Unità di Valutazione Geriatrica: un percorso ed una storia complessi

L'approccio multidimensionale geriatrico trova, nell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), lo strumento più importante per promuovere una presa in carico della persona fragile che sappia coniugare e riconoscere i bisogni sanitari e sociali, creando percorsi personalizzati di accompagnamento. Gli autori, nell'articolo, ripercorrono il percorso di istituzione e sviluppo, nel nostro paese e, in particolare, nella regione Veneto, delle UVG nei diversi luoghi della cura e ne evidenziano il valore, oggi ancor più decisivo, in un sistema sanitario sempre più in crisi di fronte alle sfide delle patologie croniche degenerative, della terminalità, della patologia psichiatrica e della disabilità, condizioni che chiedono risposte e dignità di percorsi.

Di Nicola Veronese., Maria Beatrice Baggio, Maria Cristina Bollini, Francesca Tiozzo, Giorgia De Zottis, Vania Noventa *(Unità Locale Socio Sanitaria 3 "Serenissima", UOC Cure Primarie, Distretto 3 Dolo-Mirano, Venezia)*, Alberto Cester *(Unità Locale Socio Sanitaria 3 "Serenissima", Dipartimento Medico - UOC Geriatria, Distretto 3 Dolo-Mirano, Venezia)*

Il mondo della salute pubblica è attualmente in grave crisi a causa della cronica carenza di figure professionali, mediche e non, a fronte di una domanda di salute in aumento, a causa soprattutto del crescente peso delle malattie croniche. Scelte politiche ed amministrative degli ultimi decenni, probabilmente miopi, hanno provocato una importante riduzione del numero di medici, una sperequazione tra laureati in medicina e chirurgia ed accesso in specialità, con impossibilità, per molti, di trovare una via alla collocazione professionale. In questo ambito, parlare di adeguata gestione della rete dei servizi, è probabilmente un'utopia.

Di fatto, il governo della malattia cronica nell'ambito delle cure primarie è una necessità, specie di fronte alla soppressione (almeno in Veneto) di alcune strutture post-ospedaliere come i letti di lungodegenza. Il tentativo di spostare tout court la "cronicità" nelle strutture intermedie o negli ambiti delle unità riabilitative territoriali senza un serio governo della domanda e delle tipologie di malati da indirizzare ai diversi nodi della rete, rischia di indurre una ulteriore crisi di sistema: mentre da una parte la crescente domanda di ospedalizzazione per patologie acute su croniche potrà portare ad intasare le degenze geriatriche, dall'altra, queste nuove strutture a gestione territoriale potrebbero trasformarsi in letti mascherati di residenzialità definitiva o, non essere in grado, di rispondere alla reale complessità dei casi.

In questo ambito di organizzazione, in cui si fatica ad intravedere una soluzione, si articola il nostro scritto che riguarda l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), basata sulla valutazione multidimensionale geriatrica (VMG), con particolare riferimento alla situazione del Veneto e della nostra esperienza personale.

Storia, efficacia e definizione della Unità di Valutazione Geriatrica

È ormai consolidato, come sostenuto da molti autori, che l'approccio multidimensionale[1]. e multidisciplinare[2]. è efficace e permette una riduzione della mortalità, dell'istituzionalizzazione e del declino dello stato funzionale, nonché un contenimento dei costi (Rubenstein, 1984). Tale tradizionale visione è stata anche confermata da una recente revisione Cochrane (Ellis, 2017) la quale ha dimostrato che le persone anziane che ricevono una VMG, piuttosto che cure mediche di routine dopo il ricovero in ospedale, hanno maggiori probabilità di vivere a casa e hanno meno probabilità di essere istituzionalizzate fino a un anno dopo il ricovero in ospedale. Tale revisione è l'ennesima conferma dell'importanza della VMG in geriatria (Bernabei, 1998). Le società di Geriatria e Gerontologia italiane hanno quindi proposto che la VMG sia inserita tra i Livelli

