

La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale rappresenta una pratica di dimostrata efficacia nella gestione del paziente complesso e fragile. Tale pratica, infatti, favorisce al contempo, tramite un approccio globale, l'appropriato utilizzo dei servizi (appropriatezza organizzativa) e l'efficacia delle azioni clinico assistenziali (appropriatezza clinica). Il ricorso alla valutazione multidimensionale è previsto in modo esplicito dal DPCM 12 gennaio 2017, dove all'articolo 21, comma 4, si recita: "i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale".

La valutazione multidimensionale si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. È, pertanto, definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di area sanitaria e sociale, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica al fine di definire il setting assistenziale appropriato al bisogno individuato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD) formalmente riunita.

Di seguito l'elenco delle funzioni attribuite dalla normativa vigente alle UVMD che comprendono:

- la valutazione multi professionale e multidimensionale che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi;
- l'elaborazione di un progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili ed attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- l'individuazione dell'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- il monitoraggio e verifica dei risultati dei singoli progetti approvati, nonché la rivalutazione per gli utenti che ne hanno necessità.

Ambito di applicazione

Il DCA n. U00431/12 ha disciplinato l'ambito di applicazione della Valutazione Multidimensionale,

nonché l'organizzazione e l'attività della équipe distrettuale deputata ad effettuarla (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale - UVMD), al fine di rendere omogenee sul territorio regionale le funzioni valutative.

Il DCA U00431/2012 prevede che la valutazione multidimensionale sia applicata per accedere:

- ai trattamenti residenziali intensivi, estensivi e di mantenimento, nonché domiciliari (ADI), per le persone non autosufficienti, anche anziane;
- ai trattamenti semiresidenziali estensivi e di mantenimento per le persone non autosufficienti, anche anziane;
- ai trattamenti riabilitativi residenziali intensivi ed estensivi con accesso dal domicilio e socio riabilitativi di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- ai trattamenti riabilitativi semiresidenziali estensivi con accesso dal domicilio e socio riabilitativi di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- ai trattamenti riabilitativi domiciliari per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Il successivo DCA n. U00401/16 ha esteso, a partire dal 1° gennaio 2017, la valutazione multidimensionale alle persone con infezione da HIV/AIDS, tramite l'utilizzo degli strumenti della SUITE InterRAI adottati nella Regione Lazio.

Nel modello organizzativo sociosanitario regionale, la valutazione multidimensionale diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati.

A partire dal 1° gennaio 2019 la valutazione multidimensionale da parte dell'UVM distrettuale verrà estesa al settore afferente alla salute mentale.

A partire dal 1° gennaio 2020 la valutazione multidimensionale distrettuale verrà estesa al settore afferente alle dipendenze.

Con specifici atti regionali verranno definite le necessarie modalità attuative.

Composizione UVMD

Il DCA n. U00431/2012 ha definito la composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale che può variare in relazione al bisogno e comprende, oltre al medico di medicina generale (o il pediatra di libera scelta in caso di minori), l'infermiere, l'assistente sociale, il medico di distretto, integrata, a seconda delle specifiche necessità dell'utente, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

In conformità con quanto previsto dal percorso di integrazione sociosanitaria proposto dal modello regionale, occorre specificare che l'assistente sociale coinvolto nell'UVM è quello designato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale, questo al fine di poter procedere con un'effettiva integrazione tra il settore sociale e quello sanitario.

I componenti dell'UVM sono nominati dal Direttore del distretto sanitario. L'assistente sociale del distretto sociosanitario presente in UVM viene nominato, previa designazione da parte del Responsabile dell'ufficio di piano. L'assistente sociale dovrà avere la potestà di rappresentare l'ente locale, con inquadramento contrattuale tale da consentire l'assunzione di responsabilità per l'eventuale autorizzazione alla spesa. La designazione dell'assistente sociale deve avvenire entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di richiesta del nominativo da parte della ASL. L'ente locale potrà fornire anche il necessario personale amministrativo di supporto.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie.

La responsabilità del suddetto processo deve, quindi, essere ricondotta all'Ufficio Sociosanitario Integrato, secondo l'organizzazione che ogni distretto si sarà data. Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale.

Periodicità degli incontri dell'UVM

L'UVM, di norma, si riunisce almeno una volta alla settimana e, comunque, con una periodicità che deve consentire in tempi congrui la conclusione degli adempimenti di competenza.

Il Piano di Assistenza Individuale

Il PAI (Piano di Assistenza Individuale) si configura come un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni e trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Secondo la legge regionale n. 11/2016 (art. 53, comma 1), esso deve essere formulato dall'UVMD con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, nonché della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Il PAI si configura quindi come lo strumento dell'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

La costruzione del PAI è la prima azione multiprofessionale del servizio che prende in carico la persona fragile e va modificato nel tempo con il contributo di tutti gli operatori coinvolti.

Elemento strategico del PAI è la sua discussione e condivisione con i familiari che rappresenta la

presa d'atto delle reali condizioni e dei bisogni dell'assistito, nonché mezzo di comprensione del lavoro dell'equipe, anche attraverso l'attivazione di un percorso di condivisione standardizzato ed inserito direttamente nel PAI.

