

Anziani malati non autosufficienti. Valutazione, presa in carico e definizione dei percorsi assistenziali

Franco Pesaresi
(Comune di Ancona , Anoss)

Jesi - 25 novembre 2011

Il modello PUA



2

Intro

UVG previste nel 1992 dal Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" quale strumento di valutazione globale del singolo caso e di definizione del relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità terapeutica assistenziale all'anziano non autosufficiente.

Da allora, tutte le norme regionali hanno previsto le unità di valutazione multidimensionale in ogni distretto per l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Eccezione in Lombardia dove le UV hanno un ruolo residuale.

3

Definizione

Molti gli acronimi utilizzati (UVG (prevalente ma in riduzione), UVD, UVT, UVM, UVMD, UVI) dalle regioni ma sintonia elevata sul ruolo delle UV.

L'unità valutativa è un'équipe professionale con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze dei pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento del paziente da attuarsi con il consenso della persona interessata e della sua famiglia.

4

Chi valutare?

Le regioni che hanno scelto l'UVG, in genere, valutano solo gli anziani

Nelle altre regioni le UV prendono in esame persone con gravi disabilità che presentano un elevato grado di dipendenza (Indipendentemente dall'età). Tendenza in crescita.

Una soluzione è migliore dell'altra?

5

Chi attiva l'UV?

L'UV può essere attivata, dicono le regioni, con il consenso informato della persona interessata o dei suoi familiari, da diversi soggetti. Questi soggetti, pur diversamente combinati nelle diverse regioni sono:

- MMG
- Dall'unità operativa ospedaliera che dimette
- Dai servizi sociali comunali
- Dai servizi sanitari distrettuali
- Dalla persona in stato di bisogno o dal suo tutore
- Dal familiare
- PLS.

In realtà l'attivazione diretta non c'è quasi mai: Ed è bene così. La richiesta va inoltrata alla PUA che effettua la prima valutazione (bisogno semplice, bisogno complesso) ed attiva, eventualmente, L'UV o l'unità operativa competente (c'è ancora da decidere se serve una visita domiciliare e serve una valutazione sociale per partecipazione spesa SAD)

6

Se la segnalazione è scarsamente dettagliata

Se la segnalazione è scarsamente dettagliata occorre istruire la domanda. Chi lo fa? All'UV devono arrivare richieste la cui istruttoria è ancora incompleta? E' l'UV a completare l'istruttoria?

Le pratiche che arrivano all'UV devono essere complete dal punto di vista cartaceo.

Un soluzione può essere fornita dall'unità operativa che riceve la richiesta.

La soluzione migliore è che tutte le richieste passino attraverso il MMG che completa la documentazione per l'UV. Questo sistema valorizza le competenze sul caso accumulate dal MMG, lo coinvolge direttamente e garantisce la completezza delle procedure. Eccezione per le dimissioni ospedaliere?

7

Le funzioni dell'UV

Le UV, secondo le regioni, svolgono i seguenti compiti (seppur diversamente combinati):

1. Effettuare la valutazione multidimensionale di persone attraverso strumenti specifici;
2. Elaborare i Piani assistenziali individualizzati;
3. Stabilire l'accesso ad almeno alcune delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali, residenziali e agli assegni di cura;
4. Promuovere l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
5. Individuare il case manager.

Franco Pesaresi

8

La composizione dell'UV/1

La composizione dell'UV varia moltissimo da una regione all'altra anche se il suo nucleo fondamentale risulta sempre composto da: un medico, un infermiere professionale e un assistente sociale. Nella maggioranza dei casi a queste figure si aggiunge il MMG.

La composizione minima va da 3 a 8 membri nelle varie regioni: a queste figure si possono aggiungere poi altre figure legate alle persone da valutare.

Franco Pesaresi

9

La composizione dell'UV/2

La composizione sia la più ridotta possibile garantendo le figure indispensabili: il medico coordinatore, il MMG, l'assistente sociale in rappresentanza del comune o dell'ambito sociale. Solo in questo modo ci sarà l'efficacia e l'efficienza necessari.

E' decisiva la presenza di una figura che sia espressione dell'ente locale perché gli interventi integrati devono vedere la partecipazione alla decisione da parte di tutti gli enti che se ne fanno carico.