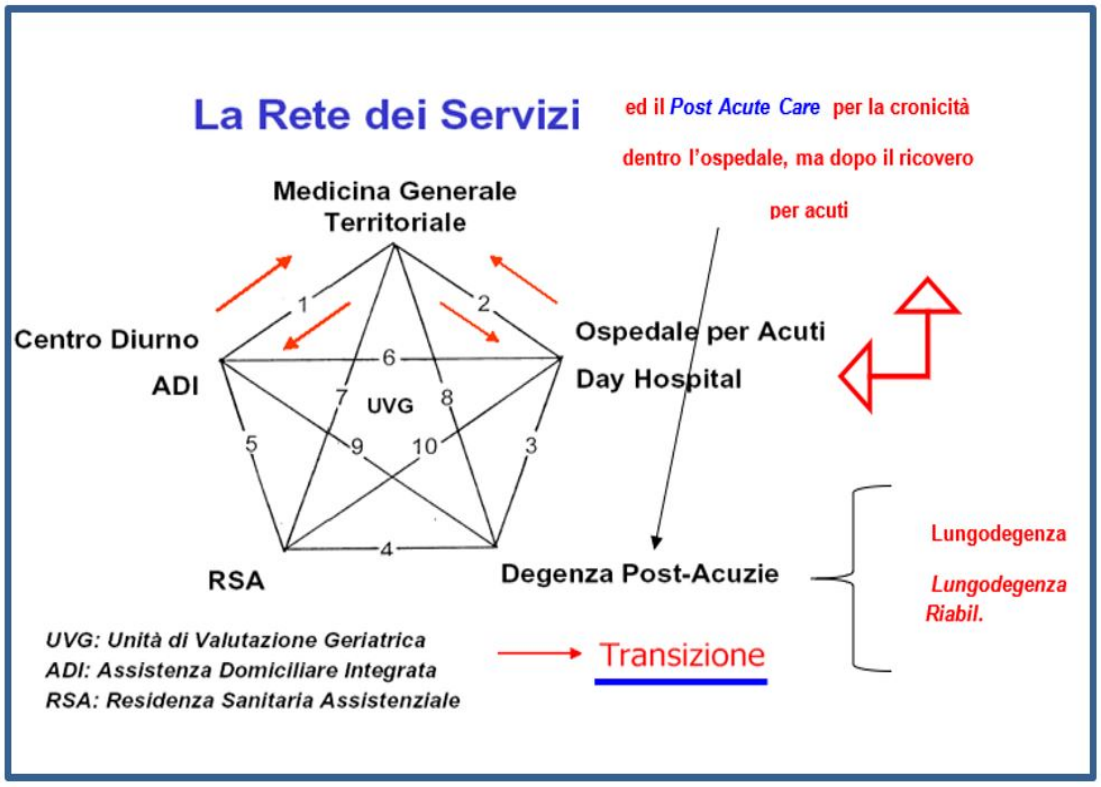
Essenziali di Assistenza (LEA).

A questo approccio multidimensionale, nato nella prima metà del secolo scorso in Inghilterra e ripreso successivamente negli U.S.A., si ispira l'attuale UVG, presente per la prima volta in Italia nel "Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani" – POSA del 1992 (Ministero Sanità, 1992) e, successivamente, inserita dal 1994 al 2000 nei Piani Sanitari Nazionali. Nel POSA veniva proposta l'UVG come una nuova metodologia di lavoro, identificata come un'equipe esperta multiprofessionale, garante dell'integrazione sociale e sanitaria e della valutazione multidimensionale, finalizzata alla stesura di un progetto assistenziale personalizzato per la persona anziana, il cosiddetto Piano Assistenziale individuale (PAI). Mancando nel POSA indicazioni univoche sulla sua composizione, la UVG si è diffusa e costituita in modo difforme e non omogeneo in Italia, spesso per soddisfare le differenti normative regionali. Come risulta dall'analisi fatta dall'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) nel 2012 (Putignano et al, 2012), in alcune regioni è stato rispettato il concetto sostanziale dell'equipe multiprofessionale seppur attraverso un proliferare di definizioni e sigle e con precisazioni diverse, quanto ai componenti.

