulo del verbale UVM
- questionario di soddisfazione dell'utente

Il flusso informativo, in entrata e in uscita, dell'intero percorso (PUA e UVM) è iscritto in protocollo dedicato.

6. METODOLOGIA DI LAVORO

La PUA, verificata la pertinenza e la completezza della domanda, organizza il calendario degli incontri della U.V.M. per la valutazione multidimensionale e la presa in carico del caso.

La domanda di intervento è esaminata preliminarmente dal Referente dell'U.V.M. che ha facoltà, inoltre, di richiedere approfondimenti specialistici a completamento del processo valutativo.

E' cura di ogni componente U.V.M. raccogliere tutte le informazioni aggiuntive utili ad effettuare la valutazione del caso, anche rispetto alla disponibilità delle risorse attivabili per l'attuazione del progetto.

Le singole valutazioni monodimensionali sono riportate nel contesto multidimensionale che diventa momento di integrazione delle informazioni e di vera e propria valutazione complessiva, a cui segue la definizione del profilo e la stesura del Piano Assistenziale Integrato e Personalizzato.

Il percorso di Valutazione del caso deve tener conto delle seguenti variabili da considerare obbligatoriamente:

- ⇒ bisogni reali e prioritari, espressi o meno (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative);
- ⇒ obiettivi ragionevolmente raggiungibili;
- ⇒ interventi da adottare;
- risorse da attivare;
- ⇒ appropriatezza del regime prestazionale da utilizzare.

La risposta, nel rispetto della libertà di scelta della persona, deve concorrere a coniugare i bisogni della stessa e della sua famiglia con la rete dei servizi.

E' compito del Direttore del Distretto o del suo delegato trasmettere l'esito della valutazione multidimensionale alla persona interessata, al medico curante nonché disporre per gli interventi assistenziali infermieristici e riabilitativi previsti nel PAI. Per quanto attiene alle prestazioni riabilitative, le stesse possono essere autorizzate solo se avallate da programma riabilitativo formulato dal fisiatra. Per gli accessi a domicilio da parte degli specialisti delle diverse branche, il medico curante, nel rispetto delle indicazioni contenute nel PAI o su sua proposta integrativa dello stesso PAI per subentrare condizioni critiche dell'assistito, formula richiesta di visita/prestazione specialistica domiciliare che deve essere registrata nel sistema Cup Pass.

In caso di risposta diversa dalla richiesta effettuata, la comunicazione deve contenere le motivazioni della decisione.

7. CONVOCAZIONI, PROCEDURE, TEMPI

L'U.V.M., convocata in sede valutativa e di presa in carico, si riunisce periodicamente secondo il calendario dei lavori predisposto dalla PUA, preferibilmente a cadenza bisettimanale, presso la sede del Distretto.

Le convocazioni possono essere effettuate per via e-mail o fax e, di norma, con un preavviso di 3 (tre) giorni lavorativi.

L'U.V.M., convocata in sede valutativa e di presa in carico, è da ritenersi non valida qualora siano assenti il Direttore del Distretto o suo delegato, il MMG/PLS o suo delegato, l'Assistente Sociale del Distretto o, l'Assistente Sociale dell'Ambito.

Nel caso di assenza protratta per oltre due convocazioni di uno dei componenti sopra indicati, al fine di garantire comunque la presa in carico della persona il Direttore del Distretto avvia il miglior progetto possibile, stante le condizioni attuali.

Gli adempimenti dell'UVM con l'elaborazione del progetto assistenziale devono concludersi entro 20 giorni dal recepimento dell'istanza presso la sede distrettuale della PUA.

In caso di richiesta di prestazione urgente, il Direttore del Distretto o referente dallo stesso individuato, attiva la risposta più idonea, stante le condizioni attuali.

Attivati gli interventi ritenuti urgenti, il Direttore del Distretto o referente dallo stesso individuato convoca la riunione entro 5 (cinque) giorni.

8. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE

Il modello operativo della U.V.M. è orientato alla **presa in carico** delle persone affette da patologie che determinano non autosufficienza, alle quali si intende garantire la **continuità delle cure**.

