

DSM DP

AUSL ROMAGNA

PROCEDURA
SPERIMENTALE
LUGLIO 2017- GENNAIO 2018

PARI

PROGRAMMA ACCORDO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO

e

BDS

BUDGET DI SALUTE

INDICE

1. OGGETTO/SCOPO	3
1.1. OGGETTO	3
1.2. SCOPO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	3
4. DESCRIZIONE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	4
4.1. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	5
4.2. CRITERI DI ELEGGIBILITA'	5
4.3. FASI DEL PERCORSO PARI E BDS	6
4.4. ATTRIB. E DEFINIZ. COMPETENZE UVM	6
4.5. COSTI E RISORSE ECONOMICHE	7
5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	7
6. DOCUMENTI ALLEGATI\COLLEGATI	
7. MODALITA' DI VERIFICA E CONTROLLO	8
7.1. ELENCO RIASSUNTIVO DEGLI INDICATORI ..	8
8. LISTA DI DISTRIBUZIONE	8

1. OGGETTO/SCOPO

1.1. OGGETTO

La presente procedura del concerne forma e contenuto del Programma Accordo Individualizzato PARI, al fine di garantirne la coerenza con la metodologia Budget di Salute BDS.

1.2. SCOPO

La Regione Emilia Romagna nel 2012 ha avviato la sperimentazione del modello “Budget di Salute” in alcuni Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche¹.

Il modello del Budget di Salute prevede la formulazione di specifici “ Progetti riabilitativi assistenziali individualizzati – detti “Programma Accordo Riabilitativo Individualizzato” (PARI) al fine di innescare un processo volto a restituire un funzionamento sociale condiviso e sostenibile per le persone con disabilità psichica.

I PARI sono elaborati e condivisi nelle UVM secondo i principi dell'integrazione socio-sanitaria con EELL, Utente, Famiglie, MMG, Associazioni e Partner del Privato accreditato e come descritto nelle pagine seguenti.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica a tutte le Unità Operative del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell' AUSL della Romagna.

3. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

CSM	Centro di Salute Mentale
BDS	Budget di Salute
EELL	Enti Locali
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare
PTRI	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
PARI	Progetto Accordo Riabilitativo Integrato
NV	Nucleo di Valutazione
PASS	Punto Accesso Socio Sanitario
UOC	Unità Operativa Complessa
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
MCQ	Miglioramento Continuo Qualità
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
CD	Centro Diurno
OSS	Operatore Socio Sanitario
QDV	Scala Italiana di valutazione della Qualità di Vita
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
HoNOS-Roma	Health of the Nation Outcome Scales –Roma
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life

¹ Successivamente, nel GPG 2013/460 “Piano attuativo salute mentale superamento ex OO.PP.” e DGR 1554/2015, ha assegnato specifiche risorse per l'estensione dell'applicazione di tale progetto a tutti i Centri di Salute Mentale.

4. DESCRIZIONE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

Il BDS si realizza nel definire le risorse necessarie alla attuazione di un Programma Accordo Riabilitativo Individualizzato (PARI). Quest'ultimo si concretizza nella Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) sulla base del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) elaborato dalle Equipe del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche referenti cliniche della persona.

Il BDS è metodologia e strumento per programmare e sostenere un percorso di riabilitazione ed integrazione sociale per persone portatrici di bisogni complessi legati ad una disabilità (disagio) psichica/o grave al fine di migliorare, in un'ottica di recovery, la salute, il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona nella vita della comunità. Ciò si può realizzare mediante l'attivazione di percorsi evolutivi in una ottica di integrazione con tutte le risorse della comunità sia istituzionali che non istituzionali.

Alla elaborazione del PTRI sono chiamate le equipe delle UO CSM e UO DP. Le diverse figure professionali delle equipe ognuno per le proprie competenze professionali concorrono alla stesura del PTRI avvalendosi anche delle informazioni, opportunità e risorse proposte dall' Area della Riabilitazione (UOC, UOS o Aree Alta Specialità Riabilitazione).

