

Supplemento Ordinario n. 3 al B.U. n. 11

Deliberazione della Giunta Regionale 10 marzo 2008, n. 42-8390

Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG".

A relazione degli Assessori Artesio, Migliasso:

Con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" del 1992, diventato parte integrante del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, si evidenziava la necessità di determinare programmi finalizzati alla tutela della salute degli anziani con percorsi specifici, atti a individuare e soddisfare i loro bisogni socio-sanitari.

La Giunta Regionale con D.G.R. n. 113 - 16221 del 22 giugno 1992 "Art.11 L.R. 37/90. Modifiche e integrazioni alla deliberazione attuativa G.R. 02.08.1991 n. 333-8499 - Autorizzazione al funzionamento delle R.S.A. per anziani non autosufficienti " recepisce le indicazioni del Progetto Obiettivo Anziani (P.O.A.), riconoscendo la necessità di attivare una Commissione Tecnica per la valutazione degli interventi da attuare nei confronti delle persone anziane non autosufficienti, sia per quanto riguarda l'inserimento nei programmi di assistenza domiciliare integrata e di ospedalizzazione domiciliare sia per quanto riguarda l'accesso in strutture residenziali.

La D.G.R. n. 188 - 24789 del 03 maggio 1993 "Istituzione dell'U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica) e adozione della scala di valutazione funzionale multidimensionale", provvede a denominare Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) la Commissione Tecnica di cui alla D.G.R. 113 - 16221/92 e ad approvare le scale di valutazione da utilizzare da parte dell' U.V.G. nell'ambito di programmi assistenziali rivolti alle persone anziane non autosufficienti.

Con L.R. 61 del 1997 "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1997 - 1999" si definiscono gli obiettivi strategici per l'attuazione del P.O.A., fra gli obiettivi anche la costituzione di U.V.G. in tutte le Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Sanitarie Ospedaliere, quest'ultime con sede di Unità Operativa Geriatrica.

Con la D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. Unità di Valutazione Geriatrica", sempre in applicazione del P.O.A. regionale, si fornivano alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere indicazioni sulla costituzione e sul funzionamento delle U.V.G. e U.V.G.O..

L'incremento della popolazione anziana, il progressivo aumento delle malattie croniche e degenerative che richiedono servizi di assistenza a lungo termine, la necessità di razionalizzare la spesa, un contesto sociale che negli ultimi anni ha fatto emergere bisogni diversi, hanno cambiato profondamente l'approccio ed il modus operandi delle U.V.G. .

La D.G.R. n. 51 - 11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria" definisce la continuità delle cure attraverso la presa in carico globale della persona non autonoma da parte dei servizi socio-sanitari integrati. Tali servizi devono assicurare il coordinamento di tutti gli interventi necessari nel passaggio fra le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nelle singole fasi, in funzione dell'effettivo stato di salute e benessere del soggetto preso in carico.

Rilevato il ruolo fondamentale dell'U.V.G. per la definizione della complessità assistenziale, Allegato 1 della D.G.R. 51 - 11389/2003, viene costituito, nello stesso anno, un Gruppo di lavoro formato da personale sociale e sanitario in rappresentanza delle diverse realtà regionali per rivedere le funzioni e l'organizzazione dell'U.V.G.. Il Gruppo di lavoro evidenzia la necessità di reimpostare e di uniformare gli strumenti di valutazione socio-sanitaria per la non autosufficienza, per cui costituisce un Sottogruppo specifico per la predisposizione di una nuova scheda sociale.

Con D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004 "Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitarie e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente" si stabilisce che l'U.V.G. debba valutare le condizioni socio-sanitarie dei pazienti ricoverati in Reparti ospedalieri, al fine di individuare, congiuntamente con i medici ospedalieri ed il MMG, il percorso da attuare per garantire la continuità assistenziale, predisponendo un Progetto individuale.

La D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" nell'Allegato 1.A ridefinisce, sulla base delle risultanze del Gruppo di lavoro di cui sopra, sia la composizione sia le funzioni dell'U.V.G. prevedendo, quale funzione principe della stessa, l'individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale delle persone, delle risposte idonee a soddisfare i loro bisogni sanitari e assistenziali, privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento al domicilio.

