La valutazione della non autosufficienza

La valutazione della non autosufficienza all'inizio del percorso di accoglienza nei servizi dovrebbe servire ad assegnare priorità e costruire il progetto assistenziale individualizzato A quali condizioni svolge queste due funzioni? Cosa migliorare degli strumenti valutativi? È indifferibile addivenire ad una condivisione ed unificazione dei diversi modelli regionali, verso un approccio scientifico internazionale? L'articolo offre osservazioni, note critiche, suggerimenti, ipotesi.

Di Franco Iurlaro *(Direttore Generale del centro servizi IPAB Luigi Mariutto di Mirano, Venezia)*

L'attuale scenario italiano della cura della non autosufficienza attraverso, in particolare, gli strumenti della progettualità e dell'integrazione socio sanitaria, vede anche in questo campo una **forte eterogeneità e regionalizzazione**. L'orientamento comune è quello dell'abbandono della settorialità nelle mono-valutazioni (un solo aspetto o problematicità), formalizzando modelli di valutazione integrata dei bisogni delle persone con fragilità, con un approccio più complessivo di valutazione multidimensionale. Anche nominalmente, si evidenzia il passaggio dalla precedente Unità di Valutazione Geriatrica ad una complessa Unità di Valutazione Multidimensionale, punto di partenza del sistema di presa in carico basato sulla centralità della persona non autosufficiente.

Definizione	Acronimo	Regione
Unità Valutativa Distrettuale	UVD	Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche
Unità di Valutazione Integrata	UVI	Campania
Unità Valutativa Territoriale	UVT	Lazio, Puglia, Sardegna
Unità Valutativa Multidimensionale	UVM	P.A. di Bolzano, Sicilia, Toscana
Unità Valutativa Multidisciplinare	UVM	P.A. di Trento
Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale	UVMD	Veneto
Unità Valutativa Geriatrica	UVG	Abruzzo, Basilicata, Calabria, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta

Tabella 1 – Unità valutative multidimensionali: terminologia utilizzata nelle regioni
Fonte: Pesaresi, 2006; Pesaresi e Simoncelli, 2000 a e b.

La valutazione multidimensionale rappresenta forse uno dei più riusciti esempi di 'soluzioni' che, nel coniugare la ricerca dell'appropriatezza clinica con quella dell'appropriatezza organizzativa, sanciscono l'irrinunciabilità di un approccio globale al paziente complesso, in vista di una personalizzazione dell'intervento che richiede una compartecipazione attiva di una serie di professionisti e attori anche esterni al mondo sanitario. Non è un caso che l'alveo in cui questo approccio è maturato sia stato quello geriatrico, dal momento che, nelle società occidentali, la transizione demografica e la sempre maggiore rilevanza delle patologie cronico-degenerative ad effetto invalidante hanno fatto emergere sempre più l'anziano come il soggetto portatore per antonomasia di bisogni molteplici e complessi (*situazione abitualmente riassunta con il termine di frailty, fragilità*)[1].

Gli strumenti di valutazione

I principali requisiti di uno strumento di valutazione dimensionale sono l'armonizzazione/bilanciamento delle dimensioni indagate, la chiarezza nella formulazione dei quesiti, la completezza nelle dimensioni indagate, la congruenza quantitativa e qualitativa rispetto agli obiettivi e al contesto di utilizzazione, l'equilibrio tra capacità di sintesi e finezza discriminativa, la flessibilità di impiego (modularità), l'individuazione di profili assistenziali, il superamento di una corretta validazione[2].

Gli strumenti di valutazione utilizzati dalle regioni sono eterogenei, molti mono ed altri multidimensionali, in continua variazione ed aggiornamento. Alcuni esempi di schede di valutazione e di alcune delle aree in cui sono diffuse.