Relativamente ad obiettivi del PTRI che necessitano di attivare risorse sociali, occorre tener conto in via preventiva dei limiti/disponibilità manifestate dall'Ente Locale di riferimento per l'utente, per agevolare la successiva elaborazione del PARI.

Resta comunque fermo il presupposto, nell'ottica della integrazione socio-sanitaria, che il PTRI, viene presentato in UVM allo scopo di provvedere alla integrazione operativa tra il sistema di cura ed il sistema di comunità per un utilizzo e ottimizzazione razionale delle risorse necessarie al percorso riabilitativo della persona all'interno del proprio contesto di vita, familiare e comunitario, favorendo anche la partecipazione attiva al percorso riabilitativo del destinatario del progetto coerentemente ai principi di Recovery e responsabilizzazione del proprio percorso di cura.

La discussione, analisi e condivisione del PTRI viene svolta nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in ottemperanza alla specifica procedura UVM.

Successivamente ed in ambito UVM, la realizzazione e stesura del PROGETTO ACCORDO RIABILITATIVO INTEGRATO - PARI – documenta, definisce e riporta - in termini di co-progettazione, co-responsabilizzazione, co-gestione e compartecipazione economica - gli obiettivi e le azioni necessarie alla risposta ai bisogni espressi considerando in particolare le aree: casa, lavoro e affettività/socialità.

Alla realizzazione della scheda di progetto PARI sono tenuti a partecipare in UVM , gli utenti, i loro famigliari, le Agenzie Sanitarie, gli Enti Locali (Comuni tramite Unione dei Comuni o Servizi Sociali), le Agenzie del Territorio, le Cooperative/Imprese Sociali, le Associazioni di Volontariato MMG e quant'altri portatori di interesse.

La scheda PARI, sia clinicamente che amministrativamente, definisce attraverso la sottoscrizione autografa, l'accettazione del Percorso Riabilitativo, degli impegni, il coinvolgimento attivo e costante della persona, della famiglia e le responsabilità di tutti gli attori istituzionali e non istituzionali necessari al raggiungimento degli obiettivi individuati al fine di:

- Attivare percorsi condivisi di Integrazione Socio Sanitaria con EELL per una risposta efficace ed efficiente alle necessità dell'utente attraverso il miglioramento continuo dell'offerta riabilitativa;

- Prevenire la crisi, rispondere ai bisogni sociali e riabilitativi in un'ottica *all-comprehensive*;
- Implementare l'accordo terapeutico condiviso con l'utente e la famiglia
- Garantire Flessibilità della risposta ai bisogni individuali;
- Favorire Attività programmata e individualizzata di riabilitazione e supporto sociale integrato nel territorio;
- Mantenere le abilità dell'utente attraverso l'esercizio del diritto di cittadinanza, della responsabilizzazione e della partecipazione attiva al proprio percorso di cura e miglioramento;
- Supportare e sostenere nell'carico assistenziale le famiglie di utenti in cura al servizio favorendo la partecipazione attiva con coinvolgimento delle famiglie nei percorsi di cura e riabilitazione;
- Mantenere il contatto con la rete e il contesto di vita
- Ridistribuire e definire le responsabilità di cura ed assistenza e di partecipazione alla spesa

Obiettivi e azioni di formazione coerenti a quanto sopra, sono definiti annualmente sia nel Piano Aziendale Formazione del DSM-DP sia nel Piano di Formazione degli Operatori del Comparto dei Partners del Privato Sociale Accreditato e delle Associazioni.

4.1. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' INTERNE DEL DSMDP

U.O..... Ambito.....

