



Percorso di aggiornamento e confronto per Responsabili Sanitari dei Servizi Socio-Sanitari

Promozione del benessere del paziente e Governo Clinico
Brescia, 24.1.2014

Presa in carico del paziente: la valutazione multidimensionale e il piano assistenziale integrato

Gianbattista Guerrini, Fondazione Brescia Soilidale
Fulvio Lonati, ASL di Brescia

Schema dell'intervento

1. Valutazione Multidimensionale (VMD) e medicina geriatrica
2. La VMD nei servizi socio-sanitari
3. Le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) in Italia
4. La VMD nei servizi socio-sanitari in Lombardia



Schema dell'intervento

1. Valutazione Multidimensionale (VMD) e medicina geriatrica



La **geriatria** attiva ... metodo di cura continuo e globale capace di far fronte agli aspetti di ordine non soltanto medico ma anche psicologico, sociologico, riabilitativo e pertanto di garantire un efficace sistema di assistenza all'anziano

Fumagalli C, Mori S, Baroni A, 1973



SPECIAL ARTICLE

EFFECTIVENESS OF A GERIATRIC EVALUATION UNIT

A Randomized Clinical Trial

LAURENCE Z. RUBENSTEIN, M.D., M.P.H., KAREN R. JOSEPHSON, M.P.H., G. DARRYL WIELAND, Ph.D., M.P.H.,
PATRICIA A. ENGLISH, M.S., JAMES A. SAYRE, DR.P.H., AND ROBERT L. KANE, M.D.

Abstract We randomly assigned frail elderly inpatients with a high probability of nursing-home placement to an innovative geriatric evaluation unit intended to provide improved diagnostic assessment, therapy, rehabilitation, and placement. Patients randomly assigned to the experimental ($n = 63$) and control ($n = 60$) groups were equivalent at entry.

At one year, patients who had been assigned to the geriatric unit had much lower mortality than controls (23.8 vs. 48.3 per cent, $P < 0.005$) and were less likely to have initially been discharged to a nursing home (12.7 vs. 30.0 per cent, $P < 0.05$) or to have spent any time in a nursing

home during the follow-up period (26.9 vs. 46.7 per cent, $P < 0.05$). The control-group patients had substantially more acute-care hospital days, nursing-home days, and acute-care hospital readmissions. Patients in the geriatric unit were significantly more likely to have improvement in functional status and morale than controls ($P < 0.05$). Direct costs for institutional care were lower for the experimental group, especially after adjustment for survival.

We conclude that geriatric evaluation units can provide substantial benefits at minimal cost for appropriate groups of elderly patients, over and above the benefits of traditional hospital approaches. (N Engl J Med 1984; 311:1664-70.)

- < mortalità ad 1 anno
- < istituzionalizzazione
- < gg degenza in reparti per acuti
- < re-ospedalizzazione
- migliore stato funzionale
- < depressione
- < costi



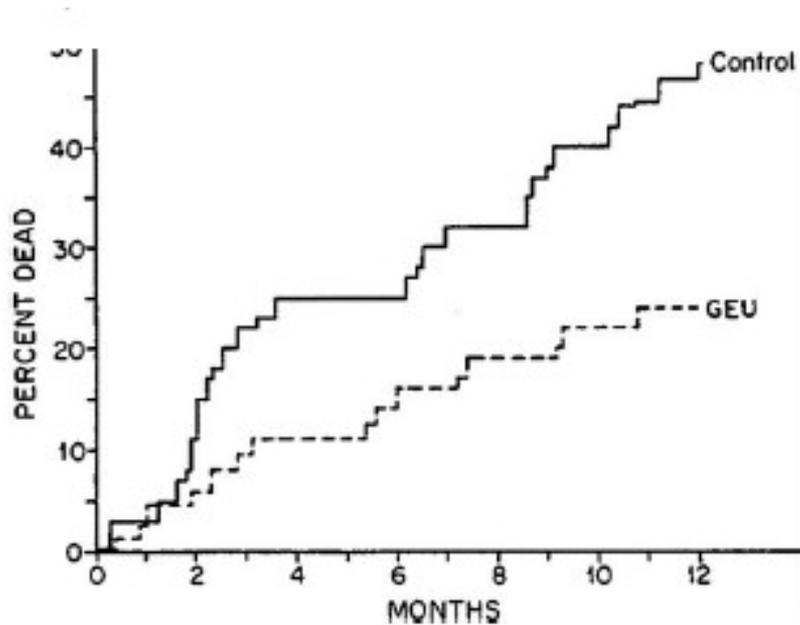
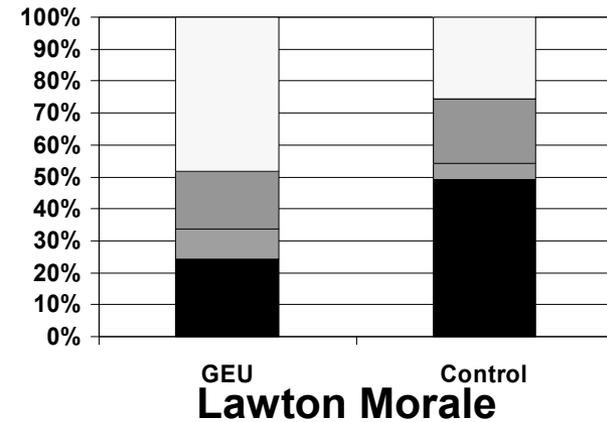
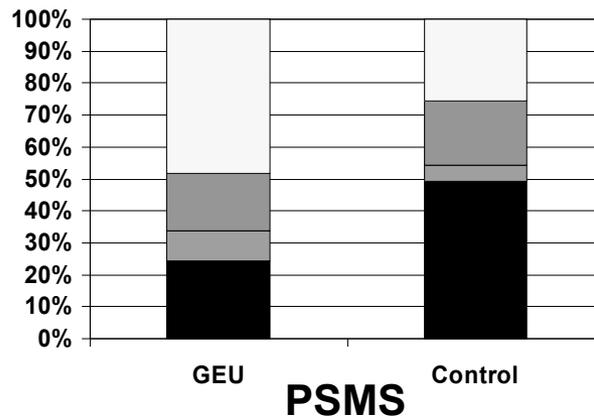
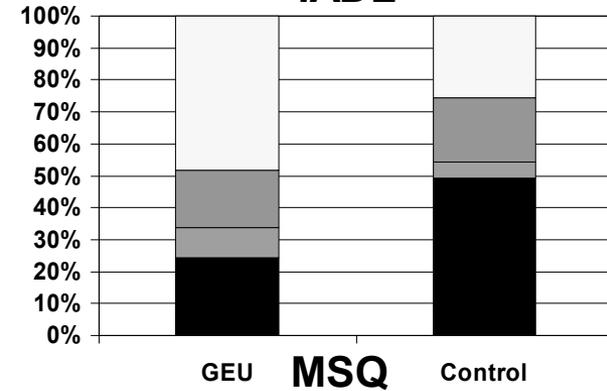
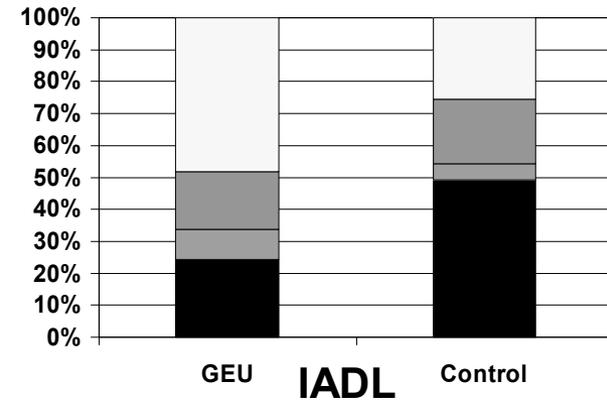


Figure 1. One-Year Mortality Curves for Geriatric Evaluation Unit (GEU) and Control Patients

Rubenstein et al, 1984



Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

A multidisciplinary evaluation in which the multiple problems of older persons are uncovered, described and explained, if possible, and in which the resources and strengths of the person are catalogued, need for services assessed, and a coordinated care plan developed to focus interventions on the person's problems

