



Trattare con CURA

I servizi per la persona fragile

in collaborazione con



ASL Mantova

QUADERNO N° 4

Materiali dell'Osservatorio Sociale
Provincia di Mantova

TRATTARE CON CURA

I servizi per la persona fragile

contributi di

Paola Aleotti

Andrea Baccarani

Rossella Balasini

Angela Bellani

Fernanda Bonaretti

Anna Bonfatti Painsi

Renzo Boscaini

Cecilia Branchini

Monica Carnevali

Marco Castagna

Maria Beatrice Dall'Oglio

Marzia Franco

Monica Garatti

Irene Gasparini

Sondra Ghidini

Virginia Ghidoni

Emi Ghisolfi

Marco Lodi

Sara Lui

Antonietta Marchetti

Maria Elena Margonari

Silvana Negrini

Moreno Orlandelli

Daniela Ottoni

Annamaria Paglia

Rosa Pancera

Paolo Papazzoni

Cinzia Parmigiani

Elena Podavini

Claudio Piccina

Roberta Redolfi

Marzia Sandri

Antonella Taragnani

Donatella Terzi

Emanuela Vettorelli

Serena Zoboli

Mantova, un territorio che accoglie

PROVINCIA DI MANTOVA

Settore Turistico e Culturale, Servizi alla Persona e alla Comunità

Politiche Sociali e del Lavoro, Sport e Tempo Libero

Dirigente: Gianni Petterlini

Collana a cura del

SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

QUADERNO N° 4, *cura editoriale di*

Lorenzo Tartarotti, Serena Zoboli, Marisa Sissa, Paolo Poletтини

Indice

- 5 *Presentazione di Fausto Banzi*
- 7 *Prefazione di Carlo Prezzi*
- 9 **Introduzione**
di Angela Bellani
- 11 **1. Servizio Programmazione, Coordinamento e Raccordo Territoriale:
un anno di esperienza...**
di Angela Bellani
- 19 **2. UVMD e sportello informativo: una collaborazione necessaria**
di Monica Garatti e Cecilia Branchini
- 27 **3. Progetto potenziamento della rete valutativa delle UVMD distrettuali
per il Piano Assistenziale Individualizzato integrato**
di Paola Aleotti
- 31 **4. Implementazione rete delle cure palliative dell'Azienda Sanitaria Locale
di Mantova**
di Renzo Boscaini
- 35 **5. Nuove opportunità per la medicina di famiglia**
di Emanuela Vettorelli
- 37 **6. Sistemi informativi socio-sanitari: l'integrazione possibile**
di Andrea Baccarani
- 45 **7. Ufficio di Protezione Giuridica**
di Serena Zoboli

51	8. L'esperienza del Distretto di Mantova
51	8.1 <i>Il servizio di continuità assistenziale alla persona fragile, di Silvana Negrini</i>
55	8.2 <i>La supervisione della presa in carico del paziente nella rete di intervento domiciliare, di Rosa Pancera</i>
56	8.3 <i>Un'esperienza di formazione in gruppo per fisioterapisti, di Marco Lodi</i>
59	9. L'esperienza del Distretto di Viadana
59	9.1 <i>Il protocollo integrato ospedale-territorio: dimissioni protette e continuità delle cure a sostegno della domiciliarità, di Irene Gasparini</i>
61	9.2 <i>Il Consorzio Pubblico Servizio alla Persona e il Piano di Zona, di Daniela Ottoni</i>
63	9.3 <i>Le équipes di lavoro permanenti, di Moreno Orlandelli</i>
65	9.4 <i>L'esperienza del Medico di Medicina Generale, di Marco Castagna</i>
66	9.5 <i>Il protocollo d'intesa distrettuale finalizzato all'integrazione socio-sanitaria dei servizi rivolti all'area anziani e adulti non autosufficienti, di Monica Carnevali, Moreno Orlandelli, Cinzia Parmigiani, Antonella Taragnani</i>
71	10. L'esperienza del Distretto di Suzzara
71	10.1 <i>Il progetto per la realizzazione dello Sportello Unico Interistituzionale di Suzzara, di Maria Beatrice Dall'Oglio</i>
75	10.2 <i>Lo Sportello Unico Interistituzionale di Suzzara: il punto di vista del Piano di Zona, di Maria Elena Margonari</i>
77	11. L'esperienza del Distretto di Ostiglia
77	11.1 <i>La rete d'oro. Un percorso interistituzionale per il sostegno al caregiver e alla famiglia, di Marzia Franco</i>
91	11.2 <i>Attivazione di un percorso interistituzionale per il sostegno al caregiver e alla famiglia: alcuni aspetti di contesto, di Claudio Piccina</i>
93	11.3 <i>Tavola rotonda: le potenzialità dell'assistenza a domicilio - Distretti di Suzzara e Ostiglia</i>
115	12. L'esperienza del Distretto di Asola
115	12.1 <i>Modelli di eccellenza: l'esperienza dei Distretti di Asola e Guidizzolo, di Annamaria Paglia</i>
116	12.2 <i>Il cittadino fragile e il sentimento di sicurezza, di Anna Bonfatti Pains e Sara Lui</i>
123	13. L'esperienza del Distretto di Guidizzolo
123	13.1 <i>Il welfare dell'accesso, lo sportello informativo e il segretariato sociale, di Donatella Terzi</i>
129	13.2 <i>Riflessioni di un Medico di Medicina Generale, di Emi Ghisolfi</i>
131	13.3 <i>Rapporto tra ADI e MMG/PLS nel Distretto di Guidizzolo, di Elena Podavini</i>
134	13.4 <i>Testimonianza di un familiare</i>
137	14. Sintesi degli interventi e lavori in corso... di Angela Bellani
141	Appendice: modulistica in uso
149	Glossario

Presentazione

È necessario premettere che con la Legge di riforma 328/00 si è inteso affrontare il tema delle politiche sociali disponendo momenti di reale confronto e di programmazione territoriale che vedessero partecipare alla loro elaborazione distrettuale non solo gli enti locali ma anche altre istituzioni pubbliche oltre alle rappresentanze del terzo settore, delle OO.SS e delle organizzazioni ecclesiastiche come Caritas. Questa Legge voleva dare concretezza ad una programmazione del sociale che facesse interloquire i vari settori d'interesse per la persona: assistenza, sanità, sociale, formazione professionale, lavoro, istruzione.

