

Unità di valutazione integrata (UVI). Le disposizioni regionali

La scheda aggiorna quella [redatta nel 2012](#) con le disposizioni contenute nella [DGR 111/2015](#), “Piano Regionale Socio Sanitario 2012-14. Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e sociali”. Abbiamo ritenuto di riproporre il lungo elenco delle principali disposizioni in materia per mettere ancora una volta in evidenza le funzioni assegnate a queste équipe e la distanza esistente tra indicazioni normative e prassi. Un disinvestimento o meglio un abbandono inaccettabile che ha ripercussioni sulla vita delle persone più fragili.

A fronte dell’enfasi sul loro ruolo ai fini della migliore risposta al bisogno e dunque dell’appropriatezza degli interventi la realtà rivela una situazione tutta differente. Spesso diventano, anzi, lo strumento per ricondurre/ridurre il bisogno allo stato dell’offerta o ancora peggio per precludere la fruizione degli interventi, caratterizzandosi sempre più per essere strumenti amministrativi e non luoghi dell’ascolto, accompagnamento, valutazione, presa in carico. Valutazione che peraltro è incardinata nei LEA ([DPCM 12 gennaio 2017](#)) come livello essenziale.

Il richiamo delle disposizioni normative è, quindi, volto a richiamare l’attenzione delle Istituzioni e delle organizzazioni sociali al loro rispetto. Le persone più deboli hanno la vitale necessità di avere a loro fianco questi servizi che per essere adeguati devono tenere insieme, competenza, autonomia professionale, dotazione organica, adeguati modelli organizzativi.

Di seguito rimandiamo ad ulteriori approfondimenti sul tema.

[Dimissione protetta. I limiti di un documento che non aiuta a fare chiarezza](#)

[Servizi domiciliari anziani e Unità di valutazione demenze. Sui dati regionali](#)

[Potenziamento servizi distrettuali di valutazione e presa in carico](#)

[Continuità assistenziale, appropriatezza, offerta](#)

[Valutazione e presa in carico. Le risposte della Regione](#)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4. Valutazione sociale e sanitaria integrata - Unità di Valutazione Integrata (UVI)

Definizione

L'Unità di Valutazione Integrata è un'équipe multidisciplinare integrata che svolge la valutazione multidimensionale per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente attraverso strumenti specifici e per fornire indicazioni necessarie ad avviare la pianificazione assistenziale (Piano Assistenziale Individualizzato) e definire adeguati ed appropriati percorsi assistenziali. Il PAI viene definito, sviluppato e formalizzato nell'ambito assistenziale, curativo, riabilitativo, ecc., dove il soggetto viene preso in carico per la continuità degli interventi appropriati.

L'UVI ha un ruolo centrale nella continuità clinico-assistenziale; deve essere attivata precocemente garantendo l'integrazione operativa con gli altri servizi distrettuali, con i Dipartimenti specialistici, con l'Ospedale, con i soggetti erogatori delle prestazioni e con i servizi sociali pubblici e privati.

L'approccio alla *valutazione multiprofessionale, unitaria e integrata* persegue come obiettivo uno standard di maggiore equità nell'analisi del bisogno e di maggiore appropriatezza nella scelta del setting assistenziale realizzando un'attività di valutazione unitaria, negli strumenti e nelle procedure, attraverso un processo di progressiva armonizzazione dei percorsi attualmente in essere.

Funzioni

L'Unità Valutativa Integrata attraverso la valutazione clinica e sociale del soggetto:

- valuta le necessità assistenziali sociali e sanitarie della persona, con un approccio multidisciplinare e multidimensionale, attraverso strumenti scientificamente validati, gestibili su supporti informatici ed omogenei su scala regionale;
- individua il referente formale della presa in carico "case manager";
- individua la figura di riferimento informale del processo di assistenza "care giver";
- definisce il percorso assistenziale (domiciliare, diurno, residenziale) sulla base delle risultanze della valutazione di cui all'allegato 2
- indica bisogni prioritari ed indicazioni di trattamento funzionali alla predisposizione del progetto individualizzato di intervento (PAI) che viene sviluppato e formalizzato dove viene stabilizzata la presa in carico;
- monitora l'evoluzione dell'intervento e stabilisce eventuali variazioni del progetto specifico approntato per il soggetto con verifiche e controlli del PAI.

Attività

I destinatari dell'intervento sono le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti con necessità di continuità dell'assistenza, in condizione di fragilità, nelle sue varie accezioni e con difficoltà d'inclusione nella rete dei servizi.

L'UVI, coerentemente con quanto previsto nel PSSR, viene attivata in risposta alle seguenti situazioni:

- bisogni sanitari complessi che richiedono l'intervento delle strutture di riferimento distrettuali, l'erogazione di Cure Domiciliari di servizi semiresidenziali o di servizi residenziali sociosanitari convenzionati;
- bisogni sanitari che necessitano di una presa in carico congiunta e/o coordinata da parte di diversi servizi sanitari interni ed esterni al Distretto;
- bisogni socio-sanitari complessi che necessitano l'intervento dei servizi sanitari, pubblici e privati, in integrazione con i servizi sociali gestiti dagli enti locali o dai soggetti autorizzati del terzo settore;
- bisogni rispetto ai quali non è chiaro il servizio competente per la presa in carico;
- bisogni per i quali è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- bisogni sanitari o sociali emersi con carattere di urgenza; non attengono invece all'UVI le condizioni di effettiva emergenza che devono quindi essere indirizzate ai servizi di Pronto Soccorso Sanitario e ai Servizi di Pronto Intervento Sociale che operano a livello territoriale;
- necessità di intervenire con modifiche del piano di intervento.

Articolazione organizzativa

L'UVI è una delle articolazioni dell'U.O. SeS. Il Responsabile dell'UVI è nominato dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore d'Ambito "responsabile", al quale, di concerto con gli eventuali colleghi nel caso di non coincidenza con il Distretto Sanitario, spetta l'individuazione degli operatori sociali provenienti dall'Ambito Territoriale Sociale e dai Comuni.

Nel caso in cui non ci sia coincidenza territoriale tra Ambito e Distretto, il Responsabile dell'UVI sarà nominato dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore dell'Ambito "responsabile", di concerto con gli altri Coordinatori.

L'UVI è costituita da un "nucleo fisso" (formato da operatori sanitari provenienti dalla Casa della Salute, dal Distretto o dai Dipartimenti clinici, dal Medico di Medicina Generale dell'assistito o dal MMG facente parte di forme associative di MG o dell'Equipe territoriale e da operatori sociali provenienti dall'Ambito Territoriale e dai comuni) integrato da professionalità specialistiche in funzione delle caratteristiche dell'utente e delle specifiche competenze richieste dalla problematica, nonché dal care giver di riferimento.

Il funzionamento dell'UVI è definito, organizzato e verificato nell'ambito dell'U.O. SeS, con riferimento diretto al Direttore del Distretto e dal Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale "responsabile".

L'U.O. SeS stabilisce qual è la sede formale e le eventuali sedi operative dell'UVI; nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera delle Marche, la sede dell'UVI può essere individuata all'interno della Casa della Salute.

Dotazione minima

"Nucleo fisso":

- responsabile dell'UVI: Dirigente sanitario;
- il medico curante dell'assistito (responsabile clinico del paziente);
- l'assistente sociale (del Distretto sanitario e/o degli Ambiti Territoriali Sociali);
- l'infermiere.