*NIH consensus conference on geriatric assessment
methods for clinical decision-making, 1987*



Vantaggi conseguiti dai programmi di VMD

- Aumentata accuratezza diagnostica
 - Migliore stato funzionale
 - Migliorate condizioni affettive e cognitive
 - Minor uso di farmaci
 - Miglioramento della qualità della vita
 - Aumento della sopravvivenza
-
- Riduzione dei ricoveri ospedalieri e dimissioni precoci
 - Minor ricorso alle RSA
 - Migliore utilizzo dei servizi domiciliari
 - Diminuzione dei costi complessivi dell'assistenza
 - Maggiore soddisfazione degli operatori



Comprehensive Geriatric Assessment:
the *new technology of Geriatrics*

Epstein et al, 1987



Fattori che condizionano l'efficacia dei programmi di VMD

1. L'identificazione della tipologia di pazienti cui applicare tale metodologia

1. In ambito ospedaliero "*those neither too well nor too irreversibly disabled*" (Reuben & Solomon, 1989)
2. Per lo screening ai fini della prevenzione (sono) da considerare eleggibili i soggetti con più di 75 anni che abbiano conservato la capacità di muoversi autonomamente ma che possono presentare segni di disabilità in fase preclinica (*L'utilizzazione della VMD per l'anziano fragile nella rete dei servizi, SIGG, 2001*)
3. Per un programma di intervento complesso ... gli anziani che abbiano necessità di assistenza continuativa, cioè anziani con già evidenti deficit funzionali e/o condizioni socio-ambientali critiche (*ibidem*)



Fattori che condizionano l'efficacia dei programmi di VMD

1. L'identificazione della tipologia di pazienti cui applicare tale metodologia
2. La continuità tra valutazione e gestione (*"the assessment must be inextricably linked to the ongoing care of the patient, with the objective of assuring that the comprehensive care plan is implemented and modified as events may dictate"*, Reuben & Solomon, 1989)



Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials

Andreas E Stuck, Albert L Siu, G Darryl Wieland, John Adams, Laurence Z Rubenstein

Lancet 1993; 342: 1032-36

GEMU: geriatric evaluation and management unit

IGCS: inpatient geriatrics consultant service

HAS: home assessment service

HHAS: hospital home assessment service

OAS: outpatient assessment service



	GEMU	IGCS	HAS	HHAS	OAS
Mortalità	- 35% a 6 mesi	-	- 14% a 36 mesi	-	-
Permanenza a domicilio	+	-	+	+	-
Ospedalizz.ne	+	+	+/-	-	-
Funzione fisica e cognitiva	+	+/-	-	-	-

Our analysis suggests that CGA programmes linking geriatric evaluation with strong long-term management are effective for improving survival and function in older persons.



Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People

JAMA

2002;287(8):1022-1028

Systematic Review and Meta-regression Analysis

Andrea
Matthi
Andrea
Christo
John C

Risultati:

Prevenzione dell'istituzionalizzazione: modesta e non significativa, aumenta fino a raggiungere la significatività statistica solo con l'aumentare delle visite di controllo (almeno 5 visite); nei trial con 9 o + visite di controllo RR = 0.66 (95% CI, 0.48-0.92)

Riduzione della mortalità: solo nelle persone al di sotto degli 80 anni

Riduzione del declino funzionale: ottenuta solo dai programmi che applicano la VMD; nei trial che combinano VMD e visite di follow-up RR = 0.76 (95% CI, 0.64-0.91)





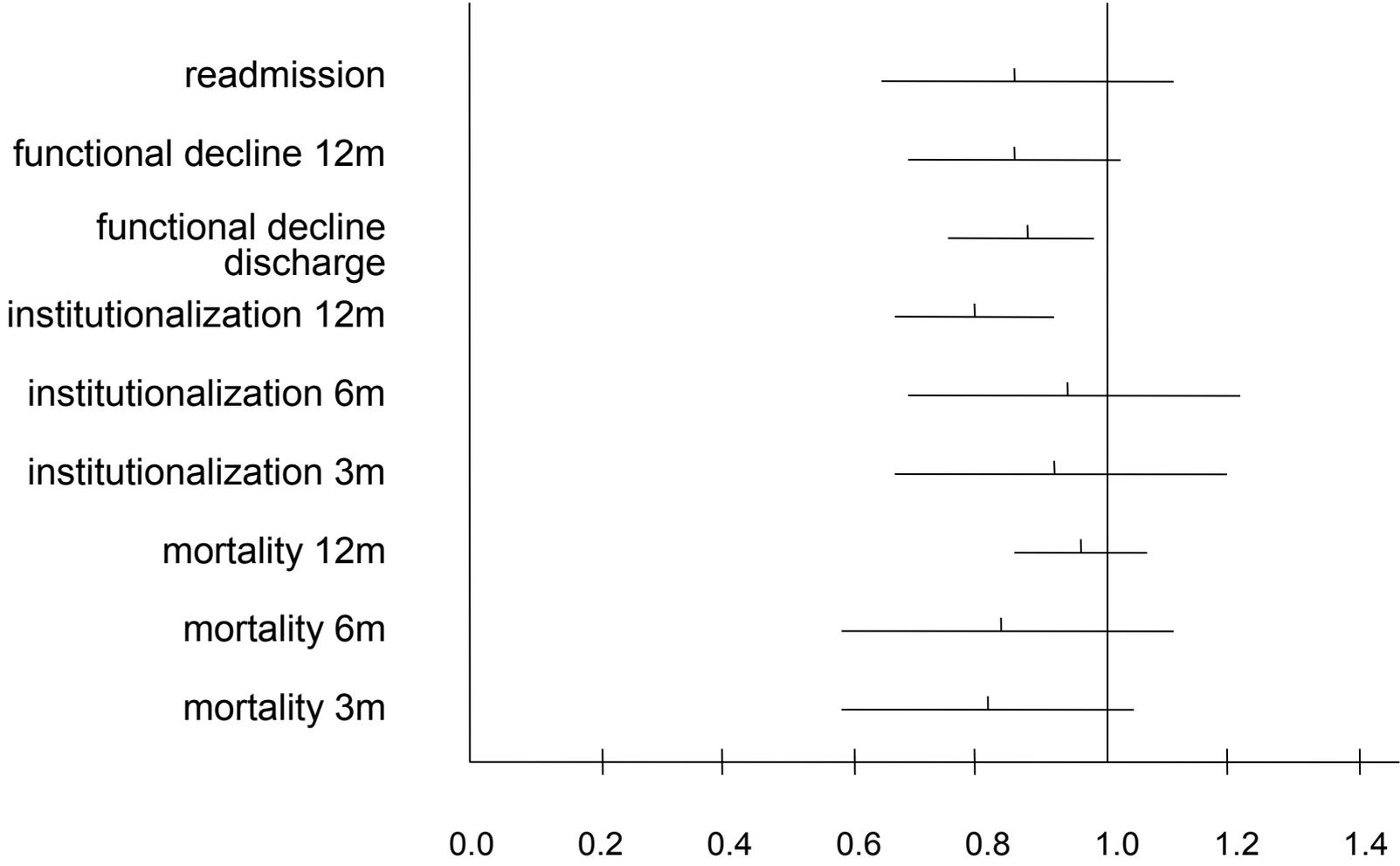
The Effectiveness of Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units: A Systematic Review and Meta-Analysis

Katleen Van Craen RN, MSc, Tom Braes RN, PhDcand, Nathalie Wellens SLP, PhDcand, Kris Denhaerynck RN, PhD, Johan Flamaing MD PhD, Philip Moons RN, PhD, Steven Boonen MD, PhD, Christiane Gosset MD, PhD, Jean Petermans MD, PhD, Koen Milisen RN, PhD

J Am Geriatr Soc 58:83-92, 2010

CONCLUSION: This meta-analysis shows a significant effect in favor of the GEMU group on **functional decline at discharge** and on **institutionalization after 1 year**. There is heterogeneity between the studies, poor quality of some randomized controlled trials, and shortage of information about CGA. Multidisciplinary CGA offered in a GEMU may add value to the care for frail older persons admitted to the hospital, but the limitations confirm the need for well-designed studies using explicit CGA and more-structured and -coherent assessment instruments such as the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument.





