



TITOLO	Valutazione Multidimensionale
Tipologia Documento	Procedura operativa
Dipartimento / Struttura	Fragilità e percorsi ospedale - territorio
Numero Codice	QD_ENT_202311_2708
Area Specialistica	123 Processi e Servizi Territoriali



Redatto da	Verificato da	Approvato da
<p>Coordinatore Gruppo di Lavoro</p> <p>Responsabile SS Coordinamento e Integrazione Territoriale Dott.ssa Marina Casati</p>	<p>Sistema Gestione Qualità (SGQ)</p>	<p>Direttore Socio Sanitario ASST Brianza Guido Grignaffini</p> <p>Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Carate Brianza Patrizia Lissoni</p> <p>Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Desio Simone Gargiulo</p> <p>Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Monza Laura Varisco</p> <p>Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Seregno Marco Boffi</p> <p>Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Vimercate Giacomo Biffi</p>

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	1 di 13



Storia delle modifiche al documento

Data	Numero revisione	Descrizione delle modifiche
24/11/2023	00	Prima emissione

Gruppo di lavoro

Nome	Ruolo	Struttura
Marina Casati	Coordinatore Gruppo di Lavoro Dirigente Psicologo - Responsabile	SS Coordinamento e Integrazione Territoriale ASST Brianza
Barbara Bronzino	Dirigente Medico - Responsabile	SS Fragilità e Percorsi Ospedale - Territorio ASST Brianza
Sabina Aloe	Dirigente Medico - Referente	SD Valutazione Multidimensionale e ADI ASST Brianza
Clorinda Galluzzo	Assistente Sociale	Casa di Comunità Giussano - Distretto di Seregno - ASST Brianza
Tecla Superti	Assistente Sociale	SS Fragilità e Percorsi Ospedale - Territorio ASST Brianza
Patrizia Corti	Coordinatore infermieristico	SS Fragilità e Percorsi Ospedale - Territorio ASST Brianza
Anna Mantegazza	Referente Infermieristico	SD Valutazione Multidimensionale e ADI ASST Brianza
Veronica Borroni	Capo Settore	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Carate Brianza
Williams Scaltriti	Referente	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Carate Brianza
Giusi Beretta	Referente	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Desio
Ilaria Paleari	Referente	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Vimercate

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	2 di 13



Indice

INTRODUZIONE.....	4
SCOPO.....	4
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	4
ACRONIMI, ABBREVIAZIONI, TERMINI E DEFINIZIONI.....	6
L'ÉQUIPE di VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (EVM)	8
COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE	8
LE FUNZIONI	8
LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	9
ATTIVAZIONE	9
ACCOGLIENZA / ACCETTAZIONE.....	10
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	11
PIANIFICAZIONE.....	11
ATTUAZIONE DEL PIANO DI CURA	12
VERIFICA DEL PIANO DI CURA.....	12
REVISIONE PERIODICA DELLA PROCEDURA.....	12
APPENDICE: TABELLA SINOTTICA LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) E LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali).....	13

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	3 di 13



INTRODUZIONE

Nello scenario attuale le politiche di intervento a favore delle persone fragili o con disabilità/non autosufficienza e delle loro famiglie spingono sempre più ad orientare il focus dalla dimensione di “cura e protezione” al tema della “inclusione e delle scelte”, superando il concetto del “curare” a favore del “prendersi cura della persona migliorandone il funzionamento”. La presa in carico della persona fragile attraverso il processo della Valutazione Multidimensionale (VMD) assume quindi un ruolo indispensabile per superare la frammentazione delle risposte e la scomposizione dei percorsi di “cura”, nel rispetto del principio di centralità della persona e delle sue scelte, in un’ottica anche di una riduzione degli interventi inappropriati e di un corretto utilizzo delle risorse.

