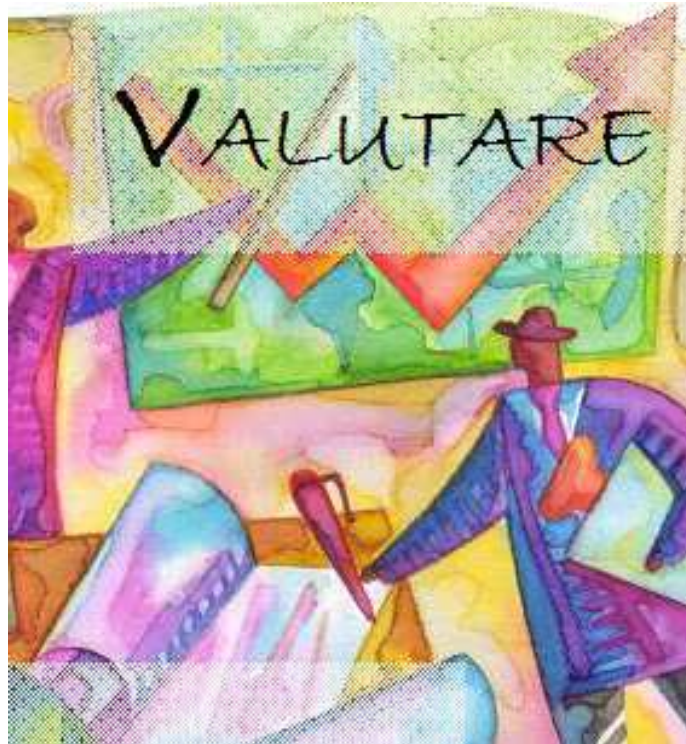


**PROTOCOLLO
PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
AI FINI DELLA PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI,
FRAGILI E NON AUTOSUFFICIENTI**





**Redatto a cura dell'ATS Brescia
Direzione Sociosanitaria -
Dipartimento PIPSS**

Il modello organizzativo

La riforma sanitaria l.r. n. 23/2015 individua quale punto cardine della gestione dei pazienti fragili, cronici e compromessi nell'autonomia, il processo di valutazione multidimensionale.

Lo scenario attuale è particolarmente complesso per numero e tipologia di servizi, unità d'offerta, sperimentazioni, pluralità degli erogatori pubblici e privati e regole. La complessità riguarda anche la persona fragile compromessa nell'autonomia per età, quadro clinico, patologia, area funzionale, bisogni e prognosi. Questi elementi trovano l'approccio più appropriato in un modello organizzativo che si basa su un assessment multidimensionale per una presa in carico globale e qualificata garante di equità, continuità assistenziale ed appropriatezza dell'utilizzo dei servizi e delle prestazioni.

La riforma sanitaria attribuisce ad ATS la funzione di governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali attraverso la definizione dei criteri e delle modalità di attuazione della valutazione multidimensionale, mentre alle ASST compete l'erogazione di tale attività.

La funzione di programmazione e coordinamento in capo ad ATS è finalizzata a governare il sistema, in particolare la gestione di domanda ed offerta con equità, trasparenza, tempestività ed appropriatezza.

Il processo della valutazione multidimensionale

L'assessment multidimensionale garantisce la valutazione degli aspetti più significativi della persona fragile attraverso un approccio multiprofessionale. Ciò in quanto le persone fragili, compromesse nell'autonomia, presentano varie problematiche e bisogni correlati di diversa tipologia, richiedenti più servizi e con il coinvolgimento di vari attori del sistema.

Regione Lombardia, dal 2012, ha introdotto il processo della valutazione multidimensionale obbligatoria per l'attivazione dell'ADI, estesa successivamente all'attivazione delle varie misure regionali, funzione da garantire attraverso équipe specifiche ed appositamente formate.

Il processo della valutazione multidimensionale è in atto nel territorio di ATS dal 1999; il modello prevede la presenza di équipe formate addette alla valutazione multidimensionale; tali équipe sono in carico alle ASST.

Il percorso dedicato al processo valutativo, avviene attraverso alcune tappe principali:

- l'accoglienza, in tempi rapidi, entro 72 ore, 24 ore per pazienti terminali, da parte di operatori qualificati, della richiesta pervenuta da utenti/e o familiari o su segnalazione di MMG/PLS, ospedale, Comune, ecc.
- la decodifica dei bisogni, spesso di difficile definizione da parte del familiare per la complessità del quadro globale;
- la valutazione, sia a domicilio che su base documentale, del quadro complessivo riguardante il singolo assistito ai fini dell'elaborazione del Progetto Individuale;
- l'orientamento di assistito e familiare nella rete dei servizi, informandoli delle possibilità che gli vengono offerte;
- la proposta del servizio ritenuto più idoneo fra quelli disponibili e la sua attivazione;
- la rivalutazione periodica finalizzata all'aggiornamento del Progetto Individuale o per cambiate condizioni, considerata la rapida evoluzione del quadro globale della persona fragile.