Questa linea d'indirizzo è stata poi raccolta, anche se con ritardo, dalla Regione Lombardia che, in seguito alla riforma costituzionale, è divenuta ente deputato a legiferare sulla materia.

La stella polare che guida l'ente pubblico è il benessere del cittadino, dando reali risposte ai bisogni di tutti, qualunque sia la loro natura. La relazione che si instaura in prima istanza e anche successivamente tra le istituzioni e i propri cittadini viene realizzata e mediata, nella maggioranza dei casi, dai dipendenti e operatori pubblici che hanno un ruolo fondamentale nell'interpretare il bisogno concreto delle persone. I funzionari pubblici devono pertanto essere in grado di dare risposte pertinenti, offrendo trasparenza, ascolto ed accompagnamento nei percorsi di accesso ai servizi a chi si rivolge ai loro uffici, soprattutto a coloro che hanno difficoltà materiali, fisiche o culturali, spesso incapaci di orientarsi tra i meandri della burocrazia, degli uffici, delle competenze e delle specializzazioni. Ci troviamo quindi di fronte alla necessità di dare una formazione al personale degli uffici pubblici a differenti livelli e ambiti di conoscenza, siano essi operatori di una ASL o di uno sportello di segretariato sociale.

È per questo che come Provincia, in collaborazione con l'ASL e i Comuni del territorio, vogliamo offrire al personale, non solo dei front office ma anche dei servizi, maggiori opportunità di formazione al fine di relazionarsi con il pubblico con competen-

za e conoscenza di tutta la rete dei servizi esistenti a cui poter inviare gli utenti. Il libro che qui presentiamo è frutto di un percorso formativo dedicato proprio agli operatori pubblici e del volontariato sul tema del rapporto tra cittadino "fragile" e territorio e della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, nel tentativo di riempire così un vuoto determinatosi con la chiusura dell'Unità di Valutazione Geriatrica prima e del Nucleo Operativo Disabili poi, due servizi di grande importanza per il ruolo di supporto e sostegno sia alle famiglie che alle strutture socio-sanitarie; soppressione voluta dalla direzione ASL nel 2004 in seguito all'approvazione del piano socio-sanitario, che lasciava ai cittadini una apparente "libertà di scelta" spesso senza alcun orientamento in particolare per le categorie più deboli e quindi più disorientate nel labirinto di uffici e servizi dislocati sul territorio. Ed ora, finalmente, a distanza di tempo cominciamo a intravedere soluzioni che sono all'altezza dei bisogni per continuare a servire al meglio i nostri cittadini, anche se il percorso è solo agli inizi. Ma di una cosa siamo certi: gli operatori dei servizi sociali e sanitari pubblici sono persone motivate e disponibili che si mettono in gioco per acquisire maggior professionalità e dare il meglio alla cittadinanza tutta e a quella in situazione di bisogno in particolare.

È indispensabile quindi che scelte politiche importanti e precise indichino il percorso da seguire e in modo particolare in questo periodo, in cui è evidente il degrado della politica e della rappresentanza e in cui il rischio è che tutte le colpe per servizi inadeguati ricadano sulle spalle dei lavoratori. Occorre che la politica riannodi i fili della coscienza e della democrazia per avere più sintonia nel confronto con i cittadini dando risposte adeguate ai loro bisogni e alle loro esigenze.

FAUSTO BANZI

*Assessore alle Politiche Sociali e Sanitarie
della Provincia di Mantova*

Prefazione

Pensare ad un percorso formativo destinato a persone adulte, coinvolte in un sistema, quello socio sanitario, indubbiamente complesso – sia dal lato politico che organizzativo, ma anche economico e sociale – sempre più turbolento, dinamico e interattivo, non è di certo impresa semplice.

Va infatti ben considerato che, conseguentemente all'aumento della complessità del sistema, è andata crescendo anche la complessità dei ruoli organizzativi, ai quali viene richiesta sempre maggiore capacità di coinvolgimento individuale e dei collaboratori, un continuo ampliamento e approfondimento della conoscenza dell'ambiente esterno e, insieme, una maggiore capacità di analisi e dominio della propria area professionale e personale.

Se, inoltre, si mira al coinvolgimento di più figure professionali, afferenti a diversi sottosistemi organizzativi e a diversi livelli istituzionali (sanitario, socioassistenziale; ASL, Provincia, Comuni), il rischio che si corre facilmente è di cadere in una sorta di *accademismo*, cioè di creare una relazione pedagogica rigida, con forme di comunicazione "ad una via", fredde, impersonali, astratte etc. e con l'impossibilità di ottimizzare l'apprendimento su tempi dilatati.

Dunque, volendo puntare alla formazione di "attori" organizzativi a cui poi, sul campo, sarebbero state chieste sempre maggiore autonomia, un orientamento mirato agli obiettivi e quindi all'efficacia, una centralità di governo dei processi e un'integrazione delle funzioni – in definitiva, un contemporaneo comporsi di specializzazione tecnica e superamento delle logiche rigidamente specialistiche – allora l'approccio più corretto ci è parso essere quello che alcuni autori qualificano come caratterizzato da *attivismo*¹. Attivismo significa coinvolgimento diretto del-

¹ Quaglino G.P., *Fare formazione. I fondamenti della formazione e i nuovi traguardi*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

l'allievo, riferimento al gruppo; e, inoltre, imparare facendo esercizi, sperimentando, risolvendo problemi. Ma, anche, costruzione progressiva, finalizzata e guidata dell'apprendimento, "comunicazione a due vie", discussione e confronto, apprendimento dall'esperienza altrui, vivacità, responsabilizzazione e concretezza.