La VMD rappresenta la premessa del Progetto Individualizzato (PI) inteso come un’azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti, in grado di supportare il progetto di vita della persona fragile o con disabilità e la sua inclusione, redatto con la sua diretta partecipazione o quella di chi lo rappresenta. La VMD è un processo di analisi dei bisogni della persona, nelle varie dimensioni bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale, che si focalizza su funzioni e strutture corporee, limitazioni, partecipazione, aspirazioni e ambiente inteso nella sua accezione più ampia. È il contesto in cui viene fatta sintesi dei bisogni emersi, viene delineato il livello di non autosufficienza dell’assistito, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e pianificati gli interventi da attuare.

L’esito di questo processo si traduce nella predisposizione di un Progetto Individualizzato che deve essere “flessibile”, periodicamente rivalutato e aggiornato sulla base dei mutamenti dello stato bio-psico-sociale della persona.

SCOPO

Il presente documento definisce il processo della Valutazione Multidimensionale nonché delle sue modalità di gestione, differenziando, all’interno del processo, i ruoli del Punto Unico di Accesso della Casa di Comunità (PUA), della SS Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio (Est e Ovest), dei Comuni e degli Uffici di Piano (UdP).

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica a tutte le strutture territoriali di ASST Brianza, in particolare ai PUA delle Case di Comunità di ASST Brianza e alla SS Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio (Est e Ovest), ai Comuni e agli Ambiti del territorio della Provincia di Monza e Brianza.

I destinatari degli interventi sono le persone residenti nei Comuni degli Ambiti del territorio della Provincia di Monza e Brianza, che necessitano di orientamento o di un’analisi di un bisogno semplice o complesso.

RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- D. Lgs 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- DPCM 14/02/2001, “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	4 di 13



- Legge 112/2016, "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" (cosiddetta "Dopo di noi");
- DPCM 12/01/2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- L. 33/2017 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali";
- D. Lgs 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà";
- DPCM 21/11/2019, "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021";
- Deliberazione n.203/2019 ATS Brianza: "Documento per l'integrazione dell'area sociosanitaria con quella sociale ai sensi della DGR n.1046 / 2018".
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023;
- L. 234/2021 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024";
- DM 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".
- Piano Non Autosufficienza 2022-2024;
- DGR 6218/22, "Piano regionale Dopo di Noi. Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave. Risorse annualità 2021"
- DGR 6760/2022: Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale".
- DGR 6867/2022 Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", dal DM 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare».
- DGR 7751/2022 «Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024. FNA 2022-esercizio 2023».
- Legge Regionale n.25 del 6 dicembre 2022 "Politiche di Welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità".

Si precisa, inoltre, che il presente Documento tiene conto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali di cui all' Appendice "Tabella sinottica LEA e LEPS relative a PUA, EVM e PI" e fa riferimento alla seguente documentazione / modulistica in uso presso ASST Brianza e/o Ambiti Territoriali Sociali della Provincia di Monza e Brianza:

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	5 di 13



Documenti:

Documenti trasversali:

Valutazione Multidimensionale – MODULISTICA (QD_ENT_202311_2712)

- Scheda Verbale EVM
- Scheda Sanitaria di Analisi Preliminare
- Scheda ADL
- Scheda IADL
- Scheda ICF
- Scheda Sociale di Analisi Preliminare
- Verbale EVM
- Progetto Individualizzato
- Modalità di accesso alla VMD e riferimenti degli Ambiti Territoriali Sociali
- Scheda Unica Triage

Documenti ASST Brianza

- Modulo Privacy (QD_ENT_201810_281)
- Modulo Privacy Integrazione (QD_ENT_201810_286)
- Informativa per il trattamento dei dati personali (Poster)
- Modalità di richiesta di Valutazione Multidimensionale (VMD) e riferimenti di ASST Brianza (IO 2709) QD_ENT_202311_2709

Documenti Ambiti Territoriali Sociali

- Informativa Privacy EVM – Comune Brugherio
- Informativa Privacy EVM – Ambito Carate Brianza
- Informativa Privacy EVM – Ambito Desio
- Informativa Privacy EVM – Comune Monza
- Informativa Privacy EVM – Ambito Seregno
- Informativa Privacy EVM – Comune Villasanta
- Informativa Privacy EVM – Ambito Vimercate