Nella D.G.R. 17-15226/2005 vengono previste la Cartella Geriatrica, quale strumento socio-sanitario per la valutazione dell'anziano, e le Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), rimandando a successivo provvedimento il contenuto dettagliato degli stessi, con l'obiettivo di garantire uniformità metodologica di comportamento organizzativo e appropriatezza della risposta socio-sanitaria su tutto il territorio piemontese.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2007 - 2010, con Deliberazione del Consiglio Regionale del 24 ottobre 2007 n. 137 - 40212, tra le strategie generali di sviluppo per quanto attiene la tutela della salute della popolazione anziana, afferma che il principio secondo il quale deve ispirarsi il modello organizzativo proposto è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che ne assicurano la gestione, caso per caso, e per le differenti tipologie del bisogno. Altresì il PSSR afferma che 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. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione e uniformità dei percorsi e la diffusione delle informazioni.

Il Gruppo di lavoro attraverso:

- * l'analisi delle modalità e degli strumenti di valutazione socio-sanitari esistenti nelle Aziende Sanitarie Regionali e negli Enti Gestori della Regione,
- * l'analisi delle criticità, delle carenze e delle buone prassi esistenti,
- * la creazione, la sperimentazione e il perfezionamento di una nuova scheda di valutazione sociale,
- * la revisione e l'implementazione delle schede sanitarie,
- * la definizione e la valutazione dei percorsi assistenziali (residenziale, semiresidenziale e domiciliare), in relazione ai livelli di assistenza individuati,
- * la definizione dei punteggi, quale ausilio per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale;
- * la sperimentazione (attuata in quasi tutte le Aziende Sanitarie Locali e Comuni/Enti Gestori piemontesi) del modello socio-sanitario e la sua congruità in relazione alla rilevazione dei bisogni e alla definizione dei livelli di complessità assistenziale;

ha definito il modello di Richiesta di Valutazione U.V.G., il modello di Scheda informativa sanitaria, le Linee Guida del PAI e Ia Cartella Geriatrica, quest'ultima composta da:

- richiesta di valutazione,
- scheda anagrafica - informativa del soggetto richiedente,
- scheda di valutazione sociale, che analizza e valuta la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale ed assistenziale dell'anziano, anche in relazione alla sua famiglia,
- scheda di valutazione sanitaria, che valuta lo stato di salute e l'autosufficienza del soggetto anche con il supporto delle scale ADL, IADL, DISCO, DMI, SPMSQ ,
- riepilogo della valutazione sociale e sanitaria e tipologia del progetto,
- definizione della complessità e intensità assistenziale del progetto di intervento, che può essere articolato in domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Il modello di Richiesta di Valutazione U.V.G. (All.A), Scheda Informativa Sanitaria (All.B), la Cartella Geriatrica (All. C) e le Linee Guida del P.A.I. - con i relativi modelli di P.A.I. residenziale e semiresidenziale e P.A.I. domiciliare - (all. D) sono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Il modello di Richiesta di Valutazione U.V.G. 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.

Dalla sperimentazione del modello socio-sanitario è emersa come criticità il tempo per la stesura del P.A.I. residenziale, indicato in 5 giorni dalla D.G.R. 17-15226/2005, i quali risultano essere insufficienti, in quanto possono essere necessarie anche due settimane di osservazione del soggetto per approdare ad un P.A.I. rispondente ai reali bisogni. Pertanto si ritiene necessario modificare la D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 nella parte riguardante la stesura del Piano Assistenziale Individuale e relativo invio all'Unità di Valutazione Geriatrica di competenza da 5 a 20 giorni.

La Cartella Geriatrica contiene strumenti di sostegno alla valutazione clinico-diagnostica e sociale della non autosufficienza, i quali devono essere supportati dalla professionalità sanitaria e sociale di coloro che li utilizzano. I componenti dell'U.V.G. devono essere consapevoli della complessità che ogni persona reca con la sua storia, il suo bagaglio affettivo e culturale.

Pertanto l'U.V.G. 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'U.V.G., 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 tra gli stessi. E' facoltà del Presidente dell'U.V.G., in casi eccezionali ed urgenti, derogare a tale procedura così come previsto dalla D.G.R. n. 17-15226/2005.

Altresì risulta opportuno acquisire preventivamente elementi relativi alle condizioni dell'anziano, quali una relazione da parte dell'MMG/Medico Curante attestante patologie pregresse o in atto e relativi trattamenti terapeutici - come da allegato B parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo - così come risulta necessario raccogliere elementi relativi alla condizione socio-economica, ambientale e relazionale dell'anziano attraverso la scheda sociale, che è parte integrante degli strumenti di valutazione (All.C).