*Van Craen
et al,
2010*





*Van Craen
et al,
2010*

... the effect of a cornerstone study on clinical practice ... probably improved usual care for all persons admitted to the hospital and in turn is likely to have influenced the results of the subsequent studies (e.g., contamination in the control groups)



RESEARCH

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials



OPEN ACCESS

Graham Ellis *consultant geriatrician and honorary senior clinical lecturer*¹, Martin A Whitehead *consultant geriatrician*², David Robinson *consultant geriatrician*³, Desmond O'Neill *associate professor of gerontology*⁴, Peter Langhorne *professor of stroke care*⁵



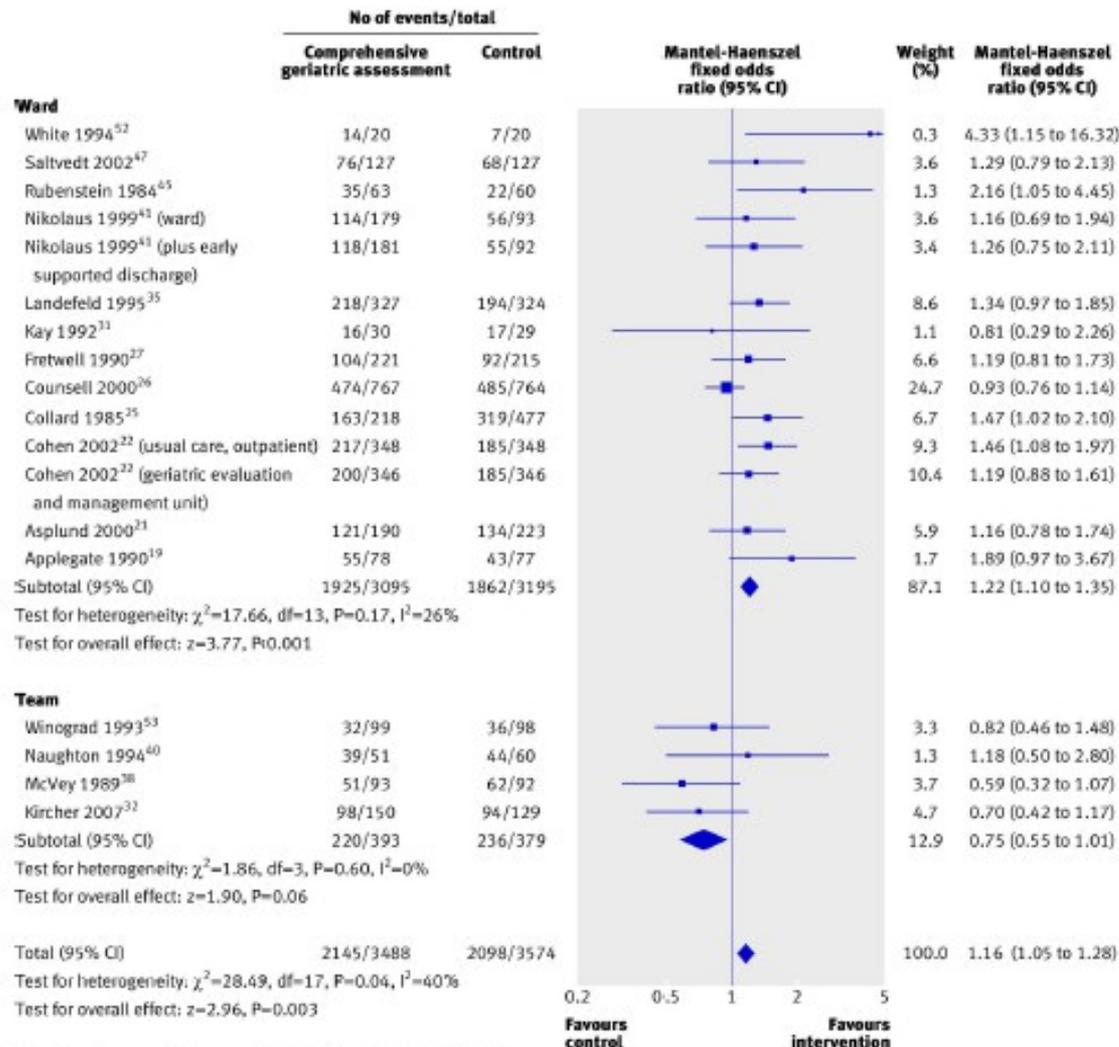
Risultati:

- > n° pazienti che vivono a casa alla fine del periodo di osservazione (12 mesi)
- < istituzionalizzazione
- < outcome combinato mortalità + declino funzionale
- migliori funzioni cognitive
- < costi

NB: i risultati sono conseguiti dai reparti geriatrici, **non** dai servizi di consulenza che operano nei reparti tradizionali

Ellis et al, 2011





Test for subgroup differences: $\chi^2=9.06$, $df=1$, $P=0.003$, $I^2=89\%$

Fig 2 Odds ratios for living at home at end of follow-up (median 12 months) in elderly patients according to comprehensive geriatric assessment after emergency admission

Ellis et al, 2011



Schema dell'intervento

1. Valutazione Multidimensionale (VMD) e medicina geriatrica
2. La VMD nei servizi socio-sanitari
3. Le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) in Italia
4. La VMD nei servizi socio-sanitari in Lombardia



La VMD nei servizi socio-sanitari

- Gestione clinica e definizione del progetto di cura

“La letteratura internazionale ha dimostrato che la VMD ed il piano di intervento che da essa deriva costituiscono l’elemento specifico, caratterizzante, dell’assistenza continuativa al paziente anziano. La VMD aumenta l’accuratezza diagnostica e la messa in opera di interventi capaci di rallentare il declino funzionale , ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita di anziani fragili”.

L'utilizzazione della VMD per l'anziano fragile nella rete dei servizi, SIGG, 2001



VMD e definizione del progetto assistenziale

- Individuazione e quantificazione dei bisogni e delle risorse
- Individuazione delle situazioni di rischio
- Definizione degli obiettivi e pianificazione degli interventi
- Monitoraggio nel tempo dei risultati del progetto di cura
- Individuazione tempestiva di processi evolutivi sfavorevoli

- Valorizzazione degli *small gains*
- Motivazione e gratificazione del gruppo di lavoro



Ambiti e strumenti della VMD

- Condizioni di salute: CIRS
- Dolore: analogo visivo, NOPPAIN, Pain-AD, DOLOPLUS
- Stato funzionale: Indice di Barthel, Scala di Tinetti
- Funzioni cognitive: MMSE, CDR, UCLA-NPI, item della GBS
- Rischio di LDD: Scala di Norton, Scala di Exton-Smith



InterRAI – Long Term Care Facility (LTCF)

AREE DI INDAGINE

- SEZIONE A. INFORMAZIONI DI IDENTIFICAZIONE
- SEZIONE B. DATI PERSONALI ALL'INGRESSO
- SEZIONE C. STATO COGNITIVO
- SEZIONE D. COMUNICAZIONE/SFERA UEDITIVA/VISIVA
- SEZIONE E. UMORE E COMPORTAMENTO
- SEZIONE F. BENESSERE PSICOSOCIALE
- SEZIONE G. FUNZIONE FISICA
- SEZIONI H. CONTINENZA
- SEZIONE I. DIAGNOSI DI MALATTIA
- SEZIONE J. CONDIZIONI DI SALUTE
- SEZIONE K. STATO NUTRIZIONALE/CAVO ORALE
- SEZIONE L. CONDIZIONI DELLA CUTE
- SEZIONE M. COINVOLGIMENTO IN ATTIVITA'
- SEZIONE N. FARMACI
- SEZIONE O. TRATTAMENTI E PROCEDURE
- SEZIONE P. RESPONSABILITA' LEGALE



InterRAI – Long Term Care Facility (LTCF)