In Veneto, Emilia- Romagna, Puglia e Sicilia, la UVG prevede la presenza almeno del Medico di Medicina Generale (MMG) e dell'Assistente Sociale e, in più di qualche caso, del Geriatra il quale, alcune volte, ha anche mansioni di delegato di responsabile del distretto. Inoltre, sono previste le presenze degli infermieri professionale ed, eventualmente, di altri specialisti come ad esempio gli psichiatri. In altre regioni, invece, la UVG non prevede affatto la presenza dell'assistente sociale, inficiando quindi , la finalità dell'integrazione tra parte sociale e sanitaria. Infine, esistono regioni dove l'UVG non è più prevista o è chiamata a svolgere azioni solo settoriali, depauperandone ulteriormente il suo significato ed il suo valore.

Ruolo dell'Unità di Valutazione Geriatrica nella rete dei servizi

Il ruolo e il valore dell'UVG possono essere compresi se contestualizzati all'interno di un approccio metodologico che individua, nella rete dei servizi[3]. e nel lavoro di territorio, gli strumenti principali di una presa in carico, efficace e di qualità, dell'anziano fragile (Ferrucci, 2001). Diversi documenti congiunti delle società di Geriatria e Gerontologia italiane hanno posto l'UVG al centro di un modello grafico della rete dei servizi, a forma di pentagono, come mostrato in Figura 1.



Modificata e corretta da Linee guida per la VMD – SIGG Presentazione all'allora Ministro della Salute F. Fazio – Roma, per la stesura dei Quaderni della Salute n. 6 e 8. Modificata e presentata da Alberto Cester

Figura 1 – Organizzazione della rete dei servizi e ruolo centrale della VMD

In tale modello, come è stato proposto per la stesura dei Quaderni del Ministero della Salute 6 e 8, i vertici indicano i principali nodi della rete e le linee di congiunzione indicano i percorsi assistenziali con le relative transizioni, possibili in ogni direzione (Quaderni, 2010). Per assicurare un'adeguata realizzazione del PAI, la UVG dovrebbe stare al centro del sistema, con ruolo di regia della rete dei servizi socio-assistenziali e, con la finalità, di assicurarvi l'accesso nel rispetto di regole certe ed eque, nonché di sorvegliarne il funzionamento, l'adeguatezza e la qualità assistenziale (Cester, 2010).

Purtroppo, vi è da dire che rispetto alla dinamicità del modello proposto, nella realtà pratica, anche a causa di vizi contenuti nelle normative regionali, l'attività dell'UVG ha spesso preso una deriva burocratica, trasformandosi talora in una commissione con finalità certificativa e autorizzativa per accesso ai servizi residenziali, semi-residenziali o a varie formule di assegni economici, a supporto della domiciliarità.

Lo **strumento di valutazione usato in Veneto** (ma anche in altre regioni italiane) è la **S.VA.M.A.** (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) che, dal 2000, viene adottato obbligatoriamente su tutto il territorio regionale. La S.VA.M.A. è costituita da un insieme di scale validate e, l'associazione dei punteggi attribuito alle varie dimensioni (cognitiva, funzionale, mobilità, sanitaria, sociale) dell'anziano permette di definire, per ogni soggetto, il profilo assistenziale di autonomia/ disabilità, a cui corrisponde uno specifico carico assistenziale.
Altresì, tale valutazione permette di costruire un punteggio di priorità, che va da 0 a 100, per l'accesso alla graduatoria unica dei servizi residenziali e semiresidenziali, favorendo così l'equità di accesso e la trasparenza delle graduatorie, nel rispetto della libera scelta dei cittadini. Per la semplicità di utilizzo, questo strumento di valutazione ha avuto un enorme diffusione all'interno dei servizi territoriali della Regione Veneto ed ha permesso, seppur con i limiti intrinseci alla scheda, lo sviluppo di un linguaggio comune anche in realtà molto diverse tra loro. Inoltre, attraverso l'individuazione di profili di autonomia/disabilità con correlati carichi assistenziali, tale scheda ha permesso di stratificare la popolazione e di identificare i luoghi più appropriati di cura (domicilio, centri servizi).

