

**LA VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE NEL NUOVO
MODELLO DI CURE DOMICILIARI
NELL'ASL LATINA**

*Dal modello prestazionale
alla rete organizzativa, informativa e
informatica*

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE NEL DCA 431/2012 (1)

La valutazione multidimensionale (VMD) rappresenta una pratica di dimostrata efficacia nella gestione del paziente complesso e fragile; tale pratica, infatti, favorisce al contempo, tramite un approccio globale, un appropriato utilizzo dei servizi (appropriatezza organizzativa) e l'efficacia delle azioni clinico-assistenziali (appropriatezza clinica). La VMD si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti e attori facenti parte della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE NEL DCA 431/201(2)

E', pertanto, definibile quale azione valutativa esercitata da una serie di professionisti di area sanitaria e sociale, finalizzata alla individuazione dei problemi di salute di natura fisica, psichica e sensoriale, 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 adeguato al bisogno individuato.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE NELLA ASL DI LATINA

Nel 2008, con le DGR 325 e 326 la Regione ha sistematizzato il modello di assistenza domiciliare. La DGR 326, pur non individuando uno strumento standardizzato applicabile su tutto il territorio regionale, prevede una fase di Valutazione Multidimensionale finalizzata alla predisposizione di un Piano Assistenziale Individuale.

La ASL di Latina ha fatto proprio queste indicazioni, per cui sono stati verificati vari strumenti valutativi adottati in altri contesti.

Inoltre, si è posta la necessità di disporre di un ulteriore strumento valutativo in grado di supportare attività di screening della popolazione anziana, in modo da individuare precocemente condizioni di fragilità

Principi ispiratori e criteri attuativi

Principi

- Continuità ospedale territorio
- Domiciliarizzazione
- Globalità della persona con i bisogni espressi e inespressi
- Attenzione alle condizioni di fragilità
- Prevenire il ricovero

Criteri

- Strumento di valutazione della fragilità (PRISMA 7)
- Scelta del modello di valutazione multidimensionale (ValGraf)
- Rete funzionale integrata (MMG – CAD – Ospedale)
- Condivisione del medesimo strumento di valutazione (completo o core)
- Centralità del MMG

Prisma7 - Valutazione del rischio di non autosufficienza

1. Ha più di 85 anni?
2. Maschio?
3. In generale, ci sono dei problemi di salute che La obbligano a limitare le Sue attività?
4. Ha bisogno di qualcuno che l'aiuti regolarmente?
5. In generale, ci sono dei problemi di salute che La obbligano a rimanere a casa?
6. Ha individuato una persona di riferimento su cui contare, se ha bisogno di aiuto?
7. Utilizza regolarmente un bastone o un deambulatore o una sedia a rotelle?

Il Prisma 7 è stato utilizzato nel secondo semestre del 2009 per effettuare uno screening sulla popolazione ultrasettantacinquenne residente nel Distretto 3 della ASL di Latina, indirizzata su persone che comunque non usufruivano di alcun servizio assistenziale né da parte del Distretto né da parte dei Comuni. Su una popolazione di 4972 soggetti è stato estratto un campione del 20% (500 persone), mediante stratificazione per comune e randomizzazione. I soggetti sono considerati ad elevata fragilità se ottengono un punteggio pari almeno a 4. Il campione era strutturato nel seguente modo:

	TOT.	M	F
Sezze:	175	92	83
Priverno:	131	58	73
Bassiano:	17	5	12
Roccagorga:	40	17	23
Maenza:	30	12	18
Prossedi:	14	5	9
Roccasecca dei Volsci:	13	4	9
Sonnino:	80	47	33
TOTALE	500	240	260

	% M	% F
$\Rightarrow 3$	62,9	55,8
$\Rightarrow 4$	40,8	47,3

Val.Graf. & criteri di riferimento per la scelta



utilizzabilità

da diverse figure professionali
ed in diversi contesti operativi



comunicabilità dei risultati



accettabilità per operatore/i e assistito



informatizzabilità



comparabilità



rispetto dei riferimenti normativi

Obiettivi e struttura Val.Graf. - 1

REQUISITI GENERALI DELLO STRUMENTO	
<i>obiettivi generali</i>	<ul style="list-style-type: none">• definire lo stato di salute della persona nella sua complessità• fornire indicazioni per la costruzione di un piano assistenziale individualizzato (PAI)• orientare la risposta infermieristica e riabilitativa verso l'appropriatezza di soddisfacimento dei bisogni specifici (profili di bisogno)
<i>versioni scheda</i>	essenziale - completa
<i>struttura scheda</i>	<ul style="list-style-type: none">• testata<ul style="list-style-type: none">- anagrafica- condizione abitativa- rete di aiuti- diagnosi mediche- valutazione• corpo della scheda<ul style="list-style-type: none">- sezioni → aree funzionali- sottosezioni → funzioni o trattamenti- item