Chi coordina l'UV?

La responsabilità dell'UV è più frequentemente affidata al geriatra. Negli altri casi, soprattutto quando l'UV rivolge la sua attività verso tutta la popolazione adulta e gli anziani, la responsabilità dell'UV viene affidata al responsabile del distretto o al medico del distretto.

Conviene seguire lo stesso orientamento: geriatra quando l'UV si occupa solo di anziani, possibile altro medico quando si occupa di tutti.

La valutazione multidimensionale (VMD)

La Valutazione multidimensionale (VMD) è un processo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere, o predire, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, ed a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, che avviene attraverso l'uso di scale e strumenti validati, consente di individuare un piano di intervento socio-sanitario coordinato e mirato al singolo individuo (Ferrucci).

Le aree tematiche fondamentali, o "dimensioni", che configurano la natura multipla della valutazione, sono rappresentate da: salute fisica, stato cognitivo, stato funzionale, condizione economica e sociale, ambiente di vita.

La valutazione della condizione di non autosufficienza

In molti casi (Campania, E. Romagna, Marche, Trento, Veneto, ecc.) la valutazione comprende anche la determinazione della condizione di non autosufficienza dell'anziano. Ma con quali strumenti?

La necessità di equità di trattamento richiede uno strumento nazionale per la valutazione della presenza della condizione di non autosufficienza.

Gli strumenti di valutazione/1

La valutazione delle UV si effettua sulla base della compilazione di scale di misurazione che possono essere di natura monodimensionale o multidimensionale.

Le scale di natura monodimensionale (ADL, IADL, MMSE, ecc.) approfondiscono una singola area o una specifica articolazione di essa mentre

gli strumenti multidimensionali (Svama, Valgraf, Vaor, Aged, ecc.) sono costruiti per valutare il soggetto globalmente nelle diverse aree di interesse.

Gli strumenti di valutazione/2

Oggi, prevale l'uso di strumenti di valutazione multidimensionali assai più completi ed efficaci di quelli monodimensionali ma ci sono ancora regioni che utilizzano questi ultimi.

C'è una scarsa omogeneità negli strumenti di valutazione (anche multidimensionali) dei bisogni adottati dalle UV e dalle regioni e tale notevole varietà rappresenta un limite significativo alla confrontabilità e comunicabilità delle informazioni e alla equità dei trattamenti.

Primo obiettivo utile è quello di avere pochi strumenti multidimensionali transcodificati utilizzati da tutte le regioni italiane ed omogeneità regionale.

I tempi della valutazione

La valutazione deve essere tempestiva. Occorre fissare dei tempi entro il quale la valutazione deve essere fatta.

Se una persona viene dimessa dall'ospedale con la necessità proseguire le cure infermieristiche occorre che queste vengano garantite immediatamente. Se la valutazione non è stato possibile farla durante il ricovero ospedaliero occorre comunque attivare provvisoriamente delle cure domiciliari infermieristiche in attesa della valutazione che definirà più precisamente il PAI.

Occorre pertanto prevedere un regime di urgenza (cure oncologiche, riabilitazione post-ospedale ecc..) che prevede valutazione immediata o cure immediate in attesa della valutazione. Il regime ordinario può invece prevedere che la valutazione avvenga entro 30 giorni.

I piani assistenziali individualizzati (PAI)/1

Pochissime regioni descrivono il PAI.

Il PAI definisce gli obiettivi di salute e le attività assistenziali da erogare per raggiungere tali obiettivi. Tiene conto dei bisogni, delle aspettative dell'assistito, delle sue disabilità, e soprattutto delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. I contenuti del PAI devono rispettare la libertà di scelta della persona, ed essere la risposta più efficiente nel rapporto costi benefici.

Il PAI/2

Il PAI comprende:

- Gli obiettivi assistenziali da raggiungere;
- Le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
- La tipologia degli interventi
- La frequenza degli accessi dei singoli operatori (MMG, I.P., ecc)
- La durata presumibile degli interventi assistenziali e la cadenza delle verifiche.

Qualche regione ha anche previsto un piano operativo ma potrebbe essere un appesantimento.

Valutazione e/o gestione?/1

L'UV deve effettuare solo la valutazione o occuparsi anche della gestione dei PAI?