L'elaborazione del PAI e il suo periodico aggiornamento assumono anche un valore formale, poiché

sancisce la responsabilità del servizio e degli operatori che hanno preso in carico la persona. Il Piano di Assistenza Individuale rappresenta dunque una modalità operativa attraverso la quale si realizzano la valutazione multidimensionale e la continuità assistenziale per l'insieme degli utenti che necessitano di servizi integrati, restituendo una strategia assistenziale fondata sulla multiprofessionalità e sulla multidisciplinarietà.

Con l'uso del PAI si passa, dal punto di vista professionale, da un'organizzazione lavorativa che affida agli operatori la semplice esecuzione delle mansioni ad una in cui tutti coloro che operano all'interno dell'organizzazione vengono responsabilizzati in vista di determinati obiettivi, mentre dal punto di vista socio-psicologico il PAI è uno strumento che consente di focalizzare l'attenzione sulla persona assistita la quale, sentendosi maggiormente considerata, può mantenere l'autostima, difficile da conservare quando il grado di dipendenza da altre persone è elevato.

Gli elementi essenziali del Piano di Assistenza Individuale

Gli elementi essenziali del PAI sono:

- **Soggetti coinvolti:** il Piano viene sottoscritto dall'utente o suo familiare e dal Responsabile del PAI stesso.
- **Pianificazione degli interventi:** il Piano prevede la pianificazione degli interventi fino ad un massimo di un anno, rinnovabile non tacitamente. Nel Piano dovranno essere contenuti: la valutazione ed il livello di gravità; l'eventuale valutazione di adeguatezza ambientale; i risultati attesi standardizzati; le prestazioni sociosanitarie da erogare in rapporto al bisogno da condividersi con l'assistito o con i suoi familiari; i tempi di verifica del PAI e dei risultati attesi. Nello specifico, andranno individuate le prestazioni e gli interventi da effettuare presso il domicilio dell'assistito oppure presso le strutture diurne e residenziali, con riguardo al numero, tipologia e frequenza degli accessi a domicilio; la tipologia di operatore richiesto per ciascuna prestazione da erogare.
- **Responsabile del Piano:** il Responsabile del Piano ha i seguenti compiti: è il referente organizzativo della persona interessata e dei suoi familiari; sottoscrive il Piano per conto dell'Unità di Valutazione; redige il piano delle attività previste dal PAI e ne verifica l'attuazione e il raggiungimento dei risultati attesi; avvia e chiude il Piano di Assistenza Individuale e propone al Responsabile della Unità di Valutazione l'eventuale revisione e/o proroga del Piano stesso, con un'eventuale rivalutazione al momento della scadenza.
- **Monitoraggio:** l'effettiva attuazione e l'adeguatezza del Piano sono periodicamente verificati dal Responsabile del Piano di Assistenza Individuale nel corso del periodo di validità del Piano stesso.

Il PAI dunque si configura non solamente come strumento che permette di passare dai bisogni ai servizi attraverso un settaggio degli obiettivi, ma anche come strumento operativo che mette in campo le risorse e le competenze necessarie per monitorare i risultati ed eventualmente riorientare le specifiche della presa in carico.

Affinché il PAI possa svolgere al meglio entrambe le funzioni, è necessario un coinvolgimento effettivo e diretto anche delle famiglie e dei caregiver. La situazione familiare dell'utente rappresenta, infatti, un elemento di valutazione cruciale per la definizione del Piano di Assistenza Individuale, nella misura in cui essa sia in grado di fornire o meno sufficiente assistenza al familiare in situazione di disagio.

Pagina 23 / 44

Appendice all'allegato A

Gli strumenti per la valutazione multidimensionale

La Regione Lazio ha adottato una serie di strumenti di valutazione multidimensionale che

garantiscono omogeneità, appropriatezza ed equità dei criteri valutativi.

La scheda SVaMDi

La scheda SVaMDi (Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile) è lo strumento di valutazione multidimensionale per l'accesso delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale alle prestazioni in modalità residenziale, semiresidenziale e domiciliare, adottata dalla Regione con decreto del Commissario ad acta n. 306/2014.

La scheda è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute dell'OMS) che, partendo dal presupposto che le abilità e le disabilità di un individuo sono determinate dall'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori di contesto, consente di indagare il rapporto tra la persona e l'ambiente. L'esame di tale rapporto consente di descrivere le disabilità e i funzionamenti in un profilo che rappresenta, di fatto, il profilo dell'interazione tra una persona in una determinata condizione di salute e il suo ambiente di vita. Tale descrizione supporta nella progettazione di appropriati percorsi di presa in carico.

Nella SVaMDi è proposta una selezione di categorie ritenute di maggior rilievo, desunte dalla versione Adulti della classificazione.

La Scheda è composta da sezioni che raccolgono informazioni circa la situazione sanitaria (valutazione sanitaria), funzionale (menomazione di strutture e funzioni corporee, nonché limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione connesse ai fattori ambientali ostacolanti o facilitanti) e sociale (situazione familiare, condizione abitativa ed economica).

...