Nell'attuazione del corso che qui viene presentato, abbiamo cercato di mantenerci aderenti a questo tipo di scelte metodologiche. Sono stati presentati casi ben riusciti di integrazione (modelli di eccellenza) e, nell'affrontare ciascun tema, si è curato il rimando all'ambito professionale, facendo sempre riferimento non esclusivamente o prevalentemente ai contenuti di lavoro ma, piuttosto, ai processi implicati, nel senso dello svolgimento del compito *in relazione con altri*.

Il Corso è stato svolto in ambito ASL; gli attori, cioè i relatori, sono stati gli stessi protagonisti (ideatori e realizzatori) dei modelli proposti all'attenzione dei partecipanti. Una volta tanto, l'esposizione ha riguardato fatti concreti ed è avvenuta da parte di chi prima li aveva realizzati.

Il calore e la partecipazione che hanno caratterizzato tutti gli incontri sono stati la prova della buona riuscita di tale impostazione.

CARLO PREZZI
Direttore Sociale
ASL di Mantova

Introduzione

Le pagine che seguono documentano i contenuti e le riflessioni di un corso di formazione sul tema «Modelli di eccellenza sul tema della continuità assistenziale ospedale-territorio». L'idea di un percorso formativo dal titolo così ambizioso scaturì nel corso di un incontro di lavoro in cui, i miei collaboratori ed io, discutevamo sui diversi modelli di lavoro che caratterizzano l'operato dei sei distretti socio-sanitari nell'area della fragilità sociale.

Partendo dalle indicazioni contenute nella delibera regionale 8243² del 22 ottobre 2008 e dalla successiva 9152, stavamo studiando possibili percorsi e strade per riuscire a dialogare con tutti gli attori della rete: i Distretti socio-sanitari, gli enti locali, le aziende ospedaliere, le fondazioni, i MMG, i pattanti, le RSA, le associazioni di volontariato.

Certi delle eccellenze presenti sul nostro territorio, ci è sembrato giunto il momento di confrontare le nostre esperienze in una riflessione, però, aperta a tutti i professionisti e gli attori della rete assistenziale; l'occasione poteva venire da questi incontri formativi.

Dopo le titubanze iniziali – nessuno di noi è docente di professione – abbiamo trovato un entusiasmo ed una partecipazione così interessata e spontanea che ha coinvolto tutti.

Nel corso di questi incontri si sono in taluni casi costruiti – in altri consolidati – rapporti di lavoro indispensabili alla buona riuscita dell'integrazione e si è data l'opportunità a tutti di comunicare la propria esperienza di lavoro; un lavoro impegnativo e difficile in quanto a costante contatto con la sofferenza individuale e familiare.

Si è compresa l'importanza del lavorare insieme, sia per condividere e sostenere i vis-

² Deliberazione di Giunta Regionale n. 8243 del 22 ottobre 2008, ad oggetto "Realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei Servizi socio-educativi per la prima infanzia. Attuazione della DGR n. 6001/2007 e della intesa del 14 febbraio 2008".

suti emotivi, sia per accrescere il proprio sapere professionale. Chi ha compiti di dirigenza ha avuto la misura di quanto sia importante sostenere ed anche gratificare le proprie équipes, che quotidianamente affrontano situazioni delicate e complesse.

Si è ampliata la conoscenza di tutti gli attori della rete e delle risorse a disposizione su questo territorio, comprendendone il valore e la specificità.

Abbiamo colto meglio le criticità e individuato quindi i punti su cui lavorare nel prossimo anno.

È stata un'esperienza molto coinvolgente, che ha toccato tutti i temi che riguardano la rete socio-sanitaria: i percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio, la domiciliarità e la residenzialità, la supervisione agli operatori delle équipes ADI, la rete con i servizi assistenziali, gli sportelli, le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali (UVMD), i segretariati sociali, le dimissioni protette, le fatiche dei caregiver, il ruolo del MMG, i progetti innovativi distrettuali per l'integrazione socio-sanitaria.

Abbiamo anche potuto contare sulla testimonianza di un familiare, che ci ha riportato alla realtà di chi vive in prima persona l'esperienza della malattia.

Abbiamo avuto la possibilità di ascoltarci e l'abbiamo fatto tutti con attenzione, interesse e rispetto: già questo possiamo considerarlo un grande successo professionale.

ANGELA BELLANI

Responsabile Servizio Programmazione

Coordinamento e Raccordo Territoriale

ASL di Mantova

1. Servizio Programmazione, Coordinamento e Raccordo Territoriale: un anno di esperienza...

La Programmazione del governo della rete degli interventi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali a supporto della famiglia

*Angela Bellani**

Premessa

La Regione Lombardia ha riorganizzato la rete dei Servizi e degli interventi sociali e socio assistenziali sul territorio ed ha definito i compiti degli Enti pubblici, delle Istituzioni e del no profit.

Con la Legge n. 3/2008 e le successive circolari applicative, essa ha individuato le ASL come i soggetti che programmano, a livello locale, la realizzazione delle unità d'offerta socio sanitaria. Il tutto nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee d'intervento formulate dai Comuni, attraverso la Conferenza dei Sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL.

Il Documento di Programmazione della Direzione Sociale dell'ASL di Mantova è stato predisposto basandosi sul presupposto della "centralità della famiglia nelle azioni di cura"; in linea quindi con la Programmazione dei Piani di Zona del 3° triennio (2009-2011) che ha indicato, tra gli obiettivi di innovazione, l'assoluto orientamento alla Centralità del Sistema Famiglia.