Monodimensionali

BAdl (dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana) – Toscana

Barthel (indice di), **scale ADL e IADL** (Activities of Daily Living e Instrumental Activities of Daily Living) – Abruzzo, Campania, Lazio

Caregiver burden inventory – Toscana

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) – Campania, Toscana

Clinical dementia rating score – Toscana

Cornell depression scale – Toscana

Exton-Smith (valutazione dei rischi di piaghe da decubito)

FIM (Functional Indipendence Measure) – Campania

GDS (Geriatric Depression Scale) – Campania, Lazio

MDB (Mental Deterior Battery) - Campania

MMSE (Mini Mental State Examination) - Abruzzo, Campania, Lazio

Neuropsychiatric Inventory – Campania, Toscana

Tinetti (scala di, scala di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura)

Multidimensionali

AGED (Assessment of GEriatric Disabilities) - Liguria

BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza) - Emilia Romagna e residuale in Friuli Venezia Giulia

Cartella geriatrica - Piemonte

CGA (Comprensive Geriatric Assessment) – Umbria

GEFI (Global Evaluation Functional Index) – Campania, Marche

GFRS (scala di valutazione della funzionalità geriatrica)

ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'OMS) - Campania

MDS-HC (Minimum data set – Home Care)

OARS (questionario per la valutazione funzionale multidimensionale)

InterRAI protocollo (check list validata a livello internazionale) – Lazio, Lombardia, Marche e Umbria

RUG (Resource Utilization Groups) – Marche, Lazio

S.V.A.D. (Scala di Valutazione dell'Anziano a Domicilio) - Abruzzo

S.V.M. (scala di Valutazione Multidimensionale) - Trento

S.VA.M.A (Scala di VAlutazione Multidimensionale dell'Anziano) – Puglia, Veneto

SCHEDA GERONTE – Lazio

SCHEMA POLARE (sperimentazioni) - Toscana

V.I.T.A. (Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali) – Alto Adige

VAL.GRAF. FVG (RUG, longitudinale per i servizi geriatrici) – Friuli Venezia Giulia

VAOR (RUG, Valutazione Anziano Ospite in Residenza, anche in versione domiciliare) – Abruzzo, Calabria, Lombardia

Fonti: Pesaresi, 2006; Pesaresi e Simoncelli, 2000a e b; Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica, Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale n. 42-8390, 10 marzo 2008 e successive integrazioni; Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC, *Comprehensive geriatric assessment*, New York, McGraw-Hill, 2000; Leonardi M, *Icf: la Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute dell'Organizzazione mondiale della sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia*, MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, 2003, 17, 53-59; Bernabei R., 2015; Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E, *Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)*, Med Care 1994, 32: 668-685; Veneto, DGR 3979/1999; Toscana, DGR 370/2010; VAL.GRAF. Scheda di valutazione multidimensionale longitudinale dell'anziano dei servizi geriatrici, Gigantesco A, Morosini P, Alunni S et al., *Validazione di un semplice strumento per la valutazione funzionale dell'anziano*, Giornale di Gerontologia 1995; 43:379-385; VAOR, Manuale d'istruzione. Ed. italiana a cura di Bernabei R, Landi F, Manigrasso L et al, Ed. Pfizer Italia SpA, 1996.

Tabella 2 – Le schede di valutazione utilizzate nelle regioni

Le schede valutative scelte e gli algoritmi utilizzati per il calcolo del fabbisogno assistenziale risultano però **funzionali alle politiche e alle risorse** che le singole Regioni intendono introdurre, **piuttosto che ai percorsi di cura**, sostegno e valorizzazione delle persone. Ciò si evidenzia nelle diversità d'intervento e di attività, ma soprattutto di efficienza, efficacia e adeguatezza, che studi comparativi possono dimostrare. In linea teorica, la VMD si inquadra perfettamente nella direzione individuata dal legislatore nella L 328/2000, dove si auspicava l'integrazione tra l'istanza sociale e quella sanitaria, mentre già nel 1992 il POSA[3] (Progetto Obiettivo Salute dell'Anziano) determinava le linee guida ministeriali miranti ad uniformare le direttive regionali in modo da arrivare gradualmente a livello nazionale a adottare un unico strumento di VMD. Ciò di fatto non si è realizzato e **l'obiettivo di raggiungere un'effettiva integrazione dei servizi sanitari e sociali nei livelli istituzionale, gestionale e professionale non si è compiuto**, creando ancor oggi disagio. Il mondo scientifico internazionale, attraverso evidenze e letteratura, ha dimostrato che la Valutazione multidimensionale (come punto d'accesso a tutti i servizi sociosanitari) e il Piano Assistenziale Individuale, costituiscono l'elemento specifico dell'assistenza continuativa integrata alla persona; le regole dettate dalla politica, che diventano norme regionali, rappresentano l'ostacolo più insidioso alle necessità di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse, in termini di personale e di servizi. Questo fatte salve le situazioni di eccellenza riconosciute ad alcuni territori, protagonisti di impegno ed innovazione, dove l'etica della salute e del benessere (con reali prospettive di investimento e capitalizzazione dello scenario futuro) prevale su logiche meramente economiche (con organizzazioni legate al risultato quantitativo da misurare nel breve termine).

