

Allegato parte integrante

Allegato 1

MULTIDISCIPLINARI (UVM) NELLE AREE: MATERNO INFANTILE, ANZIANI, DISABILITA', SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

DEFINIZIONE E FINALITA'

L'unità valutativa multidisciplinare (d'ora in poi denominata anche UVM) è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona in quanto momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale e ambientale.

Sono valutate dall'UVM le persone residenti in provincia di Trento con bisogni socio-sanitari complessi per i quali è necessaria una valutazione e una presa in carico integrata.

L'UVM persegue i seguenti obiettivi:

- individua i servizi e gli interventi assumendo quale obiettivo prioritario il mantenimento della persona nel proprio domicilio e nel proprio ambiente sociale;
- garantisce il coordinamento e l'integrazione tra interventi di carattere sanitario e interventi sociali nei confronti della persona;
- definisce il *progetto assistenziale individualizzato* attraverso la condivisione delle esigenze della persona, valutata complessivamente in tutte le sue dimensioni, attivando le risorse appropriate;
- definisce *responsabilità e compiti* di ciascun operatore e professionista, coinvolti nel processo di presa in carico ed erogazione del servizio;
- *pianifica la fruizione dei servizi* secondo criteri di priorità, tenuto conto delle risorse disponibili;
- valuta *l'appropriatezza* dell'invio in tutti i casi di proposta di *inserimento in strutture residenziali e semi-residenziali*;
- *promuove la qualità della vita della persona*, ricercando, con il paziente e la sua famiglia, soluzioni adeguate e appropriate;
- individua un *case manager*;
- pianifica la revisione dei progetti assistenziali individualizzati per assicurare nel tempo l'adeguatezza e l'appropriatezza degli stessi.

Ogni Distretto sanitario dispone di un'unità di valutazione multidimensionale, integrata con le figure specialistiche di riferimento in relazione all'area del bisogno, chiamata a valutare le situazioni socio-sanitarie complesse in tutte le aree dell'integrazione socio-sanitaria individuate dalla legge provinciale sulla tutela della salute (art. 21 L.P. 16/2010).

Fatto salvo quanto previsto nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2617 del 2 dicembre 2011, a partire dal 1° gennaio 2012 l'accesso ai servizi socio-sanitari nelle aree di seguito elencate avviene di norma se previsto in un progetto assistenziale individualizzato approvato in sede di unità di valutazione multidimensionale:

- area anziani

- area disabilità
- area materno-infantile (età evolutiva)
- area salute mentale
- area delle dipendenze.

Qualora il progetto assistenziale d'intervento preveda l'inserimento in una struttura residenziale, l'UVM individuerà detta struttura in relazione agli obiettivi fissati, sentito l'interessato e la famiglia.

Per consentire un'ordinata transizione verso il nuovo modello organizzativo, fino al 30 aprile 2012 è prevista una *fase di avvio* del modello medesimo, con le caratteristiche evidenziate nel paragrafo "Fase di avvio del nuovo modello organizzativo" del presente documento.

L'attivazione dell'UVM potrà avvenire solo con il consenso della persona interessata o dei suoi legali rappresentanti; il consenso verrà raccolto dagli operatori che propongono la valutazione e viene registrato nel sistema.

Successivamente a detto periodo di avvio, *il processo di presa in carico* di situazioni multi-problematiche sarà così strutturato:

- presentazione del caso al Punto unico provinciale di accesso (PUA);
- analisi del caso da parte del PUA;
- attivazione dell'UVM oppure dei percorsi ordinari di presa in carico e di intervento;
- valutazione in sede di UVM (bisogni complessi per i quali è necessaria una valutazione e una presa in carico integrata);
- definizione del progetto assistenziale individualizzato;
- attivazione del progetto assistenziale individualizzato;
- valutazione progetto assistenziale individualizzato nei tempi definiti dall'UVM.

MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DELL'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE

Composizione dell'UVM

L'U.V.M. sarà così composta:

- medico responsabile dell'Unità Operativa Cure Primarie del distretto o suo delegato, con funzioni di coordinamento;
- assistente sociale della Comunità responsabile del caso;
- coordinatore del servizio infermieristico territoriale o suo delegato.

L'UVM è integrata dal medico specialista nell'area del bisogno della persona da valutare.

Alle sedute dell'U.V.M. parteciperà di diritto il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona da valutare.

Nel caso in cui la persona da valutare sia ricoverata in ospedale e vi siano situazioni di urgenza, la valutazione sarà effettuata dall'U.V.M. individuata dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Il responsabile dell'Unità Operativa dell'ospedale di ricovero della persona valutata, programmerà, d'intesa con l'U.V.M. distrettuale, i tempi e i modi delle sue dimissioni, coordinandosi con il responsabile dell'Unità Operativa Cure primarie per l'attivazione del progetto assistenziale individualizzato.

Inoltre:

- la partecipazione degli operatori delle strutture residenziali è prevista in caso di rivalutazione di un percorso di residenzialità già attivato;

- la partecipazione della persona interessata e della famiglia è prevista nella definizione del progetto assistenziale individualizzato e nella sua eventuale rivalutazione;
- gli operatori che richiedono l'attivazione dell'UVM segnalano in apposita sezione della domanda di attivazione, le figure professionali sanitarie e/o sociali o le persone significative per l'interessato che riterranno utile coinvolgere nel gruppo di valutazione.

Localizzazione territoriale e afferenza organizzativa

In ogni Distretto sanitario sarà presente una U.V.M. con la possibilità che questa possa spostarsi in altre sedi all'interno del Distretto per consentire la partecipazione agli incontri degli operatori di rete che agiscono sul caso in esame.

Le localizzazioni saranno indicativamente le seguenti:

- Distretto Ovest: la sede principale sarà a Cles: si potrà prevedere inoltre la possibilità che, per gli utenti della zona Rotaliana-Paganella e quella di Cembra, essa si riunisca a Mezzolombardo;
- Distretto Centro nord: la sede principale sarà a Trento con possibilità di dislocazione sul territorio;
- Distretto Centro sud: la sede principale sarà a Rovereto; con possibilità che per le zone Alto Garda e Ledro, Giudicarie e Rendena, essa si riunisca, rispettivamente, a Riva, Arco e Tione;
- Distretto Est: la sede principale sarà a Pergine; si potrà prevedere inoltre la possibilità che, per gli utenti delle zone Bassa Valsugana e Primiero e di quella Fiemme e Fassa, essa si riunisca, rispettivamente, a Borgo e a Predazzo/Cavalese.

Ogni Distretto valuterà e gestirà le sedi di convocazione sulla base dei bisogni e delle emergenze.

Tempi di attivazione dell'UVM

La valutazione dovrà essere assicurata dalla UVM entro massimo 14 giorni dalla data di arrivo della proposta, salvo il caso in cui siano richiesti dagli operatori tempi più ristretti.

Le necessità di provvedere in tempi rapidi potranno riguardare:

- minori di età in situazioni critiche evidenziate dai servizi sanitari o sociali;
- situazioni di *difficoltà della rete familiare* a mantenere la continuità dell'assistenza per persone con elevati bisogni di assistenza (assenza temporanea e urgente dell'unico familiare che assiste);
- *dimissioni ospedaliere* per persone con particolari problemi di salute che hanno causato un improvviso e rilevante cambiamento nelle condizioni di salute e di autonomia delle persone, per le quali debba essere attivata la rete territoriale socio-sanitaria.

Processo di valutazione e strumenti di valutazione

Gli strumenti costruiti per accompagnare il processo di valutazione e progettazione saranno i seguenti:

- scheda di proposta di valutazione UVM con allegati, o integrata con gli strumenti valutativi specifici per ogni singola area;
- verbale dell'UVM e progetto assistenziale individualizzato;
- scheda di rivalutazione del progetto assistenziale individualizzato.

