L’Unità di valutazione geriatrica nella continuità assistenziale Ospedale – Territorio sulla città di Torino

Autori

Fabiano Zanchi, Direzione professioni sanitarie ASL Citta di Torino – Dirigente Area infermieristico e ostetrica strutture territoriali

Maria Foti, Responsabile Servizio Sociale ASL Città di Torino

Franco Cirio, Docente di Infermieristica della cronicità e disabilità – Corso di Laurea in Infermieristica dell’Università degli Studi di Torino

Cristiana Pregno, Docente di Servizio Sociale e innovazione professionale – Corso di Laurea Magistrale in Politiche e servizi sociali dell’Università degli Studi di Torino

Abstract:

Problema: I tempi necessari all’Unità di valutazione geriatrica (UVG) dell’ASL Città di Torino per predisporre progetti di residenzialità o di sostegno alla domiciliarità per anziani non autosufficienti non sono congrui con le necessità di formulare tempestivamente percorsi di continuità di cura e assistenza alla dimissione ospedaliera. Ad allungare i tempi incide anche la valutazione patrimoniale dell’assistito, parte integrante della valutazione sociale, molto difficoltosa nei confronti degli anziani soli, ma dirimente per capire se l’anziano possiede o meno risorse per la sua assistenza. Incide sui tempi anche la modalità organizzativa: i pazienti in CAVS, soli o con caregiver a loro volta "fragili" (parenti anziani, figli portatori di problematiche sociali/sanitarie) devono essere incontrati e valutati presso la struttura ospitante, e questo comporta tempi più lunghi rispetto al ricevimento pubblico in ufficio.

Obiettivo dello studio: Misurare la percentuale di anziani già valutati non autosufficienti in precedenti occasioni assistenziali, ma privi di certificazione dell’UVG.

Metodologia: Confronto tra gli elenchi dell’UVG e i certificazioni di non autosufficienza su database delle Cure domiciliari, Fragilità alle ondate di calore estivo, Continuità cure ospedale-territorio

Risultati: Si conferma che solo una minoranza di anziani non autosufficienti ha richiesto anche una certificazione UVG (tra un 14 e un 37%). La necessità di avviare l’iter di certificazione UVG allunga i tempi e induce l’ASL ad inserire gli anziani in posti letto di continuità cure attendendo l’esecuzione delle valutazioni sanitarie, sociali e patrimoniali necessarie per concludere l’iter.

Tale ricovero comporta mediamente una spesa quotidiana per assistito di € 120/130 per 45-60 giorni, a carico dell’ASL. Emerge la necessità di un approccio proattivo e tempestivo capace di anticipare la previsione dei bisogni di continuità assistenziale anche attraverso una maggiore integrazione informativa tra i diversi enti e servizi deputati al welfare: servizi sanitari, socio-assistenziali, INPS.

Introduzione

Progetti dell’Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) e continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera

Al momento della dimissione ospedaliera di persone anziane non autosufficienti, per garantire la continuità assistenziale è necessario attivare interventi che richiedono una valutazione multidimensionale dell’UVG mirata a definire il grado di non autosufficienza e la formulazione di un Progetto Assistenziale Individuale: Residenziale o di Sostegno della domiciliarità, concordato con l’interessato e la sua famiglia.

Nel 2018 gli inserimenti Residenziali da ospedale sono stati n° 311 (di cui 260 avviando per la prima volta la valutazione UVG) e i progetti di Sostegno alla domiciliarità n° 20 (18 neopratiche UVG).

Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)

E’ il servizio dei Distretti sanitari dell’ASL di residenza dell’anziano che entro 90 giorni dalla data di ricevimento della richiesta esegue la **valutazione sanitaria** a cura di medici e infermieri dell’ASL, **sociale e patrimoniale**, quest’ultime eseguite da operatori sociali del comune di Torino con colloqui/visite domiciliari, e **formula congiuntamente un progetto individuale** che può dare esito a diverse tipologie di interventi:

- **Residenzialità.** L’inserimento in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) risponde ai bisogni sanitari e assistenziali di anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni, che non possono essere assistiti a domicilio.

- **Residenzialità temporanea.** ricoveri temporanei presso strutture residenziali previsti per garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere l’anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo, oppure che improvvisamente non possono provvedere all’assistenza per motivi di salute o altri motivi contingenti.

- **Semiresidenzialità.** Centri diurni per l’assistenza ad anziani parzialmente non autosufficienti, prevalentemente affetti da morbo di Alzheimer o altra forma di demenza con diagnosi accertata, attraverso programmi riabilitativi e l'erogazione di prestazioni sanitarie

- **Sostegno Domiciliarità.** Gli interventi a sostegno della domiciliarità (LA), da non confondere con l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), si articolano in :

➤ prestazioni di assistenza familiare (Badanti)

➤ prestazioni di assistenza domiciliare da parte di operatori socio-sanitari (OSS)

➤ affidamento diurno

➤ ricoveri di sollievo in RSA fino a 30 giorni all’anno

➤ telesoccorso

➤ pasti a domicilio.

Problema e Obiettivo dello Studio

Problema

Le tempistiche richieste dall’UVG (fino a 90 gg.) per effettuare una valutazione multidimensionale e formulare un progetto assistenziale non sono congrui con i ristretti tempi richiesti dai reparti ospedalieri per attivare interventi di continuità cure alla dimissione.

Ci si aspetterebbe che anziani non autosufficienti precedentemente al ricovero ospedaliero, abbiano già una valutazione dell’UVG, magari solo da aggiornare, invece spesso si presenta la richiesta per la prima volta.