Obiettivi e struttura Val.Graf. - 2

REQUISITI GENERALI DELLO STRUMENTO - *continua*

titoli delle sezioni

1. ATTIVITÀ QUOTIDIANE
2. COMUNICAZIONE
3. MOBILITÀ
4. ATTIVITÀ STRUMENTALI
5. ASPETTI COGNITIVI
6. ASPETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI
7. SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, USCITE, ATTIVITÀ RICREATIVE E UTILI
8. PROBLEMI ASSISTENZIALI, BISOGNO DI SORVEGLIANZA
9. SINTOMI/SEGNI/STATI MORBOSI PARTICOLARI ED INTERVENTI EFFETTUATI
10. CARICO ASSISTENZIALE DEL FAMILIARE CHE ASSISTE MAGGIORMENTE

Obiettivi e struttura Val.Graf. - 5

REQUISITI GENERALI DELLO STRUMENTO - <i>continua</i>	
<i>procedure</i>	<ul style="list-style-type: none">• ATTENZIONE! quando si valuta un assistito, in caso di indecisione, si deve selezionare il livello di maggiore dipendenza
<i>prodotti</i>	<ul style="list-style-type: none">• indicatori<ul style="list-style-type: none">- ADL (Barthel, Katz e RUG)- IADL- Pain Scale- Norton- CPS (Cognitive Performance Scale)- DRS (Disability Rating Scale - coscienza e comunicazione)- RUG III- RSS (Relative's Stress Scale)• output<ul style="list-style-type: none">- PAI- rete di aiuti- profili di bisogno

Coop Sociale e di Lavoro OSA	MODULO DI REGISTRAZIONE		Identificazione modulo: MCR-05-01
	INIZIO ATTIVAZIONE ASSISTENZA		Numero pagina: 1/1
SISTEMA QUALITA'	Procedura di riferimento: EROGAZIONE DEL SERVIZIO Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)		N° Revisione: 00

nr. 0024

8. Apr. 2010 11:44 * osa latina

Cognome Nome	Via, numero, scala, interno e nome al citofono	Telefoni	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Z	Tempo	Pres		
			Prelevi venosi	Medicazioni decubiti	Medic. ulcere venose	Medic. di altro tipo	Pendaggi	Prevenzione decubiti	Terapia inalatoria	Infiltroterapia	Educazione sanitaria	Sost. cateteri	Lavaggi vescicali	Rilievi preteori	Cure igieniche	Bagno a letto e in vasca	Sost. placche ortopediche	Clisteri	Glicemia con reattivi	Flebotomi	Altro	Deambulazione assistita	Trasfusione	Fisioterapia	Minuti	Giorni		
1																												
Diagnosi e principali note cliniche			Medico di famiglia																				Anno di nascita					
Diagnosi e principali note cliniche																												
2																												
Diagnosi e principali note cliniche			Medico di famiglia																				Anno di nascita					
Diagnosi e principali note cliniche																												