Figure responsabili (Macro) Attività	Direttore DSMDP	Direttore UO	Resp. Di progetto	Resp Area Riabilitaz	Dirig Medico	Dirig Psicologo	Infer	Educ Comunità	Ass.S oc.	PASS
Predisposiz PTRI	I	I		C	R	C	C	C	C	
Attivazione UVM					C					R
Elaboraz PARI	I	C	C	C	R	C	C	C	C	I
Verifiche	I	I	R	C	C	C	C	C	C	I
Def Responsabile Progetto	I	R		C	C	C	C	C	C	I
Monitoraggio	I	C	R	C	C	C	C	C	C	I
Risorse BDS	I	R		C	C					

R= Responsabile
C= Collabora
I = Informato

4.2. CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Durante le prime fasi di applicazione al fine di evitare percorsi di vita disabilitanti ed escludenti sarà data priorità a:

- Primi ingressi ed esordi;
- Persone già in cura al CSM/DP con priorità per utenti giovani (18-25 anni);

- Persone che già usufruiscono di trattamento Residenziale o Semiresidenziale per un sostegno alla domiciliarità e all'abitare autonomo al fine della dimissione nella propria comunità di riferimento;
- Persone ad alto rischio di istituzionalizzazione e/o di ricoveri impropri in strutture ospedaliere o di inserimenti inefficaci o inutili in strutture residenziali sia sanitarie e socio-sanitarie;
- Conseguentemente alla valutazione di criticità o eccellenze dell'applicazione della presente procedura sarà valutata la possibilità di introduzione di ulteriori criteri di eleggibilità

4.3. FASI DEL PERCORSO PARI E BDS

I) Fasi preliminari svolte dall'equipe CSM:

- a) Individuazione delle persone con necessità di PTRI
- b) Assessment: mediante scale di valutazione (in particolare HONoS e WHOQOL) e mediante raccolta di valutazioni su:
 - 1) bisogni (individuali e familiari), funzionamento, risorse (individuali, familiari e sociali);
 - 2) risorse del sistema di cura rispetto ai bisogni individuali e familiari emersi;
 - 3) risorse del sistema di comunità rispetto ai bisogni individuali e familiari emersi;
- c) prima elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e compilazione, di massima, in tutte le sue parti

II) FASE di Attivazione

Per ciò che concerne le richieste UVM da parte delle UO del DSM-DP, il NV elabora la richiesta attivazione UVM inviandola al PASS (così come definita nella Procedura UVM coerentemente alle indicazioni regionali e locali).

III) FASE della Co produzione integrata del PARI

L'integrazione riguarda la definizione concordata di obiettivi, azioni e responsabilità

IV) FASE del Monitoraggio e della valutazione di Processo /Esiti degli obiettivi individuati

Coerentemente ai tempi e ai modi definiti in UVM

4.4. ATTRIBUZIONE E DEFINIZIONE COMPETENZE UVM

La gestione organizzativa delle UVM è in capo alla Direzione DSM-DP che provvede a quanto necessario e descritto nella Procedura UVM attraverso la definizione del PUNTO ACCESSO UVM DIPARTIMENTALE

Nell'UVM si procede come dettagliato nella Procedura UVM²

² Presentazione e Condivisione della scheda PTRI (allegato 1 alla presente procedura) ed in seguito:

- Co progettazione, condivisione e co responsabilizzazione, co-definizione della scheda PARI (allegato 2 alla presente procedura)
- Individuazione del Responsabile di Progetto,
- Definizione del Responsabile di Rete o Network Manager specifico
- Individuazione delle responsabilità specifiche di competenza tecnica, riabilitativa e amministrativa con tutte le parti interessate;
- Ottimizzazione/Compilazione e sottoscrizione autografa del documento PARI condiviso anche con l'utente che evidenzia:

Il BDS-PARI, di cui l'esito della definizione in UVM è parte integrante e necessaria, deve essere visionato e approvato dal Direttore CSM³.

4.5. COSTI E RISORSE ECONOMICHE

L'investimento economico varia secondo le necessità professionalmente e contestualmente espresse:

- azioni terapeutico riabilitative conseguenti
- bisogni sociali emersi e concordati
- le disponibilità del contesto

La rilevazione di azioni e bisogni, così come l'impiego di risorse eventuali messe a disposizione dall'utente e/o dalla famiglia sono sempre condizionate al pieno accordo del paziente e dei suoi famigliari, contestualmente allo svolgimento della UVM.

L'"intensità" (proporzionale alle risorse necessarie) del progetto, così come definita e contenuta nella scheda PARI è dipendente e in relazione con le risorse presenti o necessarie abilitanti e capacitanti per la persona.