Gli Strumenti

Il Progetto Individuale (PI) viene redatto a conclusione del processo valutativo, a cura delle équipe per la valutazione multidimensionale per l'accesso ADI, alle Misure regionali (B1, Misure 2, 4 e la Residenzialità assistita in comunità religiose) ed ai servizi innovativi/sperimentali (es. Comunità Residenziali).

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) viene invece redatto a cura dell'ente erogatore che prende in carico l'utente, sulla base della libera scelta del cittadino (es. ente ADI, Misura 2 e 4, ecc.).

La coerenza tra Progetto Individuale (PI) e Piano Assistenziale Individuale (PAI) rientra tra i criteri di monitoraggio e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate agli utenti.

Le équipe per la valutazione multidimensionale debbono essere appositamente formate e costantemente aggiornate in merito a processi, priorità e risorse, per contribuire al governo e controllo dei budget attribuiti ad ATS da Regione Lombardia, (es. budget ADI, budget destinato alle Misure 2 e 4, Misura B1).

Le équipe per la valutazione multidimensionale sono l'articolazione preposta all'attuazione delle indicazioni di ATS finalizzate all'equilibrio domanda- offerta. Inoltre, hanno la funzione di accompagnare i cittadini e supportarli in tutti i passaggi fra unità di offerta per una vera continuità di cure.

La modulistica in uso deve essere omogenea per l'intero territorio di ATS, che ne cura la predisposizione e l'aggiornamento, in sintonia con i rappresentanti delle ASST.

La composizione dell'équipe valutativa territoriale

L'équipe per la valutazione multidimensionale deve prevedere la presenza di:

- medico
- infermiere
- assistente sociale
- psicologo

L'équipe si avvale della collaborazione di specialisti (fisiatra, palliatore e geriatra).

Inoltre deve operare in stretta sinergia con MMG, PLS e con operatori comunali, che partecipano al processo valutativo, con il coinvolgimento della famiglia e del caregiver.

Va favorita la prosecuzione delle forme di collaborazione lavorativa sviluppatesi negli anni, supportate dall'adozione di strumenti di lavoro comuni e condivisi, tra i quali protocolli, modulistica, scale di valutazione, fascicolo multidimensionale utente informatizzato.

In sintesi:

- a) servizi con obbligo di valutazione multidimensionale ai fini dell'accesso:
 - ✓ ADI
 - ✓ Misure regionali (Misura B1, 2, 4 e Residenzialità assistita in comunità religiose)
- b) accesso alle Comunità Residenziali per anziani e persone con demenza lieve, con valutazione pre-ingresso, di verifica e pre-dimissione;
- c) servizi con la valutazione multidimensionale facoltativa ai fini dell'accesso:
 - ✓ inserimento in RSA nei territori in cui è disponibile la lista unica d'accesso (territorio dell'ex ASL di Brescia con esclusione degli ex distretti di Montichiari, Valle Sabbia, Garda e Brescia);
 - ✓ accesso ai CDI.

PROCESSI

A) Attivazione ADI

L'attivazione dell'ADI avviene a seguito di prescrizione del MMG/PLS su ricetta del SSN per utenti che non possono recarsi presso strutture poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio. Può essere attivata anche attraverso le seguenti modalità:

- dimissione struttura ospedaliera con prescrizione su ricetta;
- prescrizione di medico specialista.

Le Équipe di valutazione multidimensionale territoriali, afferenti alle ASST, che ricevono la richiesta di attivazione ADI effettuano, entro 72 ore (24 ore in caso di cure palliative, mentre le prestazioni di riabilitazione possono essere attivate anche successivamente alle 72 ore), la valutazione che prevede **due fasi**:

- **TRIAGE**: è il primo contatto con il paziente/familiare, anche telefonico. In questa fase viene svolta la prima valutazione-filtro attraverso l'utilizzo della apposita scheda TRIAGE, che può rilevare un bisogno semplice, con risposta monoprofessionale di natura sociale o sanitaria, o un bisogno complesso che richiede una successiva valutazione di secondo livello.
- **VALUTAZIONE DI SECONDO LIVELLO (a domicilio)**: è effettuata, utilizzando lo strumento di valutazione VAOR, che considera i bisogni sia sociosanitari (valutazione funzionale) sia sociali (valutazione sociale), integrata con altre opportune scale di valutazione, per la definizione del profilo, del valore economico della prestazione e della durata del PAI.

L'équipe di valutazione multidimensionale territoriale redige, sulla base dei bisogni rilevati, il Progetto Individuale (PI) dove vengono determinati (come da decreto 6032 del 06.07.2012):

- il livello di gravità della persona ed il relativo profilo di voucher corrispondente all'impegno assistenziale;
- la durata dell'intervento ed il numero di accessi in caso di profilo prestazionale;
- l'eventuale urgenza;
- il valore economico complessivo del voucher;
- la frequenza degli interventi.