Operatore

Data di invio

Firma CAD

OSA per accettazione

8 7 Mon

ESSERE CLINICAMENTE STABILI

- la valutazione degli item fa riferimento agli ULTIMI 60 GIORNI -

8 7 1

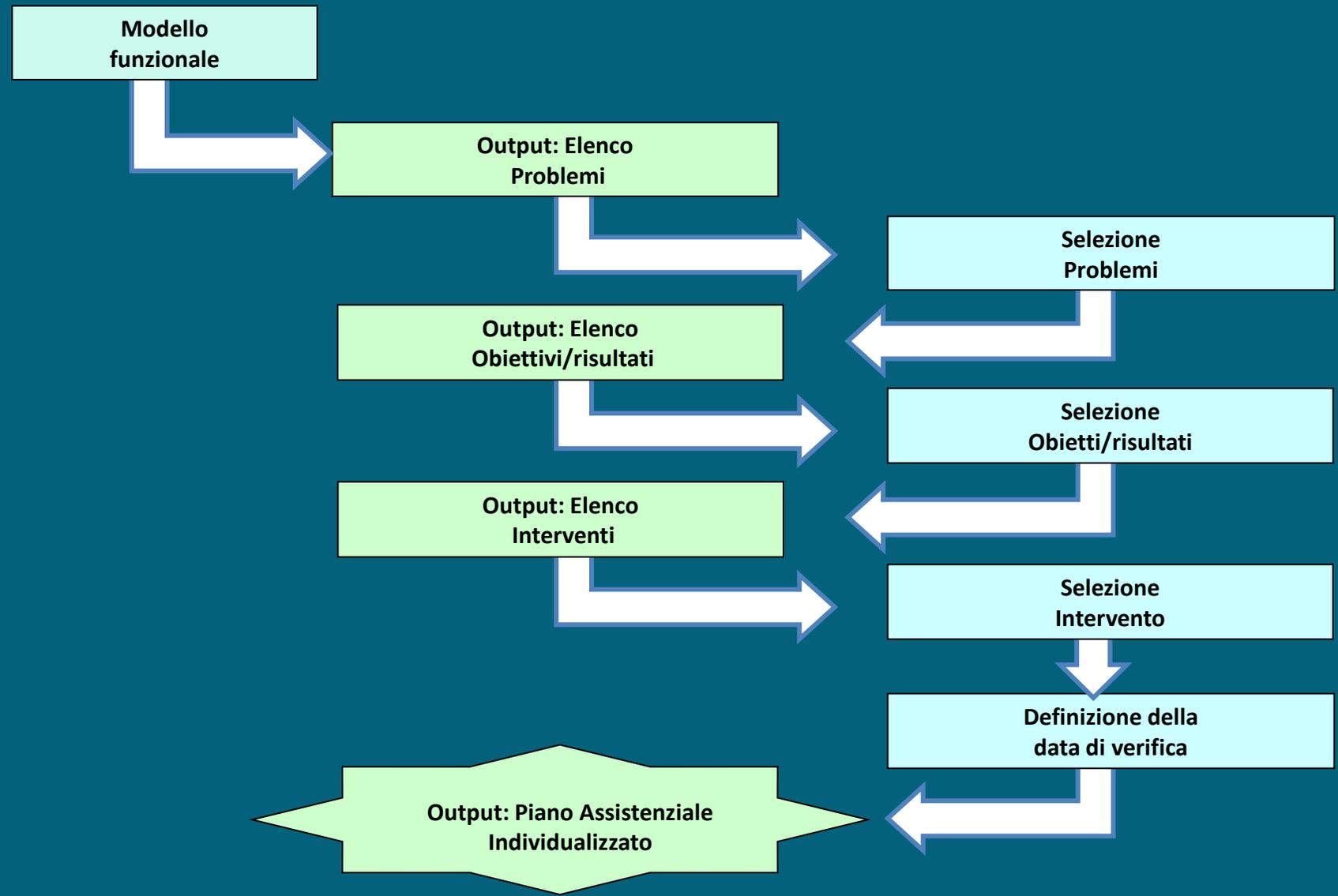
Scala di stabilità/instabilità clinica

(preferibilmente a cura del medico)

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
A						
B						
C						
D						
E						
F						

- A. Stabile:** senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli > 60 giorni
- B. Moderatamente stabile:** con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di 30-60 giorni
- C. Moderatamente instabile:** con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
- D. Instabile:** con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico, presumibilmente una o più volte/settimana, ma non quotidiano
- E. Molto instabile:** con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano
- F. Acuzie:** con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano

La VMD Val.Graf.: output PAI



PAI: i modelli funzionali

1. respirazione/circolazione
2. nutrizione/idratazione
3. eliminazione
4. igiene/integrità della cute
5. mobilità
6. sicurezza
7. dolore
8. cognitività/umore/comportamento
9. riposo/sonno
10. comunicazione/relazione

PAI: gli obiettivi

3 tipologie

1. **item**
2. **indicatore** (CPS, DRS, scala dolore)
3. **testo** (con o senza valori inseribili dall'operatore)

PAI: gli obiettivi

Esempio tipologia “item”

Problema: Incontinenza fecale

Obiettivo: Item 1.5.1

- a. Nessun problema
- b. Incontinenza occasionale o stomia di cui si può occupare da solo o irregolarità alvo
- c. Incontinenza occasionale e non sa pulirsi da solo
- d. **Incontinenza fecale più frequente o bisogno di aiuto per stomia**
- e. Incontinenza abituale

PAI: gli obiettivi

Esempio tipologia “indicatore”

Problema: Dolore

Obiettivo: Punteggio Pain Scale

0 = Dolore Assente

1 = Dolore Lieve

→ 2 = Dolore Moderato

3 = Dolore Severo

PAI: gli obiettivi

Esempio tipologia “testo”

Problema: Nutrizione inferiore al fabbisogno

Obiettivo:

- la persona aumenterà il peso corporeo
→ (da kg. ... a kg)
- la persona manterrà il peso corporeo attuale