Il nucleo fisso, i cui componenti sono individuati per le rispettive competenze dal Direttore del Distretto Sanitario e dal Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale, è integrato, a seguito di specifiche esigenze del caso, da professionisti (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, geriatri, medici ospedalieri in caso di dimissione protetta, psicologi, assistenti sociali, neuropsichiatri infantili, logopedisti, educatori professionali, insegnanti, care giver, ecc.) individuati ad hoc dall'U.O. SeS.

Analogamente si procederà ad integrare il nucleo fisso con le professionalità di UMEE ed UMEA nel caso la valutazione inerisca soggetti di loro competenza.

Processi, percorsi e procedure

L'UVI è un gruppo di lavoro multidisciplinare con attività di valutazione multidimensionale e di avvio della presa in carico, coinvolgendo le figure professionali del "Nucleo fisso" ove necessario integrata da professionisti con competenze specialistiche per garantire, attraverso strumenti specifici di valutazione, una corretta analisi del bisogno per l'individuazione dei possibili interventi da attuare nell'ambito della rete dei servizi sociali e sanitari integrati.

Le attività svolte sono principalmente: predisposizione di documentazione, visite finalizzate alla valutazione, incontri, riunioni multidisciplinari, raccolta degli indicatori dei bisogni e comunicazione delle ipotesi di trattamen-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

to funzionali alla stesura del piano di intervento per chi ha in carico il soggetto, verifiche e aggiornamenti del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

In particolare:

- L'UVI acquisisce le informazioni socio sanitarie sulla persona e avvia il processo valutativo multidimensionale, attivando i professionisti e i servizi necessari; in caso di soggetti non autosufficienti e/o con gravi problematiche, l'UVI può effettuare visite domiciliari.
 - Dalla valutazione multidimensionale deriva un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, l'eventuale patologia emergente, acuta e/o cronica, le condizioni di disabilità che condizionano i processi di sviluppo in età evolutiva e di autonomia nelle attività della vita quotidiana nell'età adulta, la rete delle relazioni sociali del soggetto, le sue risorse familiare, ambientali ed economiche.
 - Nella fase di valutazione, l'UVI definisce le necessità assistenziali, individua i soggetti e i servizi più appropriati per il percorso terapeutico più idoneo, indica il case manager (MMG, PLS, Ass. Sociale o altro) ove presente, coinvolge il care giver (familiare o congiunto) anche mediante l'inserimento in percorsi di *family learning*, individua il setting assistenziale appropriato.
 - Le indicazioni emerse forniscono la base del PAI che viene opportunamente definito e dettagliato dall'equipe che prende in carico l'utente e concordato con l'assistito e (ove possibile) con la famiglia.
- La valutazione non comporta alcun costo / ticket a carico dell'assistito.

Attivazione

L'UVI si attiva in caso di bisogni specifici elencati al punto "Attività".

Per accedere al procedimento di valutazione dell'UVI è necessaria un'attivazione di tipo istituzionale (MMG, PLS, Servizio sociale del Comune o dell'ATS, Specialista ospedaliero in caso di persona ricoverata, ecc.) con inoltro di specifica richiesta di valutazione dell'UVI, attraverso una modulistica, appositamente predisposta e completa del relativo consenso informato (ai sensi della normativa vigente).

Per le dimissioni protette l'attivazione viene avviata a seguito di una richiesta/segnalazione, completa della documentazione necessaria della struttura ospedaliera (cfr. allegato 1).

Accesso

Il modello di *Richiesta di Valutazione UVI* è un unico modulo impostato sia per le situazioni in cui a presentare la richiesta è il diretto interessato, o un suo rappresentante legale (Amministratore di sostegno o Tutore), sia in quelle in cui è una terza persona (convivente, parente o altro) a farlo. In base a quanto prevede la normativa nel primo caso si tratta di richiesta nel secondo di segnalazione. Le richieste di valutazione devono essere inviate appena possibile all'UVI, insieme agli elementi che sono stati raccolti nel primo contatto presso il PUA o agli elementi conosciuti della situazione, dove tali richieste vengono raccolte, vagliate ed inoltrate per l'attivazione del processo.

Valutazione

La valutazione viene effettuata entro un tempo definito a seconda della tipologia di richiesta e ai criteri di priorità: entro tre giorni per i casi in cui il valutando sia in fase di dimissione ospedaliera e per casi di urgente attivazione di cure domiciliari; entro un massimo di 15 giorni nei casi in cui non venga ravvisato carattere di urgenza. In ogni caso l'avvio del procedimento deve decorrere entro 48 ore dalla presentazione del caso.

All'UVI compete la rilevazione delle problematiche e la conoscenza dei bisogni attraverso la documentazione relativa al soggetto (cartelle cliniche, sociali, attestazioni di handicap, prescrizioni del MMG o PLS) e la valutazione multi-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

mensionale diretta del soggetto in termini clinici, cognitivi, funzionali, di mobilità, d'inclusione sociale, ecc. attraverso strumenti di valutazione oggettivi e unitari sul territorio.

Conseguentemente alla valutazione della condizione del soggetto viene svolta la valutazione della congruità fra bisogni e offerta di servizi disponibili sul territorio.

Vengono pertanto individuate le risorse nella rete dei servizi sociosanitari integrati da fornire per la specifica situazione (secondo criteri di equità, omogeneità e uniformità nell'assistenza).

La presa in carico da parte della rete dei Servizi Sociali e Sanitari integrati comporta la stesura del PAI che deve comprendere una specifica valutazione delle priorità e fornire un progetto di intervento che tenda a conseguire i migliori obiettivi di salute per l'utente, garantendo i Livelli Essenziali Assistenziali sanitari e sociosanitari.

L'attuazione degli interventi deve rispondere a protocolli assistenziali unitari all'interno della cornice dell'Accordo Distretto /Ambiti Territoriali Sociali di riferimento.

Monitoraggio

L'UVI segue nel tempo l'utente, osservandone l'evoluzione dei bisogni e l'appropriatezza della risposta assistenziale offerta, monitorando l'aggiornamento del PAI realizzato dalle strutture di accoglienza e dai servizi, con possibilità di verifica o controlli (o di invio all'UVI); per altre situazioni, come l'assistenza domiciliare, i *case manager* o i MMG chiedono l'aggiornamento del PAI.

Tutte le attività della UVI devono essere documentate e svolte utilizzando una modulistica appositamente predisposta. Al termine della valutazione deve essere consegnata la documentazione all'utente.

Nell'Unità di Valutazione Integrata viene svolta una funzione di raccolta dei dati di attività relativamente ad una serie di indicatori appositamente definiti: numero casi presi in esame, tipologia casi presi in esame, progetti assistenziali proposti, progetti e altre forme di assistenza erogate, registrazione ingressi e dimissioni in regime di residenzialità e semiresidenzialità, accoglienza segnalazioni ospedaliere per dimissioni protette, Assistenza Domiciliare per differenti tipologie di intensità assistenziale, ecc. L'elaborazione di tali dati svolge anche funzione di verifica dei volumi di attività erogate e della loro appropriatezza.

Allegato 1

AREA INTEGRATA DIMISSIONI PROTETTE

Modelli/sistemi organizzativi centrati sul paziente, con intercettazione di bisogni anche inespresi attraverso accessi semplificati ed efficienti alla rete dei servizi socio-sanitari, secondo principi di partecipazione e corresponsabilità, in grado di far convergere in un'unica struttura la attuale pluralità dei centri gestionali in ambito ospedaliero, per una trasparente presa in carico di complessità e fragilità.