L'U.V.G. deve comunicare al MMG, che ha in carico l'anziano, sia la data in cui quest'ultimo sarà valutato sia l'esito della valutazione con il relativo Progetto. Fermo restando quanto stabilito nell'Allegato 1.A della D.G.R. 17-15226/2005 al paragrafo "Composizione" "Il Medico di Medicina generale che ha in carico l'assistito da valutare, su richiesta di quest'ultimo, può partecipare ai lavori; nel caso in cui sia presente in commissione, ne diventa membro effettivo per l'esame di quel singolo caso".

L'U.V.G., 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. Comunque è fondamentale soddisfare prioritariamente le situazioni connotate da maggiore fragilità sociale e sanitaria.

Nell'Allegato 1.A della D.G.R. 17-15226/2005 al paragrafo "selezione e attivazione" sono previsti nuovi punteggi che superano quanto disposto dalla D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998. Pertanto i punteggi previsti dalla D.G.R. 17/2005, fino ad un massimo di 14 punti per la valutazione sanitaria e fino ad un massimo di 14 per la valutazione sociale, derivano dalla valutazione multidimensionale secondo la Cartella Geriatria dalla data del presente provvedimento.

Nella gestione della lista d'attesa oltre i punteggi derivati dalla valutazione e/o rivalutazione è necessario tenere conto almeno dei seguenti criteri:

* aspetto temporale: deve essere considerata la data di protocollo in arrivo presso la Segreteria U.V.G.,

* aspetti contingenti: deve essere considerata l'urgenza dell'inserimento,

Le liste d'attesa dei soggetti già valutati devono essere adeguate sulla base dei nuovi punteggi della scheda di valutazione sociale e delle scale di valutazione multidimensionale sanitarie entro il 30 giugno 2008, affinché sia garantito il diritto di eguale modalità di valutazione. Tale adeguamento deve essere effettuato tenendo conto delle esigenze organizzative dell'Unità di Valutazione Geriatria e delle urgenze che eventualmente possono sopraggiungere.

Le liste d'attesa della residenzialità devono comprendere solo soggetti per i quali risulta realisticamente impossibile l'attivazione di un intervento alternativo alla residenzialità e non devono comprendere soggetti per i quali è già attivo un Progetto, definito dall'U.V.G., alternativo alla residenzialità.

Qualora per sopravvenute circostanze il soggetto, con Progetto domiciliare o semiresidenziale necessiti di un Progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'U.V.G., verrà inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data della prima valutazione.

Per quanto attiene le U.V.G.O previste dalla D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998, si conferma che nelle Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie sede di Unità Operativa Autonoma di Geriatria, può essere istituita una U.V.G.O., che deve essere costituita dalle seguenti figure professionali:

- un geriatra,
- una assistente sociale ospedaliera,
- un infermiere.

Considerata la frequente necessità di interventi di tipo riabilitativo, l'U.V.G.O. può essere implementata con la figura del medico fisiatra.

L'U.V.G.O. rappresenta uno strumento tecnico-professionale utile per lo sviluppo della continuità di cura, Ospedale-Territorio, attraverso una valutazione sanitaria multidimensionale ed una sintesi socio-familiare tale da inquadrare le problematiche socio-sanitarie del paziente anziano, permettendo così un primo passo, propedeutico al Percorso di continuità assistenziale.

Si configura in tal senso una stretta collaborazione tra Reparti Ospedalieri, U.V.G.O. e U.V.G. territoriale, con l'obiettivo di fornire a quest'ultima elementi utili per la risposta socio-sanitaria più appropriata.

Pertanto dovranno essere predisposti Protocolli di intesa tra l'Azienda Sanitaria Locale territoriale e l'Azienda Ospedaliera qualora l'Azienda Sanitaria Locale voglia avvalersi della attività della U.V.G.O..

Considerato che nell'incontro del 12 febbraio 2008 tra l'Assessore alle Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia e l'Assessore alla Tutela della Salute e Sanità con le Organizzazioni Sindacali, queste ultime concordano con il provvedimento proposto.