ACRONIMI, ABBREVIAZIONI, TERMINI E DEFINIZIONI

Acronimo	Definizione
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
CdC	Casa di Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
ETS	Enti del Terzo Settore
EVM	Equipe di valutazione multidimensionale
FNA	Fondo Non Autosufficienza
ICF	The International Classification of Functioning
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
MMG	Medici di Medicina Generale
OdC	Ospedale di Comunità

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	6 di 13



PI	Progetto Individualizzato
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	Punto Unico di Accesso della Casa di Comunità
SD	Struttura Distrettuale
SS	Struttura Semplice
UdP	Ufficio di Piano
VMD	Valutazione Multidimensionale

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	7 di 13

L'ÉQUIPE di VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (EVM)

COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE

Le componenti “minime” per la definizione di una Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) sono rappresentate dalle seguenti figure:

- Infermiere / IFeC CdC o SS Fragilità;
- Assistente Sociale CdC o SS Fragilità;
- Assistente Sociale ed eventuali altre figure del Comune di residenza;
- Referente degli Uffici di Piano (ove previsto).

Possono essere integrate da:

- MMG/PLS;
- Specialisti di ASST Brianza;
- Operatori di Enti del Terzo Settore;
- Operatori del Centro Territoriale per la Vita Autonoma e Indipendente;
- Operatori delle UO SS o Sociali;
- La persona interessata e/o suoi familiari/curatori.

Si pone in evidenza che il MMG / PLS, anche nel caso in cui non sia coinvolto direttamente nell'EVM, viene sempre informato dell'avvio del processo valutativo e dei suoi esiti.

In merito al coinvolgimento nell'EVM degli operatori di ASST Brianza, si specifica che il PUA si rivolge ad utenti in grado di accedere alla Casa di Comunità (CdC), mentre la SS di Fragilità si rivolge ai soggetti intrasportabili.

Si precisa, inoltre, che per “*intrasportabilità*” si fa riferimento ad una situazione in cui il trasporto comporti un grave rischio per l'incolumità dell'utente e la sua salute, oppure a situazioni in cui sussistano importanti difficoltà logistiche o sia impossibile l'accesso con i comuni mezzi.

Un altro fattore dirimente è costituito dalle specifiche proprie della SS Fragilità, ovvero Misure Regionali specifiche, Cure Domiciliari, Dimissioni Ospedaliere difficili, ecc., secondo quanto previsto dalla Istruzione Operativa “Modalità di richiesta di VMD e riferimenti ASST Brianza”- 2709.

LE FUNZIONI

L'EVM:

- Effettua la Valutazione Multidimensionale utilizzando strumenti validati che permettono di individuare i bisogni clinici e socio-assistenziali;
- Elabora il Progetto Individualizzato sulla base degli esiti della Valutazione Multidimensionale, tenendo in considerazione sia le abilità e capacità residue della persona, sia le sue aspettative in tutte le dimensioni del vivere quotidiano;
- Individua il Case Manager;
- Compone il budget di Progetto;
- Definisce i tempi e le modalità per la verifica e l'aggiornamento del Progetto Individualizzato (PI).

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	8 di 13

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

ATTIVAZIONE

Si accede alla Valutazione Multidimensionale tramite i **PUA** delle Case di Comunità, le articolazioni territoriali della **Struttura Semplice Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio della ASST Brianza** e gli **Sportelli Comunali**.

Il **PUA** ha la sua sede operativa all'interno delle CdC, strutture sociosanitarie di prossimità del Servizio Sanitario Regionale distribuite sul territorio. Esso costituisce uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria che risponde ai bisogni di salute delle persone, in particolare di quelle più fragili e vulnerabili.