La Programmazione del triennio 2009-2011 è stata costruita attraverso una modalità di lavoro partecipata secondo i principi espressi dall'Art 18 della Legge n. 3/2008 che *"definisce il Piano di zona come lo strumento della programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale e dell'attuazione dell'integrazione tra la programmazione sociale e la programmazione socio sanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione, della casa e del lavoro"*.

La programmazione è stata predisposta con la partecipazione di tutti gli attori presenti sul territorio, mettendo al centro la persona e il sostegno alla famiglia quale risorsa fondamentale per gli aspetti di cura.

* Responsabile Servizio Programmazione Coordinamento e Raccordo Territoriale ASL di Mantova.



1. Programmazione di azioni tese all'integrazione socio sanitaria e socio assistenziale

Il contesto mantovano ha un articolato sistema di iniziative e di attività per la tutela del cittadino fragile che prevede il coinvolgimento, di volta in volta e dove necessario, di tutti gli attori dell'assistenza territoriale: il MMG, l'ADI, i Servizi Sociali degli Enti locali, le Unità d'offerta residenziali (RSA-RSD-IDR) e Diurne (CDD e CDI), Aziende ospedaliere e/o fondazioni, rete degli Hospice.

In ogni distretto sociosanitario sono presenti lo Sportello Unico e l'UVMD (Unità di valutazione multidimensionale). Nell'UVMD – composta da un operatore sociale individuato dall'Ufficio di Piano, un operatore della Direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera e/o Fondazione, operatori dello Sportello Unico, un assistente sociale del distretto ASL – le professionalità sanitarie e sociali si confrontano per trovare le soluzioni più opportune alle situazioni individuali e familiari ad alta complessità socio sanitaria.

I Distretti sociosanitari, coerentemente con le indicazioni funzionali della Direzione Sociale, presentano la seguente organizzazione interna:

Lo Sportello Unico <i>che offre ai cittadini</i>	L'UVMD <i>che</i>	Équipe PAI integrato <i>che</i>
Informazione, informazione e supporto, attivazione percorso di presa in carico per gli interventi più appropriati al bisogno del cittadino fragile	Costruisce percorsi individualizzati di assistenza adeguati a situazioni ritenute ad alta complessità socio sanitaria	Supporta le UVMD con un'équipe di specialisti per pazienti e famiglie particolarmente critici e complessi

Questo sistema di organizzazione interna garantisce ai cittadini un Punto Unico di accesso e una risposta adeguata ed integrata ai loro bisogni espressi ed inespressi.

2. La Delibera Giunta Regionale n. 8243 del 22 ottobre 2008:

“Realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei Servizi socio-educativi per la prima infanzia. Attuazione della DGR n. 6001/2007 e della intesa del 14 febbraio 2008”.

La Programmazione integrata

Per la prima volta l'ASL di Mantova si trova ad essere Ente capofila di un finanziamento regionale – a favore sia degli Ambiti che dei Distretti Sociosanitari – attraverso la programmazione e la gestione di due importanti azioni: l'implementazione del PAI integrato a supporto delle UVMD e il Progetto di informatizzazione degli Sportelli Unici e dei Segretariati Sociali.

Con lo sviluppo e il potenziamento del PAI integrato abbiamo inteso realizzare un'attività di valutazione e progettazione di interventi individualizzati a domicilio, su richiesta delle UVMD, caratterizzata da attività di supporto-psicologico, psichiatrico e/o neurologico ai pazienti e alle famiglie che presentano situazioni di alta fragilità.

Per quanto riguarda l'azione di Informatizzazione Sportelli Unici/Segretariati Sociali, l'Azienda Sanitaria Locale di Mantova ha stipulato, con la Società “Progetti di Impresa s.r.l.” di Modena, un contratto per lo studio e la progettazione di un sistema informativo (comprensivo dell'identificazione di procedure, modulistica e bisogni formativi) propedeutico all'implementazione di un sistema informatico integrato, con banche dati e cartelle socio-sanitarie condivise tra ASL, Piani di Zona e segretariati sociali dei comuni.

Il metodo di lavoro

Una Programmazione integrata prevede necessari raccordi interni all'ASL – ad esempio con il Dipartimento Cure Primarie – periodici incontri di progettazione e monitoraggio con gli Uffici di Piano, nonché i dovuti passaggi nelle Assemblee Distrettuali. I lavori si sono pertanto articolati attraverso:

- momenti di confronto del Direttore Sociale con la Regione Lombardia
- tavoli di confronto tra lo Staff del Servizio Programmazione e i Responsabili degli Uffici di Piano per progettare e condividere le scelte
- incontri con il Responsabile Fragilità e il Referente ADI Produzione
- incontri e stesura di contratti e Delibere con il Responsabile Amministrativo della Direzione Sociale
- incontri con il Dipartimento Cure Primarie, per gli aspetti di informazione e coinvolgimento dei MMG

- coinvolgimento dell'Ufficio Servizi Informativi aziendale
- incontri con i Responsabili Assi distrettuali per condividere i progetti e organizzare i lavori a livello distrettuale

3. Fondi per non autosufficienze anno 2009 – DGR N. 9152 del 30 marzo 2009 “Determinazioni in merito alla ripartizione delle risorse del FNPS anno 2008, del FSR 2009 e del Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2008”

Nell'attuale scenario dell'assistenza domiciliare, oltre all'esternalizzazione di pacchetti assistenziali sotto forma di voucher sociosanitari, credit, voucher flessibili per diverse tipologie di pazienti sia acuti che cronici, l'ASL di Mantova – attraverso le équipes di ADI produzione diretta – continua a seguire i pazienti multiproblematici (SLA, pazienti in ADR in ventilazione meccanica invasiva e non, ortopedici e neurolesi post traumatici, minori con patologie rare ecc) la cui complessità, allo stato attuale, non prevede altre opzioni assistenziali.

*SLA e stati vegetativi**

In ottemperanza alle delibere e circolari sotto citate, l'ASL di Mantova eroga, ai pazienti a domicilio con patologia SLA e ai pazienti in stato vegetativo, un contributo mensile di 500 Euro a sostegno del caregiver.