Il progetto individualizzato (PAI)

È accertato che la qualità del servizio si basa su modelli multidisciplinari o multi professionali che partano da una conoscenza approfondita della persona soggetto di cura, sotto ogni aspetto, salvaguardando la sua dignità, la partecipazione al processo decisionale, la capacità di essere protagonista del progetto dedicatole per riproporre in ogni situazione l'autostima, l'empowerment, il senso del vivere.
È fondamentale che i gestori dei servizi ai quali la persona sia affidata siano presenti nelle UVM come parti attive e compartecipi della stessa, così come tutti coloro che operano all'interno delle organizzazioni che accolgono la non autosufficienza siano responsabilizzati rispetto gli obiettivi delineati nel PAI, compresi, i caregiver.
È irrinunciabile che ogni PAI sia attentamente personalizzato, modulato, quasi "unico ed irripetibile", a garanzia della sua appropriatezza e della risposta a profili di bisogno molto diversificati; mentre la gamma dei servizi offerti sia la più ampia possibile, non necessariamente standardizzata, con caratteristiche di flessibilità e creativa innovazione, come nel tempo alcuni operatori hanno saputo dimostrare.
Il tutto attraverso strategie, azioni tempestive e concrete, sinergie tra sistemi, che rendano possibile l'utopia della qualità della vita e degli anni.

La valutazione della non autosufficienza: esperienze e riflessioni

Le considerazioni che seguono, basate su interviste ad osservatori privilegiati, tentano di portare aggiornamento e concretezza al ragionamento sin qui espresso, assumendo il fatto che la valutazione della non autosufficienza assume oggi diverse criticità, ma le potenzialità di cambiamento sussistono.

Il peccato originale: guardare alle disabilità e non alle risorse
Le schede per la valutazione del livello di autosufficienza degli anziani, ricorda Lidia Goldoni[4], si presentano con un "peccato originale". Piegano ad un'esigenza amministrativa (il fabbisogno di personale) la complessità dell'essere umano, con tutta

la sua difficoltà del vivere e del sopravvivere, del relazionarsi con le persone e con l'ambiente. La scheda, forse per la sua incapacità d'origine di restituire la complessità umana, è appesantita perché tutti, tecnici e valutatori, hanno aggiunto sempre nuovi requisiti e specifiche, quando non hanno ritenuto di costruire ex novo altre schede. Alla base di una valutazione c'è sempre un parametro o un modello di riferimento, la misurazione di una condizione data, l'individuazione di obiettivi di miglioramento, il loro perseguimento, poi la valutazione degli esiti finali. Le schede di valutazione del livello di autosufficienza, oggi utilizzate in tutte le loro varianti, sono una fotografia il cui risultato finale si traduce in numero di ore/lavoro da impiegare su quella persona. Hanno un impianto prettamente sanitario/organicista, anche se, integrandosi tra di loro hanno ampliato le valutazioni sanitarie, cognitive, funzionali con quelle sociali. In tutte le schede non è la persona al centro dell'attenzione, ma per gli scopi espliciti della scheda, sono le sue disabilità, i suoi deficit, le sue mancanze cui sopperire con assistenza, poiché si sa che non è tanto la patologia che definisce lo stato di autonomia, ma la disabilità presente dopo le compensazioni messe in atto dal soggetto, le agevolazioni dell'ambiente di riferimento, le risorse soggettive e relazionali. Questo impianto porta con sé due grossi rischi: il primo d'indurre l'ente gestore del servizio a non intraprendere percorsi di riabilitazione e di garanzia di una qualità di vita accettabile per il non autosufficiente, perché il recupero soggettivo diminuirebbe la necessità di personale riconosciuto; il secondo di condizionare gli operatori a orientare il proprio lavoro guardando alle disabilità e non alle risorse.