Nel PUA operano Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e Assistenti Sociali; il paziente o il *caregiver* può accedervi anche spontaneamente. Presso il PUA vengono offerte attività di orientamento e accompagnamento nella rete dei Servizi e viene effettuata una prima valutazione dei bisogni della persona e definito l'eventuale invio all'EVM.

La **SS Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio** è un Servizio trasversale ai Distretti di appartenenza. Si occupa di garantire:

- Le attività finalizzate alla presa in carico dei singoli soggetti fragili/disabili e delle loro famiglie, attraverso la figura del Case Manager (punto di riferimento e di raccordo tra tutti gli attori della rete);
- Le attività di informazione, valutazione, presa in carico per settori specifici, quali Misura B1 per pazienti con gravissima disabilità, Residenzialità Assistita, Stati Vegetativi e procedure per ricoveri fuori-Regione;
- L'attività di integrazione sociosanitaria a diversi livelli: istituzionale (tra ATS/ASST/Ambiti), gestionale (tra diversi Servizi) e professionale (tra diversi profili), nel caso di progettualità quali Misura B2, Dopo di Noi, Progetti PNRR, PI legge 328/00;
- Le attività di informazione e di valutazione per l'attivazione delle Cure Domiciliari.
- Il percorso di accompagnamento e la presa in carico del paziente con dimissione difficile, in un'ottica di continuità-integrazione ospedale-territorio (COT, PUA, CdC e OdC).

I **Servizi Sociali territoriali** si occupano di:

- Presa in carico e monitoraggio delle persone in condizione di disabilità/fragilità che necessitino di interventi assistenziali di natura sociale;
- Attività di informazione ed orientamento nella rete dei servizi, anche in merito alle diverse misure previste a sostegno delle varie tipologie di percorsi esistenziali.

I processi vengono avviati e gestiti dalle assistenti sociali comunali, che svolgono il ruolo di "Case Manager". Le stesse attivano eventuali progetti, servizi o interventi sociali; si coordinano con l'azione dei servizi sociosanitari, sanitari e degli Enti del Terzo Settore (ETS); monitorano e valutano periodicamente le situazioni.

È prevista anche l'attivazione di Sportelli di vicinanza (o di "prossimità") che verranno costituiti nei singoli Comuni.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	9 di 13

L'Ufficio di Piano (UdP) si occupa di:

- Convocare la VMD richiesta dall'assistente sociale o dal cittadino, invitando ad essa sia i referenti di ASST che gli eventuali operatori del Terzo settore già coinvolti nel Progetto Individualizzato della persona in carico ai servizi;
- Partecipare alla VMD, in collaborazione con i Servizi Sociali comunali, per elaborare il Progetto Individualizzato, al fine di garantire l'attuazione delle Misure previste dalla legge;
- Mantenere i rapporti con il Case Manager, per attuare il monitoraggio periodico relativo all'attuazione del PI e alla rendicontazione economica in capo all'Ufficio di Piano.

Si precisa che per l'Ambito Territoriale di Monza tali attività non vengono svolte dall'UdP, ma direttamente dal Servizio Sociale Comunale referente del caso.

ACCOGLIENZA / ACCETTAZIONE

La fase di accoglienza / accettazione prende avvio dalla richiesta inoltrata dai Servizi o espressa direttamente dall'utente/familiare ed è a carico del Servizio che la riceve.

La lettura e la decodifica del bisogno avvengono attraverso la raccolta di informazioni e di documentazione sociosanitaria e la compilazione della **Scheda Unica di Triage** (Vedi Modulistica 2712), che ha la funzione di identificare rapidamente il *setting* più adeguato. Il Servizio di accoglienza ha cura di raccogliere anche il consenso al trattamento dei dati personali. (Vedi Modulistica Privacy).