Il processo di valutazione inizia mediante l'esame della documentazione, a cui può seguire la visita presso il domicilio del paziente (casa, ospedale, casa di cura, struttura residenziale), effettuabile anche da parte di alcuni componenti dell'UVM individuati dal Direttore del Distretto.

Qualora la persona soggiorni presso strutture collocate in ambiti territoriali esterne all'Azienda Sanitaria, l'U.V.M. può svolgere le visite per rogatoria (attraverso l'U.V.M. competente per il territorio).

Lo strumento adottato per la valutazione è la S.Va.M.A.

Nel corso della riunione UVM, valutati i bisogni e definiti gli obiettivi, è redatto il P.A.I..

L'UVM redige un verbale sintetico della singola seduta, sottoscritto al termine della stessa da parte dei partecipanti. Il verbale è depositato ed è consultabile presso la segreteria dell'UVM distrettuale. L'esito della valutazione è comunicato all'istante per iscritto, entro 20 giorni dalla data di protocollo della domanda.

Per particolari situazioni necessitanti ulteriori approfondimenti si sospende temporaneamente la decisione, dandone comunicazione per iscritto all'interessato.

Dalla data di tale comunicazione decorrono nuovamente i suddetti termini.

Lo stesso ha la facoltà di richiedere la revisione del progetto personalizzato esito dell'attività di valutazione e di presa in carico, presentando richiesta motivata al Direttore del Distretto Socio-Sanitario entro 15 giorni dall'avvenuta comunicazione.

9. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.)

Il PAI nella sua accezione progettuale pone l'accento sulla personalizzazione dell'intervento.

Con il PAI si passa da una organizzazione lavorativa che affida agli operatori la semplice esecuzione delle mansioni ad una in cui tutti coloro che operano all'interno dell'organizzazione sono **responsabilizzati** in vista di determinati obiettivi.

Il PAI definisce esplicitamente e in maniera analitica:

1. Obiettivi e risultati che si intendono raggiungere;
2. Regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e livello di intensità e durata;
3. Azioni, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate.

La fascia di intensità assistenziale è individuata nell'ambito del progetto personalizzato, in base alla tipologia del bisogno. Il livello di complessità della prestazione è determinato in riferimento alla composizione delle risorse professionali impegnate ed alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

4. Individuazione del referente familiare (care giver) e del responsabile della presa in carico (case manager);

5. Tempi e strumenti di valutazione e verifica del progetto.

Il monitoraggio dell'andamento dei progetti è governato dall'UVM ed attuato dai referenti territoriali ed enti erogatori, i quali, a fronte dell'insorgere di variazioni improvvise delle condizioni psico-fisiche dell'assistito, propongono all'UVM la rivalutazione motivata del progetto

Il PAI è comunicato in modo comprensibile e appropriato al paziente e ai suoi familiari e da essi si intende approvato tacitamente ove non pervenute opposizioni e rilievi.

Qualora le risorse necessarie a realizzare il PAI non risultino immediatamente disponibili, l'utente è inserito in lista d'attesa rispetto al servizio individuato .

La continuità assistenziale, tuttavia, è garantita mediante la programmazione di interventi alternativi appropriati alla situazione da trattare, impiegando le risorse della rete complessiva dei servizi territoriali disponibili.

La lista di attesa è consultabile nei modi e nelle forme consentite dalla normativa in materia di accesso agli atti della Pubblica Amministrazione.

In situazioni di particolare urgenza nelle quali gli interventi a disporsi non consentono il rispetto dei tempi previsti dalla procedura di cui innanzi, il Direttore del Distretto può assumere unilateralmente un provvedimento, dandone comunicazione nella prima seduta .

10. SOSPENSIONE E MODIFICHE DEL PAI

Il PAI è sospeso in caso di ricovero temporaneo dello stesso in strutture sanitarie e/o assistenziali, o in caso di altre assenze preventivamente ed obbligatoriamente comunicate al case manager.

11. DISPOSIZIONE FINALE

Per quanto non contemplato nel presente protocollo si fa riferimento alla normativa vigente in **materia**.