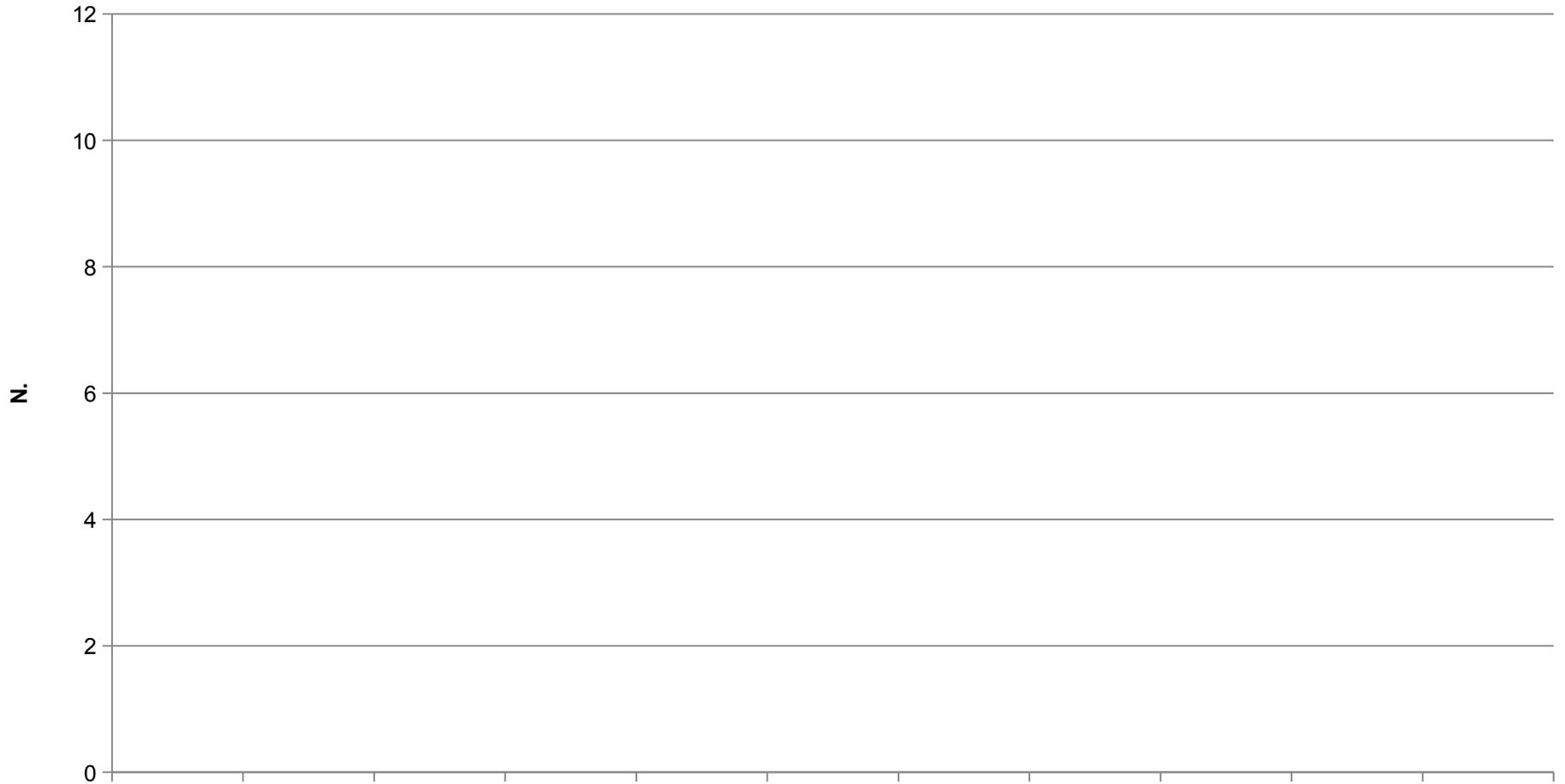
ESITI DELL'INDAGINE

AREE PROBLEMATICHE

- Prevenzione
- Condizioni Cardio-Respiratorie
- Consumo Tabacco/Alcool
- Farmaci
- Promozione attività fisica
- Disidratazione
- Relazioni sociali
- Incontinenza urinaria
- ADL
- Stato cognitivo
- Piaghe da decubito
- Dolore
- Comportamento
- Comunicazione
- Cadute
- Umore
- Disturbi intestinali
- Mezzi di contenzione
- Nutrizione enterale
- Stato confusionale acuto
- Nutrizione
- Attività



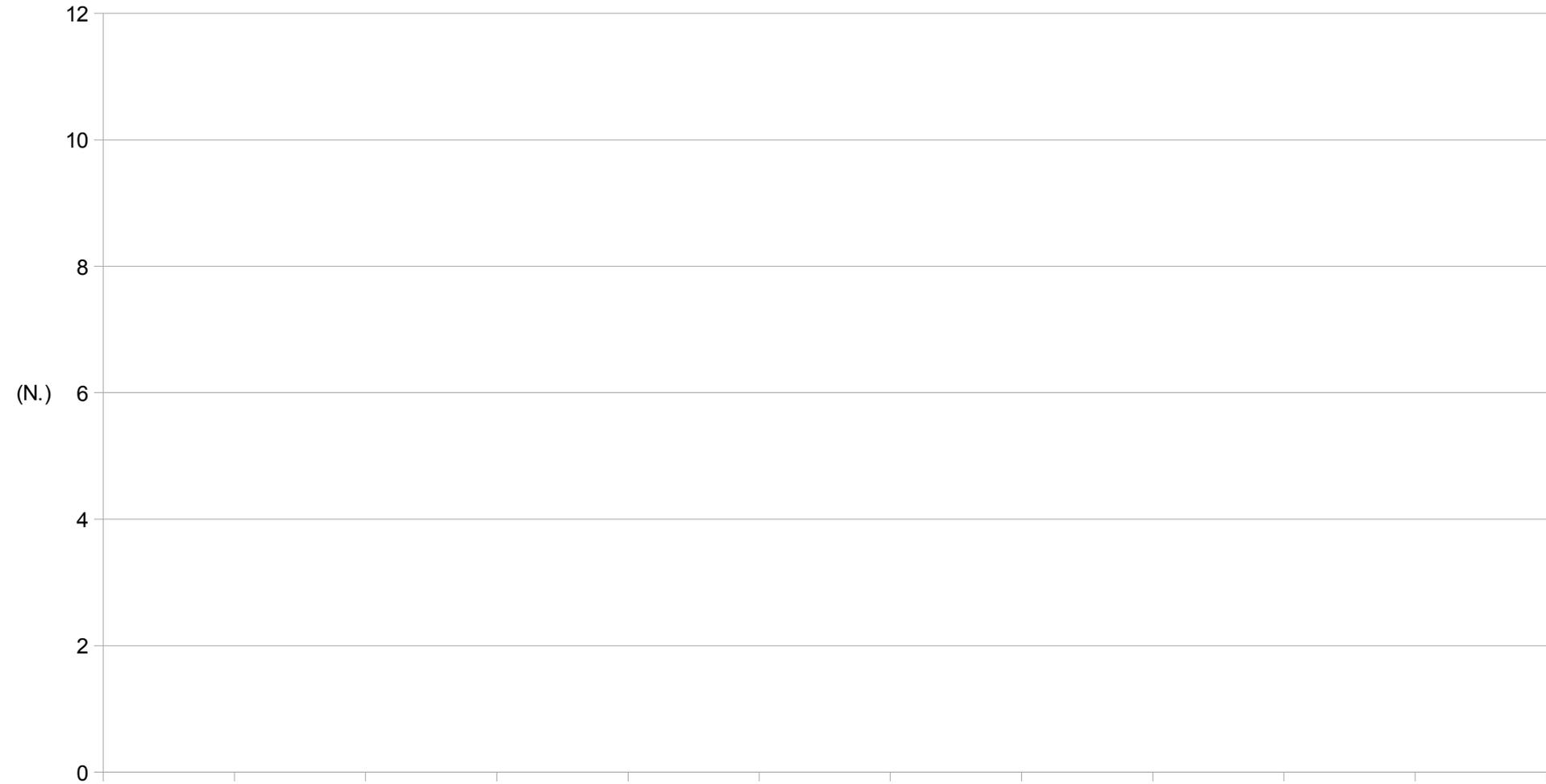
ADL Hierarchy Scale (3.772 valutazioni)