La metodologia di approccio alla Dimissione Protetta (DP) prevede una modalità di intervento che, sequenzialmente, comprende:

- la valutazione precoce del paziente e dei suoi bisogni,
- il rispetto dei criteri di dimissibilità in base a condivisi parametri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e sociale,
- la definizione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) in base a setting assistenziali, profili e obiettivi di cura,
- l'individuazione, di norma solo per i casi di DP, del MMG come *case manager*,
- il raggiungimento di un "patto terapeutico" sottoscritto con paziente e familiari,
- la indispensabile dotazione di farmaci per il domicilio ed una efficace organizzazione del trasporto anche nelle altre sedi di osservazione,
- la presa in carico da parte dei servizi territoriali.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La dimissione protetta, richiedendo una veloce attivazione delle procedure di valutazione, assume carattere di priorità.

La segnalazione riguarda tutti i pazienti in dimissione, che richiedono una continuità assistenziale verso la residenzialità o il domicilio: il Medico di U.O. compila il modulo informatico e lo invia al sito web ove accede il Coordinatore Infermieristico delle DP.

Il percorso di DP:

1. Il medico del Reparto individua il caso e compila una scheda di segnalazione da trasmettere al Coordinatore DP che attiva i successivi percorsi
2. Il Coordinatore comunica al PUA e al MMG la prossima dimissione protetta del suo paziente
3. Per i pazienti in dimissioni protette, il Coordinatore attiva l'Unità Valutativa Integrata (UVI)

Processi connessi alla DP:

- Accesso alle Cure Domiciliari (CP - ADI)
- Accesso alla residenzialità
- Distribuzione diretta di farmaci
- Prescrizione diagnostica nel post ricovero
- Consulenza dietetica/supporto nutrizionale
- Accesso alla riabilitazione intensiva estensiva
- Accesso all'assistenza protesica
- Accesso ai Servizi Sociali
- Presa in carico da parte di servizi/strutture
- Trasporto sanitario

5. Presa in carico e continuità dell'assistenza - Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

Definizione

L'attuale quadro epidemiologico presenta un trend di crescita per le "patologie croniche stabilizzate, patologie cronicodegenerative, patologie dovute a fattori eziologici originati da disuguaglianze sociali" (AGENAS 2008), l'attenzione va quindi riorientata dalla fase acuta della malattia alla cronicità e alla lungo assistenza.

La continuità assistenziale, in particolare nei percorsi riabilitativi tra ospedale e territorio in un'ottica di presa in carico continua delle necessità del paziente, appare quindi sempre più una priorità.

Risulta sempre più urgente individuare e riprogettare i processi di accesso e di erogazione delle attività assistenziali con l'obiettivo di riorientare e qualificare il sistema dell'offerta per sostenere la presa in carico e la continuità assistenziale.

Tale percorso richiede l'individuazione:

- delle attività e dei processi
- dei punti di interazione tra due o più processi
- dei punti di controllo e di monitoraggio all'interno dei processi
- dei punti di controllo e di monitoraggio tra i diversi processi
- dei ruoli e responsabilità che sottendono l'accesso e l'erogazione dei servizi e le loro interrelazioni.

Da quanto esplicitato consegue l'importanza del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che, secondo quanto indicato nel PSSR, viene definito come uno strumento che deve consentire, da una parte di delineare delle linee gui-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

da che si indirizzino verso un'assistenza individualizzata e ben organizzata, e dall'altra di rappresentare un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del soggetto "fragile". Il PAI terrà conto della possibilità di esercizio del diritto di scelta da parte del cittadino della sede di erogazione del servizio, compatibilmente con l'offerta territoriale dei servizi.

Funzioni

Nella presa in carico e continuità dell'assistenza viene ricompresa la progettazione personalizzata, la programmazione ed erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati formulata nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) al fine di verificare gli esiti rispetto alla richiesta iniziale e rimodulare o stabilizzare nel tempo gli interventi attivati.

Il PAI è quindi uno strumento che dalla valutazione dei bisogni (punto di partenza) individua un percorso assistenziale e gli obiettivi a cui questo deve giungere (punto di arrivo tendenziale).

Il PAI intende costituire un modello omogeneo di intervento a livello territoriale e deve essere redatto specificando i seguenti contenuti:

- obiettivi di salute;
- azioni da realizzare;
- operatori coinvolti;
- tempi di attivazione;
- durata prevista;
- data della rivalutazione (preferibilmente 6 mesi e in ogni caso non oltre i tempi previsti dalle normative di settore);
- *case manager* individuato all'interno del servizio/equipe che prende in carico il soggetto.

Attività e articolazione organizzativa

Il *case manager* è una figura essenziale nella gestione del Piano Assistenziale Individualizzato che assume funzioni di regia rispetto al progetto personalizzato, interconnettendo tutte le risorse della rete formale e informale, per rispondere adeguatamente alla complessità delle situazioni esaminate. Tale ruolo può essere ricoperto da un infermiere o un assistente sociale formato nella valutazione dei bisogni.

Il *care giver*, individuabile nella figura di un familiare o di chi si prende cura della persona, è indispensabile per una migliore conoscenza del soggetto e per confrontare le aspettative con le risposte che il sistema dei servizi è in grado di offrire.

Nella fase di definizione del PAI è compito di chi lo predispone informare, raccordandosi con il MMG, il paziente e/o la famiglia sul Piano Assistenziale e raccoglierne il consenso (se non già acquisito) attraverso l'apposita scheda regionale che viene conservata nella documentazione relativa al paziente.

Il PAI va considerato, in prospettiva, parte integrante del Fascicolo socio-sanitario elettronico del paziente. Viene predisposto un modulo di *Comunicazione all'utente* che contiene le informazioni essenziali sulle decisioni assunte nel PAI, sulla proposta di progetto d'intervento e l'individuazione del *case manager*, con eventuale tempistica di rivalutazione indicata.

I tempi di esecuzione del PAI possono essere ridotti, superando le liste d'attesa, anche reingegnerizzando il processo di prenotazione della visita specialistica e predisponendo l'invio istantaneo tramite un'apposita procedura informatica di tutte le informazioni riguardanti il PAI. Questa procedura è comunque garantita nel caso di pazienti in dimissioni protette.

Processi, percorsi e procedure

Diventa fondamentale dotare tutte le UVI Distrettuali di uno strumento di valutazione multidimensionale

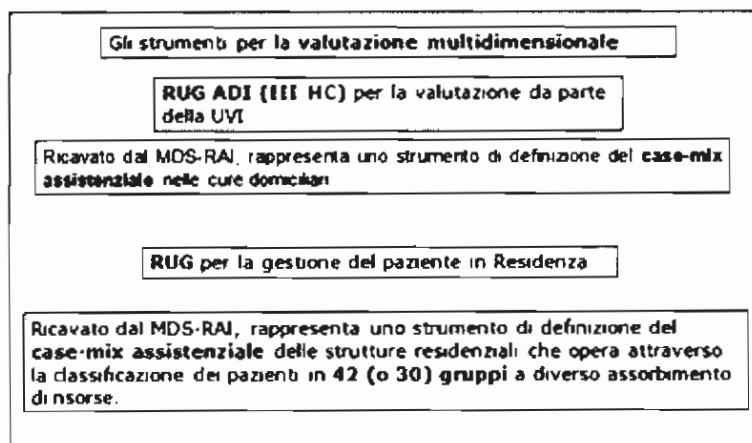


DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

globale dello stato funzionale della persona in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali della persona.