Box 1 – La scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (S.V.A.M.A)

L'esperienza veneta: l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale UVMD

Nel 1994 la regione Veneto, prendendo atto del POSA e andando ad organizzare la rete dei servizi, ha promosso l'istituzione, in tutte le sedi distrettuali, di una unità operativa (Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale, UVMD), con funzione di porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi. Compito della UVMD era identificare, tramite la VGM, i bisogni e le capacità residue della persona nel suo contesto di vita e, quindi, definire un progetto assistenziale individualizzato (PAI), per l'anziano la sua famiglia, verificabile nel tempo. Da questa premessa, alla fine degli anni '90, parte l'esperienza dell'UVG del Distretto 3 Dolo-Mirano, Venezia.

In caso di bisogno, l'anziano (anche se più spesso un suo familiare o un suo rappresentante legale) si reca dal medico di famiglia, in distretto socio-sanitario o dall'assistente sociale del comune di residenza i quali, valutati i bisogni espressi (e non) ed in base alla conoscenza del caso, provvedono ad attivare l'UVMD. L'UVMD può essere inoltre attivata da altre figure spesso coinvolte nella gestione del paziente anziano, come l'assistente sociale dell'ospedale o dei centri servizi anziani, con le stesse modalità. Una volta attivato il percorso, l'equipe multidimensionale provvede a valutare l'anziano al proprio domicilio oppure in ospedale, per un'eventuale dimissione facilitata/protetta.

Il lavoro della UVMD

Al primo momento valutativo, che vede in gioco il medico curante, l'assistente sociale del comune e il geriatra del territorio, fa seguito il momento di sintesi che avviene presso il distretto, con la compilazione del PAI. In questa sede si tiene in considerazione la richiesta espressa dalla famiglia, dal caregiver e dell'anziano valutato. Il confronto tra professionisti fa sì che la decisione non sia sempre scontata e, soprattutto, non sia sempre a favore della residenzialità, pur se richiesta.
Il verbale redatto dall'équipe, che racchiude i principali bisogni socio-sanitari, si conclude con l'indicazione dei servizi idonei per l'attuazione del progetto assistenziale, nonché l'indicazione del responsabile del caso e dei tempi di verifica[4].

Il progetto assistenziale viene restituito alla famiglia anche in forma cartacea, e laddove necessario, attraverso un colloquio dedicato con l'assistente sociale del comune oppure, nei casi a più importante vocazione sanitaria, con il geriatra. Il geriatra prende parte alla UVMD non solo come specialista dell'anziano ma anche in quanto delegato[5] responsabile della UVMD

stessa da parte del Direttore del Distretto. In questo caso, il geriatra promuove l'elaborazione di progetti sulla base delle informazioni rilevate dalla UVMD presso i Centri Servizi Anziani.

Altri ruoli e significati della UVMD

Nella realtà del Distretto 3 Dolo-Mirano, Venezia, l'UVMD lavora anche sulla verifica della propria attività globale, per capire e governare la domanda e favorire la rimodulazione delle risposte assistenziali, anche attraverso la riprogrammazione della rete assistenziale. Luogo privilegiato per fare ciò è il "Piano di Zona", importante strumento per la programmazione socio-sanitaria locale che permette la realizzazione fattiva dell'integrazione sociosanitaria. All'interno del Piano di Zona l'esperienza dell'UVMD viene rappresentata tramite il coordinamento dei geriatri.