PHP CPS (funzioni mentali superiori) (3772 valutazioni)



PHP CHESS (stabilità clinica) (3772 valutazioni)



La VMD nei servizi socio-sanitari

- Gestione clinica e definizione del progetto di cura
- Accesso alla rete dei servizi



Contatto con la rete



TRIAGE



Bisogno
complesso

NO

SI'

Prestazione sanitaria e/o
socio-assistenziale

Valutazione di 2 livello



La VMD nei servizi socio-sanitari

- Gestione clinica e definizione del progetto di cura
- Accesso alla rete dei servizi
- Governo della rete e delle singole unità d'offerta



La VMD come strumento di governo della rete dei servizi

- Conoscenza della realtà dell'utenza e confronto
 - tra diverse unità operative dello stesso servizio
 - tra servizi (analoghi, diversi)
 - tra realtà locali, regionali, nazionali

|

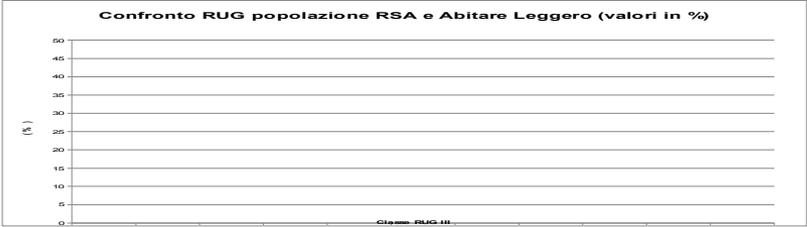


Livelli di dipendenza degli utenti di RSA e ADI (ASL Brescia, 2008)