È stata costituita apposita Commissione per valutare le richieste che pervengono attraverso gli Sportelli Unici distrettuali. Una breve ricerca – promossa da Regione Lombardia – sui bisogni dei familiari che assistono pazienti a così alta complessità assistenziale, ha evidenziato la loro soddisfazione per i Servizi domiciliari in atto, lamentando un notevole carico economico, che con questi contributi si è cercato in parte di sostenere.

* DGR n. 7915 “Determinazioni in ordine al miglioramento quali-quantitativo dell'assistenza garantita alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici”.

Circ. 16 del 18 agosto 2008 – attuazione della DGR n. 7915

Deliberazione n. 10160 del 16/09/2009 “Determinazioni in ordine agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da SLA, finanziamento a carico del fondo sanitario regionale”.

4. Altri esempi di integrazione socio sanitaria e socio assistenziale

I Voucher flessibili a favore di pazienti oncologici nella fase terminale della vita e l'ospedalizzazione domiciliare: il quadro normativo di riferimento.

Con la DGR 6 agosto 2008, n. 7915 sono stati definiti gli "interventi innovativi da avviare sperimentalmente nel 2008, con priorità per le cure domiciliari", in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e delle persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative per i pazienti oncologici, in linea con le precedenti deliberazioni relative alla "Estensione dei livelli essenziali di assistenza con ulteriori livelli regionali" (DGR n. 4751/2007) e alle "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007" (DGR n. 5237/2007).

Tali interventi, rivolti ai cittadini residenti in Lombardia, sono strategicamente finalizzati: a) allo sviluppo quali-quantitativo dell'assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, b) al superamento dell'attuale disomogeneità di erogazione delle cure domiciliari, riferita agli standard sia assistenziali che remunerativi.

Ciò premesso, si evidenzia che *"ogni ASL – nel proprio ambito territoriale – deve provvedere ad un'efficace comunicazione per far conoscere ai cittadini tali interventi"*. Al fine di facilitare l'avvio del processo innovativo sopra richiamato e pervenire alla corretta e puntuale attivazione degli interventi, si ritiene utile fornire alcune indicazioni e raccomandazioni.

In merito alla modalità innovativa di erogazione del voucher socio-sanitario e del "credit" di 3° profilo, di € 619,00, si raccomanda di sperimentare tale flessibilità, rivolta sia a persone affette da SLA che a malati terminali, in modo da commisurare dinamicamente l'intensità delle prestazioni sanitarie e di cura alla persona (prestazioni dell'operatore sociosanitario e dell'ausiliario socio-assistenziale) alla situazione di bisogno del singolo individuo. Tale modalità dovrebbe favorire la messa in atto di un'effettiva personalizzazione e di una migliore qualificazione delle cure domiciliari. Questa prassi innovativa dovrebbe anche dare nuovo impulso e facilitare modelli di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, in grado di realizzare una presa in carico globale dei bisogni della persona fragile e della sua famiglia.

Il punto 2. della DGR n. 7915/2008, relativo alle indicazioni per l'avvio della flessibilità sopra declinata, al fine di garantire in ogni ambito territoriale il rispetto della continuità assistenziale alla singola persona, conferiva al Direttore Generale di ogni A.S.L. la possibilità di:

- "attivare la nuova modalità erogativa nel corso del 2008.
- proseguire fino al 31 dicembre 2008, in presenza di specifiche e motivate esigenze organizzative e secondo i criteri e le procedure sperimentali in corso, così come a suo tempo definite dalla ASL medesima. In tal caso dovrà comunque procedere ad un adeguamento organizzativo per garantire l'attivazione della nuova metodologia con decorrenza 1° gennaio 2009.

- a decorrere dal 1° gennaio 2009, l'erogazione innovativa del voucher socio-sanitario e del 'credit' di 3° profilo, con cadenza anche inferiore al mese, dovrà essere attivata dalle ASL in modo generalizzato su tutto il territorio lombardo”.

5. Sintesi di quanto attivato nella ASL di Mantova

L'erogazione dei voucher flessibili, a favore dei pazienti oncologici nella fase terminale della vita, è stata attivata a partire dal primo dicembre 2008, secondo il seguente iter:

- La prima deliberazione regionale n. VIII/79015 è stata emessa il 6 agosto 2008, seguita dalla determinazione finanziaria con decreto n. 9668 del 09/09/2008 e dalla circolare applicativa n. 16 del 18/9/2008. Nell'applicazione di quanto indicato nelle delibere citate si è provveduto ad incontrare tutti i Distretti Socio-sanitari per una prima analisi sulle risorse dell'ADI produzione e per la costruzione del percorso assistenziale specificando gli indici di qualità necessari.
- La Direzione Sociale e la Direzione Sanitaria hanno concordato di esternalizzare tale attività in quanto non gestibile dall'ADI produzione
- Contemporaneamente ha preso avvio il progetto “Ospedalizzazione domiciliare” da parte dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma, rivolto allo stesso target di popolazione; si è provveduto ad accordare percorsi differenziati per garantire a tutti i cittadini entrambe le offerte presenti sul territorio.
- Si sono incontrati gli Uffici di Piano per favorire l'integrazione socio-sanitaria.
- Sono stati strutturati incontri con le Agenzie pattanti accreditate per verificarne la disponibilità a partecipare al progetto.
- Si sono stipulati i contratti in data 1/12/2008.
- Sono stati organizzati incontri rivolti a tutti i MMG della Provincia per informarli del progetto e per attivare la loro collaborazione.

Progetti operativi di integrazione tra i SAD comunali, ADI e ADI/voucher

Al fine di semplificare la costruzione del piano terapeutico integrando gli aspetti di cura assistenziale (SAD) e l'ADI produzione, nell'ottica di migliorare la qualità della vita del paziente e della sua famiglia, si stanno sperimentando interessanti percorsi. In particolare il Distretto di Viadana, per una serie di circostanze favorevoli, ha potuto avviare un'esperienza particolarmente significativa che verrà illustrata al cap. 9.