La valutazione e i ricoveri

Secondo Daniele Roccon[5] è necessario fare attenzione alla normativa regionale nonché alle regole dettate dall'utilizzo delle scale di valutazione. In Lombardia e Veneto le procedure adottate tendono, dopo la valutazione della non autosufficienza, a dare priorità all'ingresso nelle strutture residenziali dei casi più gravi. Ciò modifica radicalmente lo scenario delle comunità assistenziali, sempre più sanitarizzate in relazione alle esigenze di cura dei propri ospiti, con ricoveri brevi che preludono al decesso, a discapito della progettualità assistenziale, dell'empowerment della persona e dello sviluppo delle sue opportunità relazionali.

La rilevazione dei cambiamenti

La valutazione della non autosufficienza dovrebbe servire ad assegnare priorità e costruire il PAI. Alle priorità si attribuiscono dei "pesi" che sono legati ad un sistema di valori e/o principi. Rosanna Missan[6] ritiene che l'ente locale, gestendo risorse pubbliche, debba dare priorità tanto al profilo socio sanitario tanto al profilo economico (Isee). Nella sua esperienza professionale, l'Asp dove lavora non tiene assolutamente in considerazione l'aspetto economico nelle priorità d'accesso. La costruzione del PAI scaturisce da una valutazione fatta bene, ma spesso si dedica in proporzione "troppo tempo" alla valutazione e meno alla definizione del piano che deve includere oltre agli obiettivi le azioni concrete (chi fa che cosa quando e sino a quando). Ad oggi rileva che le scale di valutazione per la non autosufficienza validate sono "poco sensibili" nel rilevare i cambiamenti "significativi" per la singola persona.

La composizione del nucleo di valutazione

In Trentino l'Unità di Valutazione Multidimensionale, riferisce Gianni Bertoldi[7], oggi svolge la pura funzione di raccogliere le domande, stilare lista di attesa ed inviare il nominativo alla residenza protetta RSA. Non esiste alleanza tra UVM e RSA in quanto nell'equipe multidimensionale non è prevista la presenza di un rappresentante della RSA. Pertanto, gli utenti ci arrivano senza che sia stata fatta preventivamente una valutazione di appropriatezza del posto letto. L'UVM non redige nessun PAI che è demandato in toto alla RSA. Spesso e volentieri non c'è coerenza e corrispondenza tra caratteristiche dell'ospite e tipologia di posto letto. La scheda utilizzata dovrebbe tener conto di molti aspetti che l'UVM spesso e volentieri non affronta (es: capacità economica). Sicuramente sarebbe migliorabile con la presenza dei rappresentanti della RSA che potrebbero rappresentare i servizi offerti, le tariffe applicate e conoscere preventivamente l'ospite in modo da preparare l'ingresso con tutta calma e non in 24 ore.

La scheda di valutazione come documento esaustivo

In Friuli Venezia Giulia, nelle procedure delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria, per l'assegnazione delle priorità, le

modalità di valutazione attualmente risultano differenziate tra non autosufficienza di una persona anziana o di una persona con disabilità. Infatti, distingue Gianfranco Napolitano[8], per gli anziani non autosufficienti vige l'obbligo – all'interno delle UVD – di utilizzare la scheda Val.Graf. nella valutazione preliminare all'accesso ai servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché per la registrazione della casistica complessa presa in carico a livello domiciliare con PAI. A questo strumento validato si aggiunge la relazione dei Servizi sociali, che abitualmente integra in maniera articolata e descrittiva le informazioni della Val.Graf. La valutazione con Val. Graf. non ha impatto diretto nell'assegnazione di eventuali priorità di accesso ai Servizi. Nel caso del sistema residenziale per anziani, ad esempio, a livello di singolo Ambito distrettuale sono stati stipulati accordi tra Servizi sociali e sanitari per elaborare griglie di punteggio con criteri di priorità nell'accesso, che impattano sulla lista di attesa. Questi punteggi vanno poi ad integrarsi con eventuali vincoli di natura statutaria presenti a livello di singola Residenza per anziani, quale ad esempio la priorità assegnata ai residenti del Comune sede della Residenza stessa. Anche nel caso dell'assistenza domiciliare la valutazione con Val. Graf. non impatta sulla priorità di accesso, che peraltro non pare costituire un elemento di criticità, in quanto l'accesso avviene pressoché in forma immediata.