Deambulazione

Alimentazione

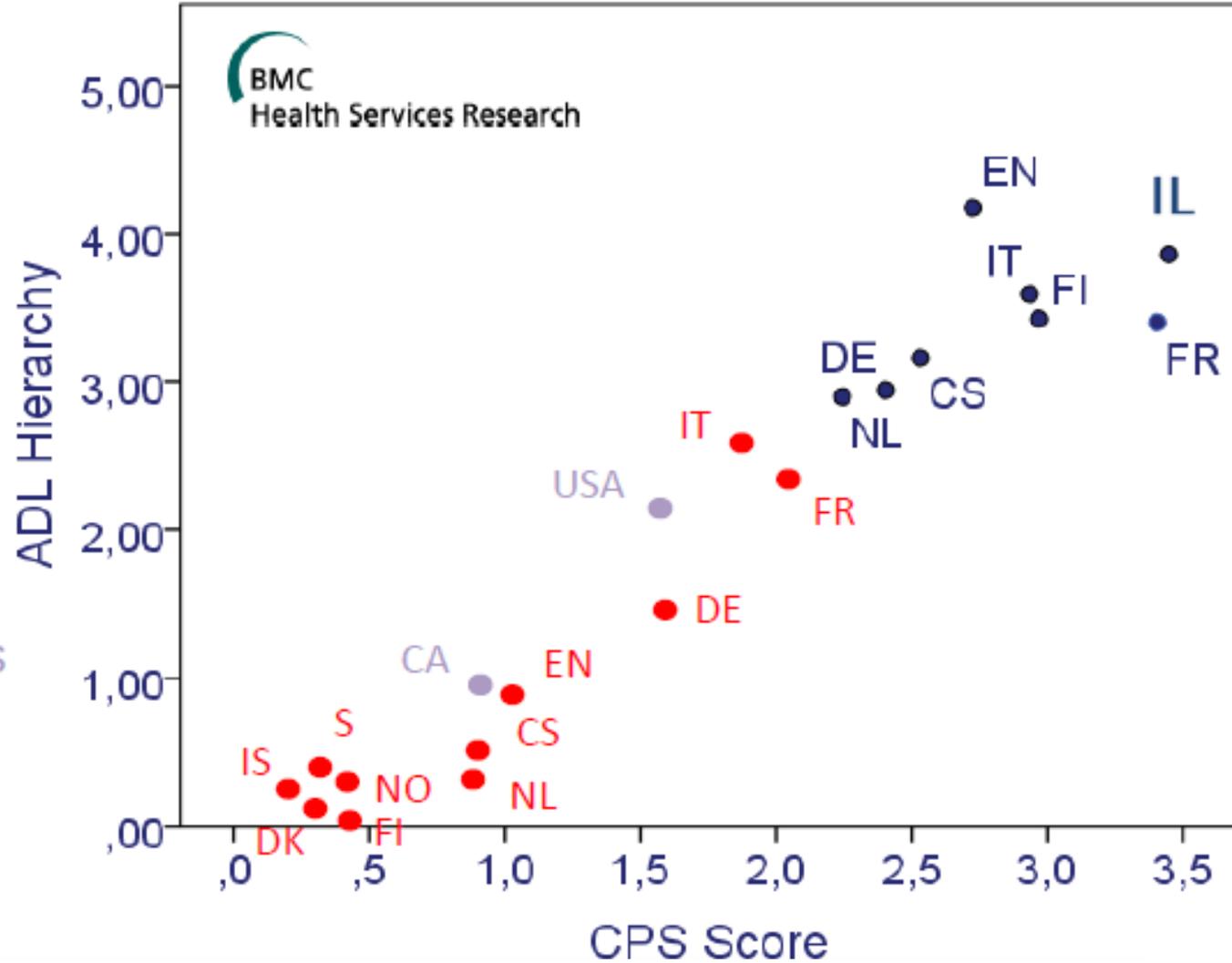




● SHELTER
NH residents

● ADHOC
HC patients

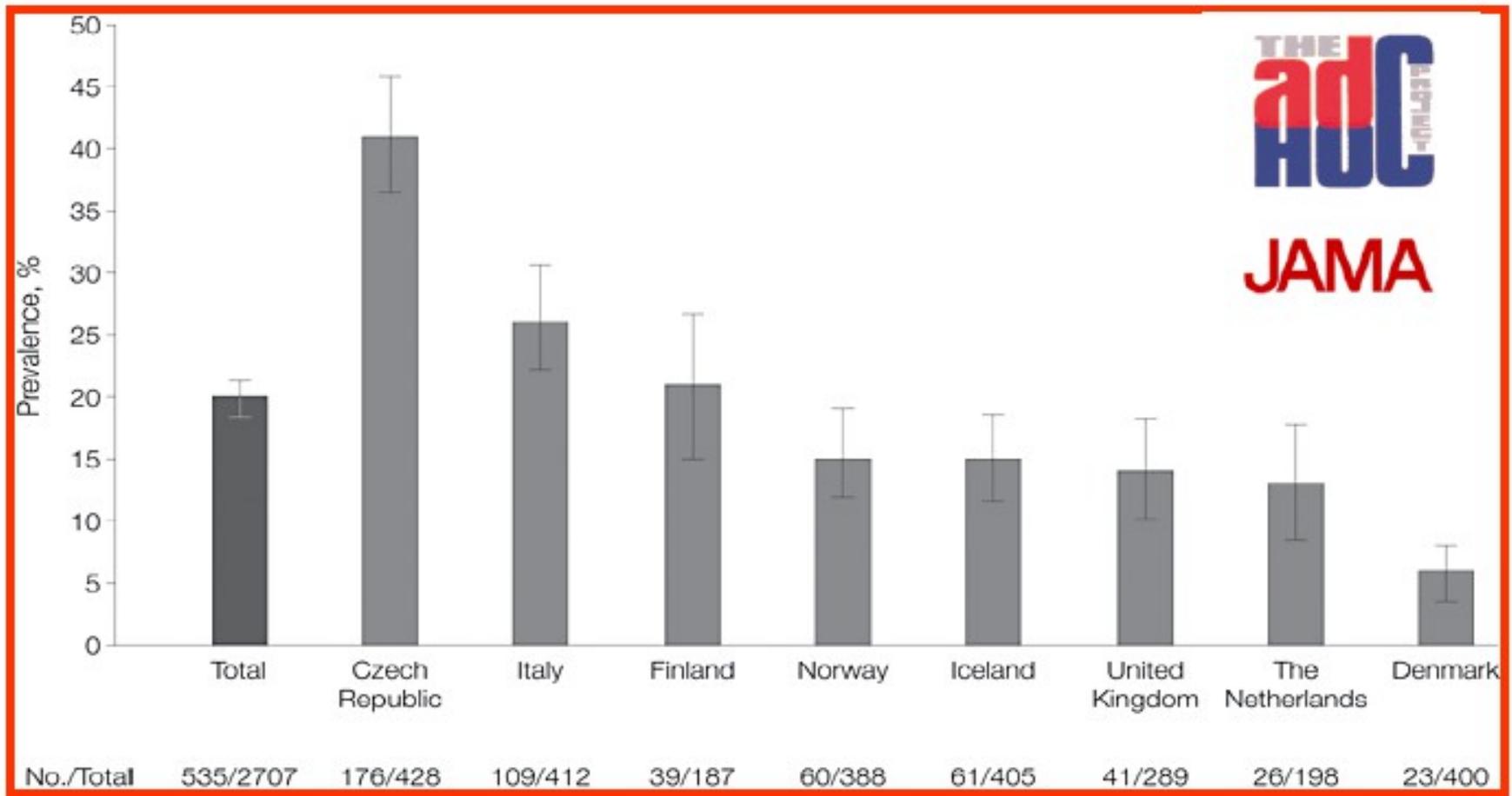
● Non EU countries
HC patients



Onder G et al, Health Serv Res, 2012



Prescrizione inappropriata



Fialova D et al, JAMA, 2005



La VMD come strumento di governo della rete dei servizi

- Conoscenza della realtà dell'utenza e confronto
 - tra diverse unità operative dello stesso servizio
 - tra servizi (analoghi, diversi)
 - tra realtà locali, regionali, nazionali
- Costruzione di un “rating” della qualità



Misure di qualità basate sulla VMD

Misure di Outcome

- *Prevalenza di cadute*
- *Prevalenza di disturbi comportamentali*
- *Incidenza di deficit cognitivo*
- *Prevalenza di ulcere da decubito*

Indicatori Misti

- *Prevalenza di diabete in assenza di strategie pianificate di prevenzione delle ulcere diabetiche*
- *Prevalenza di depressione in assenza di adeguato trattamento farmacologico*

Misure di Processi

- *Utilizzo di oltre 9 farmaci nel regime terapeutico del paziente*
- *Prevalenza dell'uso quotidiano di mezzi di contenzione fisica*
- *Prevalenza d'uso di catetere endovescicale a permanenza*



La VMD come strumento di governo della rete dei servizi

- Conoscenza della realtà dell'utenza e confronto
 - tra diverse unità operative dello stesso servizio
 - tra servizi (analoghi, diversi)
 - tra realtà locali, regionali, nazionali
- Costruzione di un “rating” della qualità
- Razionale allocazione delle risorse





5. Moving towards universal LTC benefits is desirable irrespective of financing model

There are equity and efficiency rationales for moving towards universal LTC benefits



... è auspicabile concentrare gli sforzi verso i casi con bisogni più elevati (...target care benefits where needs are the highest)

Universalismo selettivo:

- individuazione del bisogno che fa scattare il diritto alla copertura
- definizione della quota di compartecipazione dell'utente ai costi della LTC
- definizione dell'adeguatezza della copertura, cioè del tipo di servizi da includere

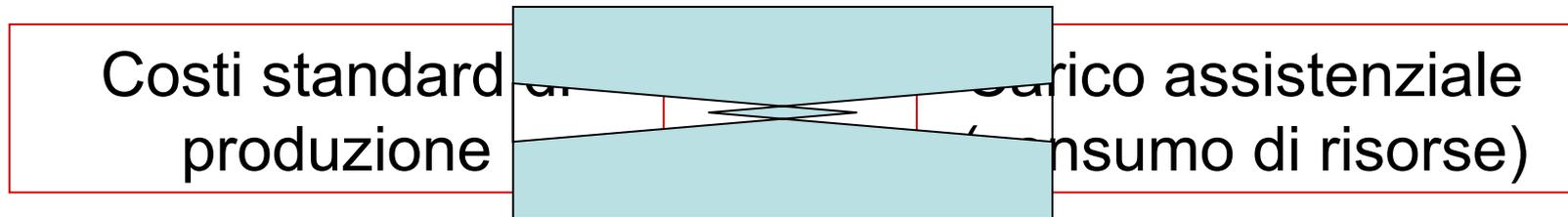


La VMD nei servizi socio-sanitari

- Gestione clinica e definizione del progetto di cura
- Accesso alla rete dei servizi
- Governo della rete e delle singole unità d'offerta
- Tariffazione e remunerazione dei servizi



La VMD ed i sistemi di tariffazione



L'adozione di strumenti di VMD validati e capaci di rilevare il differente carico assistenziale rappresenta un presupposto essenziale per la modulazione ed un utilizzo efficace dei sistemi tariffari anche in un'ottica di qualità delle cure.

Brizioli E, Maserà F, 2011



Nelle forme di lungoassistenza residenziali e semiresidenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali.

DPCM 14.2.2001, DPCM 29.11.2001 (LEA)

livello minimo

o livello massimo?

Complessità assistenziale ↑

↓
↑ livelli assistenziali

↑ % copertura da parte del SSN

↓
↑ livelli assistenziali

↑ % copertura da parte dell'utente

↓ da parte del SSN



Schema dell'intervento

1. Valutazione Multidimensionale (VMD) e medicina geriatrica
2. La VMD nei servizi socio-sanitari
3. Le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) in Italia
4. La VMD nei servizi socio-sanitari in Lombardia



L'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)

- ... è costituita da un'équipe multidisciplinare (geriatra, IP, AS) che provvede alla gestione del paziente anziano nei servizi sanitari geriatrici intra- ed extra-ospedalieri, ispirandosi ai principi della valutazione funzionale multidimensionale
- (ha funzioni di) selezione degli anziani che hanno necessità di assistenza continuativa in regime di ADI o di Day Hospital riabilitativo o di strutture residenziali.

Progetto Obiettivo
“Tutela della salute degli anziani”, 1992



L'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)

- è un mezzo per realizzare l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari, come gruppo multidisciplinare facente capo alla Unità operativa di geriatria
- ... dove nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande, dove tutti in qualche modo dipendono dalla competenza altrui e dove ciò che si ottiene dall'insieme è superiore alla somma delle parti.

Progetto Obiettivo
“Tutela della salute degli anziani”, 1992



a cura di N.N.A.
Network Non Autosufficienza

L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

Rapporto 2009

Rapporto promosso
dall'IRCCS - INRCA per l'Agenzia
nazionale per l'invecchiamento




MAGGIOLI
EDITORE

Lavoro di cura e di comunità

Le UVG tra benessere dell'anziano
ed efficienza della rete.

Antonio Guaita



REGIONE	Unità di valutazione	REGIONE	Unità di valutazione
Piemonte	UVG	Marche	UVD
Valle d'Aosta	UVG	Lazio	UVT
Lombardia	-	Abruzzo	UVG
Bolzano	UVM	Molise	UVG
Trento	UVM	Campania	UVI
Veneto	UVMD	Puglia	UVT
Friuli	UVD	Basilicata	UVG
Liguria	UVG	Calabria	UVG
Emilia Romagna	UVG	Sicilia	UVM
Toscana	UVG	Sardegna	UVT
Umbria	UVG		

UVG = unità di valutazione generale
UVT = unità di valutazione territoriale
UVM = unità di valutazione multidimensionale/multidisciplinare
UVMD = unità di valutazione multidimensionale distrettuale
UVI = unità di valutazione integrata

da: A. Guaita, 2009 (modif.)