Abilitanti in quanto efficaci nella acquisizione di competenze in grado di accrescere il funzionamento personale e sociale, capacitanti in relazione alla possibilità di sviluppare risorse personali, diminuendo la dipendenza dal contesto.

Qualora fosse coinvolto il Privato Sociale Accreditato in partnership con la AUSL della Romagna, si farà riferimento alle tariffe in essere (secondo le tipologie e quantificazioni definite nell'Accordo Quadro aziendale⁴).

Nella definizione del BDS- PARI, vanno evidenziati e sottoscritti gli impegni di spesa (se necessari) dei diversi attori coinvolti (AUSL- EELL- utente/familiari- altri ...) come descritti ed in coerenza alla normativa attuale (LEA, Accordi Regionali o Locali). Per questo la UVM prevede "componenti fissi" con autonomia o delega di firma degli impegni sottoscritti.

Va precisato che lo scopo prioritario di un percorso riabilitativo è di limitare nel tempo, la permanenza in strutture riabilitative sociosanitarie per un pronto e sostenibile rientro nella comunità, ridurre i sostegni attivi assistenziali di supporto erogati, sostituendoli con la personale e ragionevole capacità di autogestione degli utenti stessi.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale.

-
- o obiettivi,
 - o azioni tese a superare elementi di criticità nelle aree del vivere affetti, lavoro e abitare
 - o tempi durata progetto,
 - o scadenza verifiche periodiche,
 - o esiti da realizzarsi
 - o Impegno di risorse professionali, non professionali ed economiche con declinazione delle aree d'intervento in cui realizzarlo.

Nell'UVM per BDS-PARI saranno considerate le risorse presenti sul territorio e gli impegni anche economici cui vanno eventualmente aggiunte le risorse individuali, familiari (es. alloggio), della rete sociale informale, del privato sociale (terzo settore), dei Servizi Sociali (sostegno economico per utenze o altro, buoni pasto, alloggi Acer, ecc.).

³ Poiché la sua attivazione si declina secondo i principi del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) sono declinati tempi e modi di valutazioni di esito intermedie e finali sulla base di un insieme di indicatori definiti dal gruppo di lavoro del CSM e recepiti dal SQ dipartimentale comprendenti sempre le scale di valutazione adottate.

⁴ Qualora secondo BDS- PARI sia prevista la necessità di un supporto attivo domiciliare, si attiva la richiesta avvalendosi dei fornitori Aziendali in essere, degli EELL o Privati.

- Progetto Regione Emilia Romagna Salute Mentale.
- Piano attuativo salute mentale (DGR n. 313/2009).
- PAL 2010-2012.
- Accordo Sato-Regioni sulla Salute Mentale 2014.
- Legge 833 (ex 180)
- GPG 2013/460 Piano Attuativo salute mentale superamento ex OO.PP "Rimodulazione del fondo riparto e assegnazione alle Aziende Sanitarie per l'anno 2013
- DGR 478/2013 Rendicontazione degli interventi programmati con le risorse assegnate per Budget di Salute e stato avanzamento interventi
- DGR 199/2013 Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013
- DGR 1554/2015 Linee indirizzo realizzazione Progetti con Metodologia BDS
- RER Circolare n 2 Pg 2016.0253118 del 11/4/2016 Raccomandazioni Regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico
- RER Linee di indirizzo DGR 1554/2015

6. MODALITA' DI VERIFICA E CONTROLLO

Deve essere redatto un verbale scritto datato e firmato di ogni riunione in cui risultino gli operatori presenti, i nominativi degli utenti di cui si è discusso, gli argomenti trattati e le decisioni e azioni intraprese. Ogni medico coinvolto, al termine dell'incontro, riporterà nella cartella clinica dell'utente le osservazioni emerse e l'evoluzione del progetto.

La verifica dei Programmi BDS viene svolta in UVM secondo i tempi definiti in UVM.