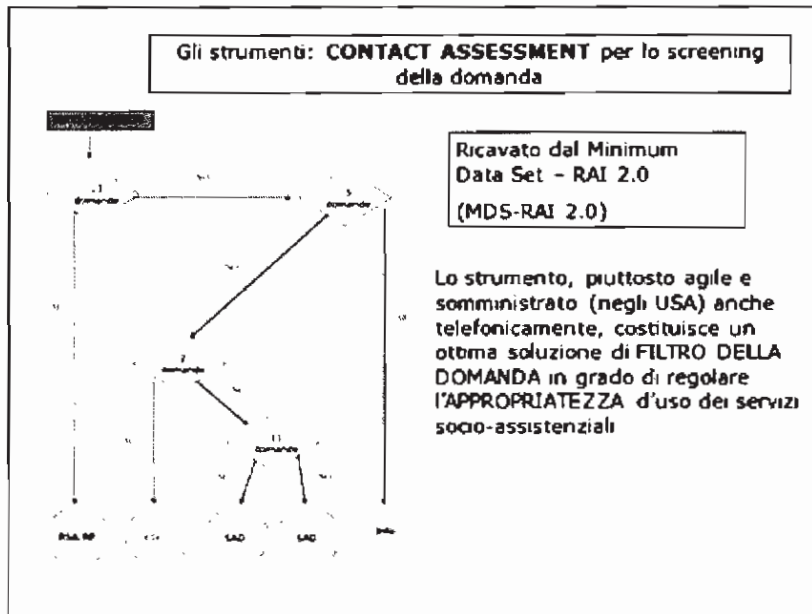
Questo tipo di approccio, oltre a guidare una corretta elaborazione del PAI permette di arrivare alla definizione del case-mix individualizzato e di popolazione assistita nel rispettivo servizio di Cure Domiciliari (C.D.) L'utilizzo sistemico del RUG III-ADI (HC) in continuità con quanto già utilizzato in regime residenziale e semiresidenziale (RUG III Long Term Care Facilities - LTCF) diviene necessario per avere omogenea visione complessiva dell'assistenza extraospedaliera territoriale, usando strumenti di valutazione multidimensionali assai simili, adattati ai differenti settings assistenziali.

Il sistema Resource Utilization Groups for Home Care (RUG-III HC) è stato sviluppato a partire dal RAI-HC (Resident Assessment Instrument for Home Care) per essere compatibile con l'analogo sistema RUG-III utilizzato per la valutazione del case-mix delle strutture residenziali. Il sistema RUG-III HC, costruito su un campione del Michigan e validato in Canada, utilizza sempre 7 livelli gerarchici, ma si differenzia dal RUG-III per l'utilizzo delle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) in associazione alle ADL (Activities of Daily Living) nella formazione dei 23 gruppi e per la produzione di due set di indici di case-mix: uno che considera la sola assistenza formale, l'altro che comprende anche il supporto informale. La compatibilità tra i due sistemi di definizione del case-mix e dei sottostanti strumenti di valutazione multidimensionale, permette di estendere ai servizi domiciliari la stessa metodica applicata alle strutture residenziali. Ciò determina, attraverso l'utilizzo di item standardizzati, accurati e riproducibili, una ricaduta sulla pianificazione degli interventi sanitari in termini di miglioramento dell'efficienza del singolo servizio, dell'eligibilità nei diversi settings dell'offerta e della relativa qualità dell'assistenza erogata.



Y

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE



Al fine di completare il sistema di valutazione nell'ambito dell'erogazione dei servizi nei diversi settings assistenziali extra ospedalieri, il PUA si doterà di un agile strumento di pre-analisi in grado di valutare velocemente la "fragilità" dell'utenza (Contact Assessment), filtrandone le esigenze, orientando la persona verso il servizio/struttura più appropriata a soddisfare il bisogno di assistenza. Gli strumenti sopra descritti, più complessi rispetto a quest'ultimo, contribuiranno poi ad individuare il necessario carico assistenziale scaturente dalla successiva valutazione. Per una migliore comprensione dell'analisi si allegano inoltre le relative schede.

Tempi di utilizzo degli strumenti di valutazione

Nelle more della formalizzazione dell'UVI nell'ambito dell'Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O. SeS) di cui al successivo punto 7, l'utilizzo degli strumenti di valutazione individuati è operativo con l'approvazione del presente atto per cui, anche in relazione alle nuove codifiche delle unità erogative di cui alla DGR 1331/14:

- tutti i nuovi inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali dovranno essere autorizzati in relazione alle risultanze dell'utilizzo degli strumenti di valutazione individuati;
- la rivalutazione degli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie dovrà essere attuata entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto.

Marche. Scheda normativa sulle Unità di valutazione distrettuale

Aggiornata al 20 agosto 2012

Questa nuova scheda aggiorna una precedente del 2005, aggiungendo le indicazioni normative emanate in questi ultimi anni. La più recente legislazione ne riconferma il fondamentale ruolo, assegnando alle UVI la responsabilità della definizione dell'appropriatezza dei percorsi.

Ciò che purtroppo non sembra cambiare è la modalità di funzionamento di questo strumento. La regione Marche continua ad attardarsi nella definizione (peraltro obbligatoria) di griglie di valutazione al fine della individuazione della migliore risposta ai bisogni. La distanza, in gran parte dei territori della regione, tra i bisogni della popolazione e l'offerta territoriale di servizi socio sanitari, oltre al forte ritardo culturale degli stessi servizi, continua a bloccare ogni trasparente percorso volto ad individuare la risposta più adeguata ai bisogni. Le UV, diventano quindi troppo spesso, lo strumento per tale razionamento. Si tende a non rilevare il bisogno, a non renderlo evidente e riconoscibile, così da poterlo appiattare sull'offerta presente.

Così presentavamo nel 2005 la scheda normativa. Rispetto a quel testo è cambiato il nome dell'Unità valutativa: non più distrettuale, ma integrata e il dato dell'assistenza sanitaria nelle RP convenzionate. Per il resto non è mutata la sostanza del quadro complessivo.

Di seguito viene riportata la principale normativa della regione Marche sulle Unità di Valutazione Distrettuale (UVD), così da offrire a tutti i soggetti interessati (operatori socio sanitari, componenti UVI, funzionari degli enti locali, amministratori, utenti, associazioni di tutela, ecc....), il quadro di riferimento legislativo regionale. L'UVD rappresenta infatti uno snodo fondamentale nella definizione dei percorsi più appropriati nella assistenza di malati (in particolare anziani non autosufficienti) che necessitano di continuità assistenziale.

La normativa regionale non lascia dubbi su ruolo e funzione delle UVD nella indicazione della definizione dei percorsi. Solo dopo quella valutazione, ad esempio nel sistema residenziale, è possibile identificare la struttura che per la tipologia delle prestazioni erogate, può garantire la risposta adeguata ai bisogni della persona non autosufficiente.

Purtroppo molto, troppo spesso le UVD dimenticano di essere uno strumento tecnico composto da professionisti che sulla base delle proprie competenze valutano quale intervento è più giusto per la persona e invece finiscono per assumere una valenza "aziendale". Esse sono infatti parte di un settore direttamente coinvolto nella risposta da dare; a seconda dell'esito della valutazione, l'azienda cui appartengono deve infatti assumere o non assumere oneri finanziari. Se dalla valutazione ne discende che la persona non è curabile a domicilio e necessita di una struttura residenziale le diverse soluzioni hanno ricadute ben diverse sul sistema dei servizi e sulle competenze finanziarie degli enti. Si pensi quanto pesa sul fondo sanitario (e di contro sul fondo sociale e sull'utente) un ricovero in Casa di riposo, in Residenza protetta o in RSA. Ciò che le UVD non possono dimenticare è che il loro mandato è quello indicato dalla normativa e non quello richiesto più o meno esplicitamente dalle direzioni aziendali. Se il sistema sociosanitario dei servizi è strutturalmente, per scelta e non per caso (oltre 4000 sono gli anziani non autosufficienti accolti in strutture per autosufficienti con qualche decina di minuti di assistenza giornaliera), incapace di rispondere alle esigenze di questi cittadini occorre che i loro bisogni siano presentati per quello che sono e non furtivamente occultati. Una volta accertate le esigenze saranno le Istituzioni competenti a dover rispondere del mancato intervento.