Altri progetti... altre fragilità

Il Servizio Programmazione della Direzione Sociale, per quanto attiene al “Piano regionale per la promozione e lo sviluppo di una rete a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e alle loro famiglie” (Biennio

2009-2010), si sta impegnando nella realizzazione di progetti a favore di minori e adulti soggetti a procedimenti penali. Lo stesso Servizio si sta altresì occupando di Progetti a favore di immigrati in situazioni critiche, attivando – in collaborazione con la Provincia – azioni di mediazione culturale nei Consultori Familiari, Tutela minori (ambiti territoriali) e nei Servizi per la tossicodipendenza.

6. L'Ufficio di Protezione Giuridica, in Staff alla Direzione Sociale

Con Delibera n. 398 del 28 agosto 2008 l'ASL di Mantova, in attuazione della Legge Regionale n. 3/2008, ha istituito l'Ufficio di Protezione Giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi.

L'Ufficio, affiancandosi a tutte le istituzioni pubbliche e private che già si occupano di questi temi, ha l'obiettivo di promuovere il benessere e l'inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità, e – ispirandosi ai principi del rispetto della persona e della valorizzazione della famiglia – promuove e favorisce i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci e dell'amministrazione di sostegno.

L'Ufficio di Protezione Giuridica, attraverso i referenti degli *Sportelli Unici Socio sanitari Distrettuali*, offre un servizio gratuito informativo e di raccordo con le altre Amministrazioni Pubbliche e del Terzo Settore che si occupano delle situazioni di incapacità e di tutela. Per approfondimenti si rimanda al cap. 7.

2. UVMD e sportello informativo: una collaborazione necessaria

*Monica Garatti e Cecilia Branchini**

L'istituzione degli Sportelli Informativi affonda le sue radici nella normativa declinata:

- a livello nazionale il D. Lgs 502/1992 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421"), che all'art. 14 – diritti dei cittadini – comma 4 dichiara che *«al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso ai servizi»*;
- a livello regionale, il Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia 2002–2004, Ruolo dell'ASL – Il distretto socio-sanitario – individua, tra le altre funzioni del Distretto, *«lo sviluppo nell'informazione, nell'educazione, nella guida alle scelte del cittadino»*;
- a livello aziendale, tra i diversi provvedimenti che si sono succeduti si cita principalmente il decreto direttoriale n. 316 del 09/06/2003 (*"istituzione dello Sportello Unico socio sanitario distrettuale"*), nel quale si precisano mission, funzioni, professionalità degli operatori dedicati, e il decreto direttoriale n. 119 del 22/03/2005 (*"Implementazione strutturale dello Sportello socio-sanitario presso ciascun Distretto omonimo del bacini territoriale di competenza"*)³.

Gli attuali cardini delle politiche sanitarie e socio-sanitarie lombarde sono il diritto alla libera scelta del cittadino e la domiciliarità.

* Monica Garatti è assistente sociale, referente sportelli unici ASL di Mantova, Cecilia Branchini è assistente sociale, Servizi Fragilità e Programmazione, ASL di Mantova.

³ Per un esaustivo inquadramento normativo degli sportelli informativi si rimanda alla relazione della collega Donatella Terzi (cfr. cap. 13.1).

Il diritto alla libera scelta da parte del cittadino non si rispetta con l'offerta illimitata di servizi, peraltro non realizzabile nemmeno in termini di sostenibilità del sistema.

L'esercizio del diritto alla libera scelta richiede che il cittadino sia consapevole del bisogno di cure e di assistenza in quel particolare contesto e momento di vita, conosca le risposte adeguate e possibili, nonché ciò che il territorio offre per quel problema.

La spinta verso la domiciliarità parte dal presupposto che rimanere nel proprio ambiente di vita anche se gravemente ammalati o inabili, o ritornarvi dopo un ricovero, fa sentire meglio, "più guariti"; consente di ritrovare suoni, rumori, sapori, abitudini consuete, caratterizza la normalità e migliora la ripresa.

La domiciliarità per il paziente fragile è favorita da un approccio integrato tra risposta sanitaria e risposta socio-assistenziale perché permette di affrontare i molteplici bisogni che la mancanza di autonomia comporta e al tempo stesso di sostenere il nucleo familiare nella fatica della cura. Sicuramente il supporto alla scelta della domiciliarità del paziente e dei suoi familiari comporta un notevole impegno per gli operatori coinvolti: non si tratta solo di attivare e organizzare servizi, operatori, ausili ma anche e soprattutto di sostenere il paziente e la famiglia nei momenti di stanchezza, nella fatica della gestione quotidiana della cura e/o della paura dell'emergenza.

La risposta residenziale alla fragilità, spesso richiesta dai familiari, rischia di connotarsi, in area socio-sanitaria, quale intervento difensivo; la collocazione del paziente in struttura (Ospedale, IDR, RSA) offre un contesto di completa tutela, solleva i familiari dall'onere dell'assistenza e spesso solleva noi operatori da una mole di lavoro più ampia di una *semplice* "domanda di ingresso"; tuttavia la risposta residenziale si scontra con il problema dei tempi di attesa nelle strutture residenziali e sovente non è soluzione gradita al paziente.

Lo Sportello Informativo gioca un ruolo importante nell'orientamento e nella risposta al cittadino nel panorama delle unità d'offerta territoriali.

La realtà degli Sportelli Informativi nel territorio ASL si caratterizza tuttora per la specificità di ciascuno sportello: le diverse realtà territoriali si differenziano per professionalità del personale assegnato, ubicazione dello sportello rispetto agli altri servizi ASL, livelli di erogazione delle prestazioni e tipologia delle prestazioni.