Qui i modelli anche se confusi sono due:

Primo modello: L'UV effettua solo la valutazione e la trasmette all'unità operativa incaricata di dare esecuzione al PAI. E' una unità operativa autonoma. Decide in autonomia ed è influenzata in modo minore dalle politiche aziendali e dalla disponibilità di risorse per garantire i PAI. Massimo di terzietà possibile. Massimo di garanzia per l'utente e di perseguimento dell'equità.

Valutazione e/o gestione?/2

Modello 2: L'UV si occupa anche della gestione degli interventi in una qualche misura. Da attuazione al PAI, reperisce le risorse individuate dal PAI e le assegna al singolo caso con l'aiuto dell'unità operativa, nomina il case manager ed attraverso il case manager aggiusta il PAI.

E' una unità operativa autonoma che valuta e gestisce. La funzione valutativa è una delle funzioni e non la più importante. La funzione valutativa è più influenzata dalle politiche aziendali e dalla disponibilità di risorse per l'attuazione dei PAI. Minori garanzie per l'utente e per il perseguimento dell'equità regionale.

IL Case manager/1

In diverse regioni, l'UV al termine della VMD individua il responsabile del caso (Case manager).

Il case manager segue le diverse fasi attuative del Pai, garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari ed è garante della continuità dei rapporti con la persona e la famiglia che svolge un ruolo di cura, valuta l'efficacia degli interventi e propone all'UV la loro eventuale modificazione.

Possano essere infermieri, MMG o ass. sociali, ecc.

IL Case manager/2

E' giusto che ci sia il Case manager?

E giusto che venga nominato dall'UV e che risponda all'UV?

Il case manager deve intervenire sia sulle prestazioni sanitarie che sociali?

Funziona questo sistema?

22

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



23

**Anziani malati non autosufficienti.
Valutazione, presa in carico e definizione dei percorsi assistenziali**

Pietro Landra

Jesi, 25 novembre 2011

1

1984

Pubblicazione del lavoro di Rubinstein sul N.E.J.M.

Jesi25 Nov011 Pietro Landra

2

Nella vecchiaia, soprattutto ove c'è una compromissione dell'autonomia, le tematiche cliniche, psicologiche, sociali, generano situazioni, il più delle volte, difficili, se non impossibili da decifrare con i metodi della medicina classica

Jesi25 Nov011 Pietro Landra

3

**APPROCCIO CLASSICO
GERIATRICO**

- Ricerca eziologica
- Anamnesi/Esame obiettivo
- Diagnosi
- Prognosi
- Guarigione con restituito ad integrum
- Multidisciplinarietà degli interventi

Jesi25 Nov011 Pietro Landra

APPROCCIO

- Valutazione funzionale (VMD)
- Attenzione alle funzioni residue
- Globalità dell'intervento
- "Presenza in carico" lavoro "per progetti"
- Interdisciplinarietà degli interventi

4

MULTIDISCIPLINARIETA'
Serie di interventi successivi di operatori con competenze diverse senza alcuna interazione tra loro

INTERDISCIPLINARE
Lavoro di gruppo caratterizzato da una continua interazione tra i suoi membri, i quali con pari diritto e dignità, ma con competenze diverse, operano per migliorare la qualità del servizio.

Jesi25 Nov011 Pietro Landra

5

30/1/1992

Le Camere approvano il Progetto obiettivo sulla tutela della salute degli anziani

"L'UVG è la sede elettiva dei bisogni e la definizione delle risposte più corrette a favore degli anziani"

Jesi25 Nov011 Pietro Landra

6

22/6/1992

- **Delibera della Regione Piemonte che istituisce una Commissione tecnica composta da Infermiere, Assistente Sociale, Geriatra e Responsabile AST per valutare i bisogni degli anziani non autosufficienti**

13/7/1992

- **L'USSL TO VII delibera l'Istituzione dell'UVG**

La DGR 41 del 9/1/1995

- **Attribuisce all'UVG il ruolo di valutare gli anziani non autosufficienti per l'inserimento in RSA/RAF**

La delibera della Regione Piemonte n°17 del 2005 ha, tra gli altri, i seguenti obiettivi circa l'UVG