Caratteristiche delle Unità di valutazione in Italia

Geriatra nell'equipe	Presente anche in molte UV non geriatriche
Strumenti di valutazione	Differenti da Regione a Regione, ma tipicamente geriatrici
Case manager	Formalmente previsto solo in 7 Regioni
Collocazione	Distrettuale
Funzione di porta d'accesso ai servizi	Molto diffusa
Rapporto con i MMG	Giudicato (dai geriatri) per lo più problematico
Rapporto diretto con la persona valutata	Non costante (rischio di funzione burocratico/autorizzativa)

da: A. Guaita, 2009 (modif.)

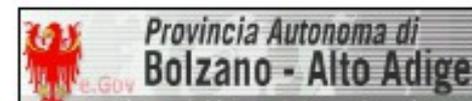


La “torre di Babele” della VMD

La disponibilità di più strumenti per valutare ciascuna area ha fatto sì che ogni operatore, ogni struttura o ambito assistenziale utilizzasse una propria batteria di test, rendendo con ciò impossibile seguire l'andamento nel tempo del paziente da parte dei soggetti chiamati di volta in volta ad assisterlo, valutare l'efficacia dei trattamenti, così come confrontare i risultati di interventi differenti compiuti sulla stessa tipologia di pazienti.

U. Senin et al, 2011





Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Il Gruppo di lavoro del Mattone 12 ha iniziato il suo lavoro nell'obiettivo di individuare un sistema unico su scala nazionale.

Tuttavia ha dovuto presto prendere atto delle posizioni assunte dalle Regioni a salvaguardia dei "propri" strumenti" e dell'investimento su di essi effettuato in termini di sviluppo, formazione degli operatori, implementazione, costruzione dei flussi informativi.

Si è quindi giunti alla determinazione di accettare il mantenimento di autonomi strumenti regionali di case-mix, purchè operanti all'interno di un sistema univoco di classificazione delle prestazioni e capaci di alimentare un flusso informativo nazionale in grado di ricostruire almeno i principali elementi del percorso clinico-assistenziale delle persone, i Livelli Essenziali di Assistenza effettivamente garantiti, i trend di utilizzo delle prestazioni residenziali anche in rapporto agli altri sistemi di offerta.



REGIONE	Strumento di valutazione	REGIONE	Strumento di valutazione
Piemonte		Marche	RUG
Valle d'Aosta	SVAMA	Lazio	RUG
Lombardia	SOSIA	Abruzzo	RUG
Bolzano		Molise	SVAMA
Trento	SVAMA	Campania	SVAMA
Veneto	SVAMA	Puglia	SVAMA
Friuli	RUG-VALGRAF	Basilicata	RUG
Liguria	AGED	Calabria	RUG
Emilia Romagna	BINA	Sicilia	
Toscana	Mix RUG e SVAMA	Sardegna	
Umbria	RUG	<i>da: Brizioli E, Masera F, 2011</i>	



UVG: le condizioni per l'efficacia

- continuità tra valutazione e gestione
- responsabilità (personale!) della presa in carico fino alla conclusione del processo assistenziale (*case management*)
- non ostacolo burocratico ai servizi ma orientamento, consulenza e accompagnamento dell'utente e della sua famiglia
- coordinamento/collegamento dei servizi
- controllo di qualità dell'assistenza geriatrica nella rete



valutazione	Obiettivo	Strumento per la definizione di un progetto di salute
Oggetto della valutazione	Le carte	Le persone
Accesso ai servizi	Selezione degli utenti "propria" di ciascun servizio (funzione "collocativa")	Capacità di garantire il max grado di promozione della salute con le risorse disponibili
	Funzione puramente autorizzativa	Continuità tra valutazione e gestione
Dimensione temporale	Trasversale	Longitudinale
Rapporto con le persone	"Anonimo", autorizzativo	Personale, consultoriale



Gli strumenti della VMD nel governo degli accessi alla rete dei servizi

- Leggere e “pesare” i bisogni in rapporto all’assorbimento delle risorse
- Selezionare le persone a più elevato rischio
- Offrire strumenti per la definizione del PAI
- Accompagnare la persona nel suo percorso nella rete dei servizi
- Consentire un confronto tra le diverse realtà nazionali e con gli altri Paesi



Schema dell'intervento

1. Valutazione Multidimensionale (VMD) e medicina geriatrica
2. La VMD nei servizi socio-sanitari
3. Le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) in Italia
4. La VMD nei servizi socio-sanitari in Lombardia



Le UVG / UVM in Lombardia

1a fase (POA 1995, Linee di indirizzo 1998):

Istituzione delle UVG per l'accesso all'ADI e alle RSA (liste centralizzate)

2a fase (a partire dalla LR 31/1997)

“Abolizione” delle UVG

3a fase (a partire dalla DGR IX/2633 del 6.12.2011)

Recupero della “centralità” della VMD nel governo della rete e nella presa in carico globale della persona e della sua famiglia



L'**UVG** rappresenta, nell'area anziani, uno degli strumenti per l'integrazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari, e tra gli interventi di primo livello e quelli specialistici.

A seguito della valutazione multidimensionale della persona in condizioni di bisogno, essa definisce il conseguente piano di intervento globale personalizzato, individuando gli accessi alle opzioni più opportune fra quelle disponibili all'interno della rete dei servizi.

Regione Lombardia. Linee di indirizzo per il funzionamento delle Unità di valutazione multidimensionale nell'area anziani (20.3.1998)



Obiettivi dell'U.V.G.

- Utilizzo ottimale dei servizi e delle risorse disponibili, al fine di rispondere alle singole richieste con efficacia, senza discriminazioni, con efficienza e integrando le diverse componenti
- la valutazione, il più possibile omogenea, razionale e complessiva, dei bisogni sanitari e socio-assistenziali di chi richiede di poter accedere alla rete dei servizi

Regione Lombardia. Linee di indirizzo per il funzionamento delle Unità di valutazione multidimensionale nell'area anziani (20.3.1998)



Modalità operative

- presenza delle competenze specifiche in ordine alla valutazione multidimensionale
- possibilità di saldare il momento della valutazione a quello della presa in carico e della “gestione” del caso, attraverso il coinvolgimento delle figure professionali rappresentative delle principali articolazioni della rete

Regione Lombardia. Linee di indirizzo per il funzionamento delle Unità di valutazione multidimensionale nell'area anziani (20.3.1998)



Collocazione istituzionale dell'UVG

L'UVG è un organismo dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) che opera a livello distrettuale ... in raccordo con:

- i diversi servizi della ASL
- i presidi ospedalieri, e in particolare le UVG di 2° livello
- i servizi dei Comuni
- gli enti gestori
- gli organismi di volontariato che si occupano di anziani

Regione Lombardia. Linee di indirizzo per il funzionamento delle Unità di valutazione multidimensionale nell'area anziani (20.3.1998)



L'*abolizione* delle unità valutative

Inadeguate modalità di realizzazione

- Difformità dei modelli organizzativi
- Deriva burocratico-organizzativa
- Insufficiente indirizzo/controllo da parte della Regione



L'*abolizione* delle unità valutative

Inadeguate modalità di realizzazione

- Difformità dei modelli organizzativi
- Deriva burocratico-organizzativa
- Insufficiente indirizzo/controllo da parte della Regione

La riforma del *welfare* lombardo

- Il “quasi mercato”
- Libertà di scegliere l'unità di offerta
- Controllo *ex post* sull'appropriatezza



La riproposizione delle Unità valutative in Lombardia



Regione Lombardia

DELIBERAZIONE N° IX / 2633

Seduta del 06/12/2011

- sostenere e sviluppare la capacità della rete dei servizi di “prendersi cura” delle persone e delle loro famiglie, oltre che del “curare”, azione questa più concentrata sulla malattia;
- sviluppare strumenti di lettura e valutazione del bisogno in tutte le sue dimensioni tenendo conto del contesto familiare e socio ambientale di vita,
- realizzare concretamente una “presa in carico” integrata della persona fragile che garantisca sul territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, per fornire l’unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni, la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, la realizzazione di percorsi integrati.