La fase di accoglienza può esitare:

- nell'orientamento;
- nell'accompagnamento all'attivazione e/o segnalazione ad altro Servizio;
- nella valutazione socio sanitaria monoprofessionale o multiprofessionale interna ai servizi ASST;
- nella valutazione sociale monoprofessionale o multiprofessionale interna ai Servizi Comunali;
- nella Valutazione Multidimensionale Integrata che, in fase di prima applicazione, viene riservata alle situazioni complesse (individuate con riferimento alla Scheda Unica di Triage con punteggio ≥ 8 o punteggio ≥ 3 negli item sociali) o con richiesta esplicita da parte del beneficiario (o famiglia/curatore) o dei Servizi.

Nel caso in cui un Servizio ritenga necessaria una Valutazione Multidimensionale Integrata procederà con l'invio della **Scheda di Segnalazione EVM** (Vedi Modulistica 2712) all'indirizzo email pertinente per Distretto o Ambito di appartenenza.

La segnalazione per la richiesta di EVM può essere fatta all'Ufficio di Piano (per l'Ambito Territoriale di Monza al referente individuato da ciascun Comune), al PUA della Casa di Comunità o al Servizio Fragilità di ASST Brianza dal singolo cittadino, dal MMG / PLS, dal Servizio Dimissioni Protette (tramite la COT), dai Servizi Sociali.

L'attivazione dell'EVM è da intendersi come reciproca, può quindi avvenire alternativamente da parte di tutti gli "attori" secondo quanto previsto dalla Istruzione Operativa "Modalità di richiesta di VMD e riferimenti ASST Brianza" - 2709 e "Modalità di accesso alla VMD e riferimenti degli Ambiti Territoriali Sociali" - 2712.

Nel tempo che intercorre tra la richiesta di Valutazione Multidimensionale Integrata e l'effettiva convocazione dell'EVM, i Servizi coinvolti raccoglieranno la documentazione necessaria per la valutazione

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	10 di 13

ed effettueranno eventuali ulteriori accertamenti, giungendo ad una prima condivisione dei dati, propedeutica al momento della Valutazione Multidimensionale.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

La VMD è un processo globale e dinamico che permette di valutare la persona nella sua complessità/fragilità e nelle sue dimensioni (secondo il modello bio-psico-sociale), in un *continuum* temporale che abbraccia l'intero ciclo di vita.

All'interno dell'EVM viene individuato il Case Manager che può essere un professionista sanitario o sociale, a seconda della prevalenza del bisogno presentato dall'utente o della specifica Misura richiesta; il Case Manager costituirà il riferimento per la persona presa in carico e la sua famiglia.

La VMD, effettuata attraverso l'utilizzo di **scale validate** (Scheda Unica di Triage, InterRai/Home care, ICF, scale specifiche, ADL/IADL, ecc.), in relazione allo specifico bisogno evidenziato, permette di profilare e individuare i bisogni clinici, assistenziali e di sostegno mettendoli in relazione alle aspettative della persona e della famiglia e nel rispetto delle risorse disponibili.

Assume una funzione propedeutica all'elaborazione del Progetto Individualizzato (PI), secondo i principi di appropriatezza, continuità assistenziale e proattività della presa in carico.

I Servizi di riferimento si preparano all'EVM raccogliendo le informazioni ritenute più appropriate e compilando la **Scheda Sanitaria di Analisi Preliminare**, comprensiva di **scale ADL/IADL** e **scheda ICF** e la **Scheda Sociale di Analisi Preliminare** (Vedi Modulistica 2712)

La convocazione dell'EVM deve avvenire entro 30 giorni dall'accoglienza della domanda; è previsto, di norma, che la stesura del PI avvenga entro 60 giorni dal primo incontro EVM.

Dell'esito EVM si dà atto con la compilazione del **Verbale di EVM** (Vedi Modulistica 2712) **da parte di ASST**: il verbale deve riportare le firme di tutti i professionisti presenti all'EVM e l'esito della valutazione, oltre alla dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi di coloro che vi hanno partecipato.

I verbali e la valutazione raccolgono gli elementi propedeutici alla stesura del PI, che viene redatto dal Case Manager in accordo con l'Équipe.

