

## L'unità valutativa geriatrica e i piani personalizzati di cura e assistenza

*Dr. Laura Bert, U.V.G. A.S.L. TO3*

Nel corso degli anni la Regione Piemonte ha attribuito all'Unità di Valutazione Geriatrica un ruolo sempre più complesso, e le competenze della Commissione sono passate da una semplice valutazione a "un mix di prestazioni" che vanno dalla valutazione delle necessità sanitarie e assistenziali della persona, alla predisposizione di un progetto individuale (con definizione dell'intensità assistenziale dello stesso e quantificazione delle risorse necessarie), al monitoraggio del progetto, alla ricezione e invio di dati in merito ai progetti attivi.

- 1992 (DGR 113)- Istituzione UVG
- 1995 (DGR 41)- L'U.V.G. ai fini dell'individuazione del presidio presso il quale inserire la persona anziana non autosufficiente, dovrà tenere conto anche delle sue eventuali preferenze e dovrà verificare con il relativo responsabile che la struttura individuata sia in grado di soddisfare le necessità assistenziali della persona stessa
- 2003 (DGR 51)- Applicazione LEA che prevede "presa in carico globale della persona non autonoma da parte dei servizi socio-sanitari integrati"
- 2004 (DGR 72)- L'UVG deve valutare le condizioni socio sanitarie dei pazienti ricoverati in Reparti Ospedalieri al fine di individuare il percorso da attuare per garantire la Continuità Assistenziale predisponendo un Progetto Individuale.
- 2005 (DGR 17)- Funzione principe dell'UVG "individuare, attraverso la valutazione multidimensionale e con assunzione della relativa responsabilità dal punto di vista clinico e socio-sanitario, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio"
- PSSR 2007-2010 "raggiungimento della continuità delle cure attraverso percorsi che ne assicurano la gestione caso per caso e per le differenti tipologie del bisogno"; "occorre ottimizzare la presa in carico dell'anziano, soprattutto se affetto da patologie croniche, lavorando sui percorsi socio-sanitari delle persone, al fine di ritardare la non autosufficienza e l'eventuale istituzionalizzazione, e prevenire ricoveri impropri.
- 2008 (DGR 42): l'UVG non deve solamente attribuire punteggi, bensì "comprendere" attraverso un approccio globale, non solo le patologie e il contesto socio-familiare dell'anziano, ma anche e soprattutto la sua volontà di come vivere e affrontare la sua non autosufficienza. Risulta quindi indispensabile che il Progetto venga stilato dall'UVG, sempre in presenza dell'anziano e di chi si prende cura di lui, collegialmente e con la contemporanea presenza delle componenti sociale e sanitaria, così da stabilire una relazione significativa fra gli stessi. Effettuata la valutazione e stilato il Progetto deve garantire l'attuazione dello stesso in tempi idonei per evitare complicazioni e migliorare la qualità della vita. Si approvano inoltre le linee guida del Piano di Assistenza Individuale (PAI) domiciliare, semiresidenziale e residenziale.
- 2009 (DGR 39): il PAI domiciliare può contenere un mix di prestazioni erogabili (prestazioni di cura familiare e affidamento, assunzione di assistente familiare, acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo ADEST/OSS, acquisto del servizio di telesoccorso, acquisto di pasti a domicilio), integrabili con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.
- 2010 (DGR 69): nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS), il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha avviato la costituzione di una nuova banca dati per il monitoraggio delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e di assistenza domiciliare per anziani o soggetti non autosufficienti in condizione di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche... L'invio dei dati al NSIS è responsabilità della Regione Piemonte, l'invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale è responsabilità delle ASL. Altresì è compito delle ASL la formazione dei formatori individuati dalle strutture residenziali e semiresidenziali....

## I piani personalizzati di cura e assistenza nei progetti residenziali

In caso di inserimento in struttura residenziale il ruolo all'U.V.G. compete:

- Predisporre il progetto di intervento individualizzato, identificare la fascia di intensità assistenziale e il livello prestazionale adeguato.
- Monitorare la realizzazione e l'andamento dei progetti individualizzati attraverso la validazione del PAI predisposto e costantemente aggiornato dalle strutture erogatrici.

All'accoglienza dell'ospite la struttura residenziale recepisce e traduce operativamente, verificandone l'attualità, il progetto definito dall'U.V.G., provvedendo all'elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.).

Predisposizione, verifica e aggiornamento del P.A.I. Avvengono nell'ambito di un'équipe multidisciplinare (che con la DGR 69/2010 diviene anche équipe valutativa). Il P.A.I. deve essere periodicamente inviato alla U.V.G.

Il PAI definisce:

- Le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate
- La frequenza e la durata di ogni intervento necessario al raggiungimento degli obiettivi
- La valutazione periodica dei risultati, con indicatori e tempi
- La congruità tra bisogni e PAI e tra nuove esigenze e modifiche del PAI

La DGR 69/2010 definisce meglio i seguenti concetti:

- Obiettivi, identificabili in 4 categorie di riferimento ovvero 1- recupero di una funzione persa, 2- miglioramento di una o più funzioni, 3- mantenimento di una o più funzioni, 4- ricerca di una migliore qualità di vita
- Indicatori, ovvero strumenti che rendono misurabile e osservabile un fenomeno, ne analizzano aspetti della realtà, fissano il livello degli obiettivi da raggiungere e ne costituiscono elementi di controllo, misurano lo stato e i mutamenti di un fenomeno nel tempo

Il modello di PAI residenziale e semiresidenziale proposto dalla DGR 42/2008 analizza le seguenti dimensioni: mobilità, eliminazione, capacità di alimentarsi, capacità di lavarsi, capacità di vestirsi, comunicazione, tono dell'umore, agitazione psico-motoria, collaborazione, orientamento, memoria, stato della cute.

Di ciascuna di queste dimensioni viene definita la situazione all'atto della stesura del P.A.I., l'obiettivo, la tipologia di intervento e le figure professionali coinvolte e la data prevista per la revisione. La situazione descritta all'atto della valutazione successiva definisce il raggiungimento o meno dell'obiettivo.

Il P.A.I. è pertanto uno strumento dinamico che deve essere utilizzato valutando la sequenza delle stesure nel tempo.

Il lavoro della U.V.G. nel suo complesso appare pertanto sempre più complesso e dinamico, le diverse informazioni (inserimenti in struttura, variazioni intensità assistenziale, P.A.I., rette, variazioni della condizione socio-economica, variazioni nella tipologia del progetto, ecc.) dovrebbero essere ricevute e analizzate in tempo reale al fine di rielaborare rapidamente un nuovo progetto assistenziale.

Di fronte ad attività e ruoli di tale complessità è pertanto necessario che tutte le U.V.G. piemontesi siano messe nella condizione di potere svolgere il loro lavoro.