

gonisti e costruttori del proprio destino.

Di fronte a questi modelli l'esperienza dell'autocostruzione ha praticato un diverso paradigma – quello del mutualismo solidale basato sull'idea che l'unione fa la forza, trovando cioè nel sostegno reciproco e nella volontà di cooperare il proprio punto di forza. È stata questa la banale e straordinaria idea-guida di persone che, di fronte ad una comune difficoltà (la mancanza della casa), hanno pensato di poterla risolvere meglio riunendosi in cooperativa, lavorando insieme, nel rispetto delle diversità culturali, etniche e religiose. In questo modo non hanno costruito solo le case di mattoni, ma anche una comunità di persone, coesa, includente e solidale che migliora la qualità della vita e dell'abitare, così diversa dall'anonimato di tanti condomini in cui a malapena si conosce il nome di chi abita nella porta accanto.

Con questa esperienza il territorio si è arricchito di una nuova comunità di cittadini – comunitari ed extracomunitari – che insieme hanno creduto e lottato per realizzare un sogno fondato sulla reciprocità e sulla valorizzazione delle differenze, dando vita ad un progetto sociale contrapposto all'edilizia "palazzinara" e speculativa, in cui – per una volta – non hanno vinto gli affaristi, ma il territorio, i cittadini, la partecipazione, la buona politica, dimostrando che un diverso mondo è possibile e che co-operando possiamo costruirlo. Anzi autocostruirlo!

1] Legge 13 maggio 1978, n. 180 – *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.*

2] Provincia di Ancona e Comune di Senigallia.

3] Consorzio Solidarietà, Consorzio ABN, Banca Etica, Cooperativa Sociale *Corinzi 13*, Cooperativa Edile *Le mani, per vivere insieme.*

## UVG, UNA STORIA COMPLESSA

Maria Beatrice Baggio \*, Maria Cristina Bollini \*, Alberto Cester \*\*

### *Opportunità e rischi dell'unità di valutazione geriatrica nei territori*

Cambiano l'epidemiologia, la sociologia dell'invecchiamento e devono così cambiare parallelamente i modelli organizzativi dedicati alla fragilità geriatrica.

La geriatria, in questi anni, nella consapevolezza che il paziente geriatrico e l'anziano fragile sono pazienti complessi, ad alto rischio di istituzionalizzazione, ospedalizzazione e mortalità, ha sostenuto la necessità di intervenire in modo appropriato tramite una metodologia basata sulla valutazione multidimensionale (VMD) e sul lavoro multidisciplinare, ai fini di un'assistenza continuativa, realizzata tramite un lavoro di rete, fondata su progetti personalizzati centrati sulla persona.

#### **STORIA, EFFICACIA E DEFINIZIONE DELLA UVG**

È ormai consolidato, come sostenuto da molti autori, da Rubenstein a Bernabei, che un tale approccio multidimensionale e multidisciplinare è efficace e permette una riduzione della mortalità, dell'istituzionalizzazione e del declino dello stato funzionale, nonché un contenimento dei costi.

A questo approccio multidimensionale, nato nella prima metà del secolo scorso in Inghilterra e ripreso successivamente negli USA, si ispira la UVG, citata per la prima volta in Italia nel "Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani" (POSA) del 1992, e successivamente inserita dal 1994 al 2000 nei Piani Sanitari Nazionali.

Nel POSA veniva proposta la Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) come una nuova metodologia di lavoro, identificata come un *équipe* esperta multiprofessionale, garante dell'integrazione sociosanitaria e della valutazione multidimensionale, finalizzata alla stesura di un progetto assistenziale personalizzato, il cosiddetto piano assistenziale individuale (PAI). Mancando nel POSA indicazioni univoche sulla sua composizione, la UVG si è venuta realizzando, tuttavia, in modo difforme e non omogeneo, secondo le differenti normative regionali. Come risulta dalla analisi fatta dall'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE), in alcune Regioni è stato rispettato il concetto sostanziale della *équipe* multiprofessionale, pur attraverso un proliferare di definizioni e sigle e con precisazioni

\*] Geriatra territoriale distretti Azienda ULSS 13 Mirano (VE), Regione Veneto.