PAI: gli interventi

Qualificativi degli interventi

1. monitorare
2. educare
3. stimolare
4. supportare
5. eseguire

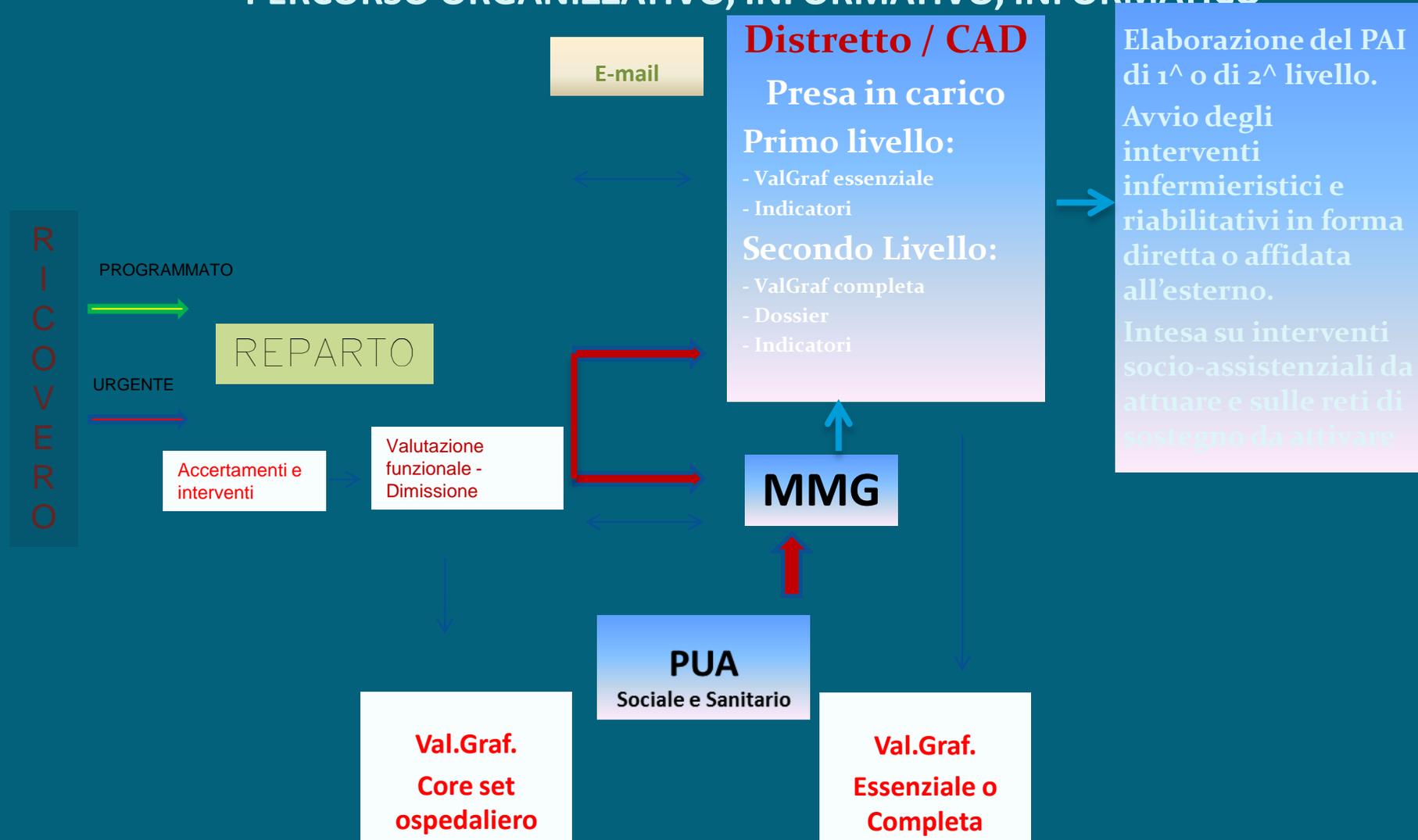
PAI: gli interventi

Esempio interventi

Problema: Stipsi

1. educare la persona su dieta appropriata e assunzione di liquidi
2. stimolare l'assunzione di alimenti e liquidi appropriati
3. aiutare ad assumere alimenti e liquidi appropriati
4. alimentare e idratare la persona con alimenti e liquidi appropriati
5. stimolare con glicerina
6. somministrare lassativi su prescrizione medica
7. effettuare clistere periodico
8. rimuovere manualmente le feci
9. monitorare le evacuazioni

PERCORSO ORGANIZZATIVO, INFORMATIVO, INFORMATICO



Valutazioni Multidimensionali con Val.Graf effettuate dal 1.5.2012 al 31.12.2012

- Pop.> 65 aa. Distretto 1 Distretto 2 Distretto 3 Distretto 4 Distretto 5
100.719 18.686 27.870 10.909 19.189 24.065
- Val.Graf. 558 831 324 570 717
(3000)

Grazie per
l'attenzione!