

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