\*\*] Direttore del Dipartimento di Geriatria, LD e Riabilitazione Azienda ULSS 13 Mirano (VE), Regione Veneto.

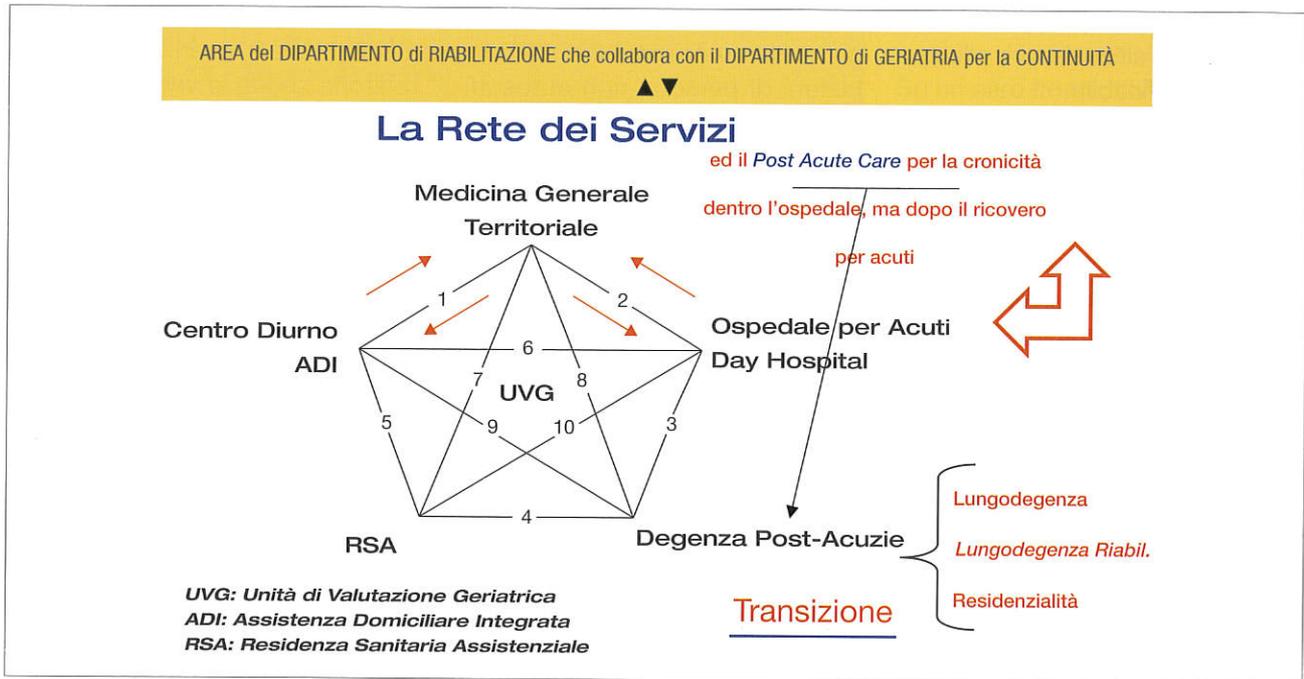


Figura 1 – Modificata e corretta da Linee guida per la VMD – SIGG – Presentazione all'allora ministro della salute F. Fazio – Roma, per la stesura dei "Quaderni della salute", nn. 6 e 8, modificata e presentata da Alberto Cester

diverse quanto ai componenti: ad es. in Veneto, Emilia-Romagna, Puglia e Sicilia, la UVG (o simili) prevede la presenza almeno del MMG e dell'Assistente Sociale e, in più di qualche caso, del geriatra, oltre alla figura di un responsabile del distretto, dell'infermiere professionale, ed eventualmente di altri specialisti. In alcune altre Regioni, invece, la UVG non prevede affatto la presenza della assistente sociale, venendone quindi inficiata *ab origine* la finalità della integrazione socio-sanitaria, e d'altronde esistono Regioni dove la UVG non è più prevista o svolge azioni settoriali.