1. Rendere omogenei i percorsi assistenziali delle UVG aziendali, potenziandone il ruolo.
2. Tenendo conto del decreto sui LEA, favorire e disciplinare l'integrazione fra componente sociale e sanitaria.
3. Favorire la flessibilità degli interventi.
4. Comporre in forma omogenea i fattori di costo relativi a ciascun intervento
5. Ribadire l'importanza della rete sociale, della famiglia, del volontariato

Problemi superabili (e a volte superati)

- UVG create spesso “isorisorse”
- Non c'è stata (quasi) formazione
- Disomogeneità (?)
- Poca chiarezza sulla “Mission”

CRITICITA'

- Incapacità di dare risposte a tutta la popolazione per la mancanza di politiche atte a garantire le risorse necessarie e ad evitare ingiustizie.
- (Quote alberghiere troppo basse – RSA private con margini troppo esigui di guadagno – “Lungodegenze” – carenza di RSA in Torino – chi manda la lettera di “rifiuto alle dimissioni” entra in RSA)

CRITICITA'

- **Superare l'equivoco che la lungoassistenza domiciliare riguardi solo interventi gestiti da figure sanitarie**

CRITICITA'

- **Le varie normative continuano a rendere più convenienti i percorsi residenziali rispetto a quelli domiciliari.**

Pericoli

- **UVG percepita come Centro e come Mezzo di potere**
- **Oltre ai tre componenti storici e legittimi (Infermiere, Ass. Soc., Medico), ne sono stati individuati nelle DGR e nelle varie realtà, altri, alcuni opportuni, altri risibili**

Pericoli

- Far confluire le varie Commissioni valutative in una unica UVM, UVD, UVT (multidimensionale, distrettuale, territoriale), sul modello della Commissione medico-legale, col Geriatra solo come consulente esterno
- Le organizzazioni funzionano solo se sono “dedicate”

Pericoli

- L'UVG, se costruita solo con Istruttorie, oltre a non essere interdisciplinare, rischia di avere un rapporto anonimo con gli anziani: occuparsi più di relazioni scritte e di punteggi di scale che di persone, porta ad una lontananza, non solo psicologica, dal bisogno reale.

Viene infatti sottratta ogni possibilità contrattuale al vecchio e alla famiglia.

- L'UVG ha il diritto e soprattutto il dovere di vedere ed ascoltare le persone e non le carte.

L'incontro con l'altro è insostituibile; non è possibile smembrare la relazione in istruttorie separate e affidare il contatto decisivo (PAI) a terze figure coinvolte solo allora.

- L'UVM/UVG nella maggior parte dei casi ha un rapporto anonimo con l'utenza.
Questo è un ottimo indicatore di un Servizio "senza responsabilità", che non prende a cuore il destino o la salute di nessuno, ma esegue il suo compito valutativo solo come applicazione di una serie di strumenti. Il fatto di occuparsi più spesso di relazioni scritte e di scale di valutazione che di persone porta ad una lontananza, non solo psicologica, dal bisogno reale. viene infatti sottratta ogni possibilità "contrattuale" alla persona e alla famiglia, schiacciate da una presenza istituzionale e da "regole" indiscutibili quanto, ai più, sconosciute.

(Antonio Guaita)

DGR 72 del 2004

- Assegnazione alle ASL della responsabilità circa i soggetti non autosufficienti con problemi di dimissione dagli ospedali.

• ISTITUZIONE DELLA CENTRALE
OPERATIVA PER LA CONTINUITA'
ASSISTENZIALE
(C.O.C.A.)

DGR 39 del 2009

- ISTITUZIONE DEI PERCORSI DI LUNGOASSISTENZA DOMICILIARE

COSTO PER LA SANITA' di un giorno di cura

- A casa, in lungoassistenza € 15,00
- In Residenza Da € 35,00 a € 55,00
- In "dimissione protetta" in RSA € 105,00
- In Casa di cura € 160,00
- In ospedale Jesi25 Nov/011 Pietro Landra ²² ???

SCALE IN USO IN PIEMONTE

- ADL di Barthel ↗ funzionale
↘ mobilità
- IADL
- SPMSQ
- A.Di.Co.
- D.M.I.
- C.I.R.S.
- Trattamenti specialistici