Visto il contenuto delle schede n.14 (Assistenza domiciliare programmata e integrata) e 15 (Attività di assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale ad anziani non autosufficienti, disabili psichici e sensoriali e malati terminali) dell'allegato B al Regolamento regionale per il trattamento dei dati sensibili di competenza della Regione Piemonte e delle ASL del Piemonte, approvato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 comma 2 del d.lgs.n.196/2003, con Decreto del Presidente della Giunta regionale 11 maggio 2006, n.3/R.

Rilevato che le attività disciplinate dalla presente deliberazione e dai relativi allegati sono conformi - quanto a tipi di dati sensibili trattati ed operazioni eseguibili sui medesimi- al contenuto delle schede nn.14 e 15 dell'allegato B al Regolamento regionale n.3/R/2006 citate al punto precedente e quindi tali attività sono legittimate, ai fini del rispetto dei dati sensibili di tutti i soggetti interessati, ai sensi dell'art.20 del d.lgs.n.196/2003;

La Giunta Regionale;

sentita la relazione che precede e convenendo con le argomentazioni addotte in ordine al provvedimento proposto

Visto il Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani", presente nel Piano Sanitario Nazionale del 1992;

vista la D.G.R n. 113 - 16221 del 22 giugno 1992;

vista la L.R. 61 del 1997;

vista la D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998;

vista la D.G.R. n. 51 - 11389 del 23 dicembre 2003;

vista la L.R. n. 1 del 8 gennaio 2004;

vista la D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004;

vista la D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005;

vista la L.R. n. 18 del 6 agosto 2007;

vista la D.C.R. n. 137 - 40212 del 24 ottobre 2007;

visto il D.P.G.R. n.3/R dell' 11 maggio 2006;

con voto unanime, reso in forma palese,

delibera

- di approvare, per le motivazioni di cui in premessa, i modelli di Richiesta di Valutazione e di Scheda Informativa Sanitaria, la Cartella Geriatrica, le Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) - con i relativi modelli di P.A.I. domiciliare, semiresidenziale e residenziale -, come indicato negli Allegati A) B) C) e D) parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

- di modificare la D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 nella parte che riguarda la stesura del Piano Assistenziale Individuale e relativo invio all'Unità di Valutazione Geriatrica di competenza da 5 a 20 giorni;

- di stabilire che il Progetto deve essere stilato dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), 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 tra gli stessi. E' facoltà del Presidente dell'U.V.G., in casi eccezionali ed urgenti, derogare da tale procedura così come previsto dalla D.G.R. n. 17-15226/2005;

- di stabilire che le liste d'attesa devono comprendere solo soggetti per i quali risulta realisticamente impossibile l'attivazione di un intervento alternativo alla residenzialità e non devono comprendere soggetti per i quali è già attivo un Progetto, definito dall'U.V.G., alternativo alla residenzialità. Qualora, per sopravvenute circostanze, il soggetto, con Progetto domiciliare o semiresidenziale, necessiti di un Progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'U.V.G., viene inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data della prima valutazione;

- di stabilire che dalla data del presente provvedimento le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni/Enti Gestori, in ottemperanza di quanto già previsto dalla D.G.R. 17-15226/2005 al paragrafo "selezione e attivazione", utilizzino i nuovi punteggi, che superano quanto previsto dalla

D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998 e che nella gestione della lista d'attesa oltre i punteggi derivati dalla valutazione e/o rivalutazione siano tenuti in conto almeno i seguenti criteri:

* aspetto temporale: deve essere considerata la data di protocollo in arrivo presso la Segreteria U.V.G.,

* aspetti contingenti: deve essere considerata l'urgenza dell'inserimento;

- di stabilire che le liste d'attesa dei soggetti già valutati devono essere adeguate sulla base dei nuovi punteggi della scheda di valutazione sociale e delle scale di valutazione multidimensionale sanitarie entro il 30 giugno 2008. Tale adeguamento deve essere effettuato tenendo conto delle esigenze organizzative dell'Unità di Valutazione Geriatrica e delle urgenze che eventualmente possono sopraggiungere.

- di stabilire che nelle Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie sede di Unità Operativa Autonoma di Geriatria può essere istituita un U.V.G.O., la quale deve essere composta dalle seguenti figure professionali:

- un geriatra,

- una assistente sociale ospedaliera,

- un infermiere.

- di dare atto che la presente non comporta oneri a carico del Bilancio Regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)