PIANIFICAZIONE

Il **Progetto Individualizzato (PI)** (Vedi Modulistica 2712) condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, costituisce la cornice entro la quale si collocano tutti gli interventi e vengono declinati tutti i sostegni e tutte le risorse in una logica di budget di progetto funzionale ad una reale presa in carico integrata.

Il PI costituisce quindi un progetto personalizzato e partecipato estremamente dinamico, i cui esiti attesi devono tradursi per la persona in un miglioramento della qualità di vita, nella riduzione della condizione di bisogno, nella garanzia di accesso ai diritti, nella percezione di vivere una vita "di qualità" e nel rafforzamento della sua partecipazione alla vita di comunità.

Il PI assume gli obiettivi definiti dalla VMD, articolandosi nei diversi domini di vita che rappresentano l'espressione dei macro-bisogni e riflettono le attese della persona e della sua famiglia nelle seguenti aree:

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	11 di 13

- Salute (interventi sanitari, sociosanitari e sociali);
- Istruzione/formazione;
- Occupazione;
- Mobilità;
- Abitazione;
- Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità).

La pianificazione ha il fine di facilitare il raccordo e il coordinamento degli interventi e delle risorse professionali ed economiche funzionali ad una presa in carico globale e deve contemplare:

- L'esito della Valutazione Multidimensionale della persona, con la definizione degli elementi che identificano la condizione di fragilità;
- La declinazione dei vari interventi e servizi già in atto o da attivare;
- I vari Enti e/o Servizi coinvolti nel PI;
- La descrizione degli obiettivi raggiungibili/percorribili dai vari Enti e/o Servizi distinti in breve, medio e lungo termine;
- Gli interventi, i tempi, gli attori, gli indicatori e le successive verifiche per ogni obiettivo declinato.

Il Progetto Individualizzato viene sottoscritto da ogni componente dell'EVM e dalla persona interessata, da un suo rappresentante legale o da un suo familiare, a seguito dell'incontro di restituzione del percorso valutativo svolto. In caso di mancata sottoscrizione si condividono le motivazioni e, se possibile, si rivede la pianificazione con stesura di nuovo progetto o si acquisisce il diniego.

ATTUAZIONE DEL PIANO DI CURA

Gli obiettivi declinati in fase di pianificazione devono essere chiari, condivisi e misurabili. A seconda dell'arco temporale si distinguono in:

- obiettivi a breve termine: indicativamente entro sei mesi
- obiettivi a medio termine: indicativamente entro dodici mesi
- obiettivi a lungo termine: indicativamente entro ventiquattro mesi

VERIFICA DEL PIANO DI CURA

La fase di attuazione include una valutazione periodica del raggiungimento degli obiettivi, nel rispetto dei tempi e degli indicatori definiti in fase di pianificazione. La verifica può esitare:

- in una ridefinizione del Progetto nel caso subentri una modifica delle condizioni cliniche, degli obiettivi, degli indicatori e dei tempi indicati, ma sostenibili all'interno della progettualità già in essere;
- in una nuova rivalutazione multidimensionale nel caso di modifica del contesto familiare, delle risorse umane/economiche e della necessità di un setting diverso;
- nella chiusura del progetto.

REVISIONE PERIODICA DELLA PROCEDURA

Il presente documento sarà oggetto di revisione e rivalutazione da parte di tutti i firmatari entro tre anni dalla sua effettiva applicazione.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	12 di 13

APPENDICE: TABELLA SINOTTICA LEA (LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA) E LEPS (LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI) DELLE MODALITÀ GESTIONALI E OPERATIVE RELATIVE AI PUA, ALLE EVM E AI PI

Modalità gestionali e Operative	L. 234/22	DPCM 12/01/2017
Punti unici d'accesso	L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».	Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
Valutazione multidimensionale	Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità biopsico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessari	Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del « Progetto di assistenza individuale »
Equipe multidisciplinari	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.
Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)	L'equipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.	Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico - riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione multidimensionale (PO 2708)	24/11/2023	00	13 di 13