Nei fatti, già a partire dai primi anni 2000, l'UVMD, attraverso i geriatri, aveva dato una serie di indicazioni importanti relativamente alla organizzazione della rete dei servizi. In particolare, sulla scorta del crescere della domanda di accoglimenti temporanei nei servizi residenziali a scopo sollievo per la famiglia e il caregiver (OTS, ospitalità temporanea sollievo), l'UVMD aveva proposto uno specifico percorso[6]. Inoltre, sulla base della grave difficoltà registrata nei centri servizi riguardo alla gestione di alcuni pazienti con demenza e con associati gravi disturbi del comportamento, l'UVMD ha indicato la necessità di attivare dei nuclei "dedicati" per consentire il controllo del disturbo tramite interventi più specificatamente ambientali; tali nuclei sono particolarmente validi in casi di presenza di wandering, episodi di fuga o aggressività.

Inoltre, al fine di diffondere la conoscenza dei servizi e delle loro regole nella popolazione, sono stati organizzati dei momenti informativi con la partecipazione delle figure del geriatra, del medico di medicina generale e dell'assistente sociale comunale, nonché con la collaborazione di altre figure professionali (collaboratori dei centri servizi, legale).

Dal 2010, forte delle indicazioni regionali sulla "apertura dei centri servizi al territorio", al tavolo con i rappresentanti delle residenze per gli anziani non autosufficienti, in sede di piano di zona, l'UVMD ha dato indicazioni per avviare progetti territoriali rivolti ai cittadini ancora al domicilio, finalizzati a soddisfare bisogni emergenti o a sostenere percorsi alternativi alla istituzionalizzazione. (corsi di formazione per i caregiver, gruppi di mutuo auto aiuto). Infine, i Geriatri dell'UVMD del territorio, in collaborazione con i centri servizi, hanno lavorato alla stesura di protocolli e procedure standardizzate e condivise, finalizzate a contenere i rischi in tema di cadute, contenzione, insorgenza di piaghe da decubito, infezioni, gestione del dolore, volti a migliorare la qualità dell'assistenza.

Casi particolari

L'attività della UVMD che abbiamo descritto riguarda i soggetti anziani, per questo alla sigla UVDM viene aggiunta una specifica: **UVMD anziani**. Esistono altre tipologie di pazienti che, pur essendo adulti, accedono ai servizi proposti dai centri servizi anziani, ossia i pazienti psichiatrici e disabili. Tali pazienti sono solitamente molto più giovani rispetto gli utenti tipici della nostra pratica quotidiana ed hanno alcune caratteristiche che, spesso, rendono difficoltoso l'inserimento in struttura per anziani.

I pazienti psichiatrici spesso non hanno evidenze di importante decadimento cognitivo ma hanno disturbi del comportamento, derivanti dalla loro patologia primitiva, che richiedono adattamenti ambientali e di personale molto onerosi per i centri servizi. L'inserimento nelle strutture per anziani è spesso difficoltoso per questi pazienti, che si confrontano con una realtà in cui la prevalenza di demenza e decadimento cognitivo è circa dell'80%. Infine, spesso, questi pazienti provengono da altre realtà comunitarie in cui hanno vissuto per anni e, per molti di essi, il cambio di struttura può causare significativi peggioramenti nelle condizioni generali.

Le persone con disabilità, invece, sono generalmente molto giovani (anche di 40 anni), affetti da malattie a prognosi infausta

come sindromi neurologiche complesse (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica). I pazienti, in questo caso, utilizzano diversi dispositivi sanitari necessari per la loro sopravvivenza come PEG, SNG, ventilatore meccanico ecc., che rendono la loro assistenza in struttura molto difficile, in quanto richiedono molte attenzioni ed hanno necessità infermieristiche complesse che non sempre, nelle strutture per anziani, è possibile garantire. In tali situazioni la collaborazione con gli specialisti (ad esempio lo psichiatra) è di notevole importanza per la gestione dei pazienti, motivo per il quale gli specialisti di riferimento, vengono invitati a partecipare alla UVMD di inserimento in struttura residenziale. Nel PAI viene quindi delineata la loro disponibilità a seguire il paziente nel tempo e le modalità di accesso alla struttura.