Nota. Nella scheda, non vengono riportati tutti i riferimenti normativi regionali riguardanti le UVD. Non sono riportati quelli antecedenti le norme riportate (vedi DGR: 3240/1992, 105/1996, ecc. ..). Riferimenti al ruolo e alla funzione delle UVD sono rinvenibili anche in altre parti delle norme citate o in altri atti regionali (vedi Regolamento 1/2004, "Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale", nella parte riguardante le strutture per anziani. Nello specifico della Residenza Protetta, il riferimento alla UVD viene così declinato: "La valutazione delle condizioni e dei livelli di non autosufficienza è effettuata dalla Unità Valutativa Distrettuale (UVD) integrata con professionalità sociali

dell'Ambito Territoriale attraverso l'utilizzo obbligatorio di medesime scale di valutazione multidimensionali individuate dalla Regione Marche". Le parti evidenziate sono redazionali. (Fabio Ragaini)

Per un approfondimento sul tema segnaliamo

[Anziani non autosufficienti. Valutazione, presa in carico, percorsi assistenziali](#)

[Piemonte. Unità valutativa e Piano Assistenziale Individuale](#)

[ASL 5 Collegno. Regolamento UVG](#)

[Veneto. La scheda per la valutazione della non autosufficienza](#)

[Veneto. Anziani non autosufficienti. Profili e livelli intensità assistenziale](#)

L.r. 20/10/1998, n. 34 - Piano sanitario regionale 1998/2000

4.2.3.3 La Unità Valutativa Distrettuale

Il Governo della Salute a livello Distrettuale presuppone una costante azione di verifica dell'adeguatezza della risposta in relazione ai bisogni e alla disponibilità dei servizi assistenziali.

Obiettivi principali di questa azione sono:

a) organizzare e rendere compiutamente accessibili i servizi che costituiscono la rete differenziata dell'offerta, garantendo il loro utilizzo appropriato;

b) **rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso ideale di trattamento del paziente.**

In particolare questa seconda azione richiede l'intervento di una *équipe* professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi. Una lettura di questo tipo è necessaria anche per altre fasce di popolazione fragile, come i portatori di handicap, i pazienti affetti da malattie sociali, i pazienti psichiatrici, i pazienti con dipendenze da alcool, droghe e farmaci etc.

Per questo motivo è necessario programmare un approccio multidisciplinare alle situazioni di scompensazione socio-sanitaria, tramite una **Unità Valutativa di Distretto** (U.V.D), che affronta tali situazioni e programma interventi socio-sanitari coordinati e coerenti al fine di :

- prevenire lo scompensazione socio-sanitaria (passaggio dallo stato di autosufficienza alla dipendenza);
- prendere in carico il paziente (attraverso lo sportello per la salute);
- **definire percorsi ottimali e supportare le scelte.**

La U.V.D. è composta da:

- medico di distretto con funzioni di coordinatore;
- medico di medicina generale
- infermiere professionale;
- assistente sociale
- operatore referente delle aree di tutela (§ 4.2.4)

ed è integrata di volta in volta dalle figure professionali necessarie:

- medici specialisti
- operatori sanitari specialisti di settore

L'intervento della UVD avverrà su proposta di

- a) medico di famiglia;
- b) struttura ospedaliera alla vigilia di una dimissione protetta;
- c) assistente sociale;
- d) altri soggetti del SSN e in particolare del servizio polifunzionale del distretto.

Attraverso questo strumento, che andrà attivato in ogni Distretto, viene definito il percorso assistenziale del paziente tra le seguenti strutture :

Servizi Ambulatoriali (Poliambulatorio, Servizi specialistici).

Servizi Domiciliari (ADI, ADP, assistenza infermieristica, assistenza sociale),
Case di Riposo o Residenze Protette,
Strutture Residenziali (RSA, RSM) o semiresidenziali
Ospedale,

La UVD al termine di una valutazione multidimensionale, individua la figura professionale (responsabile del caso o case-manager) che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato.

La dinamica del percorso presuppone la continuità della tutela socio-sanitaria del paziente e l'uso dell'ospedale per le sole patologie critiche e la diagnostica complessa, indirizzando rapidamente il paziente alle altre strutture per tutti i servizi compatibili.

4.2.3.5.L'assistenza domiciliare integrata

Il distretto, rappresenta il luogo della valutazione dei processi clinico-assistenziali e delle condizioni socio-economiche e della erogazione dei servizi assistenziali e dei presidi.

Tale compito è assolto dall'Unità di Valutazione Distrettuale ha il compito di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri percorsi assistenziali.

L'ADI, oltre che per il livello assistenziale integrato, si definisce per la capacità di attivare dinamiche assistenziali in grado di consentire:

- accesso rapido e semplificato al servizio
- erogazione personalizzata sulla base dei bisogni e nel proprio ambiente di vita, secondo un piano di intervento assistenziale di prestazioni di:
 - medicina generale
 - medicina specialistica
 - cure infermieristiche
 - riabilitazione
 - assistenza tutelare e alla persona
 - supporto psicologico e/o spirituale (anche attraverso il volontariato)
- responsabilizzazione e coordinamento da parte del MMG del paziente nella attivazione delle risorse assistenziali e sanitarie, infermieristiche e specialistiche, in accordo con i piani di valutazione elaborati a livello di UVD.

DGR 606/2001 - Linee guida sulle cure domiciliari

Unità valutativa distrettuale (UVD)

L'Unità Valutativa di ogni Distretto è costituita da :

- Il medico responsabile delle cure domiciliari (coordinatore/responsabile dell'UVD) ;
- Il medico di Medicina Generale curante dell'assistito (Responsabile clinico del paziente) ;
- Un infermiere professionale (Responsabile delle cure infermieristiche) ;
- L'assistente sociale referente del caso dei Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale.

Per la segreteria organizzativa, l'UVD si avvale di un operatore tecnico.

L'Unità Valutativa è integrata di volta in volta da altre figure professionali, sanitarie e sociali, specialiste del settore : medici specialisti, tecnici della riabilitazione, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore professionale.

Per i pazienti ultra sessantacinquenni, lo specialista di riferimento è il geriatra.

L'Unità Valutativa è " ... un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi e con il compito di - ... b) rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso ideale di trattamento del paziente (Legge Regionale 34-98 - Piano Sanitario Regionale 1998/2000 -paragrafo 4.2.3.3). Costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri percorsi assistenziali. Per poter svolgere tali compiti, l'UVD si relaziona costantemente con i servizi territoriali e con gli Uffici di Promozione Sociale presenti nel distretto.