L'erogazione delle prestazioni avviene su tre livelli:

- informazione,
- informazione e supporto,
- informazione ed erogazione.

L'attività di informazione è garantita da tutti gli sportelli mentre le attività di supporto ed erogazione si differenziano tra i diversi sportelli anche in base alla tipologia di prestazioni erogabili.

Attualmente allo sportello Informativo dell'ASL il cittadino trova informazioni per le

seguenti prestazioni: assistenza domiciliare integrata, progetti speciali per disabili in struttura, invalidità civile – protesi/ortesi – ausili, caratteristiche e modalità di accesso delle strutture socio-sanitarie diurne e residenziali (RSA–CDI–CDD–RSD), protezione giuridica, Legge 12 marzo 1999 n. 68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”, Legge regionale 6 dicembre 1999 n. 23 “Politiche regionali per la famiglia”, strumenti tecnologici, modifica automezzi disabili, richiesta buoni/contributi (SLA, SVP), gestione caldo estivo, accoglimento dei reclami, informazioni su servizi e uffici dell’ASL.

Gli interventi che vengono garantiti dagli operatori, oltre all’informazione, sono: fornitura di modulistica e supporto nella compilazione delle domande, attività di counseling/orientamento, colloqui per Legge 23/99 e per Legge 68/99, invio ad altri uffici competenti.

L’operatore di sportello è un operatore a costante contatto con il cittadino al quale deve garantire gentilezza, rispetto della privacy e l’eventuale invio corretto e tempestivo ad altro servizio idoneo alla risposta al problema; l’operatore di sportello deve anche conoscere in modo puntuale e aggiornato le possibili risposte presenti sul territorio nell’area socio-sanitaria e della fragilità.

È un operatore che si confronta quotidianamente con i diversi sentimenti dei cittadini che sono in stato di bisogno quali disorientamento, impazienza, preoccupazione, e deve attuare sovente una funzione di contenimento delle ansie e delle aspettative che la situazione di bisogno innesca.

All’operatore di sportello compete anche la delicata fase della segnalazione ad altro servizio, nella fattispecie all’UVMD, che presuppone la comprensione della natura della segnalazione stessa: allo sportello può pervenire una segnalazione corretta e pertanto facilmente gestibile, ma anche una segnalazione confusa o caratterizzata da emotività ed urgenza.

L’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, alla quale lo Sportello può trasmettere la segnalazione relativa ad un cittadino fragile, è un servizio che si sta strutturando e che rappresenterà un contesto di progettazione di risposte integrate ed efficaci.

Per precisare di quale cittadino si occupa l’UVMD, utilizziamo la definizione elaborata dalle colleghe dell’UVMD: «cittadino che presenta bisogni sanitari rilevanti ma non tali da giustificare il ricovero ospedaliero; chi ha un’importante riduzione delle autonomie tale da rendere difficoltosa la sua permanenza a domicilio; chi è solo assoluto o non trova risposta nella rete familiare o sociale; chi ha difficoltà economiche tali da rendere problematico l’eventuale accesso a servizi a pagamento». L’UVMD, per poter progettare interventi e risposte, deve necessariamente tessere relazioni con tutti i protagonisti della rete territoriale dei servizi, in particolare con i servizi ASL quali Sportello Unico, ADI, ufficio invalidi e protesi, ufficio scelte e revoke, con i servizi sociali comunali, con la rete delle unità d’offerta sanitarie e socio-sanitarie. Particolare importanza riveste il rapporto con i medici di medicina ge-

nerale ed i pediatri di libera scelta, figure fondamentali nell'individuazione del paziente fragile e nella progettazione delle possibili risposte; il MMG conosce le condizioni soggettive del paziente (cliniche, abitative, culturali, familiari), ma anche le risorse della realtà territoriale più prossima.

La prospettiva operativa del prossimo futuro vede pertanto lo sportello quale primo spazio di ascolto e accoglienza del cittadino, la presenza dell'UVMD quale offerta per costruire risposte adeguate e possibili per il cittadino fragile e il rinforzo del PAI integrato per migliorare la qualità della risposta alle situazioni di particolare fragilità. Le azioni tra i diversi livelli operativi dovranno essere sinergiche ed osmotiche, al fine di permettere agli operatori di percepirsi come parte di un processo che consente all'operatore di ben operare e di rispondere alla richiesta di cura e qualità di vita del cittadino fragile.

Il data base Sportelli informativi e UVMD

La raccolta dei dati di attività è già da tempo considerata strumento non solo di analisi quantitativa dell'attività svolta, ma anche, e soprattutto, strumento di valutazione qualitativa di una unità d'offerta, in tutte le sue declinazioni: caratteristiche dei cittadini che accedono, problemi presentati, risposte fornite, comparazione e analisi delle difformità territoriali ecc. Tali dati, correttamente elaborati ed analizzati, sono a pieno titolo strumenti per la valutazione del bisogno, la corretta e puntuale programmazione dei servizi e l'analisi delle criticità degli stessi rispetto ai bisogni espressi dai cittadini.

Con l'implementazione dell'attività dell'UVMD nei Distretti è nata la necessità di elaborare uno strumento di rilevazione dell'attività svolta. In attesa dell'attuazione del progetto di potenziamento informativo degli Sportelli, comprendente anche strumenti omogenei di rilevazione quanti/qualitativa dell'attività svolta, si è strutturato uno strumento informatico provvisorio, integrando quello già in essere per gli sportelli informativi.

Il data-base provvisorio degli Sportelli e dell'UVMD è stato realizzato, in collaborazione con i coordinatori sociali dei distretti, i referenti degli sportelli informativi e con le assistenti sociali delle UVMD. L'obiettivo è quello di rilevare dati sulla tipologia di utenza che afferisce sia agli sportelli che all'UVMD, oltre che raccogliere dati sulle criticità del lavoro di UVMD. Lo strumento informatico vuole semplificare e uniformare la raccolta dei dati, attività spesso poco gradita all'operatore, in quanto vissuta come tempo sottratto al rapporto/lavoro con l'utenza.