Anche la gestione del paziente oncologico terminale presso i centri servizi anziani, rappresenta un momento di potenziale difficoltà del lavoro. La gestione congiunta di queste specifiche situazioni con i colleghi delle Cure Palliative risulta essere di fondamentale importanza in diversi momenti del percorso assistenziale. Innanzitutto, in sede di UVMD, la necessità di Hospice è valutata e autorizzata dallo specialista delle Cure Palliative. In secondo luogo, lo specialista delle cure palliative ha un ruolo fondamentale nella gestione del dolore all'interno delle strutture residenziali per anziani. Sebbene infatti, negli ultimi anni, sia aumentata la conoscenza delle cure palliative, sono ancora molte le difficoltà pratiche che il personale infermieristico, in particolare, si trova ad affrontare nella gestione della terminalità. Per supportare gli staff delle strutture residenziali sono stati proposti e attuati, negli ultimi anni, percorsi educativi specifici riguardanti la gestione della terminalità e delle cure palliative.

Cosa è cambiato in questi ultimi cinque anni?

Negli ultimi cinque anni abbiamo assistito ad un notevole aumento delle richieste di valutazione per inserimento nei servizi residenziali e semi-residenziali, verosimilmente in relazione all'aumento demografico delle persone anziane. Ciò, per quanto ci riguarda, ha portato al rischio di una eccessiva burocratizzazione del nostro lavoro e talvolta ad una perdita di significato e spesso, di valore, della UVMD stessa.

Un altro problema di notevole importanza è la crescente domanda di istituzionalizzazione per le persone affette da demenza con importanti disturbi del comportamento. Le famiglie son sempre più in difficoltà nel gestire questa tipologia di pazienti che hanno bisogno di assistenza continuativa nelle 24 ore e di continui aggiustamenti terapeutici. L'aumento della richiesta residenziale che ne consegue, in presenza di una rete famigliare e sociale sempre più sfilacciata e con risorse sempre più esigue, non trova risposta adeguata per i lunghi tempi di attesa. Una simile situazione è presente nei casi di persone con patologie croniche e bisogni di assistenza sempre più complessa, in particolare con elevate necessità infermieristiche.

Lo scenario sta rapidamente cambiando anche per altri aspetti. Gli anziani, che vengono valutati, frequentemente appartengono ad una coppia nella quale entrambi sono molto anziani, pluripatologici, e, talora, ambedue non autosufficienti; quando ci sono, i figli vivono con grande difficoltà un carico assistenziale raddoppiato e non è raro che la richiesta di valutazione arrivi al momento di rottura del precario equilibrio, sfociando in una richiesta di valutazione per ingresso urgente in struttura residenziale di entrambi. Ciò rappresenta un grande cambiamento rispetto a ciò che si osservava, quasi come regola, circa dieci anni fa, quando la valutazione per residenzialità riguardava soprattutto donne anziane sole, spesso vedove. Al contrario, il maschio anziano non autosufficiente veniva per lo più accudito a casa dalla moglie, in media più giovane di età. Oggi, invece, capita spesso di intercettare situazioni quasi capovolte, con donne anziane accudite dal marito, in quanto malate di demenza e perciò non più autosufficienti.

Infine, un'altra necessità che sembra essere aumentata in modo vertiginoso, è la richiesta di inserimento presso strutture residenziali proveniente dagli ospedali. L'ospedale è talvolta la prima sede di valutazione dell'anziano fragile che ha bisogno di essere inserito in struttura, ma non rappresenta la miglior sede di valutazione e gestione delle caratteristiche cognitive e funzionali della persona anziana. Tuttavia, ancora una volta, i tempi di inserimento in struttura non sono spesso adeguati rispetto alle esigenze di dimissione ospedaliera. A fronte del crescere dei bisogni assistenziali e sanitari degli anziani, non si

possono tacere le criticità resesi evidenti negli ultimi anni relativamente alla mancata diversificazione della rete dei servizi.