Spettano in particolare all'Unità Valutativa i seguenti compiti:

- Valutazione dell'autosufficienza dei pazienti da ammettere all'ADI;
- Valutazione Multi Dimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (il piano assistenziale deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto)
- Ammissioni e dimissioni relative all'ADI;
- Definizione del percorso assistenziale del paziente nel sistema residenziale;
- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale Personalizzato comprendente:
 - a) gli obiettivi assistenziali da raggiungere
 - b) le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali
 - c) la tipologia degli interventi
 - d) la frequenza degli accessi dei singoli operatori MMG, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario, ecc.)
 - e) la durata presumibile degli interventi assistenziali

- Elaborazione del Piano di Lavoro dei singoli componenti dell'équipe operativa assistenziale tempi e luoghi dell'intervento, turni, orari di accesso ecc.
- Verifica dell'andamento del Piano Assistenziale
- Discussione in gruppo degli eventuali problemi emersi nel corso dell'assistenza
- Individuazione del responsabile del caso ("... La UVD al termine di una valutazione multidimensionale individua la figura professionale - responsabile del caso o case manager - che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato. -Legge Regionale 34/98 - Piano Sanitario Regionale 1998/2000 - paragrafo 4.2.3.3)

Gli strumenti di lavoro dell'Unità Valutativa sono:

- le riunioni di valutazione e di verifica
- le scale di valutazione dell'autosufficienza
- la cartella di assistenza domiciliare e in particolare il diario clinico
- i responsabili del caso
- il lavoro di gruppo centrato sugli obiettivi
- i rapporti con la Segreteria organizzativa delle cure domiciliari
- i rapporti con gli uffici di promozione sociale
- i rapporti con il nucleo operativo delle cure domiciliari (équipe assistenziale).

L'Unità valutativa risponde direttamente al Direttore del Distretto che si raccorda all'Ambito Territoriale attraverso il suo Coordinatore. La riunione dell'Unità Valutativa ha, per il medico di MG che vi partecipa, il valore di un accesso ADI.

Deliberazione n. 97-2003 - Piano sanitario regionale 2003-2006

Le priorità di sviluppo

- **Qualificare la capacità di presa in carico territoriale.** Le funzioni chiave in tal senso sono quelle, già descritte dal II PSR, di Sportello per la Salute e di Valutazione (Unità Valutative Distrettuali). Per quanto riguarda gli Sportelli per la Salute, questi si realizzeranno non come semplici CUP, ma valorizzando le figure di Base (MMG e PLS, ma anche Consulteri Familiari e Uffici di Promozione Sociale che dovranno diventare il punto unico di accesso alla rete dei servizi), ai quali occorrerà provvedere un efficace sistema di relazioni verticali (con le strutture dipartimentali e ospedaliere) ed orizzontali (sviluppando il raccordo con le strutture ambulatoriali ed i setting di lavoro integrato fra le diverse figure), sviluppando la possibilità di accedere per via telematica alle disponibilità del sistema complessivo dell'offerta. Rispetto alla UVD, questa si articola secondo schemi costitutivi elastici, con il nucleo di base costituito dal medico di distretto, il MMG, l'infermiere professionale, l'assistente sociale e generalmente il geriatra, stante la prevalente tipologia dell'utenza, valorizzando le esperienze condotte nelle varie forme di cure domiciliari e in specifici settori (es.: Salute Mentale, Materno infantile, ecc.)
-

DGR 1322 del 9.11.2004 – Protocollo d'intesa sulla non autosufficienza

Viene indicato lo stesso percorso descritto nel Progetto Obiettivo Anziani

DGR 1566 del 14.12.2004 - Progetto Obiettivo Anziani

- **La valutazione.** Fatte salve le situazioni urgenti, gli interventi di assistenza e di cura socio-sanitari vengono disposti sulla base della formulazione di una valutazione a cura dell'UVD. Questa si compone nella sua configurazione minima del Medico di distretto, MMG, Infermiere professionale, Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale e generalmente il Geriatra (P.S.R. 2003/2006 pag. 81), ognuno dei quali ha facoltà di richiedere l'intervento di specialisti delle discipline sanitarie (su richiesta del MMG) o sociali (su richiesta dell'A.S.). **L'UVD si avvale di strumenti di: valutazione clinico-funzionale; strumenti ADL e IADL; Scheda di valutazione sociale; inoltre, se necessario, di mini mental test.** Appare anche opportuno adottare su base sistematica strumenti in grado di individuare con tempestività i nuclei famigliari a maggior rischio di "stress assistenziale", onde poter adottare interventi di sollievo e sostegno di quei caregiver, al fine di ridurre il rischio di istituzionalizzazione e mantenere gli interventi a favore dell'anziano non autosufficiente il più possibile in regime di domiciliarità
- **Costituzione delle UVD.** Le modalità organizzative dell'UVD sono quelle già indicate nelle linee guida per l'ADI, ma deve essere confermata e rafforzata nel ruolo la presenza delle componenti di servizio sociale.
- **Quando è necessario il passaggio attraverso l'UVD.** L'UVD è responsabilmente attivata dagli operatori di base (MMG o Assistente Sociale) quando si rende necessaria una valutazione di tipo specialistico in presenza di situazioni complesse.
- **La progettazione – percorso.** L'esito della valutazione prodotta dalla UVD si sostanzia in:
 - punteggio di non autosufficienza
 - valutazione multidimensionale che orienta la richiesta di prestazioni ed al tempo stesso la definizione del regime (setting operativo) più idoneo alle esigenze dell'utente
 - valutazione delle capacità assistenziali da parte del nucleo familiare (Indice COPE o simili), al fine di verificare la consistenza della rete di supporto.
 - compete ai servizi sociali di comuni dell'ambito territoriale l'accertamento delle condizioni ISEE.

Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso.

- **Il monitoraggio** dei percorsi assistenziali. Il progetto definisce altresì i tempi e le responsabilità di monitoraggio del percorso assistenziale e le scadenze di conferma o di revisione del percorso stesso.
- **Il ventaglio dei servizi.** Individuate le necessità terapeutico-assistenziali, l'UVD definisce, sulla base della valutazione del profilo di autonomia individuale, di autonomia sociale e considerando le risorse effettivamente disponibili, il più corretto regime di erogazione delle prestazioni necessarie. Le prestazioni necessarie possono essere fornite anche da produttori diversi, spettando alla UVD la proposta e la verifica della integrazione tra i soggetti delle prestazioni assistenziali e di cura. Essendo il mantenimento a domicilio dell'anziano un obiettivo prioritario della programmazione regionale, l'UVD, avvalendosi soprattutto della componente sociale, attiva gli strumenti di sostegno, di sollievo e di affiancamento del nucleo familiare che possono favorire l'erogazione delle prestazioni in regime di domiciliarità, senza per questo compromettere la stabilità psico-fisica dei famigliari maggiormente impegnati nell'assistenza all'anziano non autosufficiente.

Giacché il progetto assistenziale definisce un percorso attraverso le diverse risorse di cura e di assistenza, possono essere previsti tanto interventi articolati secondo una logica staging, per la quale, in relazione alle effettive necessità dell'assistito e del suo nucleo familiare, o in considerazione di situazioni transitorie particolari, può essere prevista l'alternanza o la successione dei regimi di cura e assistenza. Al tempo stesso, è possibile integrare, quando utile, necessario e disponibile, l'intervento a cavallo dei regimi domiciliare e diurno o semi-residenziale.

L'utilizzo temporaneo del regime residenziale è possibile in situazioni che richiedano una maggiore intensità degli interventi, ovvero quando vi sia una temporanea impossibilità della famiglia a garantire il regime di tutela domiciliare e non vi siano possibilità di affiancamento della famiglia stessa.

- **La compartecipazione ai costi.** All'atto della progettazione dei percorsi assistenziali, sulla base del sistema tariffario, si provvede a distinguere quali siano i costi a valere sui fondi sociale e sanitario. Per i soli costi sociali, e sulla base del sistema ISEE, viene stabilita la quota a carico dell'utente e quella a carico dell'Ente Locale.
- **Funzioni informative.** L'UVD partecipa del sistema informativo regionale contribuendo alla tenuta ed all'aggiornamento del registro anagrafico della non autosufficienza, al quale afferiscono le notizie derivanti dalla attività di valutazione, di progettazione e di monitoraggio, ed alla registrazione delle informazioni prodotte attraverso tali attività.