...introdurre strumenti di valutazione del bisogno che consentano di definire il livello di dipendenza, mediante una valutazione multidimensionale (bisogno sanitario, funzionale, sociale) e il livello di integrazione e di pianificazione degli interventi (medico, infermieristico, tutelare, sociale) finalizzati entrambi alla scelta del percorso assistenziale più appropriato, all'assorbimento di risorse coerente con i bisogni rilevati, alla individuazione di obiettivi di cura e assistenza nonché di indicatori di esito.

Gli obiettivi di cambiamento non possono che essere pertanto indirizzati a:

- ✓ realizzare ... sul territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali ...
- ✓ individuare una regia unica a livello territoriale ... in grado di garantire un'omogenea valutazione dei bisogni, una presa in carico globale integrata e continuativa ed il coordinamento di tutte le attività ad essa riferite ...





Indirizzi di programmazione socio sanitaria

Allegato alla Deliberazione “Determinazioni in merito alle regole di gestione del servizio socio sanitario anno 2014”

**Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e
Volontariato**

Milano Dicembre 2013

La valutazione multidimensionale del bisogno è la modalità che consente di rilevare e valutare i bisogni complessivi della persona e della famiglia, oltre che essere uno strumento per il governo regionale e territoriale delle risorse annuali destinate al sistema socio-sanitario ...

... elemento fondamentale per una lettura integrata dei bisogni nelle diverse dimensioni della persona ... (che) non solo assicura una presa in carico globale della persona e della sua famiglia, ma costruisce concretamente l'integrazione a livello professionale, oltre che istituzionale.

La VMD si inserisce in un più complesso processo che ha come obiettivo, da un lato, quello di facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o socio-sanitarie e, dall'altro, attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona fragile, di garantire risposte appropriate ai bisogni rilevati.

DGR , allegato 4, Regole di sistema ambito socio-sanitario



INTEGRAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA

La presa in carico della cronicità

Alle persone con patologia cronica (diabete, BPCO, etc), circa 3 milioni, vanno aggiunte le persone in condizione di **cronicità sociosanitaria** (anziani non autosufficienti, disabili, persone affette da dipendenze da sostanze, etc), stimabili in **circa 600.000**

Obiettivo è giungere ad un **modello “sistemico”**, che **integri** tra loro tutte le **fasi del percorso della persona** affetta da condizioni croniche al fine di garantire continuità nell’accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti e mondo ospedaliero e rete d’offerta sociosanitaria

- **Costituzione di un gruppo di lavoro tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia Solidarietà sociale e Volontariato che, dalla condivisione di una valutazione multidimensionale unica per l’accesso a tutti i servizi territoriali sanitari e sociosanitari, intraprenda un percorso di condivisione di metodologie, di strumenti e di modelli organizzativi attraverso la costruzione di Piani di assistenza individuali che ricompongano la risposta sanitaria e sociosanitaria**

Piano Strategico per affrontare la cronicità in una logica di programmazione unica ed integrata

L'obiettivo è adottare strumenti e sistemi organizzativi o azioni che possano operativamente e concretamente coinvolgere ASL e Comuni, non senza tralasciare i servizi sanitari territoriali e ospedalieri

Si rende pertanto indispensabile mettere in campo azioni, che **coinvolgano i diversi comparti sanitari, sociosanitari e sociali**, finalizzate alla ricomposizione di interventi oggi ancora in massima parte frammentati:

- a livello istituzionale di governo dei servizi, per ricomporre strategie locali
- a livello di risorse umane per ricomporre i bisogni della persona e della famiglia con una visione pluriprofessionale
- a livello di gestori della rete di servizi ed interventi sanitari, sociosanitari e sociali per ricomporre l'intervento sulla persona e sulla famiglia
- a livello finanziario per razionalizzare la spesa complessiva

GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

1. La cabina di regia
2. La valutazione multidimensionale del bisogno
3. I costi standard
4. Semplificazione
5. Sistema informativo
6. Gli Osservatori territoriali sulle dipendenze

- ✓ La DGR 326/2013 ha identificato nella **Cabina di Regia** il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi socio-sanitari e sociali erogati da ASL e Comuni, nell'ambito delle aree comuni di intervento.
- ✓ Alla Direzione Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato dovrà essere trasmesso, a cura delle Direzioni Sociali, un **report semestrale sull'attività della Cabina di Regia**. Il primo report è previsto per il 30 giugno 2014.
- ✓ Sulla base degli esiti che emergeranno dall'analisi dei report, **potranno eventualmente essere date indicazioni dalla Regione rispetto alla composizione delle Cabine di Regia ed alla definizione del loro funzionamento**, anche nella prospettiva di garantire la maggiore omogeneizzazione sul territorio regionale

La valutazione multidimensionale del bisogno consente di **rilevare e valutare i bisogni complessivi della persona e della famiglia**, oltre che essere uno strumento per il **governo regionale e territoriale delle risorse finanziarie** annuali destinate al sistema socio sanitario

Per persone in condizione di fragilità che accedono all'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**:

- Valutazione di primo livello finalizzata ad identificare e separare i bisogni complessi di natura sociosanitaria (da indirizzare alla valutazione di secondo livello), dai bisogni semplici che possono essere soddisfatti con interventi di natura sociale o sociosanitaria monoprofessionale. La valutazione è effettuata tramite la scheda Triage;
- Valutazione di secondo livello finalizzata ad identificare i bisogni della persona, con problemi complessi, sia sociosanitari (valutazione funzionale), sia sociali sia relazionali (valutazione sociale). Sperimentate la scala FIM integrata a scala sociale e la scala VAOR

Per persone che accedono ai **servizi di residenzialità (RSA)**:

- Grazie anche alla collaborazione con la SIGG, è stata sperimentata la VAOR modulo valutazione non autosufficienti in residenza (LTCF). L'adozione della VAOR LTCF consentirebbe il superamento del sistema regionale SOSIA e permetterebbe la costruzione di un sistema di classificazione degli ospiti per intensità di cura e conseguentemente la determinazione di tariffe adeguate ai bisogni assistenziali

1	morbilità	ASSENTE o LIEVE nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	MODERATO la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona	GRAVE la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	MOLTO GRAVE la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave	
		0	1	2	2	
2	alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO supervisione	DIPENDENZA SEVERA imboccamento	ENTERALE - PARENTERALE	
		0	0	1	2	
3	alvo e diuresi	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e /o evacuazione assistita)	
		0	0	1	1	
4	mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, ...)	CARROZZINA O ALLETTATO	
		0	0	1	2	
5	segni di iniziale perdita dell'autonomia	Ha avuto cadute recenti	Si è recentemente ridotta la mobilità	Non effettua gli esami prescritti	Non assume regolarmente i farmaci prescritti	
		1	1	1	1	
6	stato mentale e comportamento	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentale	
		0	0	1	1	
7	con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento	
		0	0	1	2	
8	assistenza diretta (caregiver)	ADEGUATA	PARZIALMENTE ADEGUATA	POCO ADEGUATA	INADEGUATA	
		partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali.	affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	non è offerta alcun tipo di assistenza	
		0	1	2	2	
						TOTALE PUNTEGGIO

La VAOR presenta i seguenti vantaggi:

- validato scientificamente
- evidenzia i bisogni della persona consentendo la formulazione dei piani di assistenza individuali
- consente un orientamento sull'eventualità di un ricovero presso strutture di lungoassistenza
- indicatori per l'automazione dei controlli di appropriatezza da parte delle ASL
- sistema informatico articolato in diversi moduli per le diverse unità d'offerta, unica anagrafica
- Il SW regionale garantirà una interoperabilità con gli altri sistemi regionali ed i gestionali delle ASL
- produzione di parte dei file di flusso ministeriale NSIS SIAD
- valutazione al domicilio ad opera di un solo professionista - efficienza del processo valutativo



Il sistema VAOR viene assunto a partire dal 2014, quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno e con gradualità per le diverse unità d'offerta per persone non autosufficienti. Il processo di adeguamento al sistema VAOR riguarderà inizialmente le persone che accedono al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata

Le ASL continueranno ad utilizzare gli attuali sistemi di valutazione fino all'implementazione del sistema VAOR