6.1. ELENCO RIASSUNTIVO DEGLI INDICATORI

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	Fonte di Dati	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI
Indicatore di incremento UVM con PARI	N. UVM per anno in corso/ N. UVM per anno precedente	Indicatore di esito	Superiore a anno precedente	UO DSM/DP	Sistema Informatico	Annuale	Individuazione criticità e inappropriately con ricerca di soluzioni organizzative
Indicatore di Decremento utenti in RSS	N. inserimenti nell'anno in corso/N. inserimenti anno precedente	Indicatore di esito		UO DSM/DP Azienda Regione	Sistema Informatico o Cartella Clinica	Annuale	Indicatore di appropriatezza ed efficacia.
Efficacia del processo BDS-PARI	N. BDS-PARI attivati anno in corso/ N. BDS-PARI attivati anno precedente	Indicatore di esito	≥ 10%	UO DSM/DP Azienda Regione	Sistema Informatico	Annuale	Indicatore di incremento
Indicatore di Incremento	N utenti con PTRI anno in corso/numero utenti con PTRI anno precedente	Indicatore di esito		UO DSM/DP	Sistema Informativo	Annuale	
Indicatore di Incremento	%N° Pz Migliorati/%N° Pz Totali	esito		UO CSM-DP	Sistema Informativo	Annuale	
Indicatore di Incremento	N° Schede WHOQOL Compilate	Esito		DSM DP	Sistema Informativo	Annuale	
Indicatore di incremento	N° schede Regionali monitoraggio BDS anno in corso/ N° schede Regionali Monitoraggio anno precedente	Indicatore di Performance		UO DSM/DP Azienda Regione	Sistema Informatico SISM	Annuale	

7. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il testo del presente documento è messo a disposizione del personale dell'Azienda coinvolto mediante inserimento nell'apposita cartella condivisa della rete intranet aziendale con comunicazione via mail a tutti gli interessati da parte di RD/RAQ di sede dipartimentale. Tale modalità sostituisce l'invio cartaceo.

appendice

FLOW CHART UVM PER PARI - BDS

EQUIPE TERAPEUTICA MULTIPROFESSIONALE DEL CSM (Psichiatra, Infermiere, Ass Soc, Educatore e se del caso Psicologo)

- Attiva il Nucleo di Valutazione NV se sono coinvolti altri servizi del DSM-DP
- ELABORA PTRI
- Redige il PTRI secondo il modulo Dipartimentale
- Trasmette al Punto Accesso UVM Dipartimentale copia del PTRI e l'elenco dei possibili partecipanti oltre alla componente fissa per organizzazione UVM

IL Punto Accesso UVM Dipartimentale

- Organizza l' UVM convocando i diversi attori della componente fissa (Equipe CSM, Utente e Fam, MMG, EELL –referente Unione Comuni- Privato sociale) e se del caso gli attori della componente variabile)
- Definisce luogo e giorno
- Trasmette a tutti gli attori il materiale clinico, il PTRI
- Raccoglie da altri attori la eventuale documentazione di loro competenza sul caso
- Redige il Verbale
- Organizza i successivi incontri di valutazione
- Trasmette alla Direzione Dipartimentale e Uffici Amministrativi il PARI con impegni economici

UVM

Gli attori, che hanno facoltà di impegno anche di spesa seduta stante, sulla scorta del PTRI,

- Elaborano,
- Condividono,
- Cogestiscono
- Definiscono il referente di Progetto Accordo Riabilitativo e l'impegno firmato e datato degli attori e dell'utente a partecipare attivamente al percorso concordato
- Sottoscrivono IL PARI (Progetto Accordo Riabilitativo Individualizzato Integrato
- Definiscono tempi di sviluppo del progetto
- Definiscono tempi di verifica
- Compilano indicatori di esito

IL PARI

descrive

- Bisogni, Obiettivi, Azioni, Responsabili Di Progetto E Responsabili Delle Azioni, Eventuali Impegni Di Spesa (Da Parte Di Ausl, Eell, Familiari)
- Attribuisce responsabilità di gestione secondo le competenze o individua i servizi o privato sociale per risposte ad hoc
- Tempi di verifica
- Durata di progetto