**RUOLO DELLA UVG NELLA RETE DEI SERVIZI**

Il ruolo della UVG va compreso mettendola in relazione alla cosiddetta rete dei servizi (anch'essa descritta per la prima volta nel POSA) intesa come l'insieme di iniziative socio assistenziali e sanitarie, residenziali e semiresiden-

ziali o realizzabili al domicilio. Nelle linee guida sulla VMD la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) ha posto la UVG al centro di un modello grafico della rete dei servizi, a forma di pentagono. Come si può vedere nella figura 1, che riporta tale modello come è stato proposto per la stesura dei "Quaderni" 6 e 8 del Ministero della salute, i vertici indicano i principali nodi della rete, le linee di congiunzione indicano i percorsi assistenziali con le relative transizioni, possibili in ogni direzione. La visione è che per assicurare adeguata realizzazione del PAI, la UVG deve stare al centro, con ruolo di regia della rete dei servizi socio-assistenziali e con la finalità di assicurarne l'accesso nel rispetto di regole certe ed eque nonché di sorvegliarne il funzionamento, l'adeguatezza e la qualità assistenziale. Purtroppo vi è da dire che rispetto alla dinamicità del modello proposto, nella realtà pratica, anche a causa di vizi contenuti nelle nor-

native regionali, l'attività della UVG ha spesso preso una deriva burocratica trasformandosi talora in una commissione con finalità certificativa e autorizzativa per accesso ai servizi residenziali o a varie formule di assegni economici.

**ESPERIENZA DELLA ULSS 13 DI MIRANO – REGIONE VENETO**

Nel 1994 la Regione Veneto, prendendo atto del POSA e andando ad organizzare la sua rete dei servizi, promuoveva anche l'istituzione in tutte le sedi distrettuali di una unità operativa, in seguito denominata Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD), con funzione di porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi. Compito della UVMD era identificare, tramite la valutazione geriatrica multidimensionale, i bisogni e le capacità residue della persona nel suo contesto di vita, e quindi definire un progetto assistenzia-

le individualizzato (PAI) personalizzato, gradito all'anziano e alla sua famiglia, verificabile.

Da questa premessa, alla fine degli anni '90, parte l'esperienza dell'unità valutativa geriatrica nell'ULSS 13 di Mirano (VE) che viene descritta qui di seguito, con l'ottica di chi vive la UVG nella propria realtà di lavoro. Relativamente ai meccanismi di funzionamento, la descrizione è sovrapponibile a quanto avviene in tutta la Regione Veneto.

### LA SCHEDE DI VALUTAZIONE

Lo strumento di valutazione utilizzato è S.VA.M.A. (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) che dal 2000 viene adottato obbligatoriamente su tutto il territorio regionale. La S.VA.M.A. è costituita da un insieme di scale validate e l'associazione dei punteggi delle varie dimensioni (cognitiva, funzionale, mobilità, sanitaria) permette di definire, per ogni soggetto, il profilo assistenziale di autonomia/disabilità, cui corrisponde uno specifico carico assistenziale. Altresì tale valutazione permette di costruire un punteggio di priorità per l'accesso alla graduatoria unica dei servizi residenziali e semi-residenziali, favorendo così l'equità di accesso e la trasparenza delle graduatorie nel rispetto della libera scelta dei cittadini. Per la semplicità di utilizzo, questo strumento di valutazione ha avuto un'enorme diffusione all'interno dei servizi territoriali della Regione ed ha permesso, seppur con i limiti intrinseci alla scheda, lo sviluppo di un linguaggio comune. Inoltre, attraverso i profili di autonomia/disabilità con i correlati carichi assistenziali, ha permesso di stratificare la popolazione e di identificare i luoghi più appropriati di cura (domicilio, centri servizi). A tutt'oggi, si stima

che, annualmente, in Veneto, vengono effettuate circa 30.000 valutazioni di persone non autosufficienti o a rischio di diventarlo.