Inoltre il PI indica:

- le figure professionali coinvolte;
- gli obiettivi da raggiungere.

Al termine della valutazione l'équipe consegna all'utente/familiare un elenco di enti erogatori tra i quali scegliere liberamente.

L'utente/familiare contatta direttamente l'Ente erogatore scelto o delega l'équipe a contattarlo per conto proprio una volta espressa la sua scelta.

L'ente erogatore contatta l'utente/famiglia per provvedere, a domicilio alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) coerente con il PI. ¹

B) Attivazione Misure

1) Misura 2 Residenzialità Leggera assistita/Residenzialità assistita in comunità religiose- Misura 4 RSA aperta

L'attivazione avviene a seguito di presentazione di richiesta su apposito modulo (allegato 1), da parte dell'utente/famiglia, all'équipe per la valutazione multidimensionale dell'ASST di riferimento.

La valutazione viene effettuata in collaborazione con Comuni e MMG, utilizzando le scale previste dalla DGR 2942/2014 e ss.mm.ii., con esito inserito nell'applicativo in uso.

In caso di esito positivo viene assegnato il voucher mensile che sarà di diversa tipologia e/o durata in base al livello di intensità del bisogno. Il PI deve essere completato entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta dell'utente.

Copia del progetto deve essere consegnata dall'équipe per la valutazione multidimensionale ai Servizi sociali del Comune di residenza, al MMG ed all'utente che provvede alla scelta dell'Ente erogatore, utilizzando il modulo attivazione ente erogatore (allegato 2). Tale scelta, per la Misura 2 e 4, deve essere effettuata entro 30 giorni dalla consegna del PI. Il PAI deve essere

¹ Si rimanda alla Procedura ADI per ulteriori precisazioni sul processo.

redatto dall'Ente erogatore scelto entro 5 giorni lavorativi dalla consegna della documentazione, dandone una copia all'utente per la sottoscrizione ed avviando l'erogazione delle prestazioni individuate.

2) Misura B1

L'attivazione avviene a seguito di presentazione di richiesta su apposito modulo (come da modulistica in uso) da parte dell'utente/familiare/caregiver all'équipe di valutazione multidimensionale dell'ASST di riferimento.

La valutazione viene effettuata utilizzando le scale previste dalla DGR 4249/15 e ss.mm.ii. ed inserita nell'applicativo in uso.

In caso di esito positivo ed a prescindere dalla condizione reddituale, è prevista l'erogazione di un buono mensile di € 1.000 per compensare le prestazioni di assistenza e monitoraggio assicurate dal caregiver familiare e, se valutato necessario, di voucher sociosanitari mensili che danno diritto alla fruizione di prestazioni.

L'esito della valutazione deve essere riportato nel PI che deve essere completato entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta e consegnato all'utente.

In caso di assegnazione del voucher, l'utente è tenuto alla scelta dell'Ente erogatore fra quelli che hanno dato la disponibilità.

C) Accesso alla RSA

Gli utenti od i familiari possono far domanda di inserimento in RSA rivolgendosi direttamente alla struttura di interesse, laddove sia presente una lista d'attesa gestita direttamente dalla stessa.

La richiesta dovrà invece essere rivolta all'équipe di valutazione multidimensionale territoriale, nel caso in cui sia attiva la lista unica di accesso alle RSA. In questo caso la valutazione clinica e sociale dell'utente a cura dell'équipe per la valutazione multidimensionale permetterà l'assegnazione di uno specifico punteggio e la collocazione nella graduatoria della lista.

D) Accesso alle Comunità Residenziali per anziani/demenza lieve

L'utente o suo familiare presentano richiesta di inserimento direttamente alla Comunità Residenziale. Successivamente l'équipe di valutazione multidimensionale territoriale, in collaborazione con MMG, operatori sociali dei Comuni e con quelli della Comunità Residenziale, effettua una valutazione dei bisogni assistenziali e sanitari della persona anziana, valutando l'idoneità all'ingresso. Il personale della Comunità Residenziale redige quindi il PAI finalizzato a dettagliare gli interventi previsti per il raggiungimento degli obiettivi. Ciascun ospite/familiare sottoscrive un Patto di Assistenza contenente i servizi offerti e gli impegni assunti dai familiari relativamente all'assistenza del congiunto.

E' previsto il monitoraggio dell'attività, in particolare attraverso valutazioni dell'utente pre-ingresso, di verifica e pre-dimissione.

Qualora si verifichi un aggravamento stabile delle condizioni generali, senza possibilità di recupero nel breve periodo, viene effettuata una rivalutazione dell'utente ed in caso di perdita dei requisiti di permanenza in Comunità Residenziale, viene attivato l'iter in uso per la