Obiettivo

Verificare la percentuale di anziani che hanno una valutazione e un conseguente progetto UVG tra coloro che sono stati già classificati da medici o infermieri non autosufficienti in precedenti occasioni assistenziali.

Materiale e Metodi

Sono stati messi a confronto con le certificazioni UVG, gli anziani residenti a Torino che risultano non autosufficienti sui seguenti database sanitari:

- UVG (criteri d’inclusione: certificati non autosufficienti dall’UVG al 30 giugno 2019 con progetti residenziali o domiciliari).

- Studio Passi d’Argento Piemonte (criteri d’inclusione: stimati con disabilità).

- Cure domiciliari (criteri d’inclusione: non autonomi nella deambulazione/mobilizzazione).

- Fragili alle ondate di calore estivo (criteri di inclusione: pluripatologie croniche + assunzione di farmaci a rischio malori per ondate di calore + non autonomi nella deambulazione/mobilizzazione).

- Continuità ospedale-territorio (criteri di inclusione: ricoverati all’Ospedale S.G. Bosco di Torino, inseriti alla dimissione ospedaliera in posti letto di Continuità assistenziale).

- Invalidità INPS (criteri di inclusione: riconosciuta invalidità al 100% con Indennità di accompagnamento.

Risultati

La Città di Torino ha una popolazione di 879.004 abitanti (al 31/12/2018) di cui 226.366 anziani ≥ 65 e 125.879 con ≥ 75 anni.

L’Unità di Valutazione Geriatrica dell’ASL certifica come non autosufficienti n° 8745 anziani, pari al 3,9% della popolazione ≥ 65 di Torino (al 30/06/2019), mentre lo studio Passi d’Argento dell’Istituto Superiore di Sanità del 2016-2018 stima gli anziani non autosufficienti di Torino tra i 16.977 e i 33.728 (7,5 – 14,9%).

La popolazione anziana con una attestazione di non autosufficienza da parte dell’UVG risulta effettivamente bassa rispetto a riscontri medici accertati in altre occasioni come: le prese in carico degli anziani con Assistenza domiciliare integrate - ADI (20,1%) o la stratificazione della popolazione ≥ 75 anni a rischio di malori per ondate di calore estivo (16,7%) o la progettualità di percorsi di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (14,3%).

I dati dell’INPS relativi all’invalidità e all’indennità di accompagnamento sono purtroppo stati messi a disposizione solo per gli anziani ricoverati in Ospedale. Tuttavia su un campione di 124 ricoverati con bisogni di continuità cure alla dimissione ospedaliera, 19 avevano precedentemente riconosciuta l’invalidità e l’indennità di accompagnamento, ma di questi solo il 37% aveva anche una certificazione UVG di non autosufficienza.

La certificazione UVG negli anziani ≥65 aa. non autosufficienti residenti a Torino		
Fonte dati di certificazione	Non autosufficienti	Certificazione UVG della non autosufficienza
	n°	n° (%)
Anziani ≥65 aa. assistiti con Cure domiciliari (ADI 1° sem. 2019)	1965	395 (20,1)
Anziani ≥75 aa. fragili alle ondate di calore estivo (1° luglio 2019)	5412	905 (16,7)
Anziani ≥65 aa. ricoverati all’Osp. S.G. Bosco di Torino, inseriti in posti letto di Continuità assistenziale (CAVS) nel 1° trimestre 2018	124	18 (14,3)
Anziani ≥65 aa. ricoverati all’Osp. S.G. Bosco di Torino, inseriti in posti letto di Continuità assistenziale (CAVS) nel 1° trimestre 2018 invalidi al 100% con Indennità di accompagnamento	19	7 (37,0)

Conclusioni

Lo studio conferma la tendenza della popolazione anziana non autosufficiente di Torino e soprattutto dei loro famigliari di presentare richiesta di certificazione UVG solo quando si prospetta concretamente un inserimento in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o interventi di sostegno della Lunga assistenza domiciliare (LA).

La tardiva richiesta di certificazione della non autosufficienza, che non considera i tempi necessari per il suo espletamento (fino a 90 giorni), le liste d’attesa per l’attivazione di eventuali aiuti: inserimenti in RSA o attivazione di LA), costituisce un ostacolo alle progettualità di percorsi assistenziali resi necessari alla dimissione ospedaliera, inducendo l’ASL ad inserire temporaneamente gli assistiti in strutture residenziali di continuità cure, a totale carico del Servizio Sanitario, fino al termine dell’espletamento dell’UVG.

Tale ricovero comporta mediamente una spesa quotidiana per assistito di € 120/130 per 45-60 giorni, a carico dell’ASL.: solo nel 2018 sono stati 260 gli anziani collocati in CAVS in attesa di valutazione UVG per un inserimento in RSA, comportando una spesa di circa € 1.700.000,00. L’inserimento diretto in RSA sarebbe costato all’ASL circa la metà.

Emerge la necessità di un approccio proattivo e tempestivo capace di anticipare la previsione dei bisogni di continuità assistenziale anche attraverso una maggiore integrazione informativa tra i diversi enti e servizi deputati al welfare: servizi sanitari, socio-assistenziali, INPS.

Bibliografia

- Regione Piemonte DGR 39–11190 del 6 aprile 2009, Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio–sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37–6500 del 23.7.2007.

- Regione Piemonte 45-4248DGR 30 Luglio 2012, Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

- Regione Piemonte, DGR n. 27-3626 del 28/3/2012 La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale.

- Vetrano D., La continuità assistenziale nella long term care in Italia. Indagine 2019. Ministero della Salute