Strumenti di valutazione specifici per ogni singola area sono:

Area Anziani

Scheda SVM (già in uso).

Area Disabilità

Scheda SVM (già in uso) integrata con Scala IADL (Instrumental Activities of Daily Living) Check list dei bisogni di assistenza per problemi comportamentali

Area Materno infantile (età evolutiva)

Modulo per la valutazione UVM (specifico per Materno Infantile - Età Evolutiva).

Area Salute Mentale

Modulo per la valutazione UVM (specifico per la Salute Mentale).

Area Dipendenze

Modulo per la valutazione UVM (specifico per le Dipendenze).

Per la valutazione delle persone in stato vegetativo o a minima responsività si farà riferimento alla *Disability Rate Scale - DRS*; per la valutazione delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica - SLA alla *Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale - ALSFRS* secondi i percorsi attualmente attivi.

Per l'eleggibilità in centri diurni Alzheimer, requisito di accesso sarà anche la diagnosi di demenza, rilasciata da un medico specialista.

I sopra citati strumenti di valutazione saranno consolidati e implementati nel corso della sperimentazione dell'intero processo di cui al presente documento, nonché rivisti anche in relazione all'avvio del nuovo assegno di cura a sostegno della domiciliarità delle persone non autosufficienti.

Definizione del progetto assistenziale individualizzato

Il *progetto assistenziale individualizzato* dovrà tener conto degli obiettivi di cura e assistenza, del supporto alla famiglia e agli altri *care giver*, del ruolo dei diversi professionisti coinvolti nel percorso assistenziale e nell'erogazione dei servizi nonché della sostenibilità degli interventi proposti.

Il progetto assistenziale individualizzato dovrà:

- assicurare *l'appropriatezza* degli interventi in relazione ai bisogni evidenziati, tenendo conto della centralità della persona e del contesto nella quale vive;
- essere *condiviso* con l'interessato e con i familiari e le persone di riferimento;
- promuovere la *qualità della vita* e favorire *l'autosufficienza*, anche mantenendo la persona il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita ricorrendo;
- *governare gli accessi* ai servizi secondo criteri condivisi di appropriatezza, priorità e sostenibilità;
- assicurare comunque la *continuità della cura e dell'assistenza*, promuovendo il ricorso a tutte le risorse disponibili sul territorio;
- accompagnare la persona e la famiglia nei periodi di *transizione* tra servizi, interventi e in particolare nel passaggio dalla minore età all'età adulta.

Il progetto assistenziale individualizzato descrive:

- gli *obiettivi* e gli interventi sanitari e sociali;
- le modalità di *coinvolgimento* della persona e della famiglia;
- le modalità di *attivazione* di servizi/prestazioni in risposta ai bisogni della persona e della famiglia, ivi compresi la eventuale dotazione di materiali, attrezzature, ausili, altri beni utili nonché le azioni da realizzare per il coinvolgimento di tutti i soggetti/enti (scuola, altre agenzie educative e sociali) che possano svolgere un ruolo nel progetto di vita della persona;
- il *piano delle attività* (interventi programmati, entità degli stessi, frequenza/durata);

- i *tempi* necessari per l'attivazione del progetto e la sua *durata*, gli *indicatori* e le modalità di *verifica*.

L'UVM individuerà il *case manager*, cui spetteranno i seguenti compiti:

- coordinare gli interventi previsti dal progetto assistenziale individualizzato durante tutto il periodo della presa in carico;
- monitorare l'effettiva realizzazione secondo i tempi e i modi previsti;
- valutare la qualità e l'efficacia degli interventi rispetto ai bisogni/attese della persona e della famiglia;
- segnalare eventuali evoluzioni dei bisogni che impongano una rivalutazione del progetto;
- facilitare l'accesso della persona alla rete di risorse formali (supportando l'intesa tra i professionisti) e informali che possano essere utili a migliorare la sua qualità di vita;
- tutelare la continuità degli interventi programmati nel tempo;
- essere il punto di riferimento per la persona e per la famiglia coordinando le informazioni, sia nella fase di attivazione che lungo il percorso.