Si tratta quindi di predisporre un sistema informativo in rete che sia alimentato dalle informazioni relative a:

- esiti della valutazione
 - percorso assistenziale progettato e realizzato
 - costi imputabili su base tariffaria
 - monitoraggio
-

DGR 323/2005, Accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti. Allegato "C".

ART. 8 - Unità Valutativa Distrettuale (UVD)

COMPONENTI

L'UVD è costituita da:

- Medico del distretto (coordinatore/responsabile dell'UVD).
- Medico di Medicina Generale curante dell'assistito (Responsabile clinico del paziente).
- Infermiere Professionale.
- Assistente Sociale referente del caso dei Servizi Sociali del Comune di residenza dell'assistito.
- Altre figure professionali, sanitarie e sociali, specialiste del settore: medici specialisti, terapisti della riabilitazione, medico ospedaliero, geriatra, psicologo, che la integrano a seguito di specifiche necessità del caso clinico.

COMPITI

Spettano all'UVD i seguenti compiti:

- Valutazione del grado di autosufficienza dell'assistito
- Valutazione Multi Dimensionale dei bisogni assistenziali del paziente e del nucleo familiare
- Elaborazione del piano assistenziale individuale personalizzato (P.A.I.), che specifica gli obiettivi assistenziali, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (D.P.O., ordinaria, di "sollevio"), lo scadenario delle verifiche.
- Ammissione e dimissione dalla Struttura Protetta

Il grado di autosufficienza e i bisogni assistenziali sono definiti attraverso l'utilizzo delle scale di valutazione multidimensionali individuate dalla Regione Marche¹ negli allegati 1 e 2 dell'allegato A della DGR 606/2001).

Deliberazione n. 62-2007 - Piano sanitario regionale 2007-2009

VII. Rete sociosanitaria

¹ Allegati 1 e 2 dell'allegato A della DGR 606/2001.

Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria

Va ricondotta al Direttore di Distretto e al Coordinatore di Ambito la responsabilità:

- a) dell'“unica” Unità Valutativa Integrata (UVI) nelle sue molteplici articolazioni;
- b) di tutte le funzioni di valutazione collegate alle prestazioni complesse erogate sul territorio;
- c) di tutte le attività valutative seppur diversamente articolate per aree d'intervento (fasce d'età, patologie, discipline mediche).

Atti specifici della Giunta, predisposti con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati, sentita la Commissione Consiliare competente, daranno indicazioni per una strutturazione unitaria della valutazione sociale e sanitaria da parte dell'UVI sulla base dei seguenti criteri:

- attribuzione all'UVI dei compiti di:
 - o esame della situazione clinica e sociale di un singolo caso;
 - o valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie;
 - o individuazione del referente formale della presa in carico (case manager);
 - o predisposizione del progetto individuale di intervento;
 - o monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e individuazione di eventuali variazioni del progetto di cura.
- nomina del responsabile dell'UVI con atto di intesa tra il Direttore di Distretto ed il Coordinatore d'Ambito;
- costituzione nell'Unità Valutativa di un nucleo fisso (formato da operatori sanitari, provenienti dal Distretto e dai Dipartimenti Clinici, e da operatori sociali, provenienti dall'Ambito territoriale e dai Comuni);
- integrazione dell'UVI con componenti attivati in funzione delle specifiche competenze.
- assicurare che l'UVI si attivi:
 - o nel caso di bisogni assistenziali complessi che richiedano l'intervento delle strutture di riferimento distrettuale, l'erogazione di cure domiciliari o di servizi residenziali. (Il bisogno assistenziale complesso, non è riferito tanto alla gravità della patologia, ma alla multidisciplinarietà dell'intervento);
 - o quando si evidenzia il caso di un utente che necessita di una presa in carico congiunta o coordinata da parte di diversi servizi interni ed esterni alla Zona Territoriale;
 - o nel caso di bisogni socio-sanitari complessi che necessitano l'intervento degli enti locali o di strutture del terzo settore;
 - o quando non è chiaro il servizio competente di una presa in carico;
 - o quando è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget (ad esempio la somministrazione di nuovi farmaci e presidi protesici non in tariffario).

VIII. Rete territoriale

In un progetto reingegnerizzazione del Distretto tre considerazioni costituiscono la base essenziale per ogni tipo di strategia:

- il sistema territoriale deve “girare” attorno al paziente e non attorno alla organizzazione;
- l'organizzazione è flessibile e adattabile a seconda delle esigenze della popolazione di riferimento;
- la configurazione dell'intervento in un'ottica di rete costituisce l'obiettivo precipuo di sviluppo del sistema territoriale.

Lo svilupparsi di queste tre tematiche costituisce il cardine per giungere alla definizione di un sistema della accoglienza territoriale che trasformi il vincolo della dispersione dei presidi e della frammentazione della erogazione in una rete capace di guidare il cittadino attraverso i servizi medesimi determinando le modalità di accoglienza sulla base di funzioni “diffuse” prima ancora che di “strutture dedicate”.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario soffermarsi su alcuni prerequisiti fondamentali:

1. **l'accesso al sistema:** la porta di accesso al sistema, contrariamente a quanto attualmente in essere deve essere unica; il Distretto deve configurarsi come il contenitore logico della funzione di controllo dell'accesso. Oggi l'accesso è possibile per varie vie, la valutazione è spesso ripetuta, i benefici sono condizionati da accessi plurimi ed ancora da plurime valutazioni che frammentano l'individuo sottoponendolo spesso a peregrinazioni tra i servizi e a prestazioni ripetute;

2. **la valutazione:** l'Unità Valutativa Integrata (UVI), oggi UVD è una categoria logica che può declinarsi come l'orientatore dei percorsi sanitari e socio sanitari complessi. L'UVI non configura soltanto un momento clinico, ma interpreta anche la responsabilità di allocare le risorse; è l'UVI che stabilisce l'ambito di cura in cui va posizionato il caso complesso, non garantendo solo l'accesso, ma anche e soprattutto la appropriatezza tra i vari ambiti di cura, garantendo anche la continuità dell'assistenza. Rappresenta inoltre l'unica via di accesso, per i casi complessi, alla residenzialità, all' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), alla semiresidenzialità;
3. **l'offerta in Rete:** il potere di connessione del Distretto configura una rete di offerta unica; l'insieme integrato Distretto – Ospedale – Ambito sociale diventa una struttura articolata, ma unica, di offerta.

La valutazione – L'Unità Valutativa Integrata (UVI)

Gli aspetti organizzativi e gestionali che l'intervento di valutazione affronta sono:

- riconduzione ad un'unica funzione valutativa (UVI) dei bisogni complessi;
- garanzia della omogeneità delle attività valutative seppur diversamente articolate per aree d'intervento (fasce d'età, patologie discipline mediche);
- esame della situazione clinica e sociale di un singolo caso;
- valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie;
- individuazione del referente formale della presa in carico (case manager);
- predisposizione del progetto individuale di intervento;
- monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e definizione delle eventuali variazioni del progetto di cura.

Attivazione - Motivi e modalità

Nella attuale organizzazione del Distretto l'Unità Valutativa Integrata (UVI) è un organismo pluridisciplinare che all'interno della rete curante territoriale esercita la funzione di definire, secondo i criteri di appropriatezza ed equità, il piano assistenziale per tutti coloro che necessitano di un intervento socio sanitario al di fuori delle strutture ospedaliere.