### LA UVMD

L'unità valutativa è un gruppo multidisciplinare costituito dal responsabile dell'UVMD, che nella nostra ULSS è un geriatra, dal medico curante della persona, perlopiù il medico di medicina generale, dall'assistente sociale del comune di residenza e da qualunque altro professionista risulti necessario per la valutazione e definizione del PAI (infermiere, palliativista, psicologo, ecc.).

### IL PERCORSO DEL CITTADINO

In caso di bisogno, l'anziano, un suo familiare o un suo rappresentante legale si reca dal medico di famiglia dell'interessato o dall'assistente sociale del comune di residenza i quali, valutati i bisogni espressi e non, provvedono o a fornire direttamente una risposta assistenziale o, nel caso il bisogno richieda una valutazione multidimensionale, ad attivare l'UVMD. L'UVMD può essere inoltre attivata dal medico curante o dall'assistente sociale ospedaliera o dei centri servizi. Una volta attivato il percorso, l'*équipe* multidimensionale provvede a valutare l'anziano al proprio domicilio, o nei luoghi di cura per un eventuale dimissione facilitata. A questo primo momento valutativo fa seguito il momento di sintesi che avviene in distretto con la compilazione del PAI e la indicazione dei servizi idonei per l'attuazione del progetto assistenziale, nonché la indicazione del responsabile del caso e dei tempi di verifica. Infatti, per un'adeguata presa in carico, almeno nei casi più

complessi, alla prima valutazione con eventuale inserimento in graduatoria segue la verifica periodica del PAI. In ogni caso, il progetto assistenziale viene restituito alla famiglia anche in forma cartacea, e con eventuale colloquio dedicato sulle problematiche particolari.

### ALTRI RUOLI E SIGNIFICATI DELLA UVMD

Nella realtà dell'ULSS 13, la UVMD lavora anche sulla verifica della propria attività globale, momento che risulta indispensabile per capire e governare la domanda e favorire la rimodulazione delle risposte assistenziali anche attraverso la riprogrammazione della rete assistenziale. Luogo privilegiato per fare ciò è il "piano di zona", importante strumento per la programmazione socio-assistenziale locale, che permette la realizzazione fattiva dell'integrazione sociosanitaria e con i centri servizi e dove la UVMD viene rappresentata dai geriatri, che ne fanno parte non solo come specialisti dell'anziano ma anche in quanto delegati nel ruolo di responsabili della UVMD stessa. Nei fatti, già a partire dai primi anni 2000, la UVMD aveva dato una serie di indicazioni importanti relativamente alla organizzazione della rete dei servizi. In particolare, sulla scorta del crescere della domanda di accoglimenti temporanei nei servizi residenziali a scopo sollievo per la famiglia e il *caregiver*, la UVMD era intervenuta per attivare uno specifico percorso al riguardo, percorso che successivamente è stato individuato e normato anche da parte della Regione Veneto. Sulla base inoltre della grave difficoltà registrata nei centri servizi riguardo alla gestione di pazienti con demenza e con associati gravi disturbi del comportamen-

### La Rete dei Servizi Residenziali e Semiresidenziali nella ULSS 13 - Mirano Dolo (VE)

- 7 Case di riposo per non autosufficienti:  
4 nuclei RSA: 96 posti  
3 nuclei dedicati a demenza con disturbi del comportamento  
20 posti ricoveri temporanei
- un nucleo di riabilitazione a dimissione: 20 posti
- 4 Centri diurni presso Casa di riposo: 63 posti

#### Percorso di accesso alla Rete dei Servizi Residenziali e non solo...

- attivazione UVMD tramite assistente sociale o medico di medicina generale/ospedaliero
- valutazione multidimensionale geriatrica
- incontro UVMD e progetto assistenziale in base a profilo di autonomia e richieste anziano/nucleo familiare/servizi sociali...
- definizione del progetto assistenziale individualizzato con restituzione alla famiglia
- eventuale inserimento nella graduatoria unica ULSS per accesso a residenzialità e semiresidenzialità, secondo gravità
- verifica del caso...; avvio nomina di AdS...