Nei casi nei quali il problema clinico risulti il più rilevante, come ad esempio nelle cure palliative pediatriche o in situazioni di patologia organica grave, il *case manager* potrà coincidere con il responsabile clinico oppure lo affiancherà nella gestione/coordinamento dell'assistenza domiciliare.

In altri casi potrà invece essere prevalente il bisogno di un referente educativo che potrà svolgere anche le funzioni di *case manager*.

Quando si intenda privilegiare gli aspetti di vita della persona, ovvero quando siano presenti rapporti di fiducia sui quali fare particolare affidamento, sia in ambito pediatrico che per pazienti adulti, potrà essere utile individuare come *case manager* l'assistente sociale.

Attivazione, monitoraggio e rivalutazione del progetto assistenziale individualizzato

A conclusione del processo valutativo, l'UVM redige apposito verbale.

L'équipe individuata presso l'U.O. Cure Primarie (a regime gli operatori del PUA):

- trasmettono ai Servizi interessati, sanitari e sociali, il progetto assistenziale individualizzato, non solo per promuovere la coerenza della presa in carico della persona, ma anche con l'obiettivo di avviare nel concreto le prestazioni erogate dai Servizi stessi;
- adottano tutti gli adempimenti necessari per attivare le risorse ulteriori previste nel progetto individuale.

L'UVM definisce anche i tempi di *revisione (follow up)* del progetto assistenziale individualizzato.

La revisione sarà sempre tracciata.

L'iter di rivalutazione potrà essere previsto e attivato al bisogno, anche su richiesta del *case manager* del caso.

Raccolta dati e informatizzazione

Il processo di cui al presente documento è tracciato su supporti informatizzati che permettano di:

- registrare tutte le domande in ingresso attraverso una griglia di informazioni preordinata;

- inviare la documentazione raccolta ai Servizi competenti per l'attivazione di percorsi di cura e assistenza qualora non sia necessaria la preventiva valutazione in sede UVM;
- inviare la documentazione all'UVM per i casi valutati complessi;
- tracciare il percorso di valutazione UVM secondo le modalità concordate;
- registrare il progetto assistenziale individualizzato e i tempi per la sua revisione;
- attivare i Servizi definiti nel progetto assistenziale individualizzato;
- governare gli accessi alle prestazioni in relazione alle risorse assegnate.

Il sistema informativo dovrà consentire inoltre di conoscere lo stato dei casi registrati in ingresso nel sistema, e di produrre *report* su aspetti rilevanti dei percorsi, anche ai fini del miglioramento dei processi.

Per la registrazione informatizzata potranno essere adeguatamente utilizzati sistemi già in uso (ad esempio ATLANTE/SIT) opportunamente modificati e integrati. L'Azienda sanitaria effettuerà gli approfondimenti tecnici necessari per adeguare i sistemi all'intera attività, preventivandone modalità e tempi.

ALTRI ASPETTI DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Condivisione

Ogni Distretto dovrà accompagnare il processo di messa a regime del nuovo modello con incontri di approfondimento e condivisione, coinvolgendo anche i responsabili dei Servizi sociali, i soggetti gestori dei servizi nonché il Comitato di coordinamento per l'integrazione socio sanitaria previsto dall'articolo 21 dalla LP 16/2010.

Indicatori di processo e di esito per l'UVM

Per monitorare sia la fase di avvio del nuovo modello organizzativo, che la fase a regime, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari utilizzerà i seguenti indicatori di processo e di esito:

- *n. invii monoprofessionali e qualifiche;*
- *n. invii congiunti e qualifiche;*
- *n. invii valutati non appropriati per UVM/n. totale invii;*
- *n. persone non prese in carico dai servizi al momento dell'invio della domanda per la valutazione UVM / n. persone per le quali viene attivata UVM;*
- *n. attivazioni UVM con tempo > 15 giorni;*
- *n. persone valutate in UVM nel periodo, distinti per area di fragilità;*
- *caratteristiche delle persone valutate in UVM: età, genere, patologia, motivo dell'invio (classificazione) per area di fragilità;*
- *n. persone valutate in UVM già in possesso di invalidità civile – indennità di accompagnamento / n. persone valutate in UVM;*
- *n. incontri UVM distinti per area di fragilità;*
- *sedì territoriali delle valutazioni UVM;*
- *indicatori di misura dell'integrazione socio sanitaria e tra professionisti:*
 - *presenza di professionisti sanitari e di almeno un assistente sociale in ogni incontro UVM*
 - *n. incontri UVM senza presenza del MMG/Pls/n. incontri UVM*
 - *n. incontri UVM con presenza di rappresentanti strutture/n. incontri UVM*
- *n. incontri UVM con presenza della persona interessata/n. incontri UVM distinti per area di fragilità;*

- *n. incontri UVM con presenza di familiari/n. incontri UVM distinti per area di fragilità;*
- *n. progetti individualizzati di intervento per area di fragilità;*
- *% case manager per qualifica/ totale case manager;*
- *tipologia di servizi attivati a seguito del progetto individualizzato di intervento classificati secondo l'elenco dei servizi: sanitari, sociali, socio-sanitari;*
- *n. giorni medi di attesa tra la valutazione UVM e l'attivazione dei servizi previsti nel progetto individualizzato di intervento (potrà essere rilevato in modo specifico per alcuni servizi o aree di bisogno considerati critici);*
- *n. rivalutazioni effettuate nel periodo distinte per tempo intercorrente tra definizione del progetto e rivalutazione (1 mese, 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi);*
- *n. progetti individualizzati attivi non rivalutati dopo 1 anno;*
- *mappatura delle non conformità rispetto a quanto previsto dai progetti individualizzati;*
- *n. persone ammesse in strutture residenziali/ semiresidenziali;*
- *n. dimissioni prima della scadenza del Progetto individualizzato.*

Il primo invio degli esiti del monitoraggio dovrà essere trasmesso dall'Azienda sanitaria alla Provincia – Dipartimento politiche sanitarie entro il 30 aprile 2012.

Piano di formazione degli operatori

L'Azienda sanitaria dovrà progettare e realizzare, in condivisione con la Provincia e le Comunità, un idoneo piano di interventi di formazione, rivolto agli operatori dei Punti Unici e delle UVM.

I temi da affrontare nella formazione specifica dovranno riguardare:

- lo sviluppo di un'elevata competenza professionale;
- la capacità di lavorare in gruppo, di gestire i conflitti e di rafforzare le capacità di scambio e di negoziazione;
- la reciproca conoscenza tra professionisti circa le abilità tecniche, i valori, i riferimenti accreditati a sostegno del proprio agire;
- la capacità di leggere attraverso risorse professionali sofisticate le domande dei cittadini per indirizzare i bisogni verso i percorsi più appropriati, monitorando nel tempo quanto fatto e quanto è ancora possibile fare;
- la capacità di essere facilitatori dei percorsi di cura/assistenza, attivando il più possibile le risorse presenti sul territorio;
- la capacità di assumere/sostenere le funzioni di *case manager*;
- la capacità di coinvolgere la persona e la rete nella definizione e nello sviluppo del progetto individualizzato di intervento
- lo scambio di esperienze finalizzata a una tendenziale uniformità delle modalità di lavoro delle UVM distrettuali.

Piano di comunicazione ai cittadini

I processi organizzativi qui descritti si rivolgono, in massima parte, a persone caratterizzate da fragilità e da cronicità, con l'aspettativa di migliorare l'accesso alla cura e all'assistenza.

L'Azienda sanitaria curerà un Piano di comunicazione ai cittadini, che dia conto dell'avvio del nuovo percorso e del suo svolgersi nel tempo.

FASE DI AVVIO DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

In fase di avvio del nuovo modello organizzativo, e quindi sino al 30 aprile 2012, sono stabilite le seguenti disposizioni.