A Trieste il momento della valutazione multidimensionale è cruciale per definire assieme alla persona e ai suoi caregiver il percorso da intraprendere in base alle priorità e al rispetto al diritto di scelta della persona. Flavio Paoletti[9] trova essenziale, in caso di problematiche socio-assistenziali rilevanti, che la valutazione debba essere sempre multiprofessionale attivando perlomeno la coppia infermiere – assistente sociale, che in base alla complessità potranno coinvolgere altre figure professionali. Ritiene che nessun strumento valutativo utilizzato in modo asettico e senza la presenza della componente esperienziale degli operatori, che consiste nel saper leggere oltre alla usual care, possa essere soddisfacente. Nel frattempo, Paoletti trova che l'attuale sistema valutativo regionale Val.graf dia la possibilità di fare una valutazione molto articolata, anche se standardizzata, ampliabile poi con interviste più approfondite. Inoltre, la possibilità di un retrainig formativo continuo degli operatori e una valutazione periodica dei dati inseriti a sistema permette un miglior utilizzo dello strumento stesso. È utile e necessario che qualsiasi strumento utilizzato debba essere di facile utilizzo e non richiedere troppo tempo per la sua compilazione. In letteratura troviamo molti strumenti efficaci per la lettura dei bisogni, ma inefficienti in termini di tempo, quindi, non sono utilizzati dagli operatori. È importante, inoltre, che i professionisti coinvolti siano formati in classi miste (sociale e sanitario), abbiano a disposizione strumenti informatici adeguati (es. pc portatili, ecc.) in modo da poter inserire a sistema i dati nel momento stesso della valutazione e non a posteriori, considerandolo solo un momento meccanicistico. Tali sistemi dovrebbero permettere a tutti gli operatori di avere un ritorno statistico periodico sui dati inseriti in modo da poter monitorare nel tempo, anche attraverso l'utilizzo di grafici, l'andamento socio-sanitario dei cittadini valutati e presi in carico.

Schemi di PAI differenziati e loro durata

Nella realtà della Puglia l'UVM distrettuale (l'ASL provinciale è divisa in distretti socio sanitari il cui territorio corrisponde all'Ambito territoriale) procede alla valutazione della non autosufficienza ai fini dell'autorizzazione all'ingresso nella struttura RSA o altra struttura o servizio socio sanitario. Nicola Castro[10] rappresenta che il procedimento è attivato dal medico di famiglia che compila la SVAMA e propone all'UVM per il proprio assistito il servizio ritenuto idoneo dallo stesso sulla base del bisogno assistenziale e della situazione familiare. L'UVM per legge dovrebbe esaminare il caso entro venti giorni dalla presentazione della documentazione. In genere le UVM si riuniscono ogni 15/20 giorni alla presenza del medico di base proponente e dell'assistente sociale del Comune laddove nella domanda è stata richiesta l'integrazione economica del Comune per la quota sociale mentre quella sanitaria è a carico della Regione. L'UVM con l'autorizzazione elabora anche il PAI. Ogni distretto socio sanitario adotta un proprio schema di PAI, sollevando alcune problematicità.
Alcuni PAI sono dettagliati quanto a figure professionali da impegnare e accessi, altri sono davvero molto poveri di contenuti rendendo auspicabile che la Regione adotti per tutto il territorio regionale un unico schema di PAI per ogni servizio.
Il PAI per la Residenza socio sanitaria per anziani ha una durata da 24 a 36 mesi un lasso di tempo evidentemente troppo lungo che tra l'altro non prevede momenti di verifica intermedi da parte dell'UVM. In sostanza dopo che quest'ultima ha elaborato il PAI il tutto passa nelle mani della struttura e l'ASL perde totalmente il controllo sia dell'evoluzione dello stato di salute e delle prestazioni assistenziali rese all'utente. C'è un distacco tra i servizi: nella riunione dell'UVM – sia pure ai fini della sola elaborazione del PAI – non è prevista, ma sarebbe auspicabile, la presenza di un rappresentante della struttura

che dovrà erogare il servizio. Infine, date le liste di attesa può trascorrere anche un anno tra l'autorizzazione e l'elaborazione del PAI e l'effettivo ingresso in struttura dell'utente: quindi quando l'anziano entra in struttura il suo PAI è già vecchio e il suo quadro clinico può essere radicalmente cambiato.

Il protocollo InterRAI

In Italia si evidenzia una pluralità di strumenti di valutazione degli anziani non autosufficienti, a seconda dell'orientamento d'indirizzo regionale e senza l'esistenza di una rete che consenta tra l'altro un confronto sui risultati dei processi ed uno scambio di buone prassi.

Come dire che nella presa in carico dell'anziano non viene utilizzata alcuna "check list" uguale per tutti. Questo pur in presenza di un protocollo internazionale[11], messo a punto da un gruppo internazionale di oltre 100 ricercatori, provenienti da 40 Paesi, che lo ha individuato e sistematizzato a partire dalla metà degli anni '80; l'InterRAI. Si tratta di un protocollo di valutazione globale, racchiuso in un software, basato sulla corretta e capillare registrazione dello stato funzionale e delle vaste problematiche assistenziali dell'anziano a domicilio o presso una residenza sanitaria. I 300 item dei quali consta la "check-list" – in sostanza un lungo questionario, completo e ragionato – vanno somministrati all'atto dell'accettazione, o comunque all'inizio del percorso di cura: questa è la strategia efficace per la successiva formulazione di un piano di assistenza pragmatico, secondo la filosofia del "problem solving". Appare evidente la potenzialità di un database confrontabile a livello mondiale, in grado di offrire al sistema salute un quadro sempre aggiornato sulle caratteristiche della popolazione anziana presa in carico e sull'outcome derivante dai piani assistenziali; la sua adozione potrebbe essere oggetto di un idoneo accordo Stato – Regioni.

Conclusioni

La storia, le evidenze scientifiche, le esperienze, l'eterogeneità territoriale, i punti di forza e le criticità degli strumenti e dei percorsi, evidenziano la necessità di una riflessione per la revisione del sistema, di modo da garantire alle persone non autosufficienti e "fragili" equità di trattamento negli accessi ai servizi sociosanitari ed appropriatezza delle cure (e conseguente economicità), in relazione alle loro risorse, potenzialità e bisogni, valutati con approccio multidisciplinare sotto ogni dimensione (aspetti psico-fisico-sociali, ambiente di vita e situazione economica). L'approccio fondato su un efficace modello di valutazione multidimensionale ha inequivocabilmente portato miglioramenti[12] consistenti: nella gestione dei percorsi di cura per le persone assistite, nella gestione e scambio delle informazioni, nell'organizzazione, nella motivazione del personale, nell'omogeneità e perequazione dei servizi erogati e nell'uso delle risorse, per conseguire infine un consistente miglioramento della qualità della vita e delle condizioni di salute nel proprio contesto operativo, attraverso un piano coordinato di interventi (PAI).