to, la UVMD ha indicato la necessità di attivare dei nuclei "dedicati" per consentire il controllo del disturbo tramite un "intervento ambientale". Inoltre, avendo registrato una diffusa richiesta di maggior conoscenza sulle opportunità assistenziali, al fine di favorire la conoscenza dei servizi e delle loro regole, si è cercato di supportare, motivare e preparare le famiglie attraverso dei corsi di informazione curati dall'UVMD nelle figure del geriatra, del medico di medicina generale e dell'assistente sociale comunale, con la collaborazione di altre figure professionali (collaboratori dei centri servizi, legale). Dal 2010, forte delle indicazioni regionali sulla "apertura dei centri servizi al territorio", allo stesso tavolo con i rappresentanti delle residenze per gli anziani non autosufficienti, in sede di piano di zona, la UVMD ha dato indicazioni per, e ha condiviso, una serie di progetti attivati dai centri servizi stessi e rivolti ai cittadini ancora al domicilio, finalizzati a soddisfare bisogni

emergenti o a sostenere percorsi alternativi alla istituzionalizzazione (corsi di formazione per i *caregiver*, gruppi di mutuo aiuto). Sempre in sede di piano di zona sono state avanzate proposte di potenziamento della rete dei servizi che prevedono la creazione di altri nuclei "dedicati" (attualmente solo 3 strutture su 7 ne sono dotate) o la realizzazione di Caffè Alzheimer per la demenza. Ancora al piano di zona è stato agganciato il "Progetto di presa in carico del paziente con demenza" promosso da parte della UVA della geriatria territoriale. La analisi sugli aspetti dei rapporti con la cittadinanza ha portato a rivedere la modulistica necessaria alla attivazione dell'UVMD e per la scelta dei servizi, al fine di renderla più comprensibile e trasparente all'utente e familiari, e perché rappresentasse una sorta di impegno ad una maggiore responsabilizzazione nella condivisione del percorso assistenziale. Per migliorare ulteriormente la comunicazione, è in programma la predisposizione

di un depliant informativo esaustivo delle risorse assistenziali.

Su un altro fronte, l'UVMD sta portando avanti, sempre in collaborazione con i centri servizi, un lavoro di stesura di protocolli e procedure standardizzate e condivise, finalizzate a contenere i rischi in tema di cadute, contenzione, insorgenza di piaghe da decubito, infezioni, gestione del dolore, volti a migliorare la qualità dell'assistenza, garantendo così il cittadino nella sua libertà di scelta. La condivisione dei progetti tra le varie residenze è volta anche alla standardizzazione di processi e a permettere il *benchmarking* tra strutture.

### CONCLUSIONI

Nella nostra realtà resta valido il concetto che una rete dei servizi governata dalla UVG (UVMD) consente una risposta assistenziale di qualità, pur tuttavia rimangono alcune criticità che è doveroso segnalare. L'attuale funzionamento è caratterizzato da una rigidità strutturale poco funzionale a rispondere rapidamente a situazioni quali le dimissioni difficili dai reparti ospedalieri, quando il bisogno sanitario è molto condizionato dal bisogno sociale. La capacità di risposta del sistema è troppo lenta, rispetto ai bisogni espressi dalla famiglia, anche nei casi di gravi disturbi comportamentali associati alla demenza. Le criticità in parte sono di sistema, in parte sono dovute ad una programmazione locale che è stata, negli anni passati, insufficiente e che ora, causa anche la grave crisi economica, è difficile sanare. Ancora una volta, riteniamo che la possibile soluzione resti nella UVG, nella sua capacità di ottimizzare l'integrazione tra ospedale e territorio attraverso specifici percorsi clinico assistenziali.

**Bibliografia**

AA.VV., *Il Dipartimento Geriatrico, ovvero la politica sanitaria dell'ovvio*, in "Geriatrics", organo ufficiale della Società Italiana dei Geriatri Ospedalieri (SIGOs), 2007, vol. XIX, n. 1 gennaio/febbraio, p. 9-11, Edizioni CESI, 2008.

BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G. et al., *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community*, in "BMJ", 316, 1998, pp. 1348-51.

CESTER A., *Cronicità: lessico e paradigma, come preservare la vita sociale nella cronicità*, CESTER A. in *Cronicità grave e fragilità: l'emergere del modello innovativo*, p. 37-46, in "I quaderni di Janus", Zadig Editore Roma, 2010, pp. 37-46, on line all'indirizzo: [http://www.ass6.sanita.fvg.it/reposass6/janus\\_cronicita.pdf](http://www.ass6.sanita.fvg.it/reposass6/janus_cronicita.pdf).

FERRUCCI L., MARCHIONNI N., CORGATELLI G., *Lo sviluppo di linee guida per la valutazione multidimensionale nell'anziano fragile nella rete dei servizi di assistenza continuativa*, in "Giornale di gerontologia", 49 (suppl. n. 11), 2001, pp. 1-76.

MINISTERO DELLA SANITÀ – Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Stralci dal Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani"*, 1992.

PUTIGNANO S., CESTER A., GARERI P., *Geriatrics nel territorio un metodo per i vecchi, per i medici e per il futuro...*, CMP, 2012.

Quaderni del Ministero della salute "Criteri di Appropriatazza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano", n. 6, novembre-dicembre 2010. Presenti anche sul sito del Ministero [www.quadernidellasalute.it](http://www.quadernidellasalute.it).

RUBENSTEIN L.Z., JOSEPHSON K.R., WIELAND G.D. et al., *Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial*, in "N Eng. J Med.", 311, 1984, pp. 1664-70.

## L'HOSPICE KIKA MAMOLI DI BERGAMO, LUOGO DI CURA PER I PAZIENTI TERMINALI

Consuelo Rota \*

*"Tutto ciò che resta da fare quando non c'è più niente da fare"*

Così Cicely Saunders, infermiera, assistente sociale e medico, fondatrice nel 1967 del primo *Hospice* in Europa, il Saint Christopher's Hospice di Londra, sintetizzò il significato di Cure Palliative. Il termine palliativo deve la sua origine al "pallium", il mantello in uso anticamente, che San Martino di Tours divide a metà per coprire un pellegrino incontrato lungo il cammino. L'Organizzazione mondiale della sanità definisce le Cure Palliative (C.P.) come un "approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e dei familiari che si trovano ad affrontare i problemi connessi a una malattia che mette a rischio la vita, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza per mezzo della precoce identificazione e del trattamento del dolore e degli altri problemi fisici, psicosociali e spirituali".

La definizione dell'OMS include

non solo la malattia oncologica, ma anche altre situazioni di malattie croniche degenerative a esito infausto. L'OMS precisa inoltre che l'approccio palliativo è diretto al "paziente ed alla sua famiglia", dando a questo termine una accezione ampia, di persone per lui significative, che stanno vivendo con lui una esperienza di sofferenza.

Credo che mai come nell'ambito delle Cure palliative la "cura" si fondi su un paradigma simbolico-relazionale, in cui il paziente è considerato membro di un gruppo sociale del quale fanno parte vivi e morti, parenti e conoscenti e talvolta la comunità stessa (Scabini-Cigoli).

L'obiettivo delle C.P. è quello di "affermare la vita e guardare alla morte come ad un processo normale", e non intende quindi "né affrettare né ritardare la morte", of-

\*] Infermiera dal 1991 presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, ora Azienda Ospedale Papa Giovanni XXIII. Dal 2007 lavora nell'Unità Operativa Complessa di Cure Palliative, presso l'*Hospice* Kika Mamoli.

Nell'A.A. 2008-2009 ha conseguito il Master di primo livello in Cure palliative presso l'Università degli Studi Milano Bicocca e nell'A.A. 2009-2010 ha frequentato un corso di perfezionamento in Bioetica presso l'Università di Padova. Attualmente laureanda del corso di laurea magistrale in Scienze per il Lavoro Sociale e le Politiche di Welfare presso la facoltà di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Cattolica di Milano.