Segreteria “evoluta”UVM

In attesa della definizione e attivazione “*a regime*” dei Punti unici di accesso (PUA), le attività di competenza di questi ultimi saranno svolte, a livello di ciascun Distretto, da una *segreteria “evoluta” a supporto dell’UVM* stessa, con funzioni non solo amministrative ma anche di filtro, istruttorie, organizzative riguardo l’attivazione dei servizi necessari all’attuazione del progetto assistenziale individualizzato stabilito in UVM.

La segreteria “evoluta”, precursore del PUA, collocata presso le UUOO di Cure Primarie, si avvarrà delle seguenti professionalità:

- dirigente medico della Unità Operativa Cure Primarie
- infermiere con competenze esperte nella gestione dei percorsi organizzativi e assistenziali
- assistente sociale con competenze esperte nella gestione dei percorsi organizzativi e socio-assistenziali
- amministrativo in grado di supportare/ accompagnare i processi.

L’attivazione della segreteria “evoluta” UVM come fase preliminare alla costituzione del PUA, persegue le seguenti finalità:

- attivare il sistema, contemporaneamente, in tutta la provincia garantendo un approccio e delle risposte comuni, pur partendo da situazioni differenziate;
- attivare questo sistema innovativo con azioni sostenibili in un regime di iso-risorse rispetto alla situazione precedente;
- verificare l’adeguatezza dei criteri di eleggibilità alla valutazione UVM;
- sperimentare la tenuta, l’efficacia, l’efficienza dei processi e degli strumenti progettati;
- misurare/monitorare il processo nel periodo di avvio attraverso gli indicatori di processo/esito individuati;
- far crescere le competenze del personale dedicato al PUA con la progressione necessaria.

Gestione delle domande per le aree della salute mentale e delle dipendenze

Nella sola fase di avvio, per l’area della salute mentale, le funzioni di segreteria evoluta UVM e di UVM saranno incardinata presso le U.O. di Psichiatria.

Parimenti, nel medesimo periodo, per l’area delle dipendenze, le funzioni di segreteria evoluta UVM e di UVM saranno incardinata presso il Dipartimento delle dipendenze.

Accesso ai centri residenziali per disabili

Nella sola fase di avvio, il percorso per l’inserimento nei centri residenziali per disabili (Coop. Villa Maria - Isera, APSP Centro Don Ziglio - Levico, Anffas - Casa Serena Trento) sarà il seguente:

- la proposta di inserimento in struttura residenziale per disabili verrà avanzata dall’UVM distrettuale a conclusione del processo valutativo; è infatti essenziale che gli operatori referenti del caso, coadiuvati dagli altri componenti della UVM, esplorino tutte le possibilità di prevedere per la persona un progetto di assistenza a domicilio senza ricorrere alla residenzialità. Quando ciò non sia possibile, la UVM distrettuale proporrà il caso all’UVM aziendale di livello provinciale;

- a livello aziendale sarà attiva l'UVM per l'ingresso nei centri residenziali per disabili che, preso atto della proposta dell'UVM distrettuale, svolgerà propri approfondimenti, individuerà la struttura più idonea per la persona anche con riferimento alla disponibilità di posti, contatterà i responsabili della struttura per condividere il progetto di cura/ assistenza/ riabilitazione.

Integrazione della scheda di valutazione SVM

Sarà cura del Servizio economia e programmazione sanitaria proporre, entro il mese di marzo 2012, attraverso apposito gruppo di lavoro:

- un'integrazione della Scheda di Valutazione Multidimensionale (SVM) attualmente in uso, per meglio definire l'appropriatezza in casi di inserimento in RSA o nei Centri diurni;
- uno strumento di valutazione delle demenze e dei disturbi comportamentali da utilizzare in sede di UVM.

Fino all'approvazione degli esiti del gruppo di lavoro, le UVM utilizzeranno, per la definizione della graduatoria per l'ammissione ai centri diurni, gli strumenti attualmente adottati, per la medesima finalità, dai Servizi sociali delle Comunità di pertinenza.