L'U.V.I. opera con la metodologia del lavoro di gruppo, non prevede al suo interno rapporti gerarchici consolidati basando la esplicitazione del suo mandato sul confronto tra pari.

Grazie alla VMD (valutazione multidimensionale) si individuano i bisogni dell'utente, in modo da stilare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Lo scopo è quello di superare una logica del lavoro prestazionale coinvolgendo tutti gli attori in progetti sulla persona. Il PAI è uno strumento che deve consentire, da una parte di delineare delle linee guida che si indirizzano verso un'assistenza individualizzata e ben organizzata, e dall'altra di rappresentare un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del soggetto "fragile".

La VMD ci si riferisce a 4 aree:

- **SANITARIA**
- **FUNZIONALE**
- **MENTALE O COGNITIVA**
- **SOCIALE**

Per ognuna di queste aree, sono utilizzati specifici test, che consentono di identificare il profilo dell'utente.

In relazione alla componente sanitaria, il Distretto è ordinariamente rappresentato nell'U.V.I. da:

- Direttore di Distretto o suo delegato;
- Medico di Medicina Generale dell'assistito o Medico di Medicina Generale facente parte delle forme associative di Medicina Generale o dell'Equipe Territoriale;
- Responsabile Infermieristico del Distretto o suo delegato.

La presa in carico e la continuità dell'assistenza

La presa in carico rappresenta una opzione strategica attraverso cui il distretto "competente" esercita la funzione di governo della domanda riducendo le "vie di fuga".

La continuità assistenziale è la funzione di indirizzare, aiutare ed assistere il paziente/utente nel percorso all'interno della rete curante che insiste sul suo territorio e nell'intero sistema sanitario.

Nella definizione e nell'articolazione dei percorsi e dei processi di presa in carico e continuità dell'assistenza la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria è essenziale.

Per perseguire una corretta integrazione nella presa in carico e continuità dell'assistenza è necessario superare da un lato gli ostacoli interni alla organizzazione spesso in balia di variabili di contesto che ne strumentalizzano e deviano le potenzialità, dall'altro da una consolidata autoreferenzialità dei gruppi professionali che tendono a riconoscersi nella loro identità professionale più che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali.

È necessario quindi ritornare a modalità partecipate di programmazione strategica ove la funzione di direzione definisca linee entro cui la pianificazione venga portata a termine con la piena collaborazione e condivisione degli operatori che devono condividere e conoscere le strategie e gli obiettivi a questi sottesi, attraverso una lettura non solo economicistica ma anche prestazionale del setting assistenziale.

La valorizzazione economica dei percorsi consolidati, la loro comparazione e la loro reingegnerizzazione promuoverà l'adozione delle migliori pratiche e determinerà un trend verso cui assestare la produzione in una proiezione che coniughi qualità ed efficienza.

Riorganizzazione dell'offerta

Nella strutturazione dell'offerta appare indispensabile sottolineare come, anche nell'ambito di servizi territoriali, sia importante considerare le interconnessioni tra bacini di utenza necessari a garantire congiuntamente servizi di qualità e adeguate economie di scala. Occorre considerare quali servizi attivare a livello di Distretto, quali nella Zona e costruire in Area vasta un processo che deve impegnare il sistema dei servizi sanitari con una forte regia partecipata.

La progettualità sulla residenzialità utilizzerà l'esperienza della prima implementazione sulla qualificazione della assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti, facente parte della DGR 1566/04. Gli elementi conoscitivi che sono emersi rispetto ai contenuti delle convenzioni e alle modalità di erogazione delle prestazioni, con riferimento al personale e agli altri centri di costo in seguito all'applicazione della DGR 704/06, permetteranno di costruire un quadro completo della situazione e, quindi, offrire le indicazioni per riorientare il sistema sia dal punto di vista della allocazione delle risorse che delle necessarie evoluzioni.

E' importante attivare anche nel settore delle Cure Domiciliari l'analisi/monitoraggio e la riorganizzazione delle procedure di intervento in una prospettiva unitaria e coerente a livello aziendale, secondo il seguente schema di lavoro:

1. definizione dell'intervento;
2. criteri di ammissione;
3. criteri di dimissione;
4. attivazione dei percorsi residenziali;
5. organizzazione assistenziale.

Potranno in particolare essere presi in considerazione temi già oggetto di valutazione in ambito regionale quali:

- Minimum Data Set, sistema degli indicatori e sistema informativo per le Cure Domiciliari;
- sistema di classificazione dei pazienti e tipologie Cure Domiciliari;
 - meccanismi di organizzazione e funzionamento delle segreterie organizzative e dell'UVD per le Cure Domiciliari;
- sistema di contabilità analitica;
- rapporti tra il sistema delle Cure Domiciliari e Dipartimento delle Professioni (Art. 8, L.R.13/03);
- meccanismi di Continuità Ospedale-Territorio e Percorsi Assistenziali nelle Cure Domiciliari;
- qualità percepita.

Una rivisitazione globale del sistema delle cure domiciliari ed un adeguamento della normativa vigente appaiono improcrastinabili anche al fine di determinare quali siano i livelli regionali minimi su cui programmare la erogazione di prestazioni.

DGR 1729-2010 - Modello di convenzione residenze protette anziani

Art. 5 - Modalità di accesso alla Residenza Protetta

1. L'accesso alla Residenza Protetta avviene solo a seguito di parere favorevole dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) secondo la seguente procedura:
 - a) Richiesta dell'interessato o di chi è civilmente obbligato o del Medico di Medicina Generale, delle strutture ospedaliere o dei Servizi sociali del Comune corredata da scheda compilata dal sanitario utilizzando la modulistica regionale destinata all'accesso al sistema delle cure domiciliari. La richiesta o la segnalazione va presentata presso le strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA - o, laddove non presente, Segreteria delle cure domiciliari);
 - b) Valutazione della domanda da parte dell'UVI sulla base delle modalità previste dalle norme vigenti ed elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
 - c) Inserimento del cittadino con i requisiti per l'accesso alla Residenza Protetta nella lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale;
 - d) Domanda di ricovero del cittadino alla Residenza Protetta scelta che proceda all'accoglienza nel rispetto della lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale e della disponibilità di Posti Letto (PL) della Residenza Protetta.
 2. In caso di assenza di PL disponibili il cittadino verrà collocato in una lista d'attesa la cui trasparenza è garantita dal responsabile dell'UVI.
-

Deliberazione n. 38-2011 – Piano sociosanitario regionale 2012-2014

IX. Rete territoriale

- La valutazione: l'Unità Valutativa Integrata (UVI), è una categoria logica che può declinarsi come l'orientatore dei percorsi sanitari e socio sanitari complessi. L'UVI non configura soltanto un momento clinico, ma interpreta anche la responsabilità di allocare le risorse; è l'UVI che stabilisce l'ambito di cura in cui va posizionato il caso complesso, non garantendo solo l'accesso, ma anche e soprattutto la appropriatezza tra i vari ambiti di cura, garantendo anche la continuità dell'assistenza. Rappresenta inoltre l'unica via di accesso, per i casi complessi, alla residenzialità, all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), alla semiresidenzialità; (La valutazione multidisciplinare è peraltro esplicitata dal comma B dell'articolo 10 del Patto della salute 2010-2012 come unica modalità di accesso al sistema domiciliare e residenziale);

I processi sociosanitari

Potenziamento e riorganizzazione complessiva del sistema di valutazione della non autosufficienza nell'ambito delle "Unità Valutative Integrate", quali punti unici integrati socio-sanitari per la valutazione, la presa in carico e la dimissione dell'anziano, e quali snodi per l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni