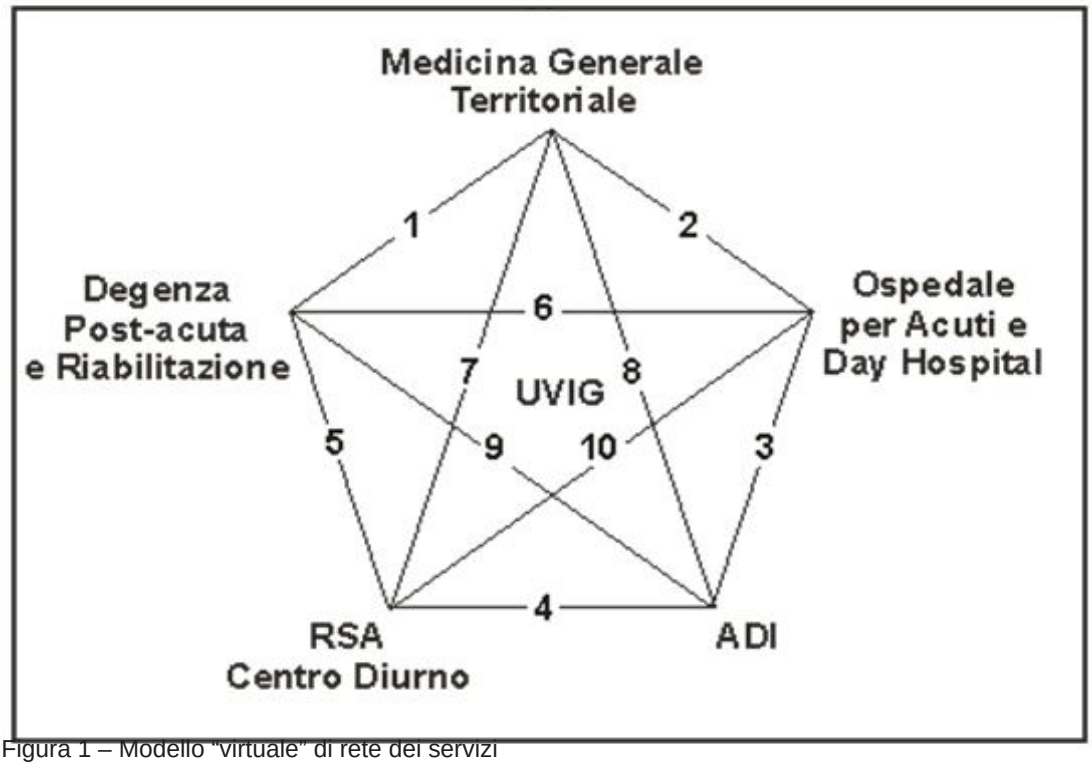
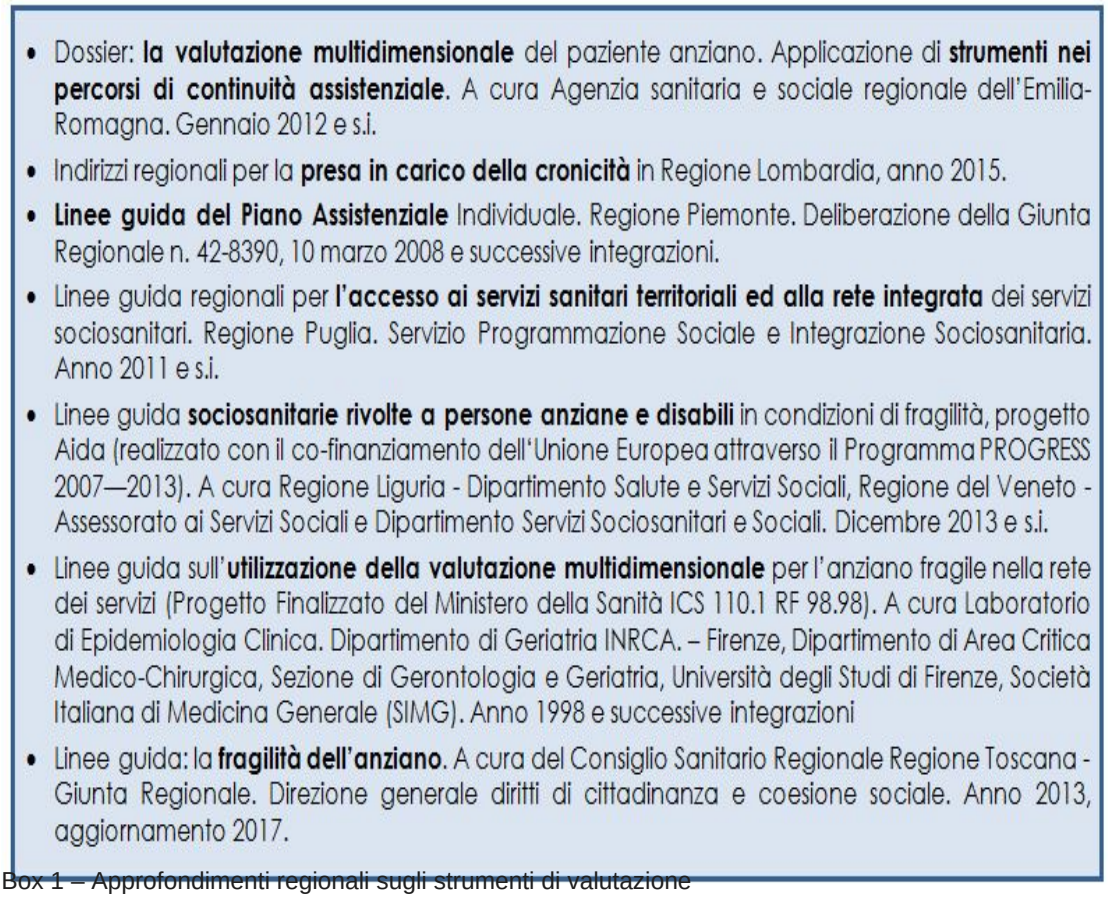