Ad esempio, in Veneto, la regia regionale, pur avendo inizialmente previsto nel piano socio-sanitario la creazione di una rete di servizi, ha rallentato la costruzione della rete delle strutture intermedie, finalizzate ad accogliere pazienti fragili dal punto di vista sanitario ancora bisognosi di protezione e non dimissibili a domicilio. A ciò si affianca la recente decisione di cancellare i posti di lungodegenza dalle schede regionali, in quanto ritenuti costosi e poco adatti alle necessità della persona anziana. Questo nonostante sia più che nota la prospettiva di aumento esponenziale della fascia di età dei grandi anziani e con essi delle persone non autosufficienti e bisognose di cure e assistenza, in particolare dopo il ricovero ospedaliero. In questo contesto, il lavoro della UVMD diventa sempre più arduo nel trovare soluzioni e perseguire progetti assistenziali rispondenti ai bisogni dell'anziano non autosufficiente; tuttavia il suo ruolo di regia diventa particolarmente strategico e utile per utilizzare al meglio la scarsità di risorse a disposizione.

Conclusioni

L'UVMD rimane, nella nostra realtà, un luogo e un momento di confronto di notevole importanza e non rappresenta solo uno strumento per far accedere le persone in casa di riposo. Purtroppo, l'attuale funzionamento dei servizi è caratterizzato da una rigidità strutturale poco funzionale a rispondere rapidamente a situazioni urgenti, quali le dimissioni difficili dai reparti ospedalieri o quando il bisogno sanitario è condizionato dall'aspetto sociale.

La capacità di risposta del sistema è troppo lenta rispetto ai bisogni espressi dalla famiglia soprattutto nei casi di gravi disturbi comportamentali associati alla demenza oppure nei casi di isolamento sociale. Le criticità presenti sono, in parte di sistema e sono dovute, in parte, ad una programmazione locale che è stata, negli anni passati, insufficiente e che ora si trova ad affrontare la grave crisi economica e una società che invecchia sempre di più e che presenta nuove necessità. Sebbene una soluzione semplice non sia immediatamente disponibile, pensiamo che l'UVG possa essere estremamente utile per indicare al paziente percorsi sanitari e sociali, in un'organizzazione socio-sanitaria che, sempre meno, offre risposte all'utente anziano.

Photo by Online Marketing on Unsplash

BIBLIOGRAFIA

Rubenstein L.Z., Josephson K.R., Wieland G.D. et al., (1984), *Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial*. N Eng. J Med., 311, pp.1664-70

Ellis G., Gardner M., Tsiachristas A., Langhorne P., Burke O., Harwood RH. et al., (2017), Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital, Cochrane database of systematic reviews.

Bernabei R., Landi F., Gambassi G., et al., (1998), *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community*, BMJ, 316, pp.1348 – 51

Ministero della sanità – Servizio centrale della programmazione sanitaria. Stralci dal Progetto Obiettivo "*Tutela della salute*

degli anziani". Ministero della sanità 1992

Putignano S., Cester A., Gareri P., (2012), *Geriatria nel territorio un metodo per i vecchi, per i medici e per il futuro…*CMP Critical Medicine Publishing

Ferrucci L., Marchionni N., Corgatelli G., (2001), *Lo sviluppo di linee guida per la valutazione multidimensionale nell'anziano fragile nella rete dei servizi di assistenza continuativa,* in Giornale di gerontologia 49 (suppl.n.11), pp. 1-76

Quaderni del Ministero della Salute "*Criteri di Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*". N.6, novembre-dicembre 2010 ISNN 2038-5293.

Cester A., (2010), *Cronicità: lessico e paradigma, come preservare la vita sociale nella cronicità. Cronicità grave e fragilità: L'emergere del modello innovativo*, in I quaderni di Janus, Roma, Zadig Editore, pp. 37-46.