Figura 1 – Modello "virtuale" di rete dei servizi
Nota: i numeri indicano i possibili percorsi da un nodo all'altro della rete dei servizi. UVIG: Unità di Valutazione ed Intervento Geriatrico; RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale; ADI: Assistenza Domiciliare Integrata.
Fonte: Progetto Linee Guida VMD anziano fragile 1998, www.sigg.it/vmd

Gli strumenti formali di valutazione multidimensionale dell'anziano e della persona con disabilità per l'ammissione alle strutture residenziali e semiresidenziali e di assunzione della quota regionale relativa agli oneri per le prestazioni dell'area socio-sanitaria previste dal DPCM dei LEA, oltre che per i servizi domiciliari ed ogni altro progetto personalizzato, sono diversi, in relazione alla cultura scientifica e alle scelte politiche regionali. Nel merito diversi sono stati, nel tempo, i lavori di approfondimento su questi temi (box 1).



- Dossier: **la valutazione multidimensionale** del paziente anziano. Applicazione di **strumenti nei percorsi di continuità assistenziale**. A cura Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. Gennaio 2012 e s.i.
- Indirizzi regionali per la **presa in carico della cronicità** in Regione Lombardia, anno 2015.
- **Linee guida del Piano Assistenziale** Individuale. Regione Piemonte. Deliberazione della Giunta Regionale n. 42-8390, 10 marzo 2008 e successive integrazioni.
- Linee guida regionali per **l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata** dei servizi sociosanitari. Regione Puglia. Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria. Anno 2011 e s.i.
- Linee guida **sociosanitarie rivolte a persone anziane e disabili** in condizioni di fragilità, progetto Aida (realizzato con il co-finanziamento dell'Unione Europea attraverso il Programma PROGRESS 2007—2013). A cura Regione Liguria - Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Regione del Veneto - Assessorato ai Servizi Sociali e Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali. Dicembre 2013 e s.i.
- Linee guida sull'**utilizzazione della valutazione multidimensionale** per l'anziano fragile nella rete dei servizi (Progetto Finalizzato del Ministero della Sanità ICS 110.1 RF 98.98). A cura Laboratorio di Epidemiologia Clinica. Dipartimento di Geriatria INRCA. – Firenze, Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Anno 1998 e successive integrazioni
- Linee guida: la **fragilità dell'anziano**. A cura del Consiglio Sanitario Regionale Regione Toscana - Giunta Regionale. Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale. Anno 2013, aggiornamento 2017.

Box 1 – Approfondimenti regionali sugli strumenti di valutazione

Oggi non è opportuno né realistico pensare ad un cambiamento che passi attraverso un atto normativo nazionale ma, come per altre tematiche, scegliere l'adozione di linee guida "cogenti" quanto condivise su tutto il territorio, passando attraverso l'azione della Conferenza unificata Stato – Regioni ed autonomie locali[13]. Le linee-guida possono in questo modo essere approvate a livello nazionale[14] e, come è noto rappresentano procedure di comportamento prodotte attraverso un processo sistematico di revisione della letteratura scientifica e delle opinioni di esperti, allo scopo di assistere i professionisti socio sanitari, unitamente alle persone coinvolte e alle loro famiglie, nel decidere quali siano le modalità operative ed organizzative più appropriate in specifiche circostanze. Potrebbero quindi dare un notevole apporto al miglioramento complessivo del sistema valutativo, ovviando alle sue attuali problematicità, anche come più sopra espresso, verso l'adozione di un modello condiviso di strumento di valutazione multidimensionale, validato dalla comunità scientifica internazionale e per questo confrontabile ed oggetto di revisioni, studi e ricerche per l'ulteriore miglioramento della qualità del sistema salute e conseguentemente della vita.

BIBLIOGRAFIA

Bernabei R. (2015), *Il protocollo InterRAI occasione tutta da cogliere per la valutazione dell'anziano*, Sanità 24 Ed. Sole24 ore, n. 5.

Pesaresi F. (2006), *Le Unità di Valutazione Multidimensionale*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 9, pp. 6-12.

Pesaresi F., Simoncelli M. (2000a), *Le RSA nelle Regioni italiane, modalità assistenziali e d'accesso*, Asi n. 6, pp. 30-37.
Pesaresi F., Simoncelli M. (2000b), *Le unità valutative geriatriche nelle normative regionali*, Appunti, n. 3 pp. 16-22.