L'utilizzo del data-base provvisorio è iniziato da settembre 2009 e le tabelle di seguito riportate sono relative all'attività dei mesi di settembre e ottobre 2009 degli sportelli informativi dei sei distretti ASL.

Al momento degli incontri formativi non era stato possibile rilevare in modo omo-

geneo l'attività dell'UVMD, in ragione di problemi legati all'utilizzo dello strumento informatico, ritenuto non compiutamente rispondente alla attività svolta, e quindi sviluppato solo in tempi successivi rispetto ai dati qui illustrati.

Le prime due tabelle che seguono riportano il numero dei contatti nelle diverse realtà di sportello e le modalità utilizzate dai cittadini. È interessante osservare che, anche se ancora in modo molto limitato, inizia ad essere utilizzato anche lo strumento dell'e-mail.

Numero di contatti dell'utenza con gli sportelli unici distrettuali nel bimestre settembre-ottobre 2009			
Distretto	numero contatti nel mese di settembre	numero contatti nel mese di ottobre	Totale contatti nel periodo sett-ott 2009
Asola	91	228	319
Guidizzolo	459	581	1040
Mantova	499	507	1006
Ostiglia	1.246	1.211	2.457
Suzzara	745	678	1423
Viadana	229	272	501
Totale	3.269	3.477	6.746

Tipologia dei contatti dell'utenza con gli sportelli unici distrettuali nel bimestre settembre-ottobre 2009				
Distretto	contatti telefonici	contatti di persona	contatti via e-mail	Totale contatti
Asola	208	110	1	319
Guidizzolo	474	559	7	1.040
Mantova	286	715	5	1.006
Ostiglia	1.347	1.108	2	2.457
Suzzara	824	599	0	1.423
Viadana	85	416	0	501
Totale	3.224	3.507	15	6.746

La tabella successiva quantifica le diverse categorie di problematiche presentate dai cittadini agli sportelli nelle singole realtà distrettuali

Contatti dell'utenza con gli sportelli unici distrettuali nel bimestre settembre-ottobre 2009, disaggregati per tipologia di problema o di richiesta							
Tipologia del problema o della richiesta presentata allo sportello	sportelli unici distrettuali						Totale ASL
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
ADI Voucher	0	229	59	1.256	772	39	2.355
Ausili	3	125	11	323	72	4	538
CDI-CDD		4	3				7
Accertam. handicap scolast.	16	2	3	1			22
FKT	0	14	3	74	37	13	141
Hospice			1		1		2
IDR	1	0	7	24	4	4	40
Invalità civile	16	94	188	529	201	190	1.218
Legge 23 strumenti tecnol.	5	16	25	3	1	2	52
Legge 68	6	16	21	16		3	62
Modifica automezzi disabili		3	3				6
Progetti speciali per disabili in struttura		3		1	1	3	8
Protesi e ortesi	2	30	19	76	91	46	264
Protezione giuridica		6	3	2			11
Richiesta buoni/contributi (SLA-SVP)	13	16	14	22	22	3	90
RSA	7	9	7	9	3	4	39
RSD	0	0	2	1	0	0	3
Servizi e funzionamento ASL	147	382	359	97	3	147	1.135
URP	1	2	3	5	1	0	12
Voucher flessibile	0	2	0	2	13	1	18
Altro	98	135	310	32	120	57	752
Totale	315	1.088	1.041	2.473	1.342	516	6.775

La tabella seguente quantifica le differenti tipologie di interventi effettuati in risposta alle diverse problematiche presentate dai cittadini agli sportelli nelle singole realtà distrettuali. In numerosi casi gli interventi sono stati differenziati, con erogazione di diverse tipologie di intervento nel corso dello stesso contatto.

Contatti dell'utenza con gli sportelli unici distrettuali nel bimestre settembre-ottobre 2009, disaggregati per tipologia di intervento effettuato							
Tipologia di intervento effettuato	sportelli unici distrettuali						Totale ASL
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
Informazioni	225	724	499	1.651	301	364	3.764
Counseling e/o orientamento	2	51	86	22	10	51	222
Fornitura modulistica	11	20	30	143	67	56	327
Supporto per compilazione domanda	4	121	116	325	47	62	675
Rinvio all'ufficio competente	73	351	452	401	1.059	185	2.521
Colloquio di valutazione psicosociale (es.: L.23/99, L.68/99 e handicap)	4	8	19	15		6	52
Altro	2	37	28	2	5	18	92
Totale	321	1.312	1.230	2.559	1.489	742	7.653

3. Progetto potenziamento della rete valutativa delle UVMD distrettuali per il Piano Assistenziale Individualizzato integrato

*Paola Aleotti**

Il consorzio Sol.Co. Mantova è stato individuato dall'ASL quale soggetto idoneo alla costruzione e alla conduzione di un gruppo di professionisti orientati e organizzati per il potenziamento delle capacità delle Unità di Valutazione Multi-Dimensionali (UVMD) distrettuali dell'ASL di Mantova.

Gli obiettivi

L'obiettivo di lavoro del gruppo è incrementare nelle UVMD:

1. la capacità valutativa, in prospettiva multidisciplinare, dei bisogni della persona non autosufficiente e ad alta complessità
2. la definizione di un relativo Progetto Assistenziale Individuale (PAI) con il coinvolgimento delle risorse di rete territoriali fondamentali alla sua implementazione.

Il lavoro del gruppo

Il gruppo è orientato alla collaborazione con le UVMD tramite la fornitura di prestazioni di tipo specialistico (psicologi, psichiatra, neuropsichiatra) a favore di pazienti ad alta complessità assistiti a domicilio o in dimissione da ricoveri ospedalieri e ai loro familiari.

Nello specifico le attività richieste, attivate dalle UVMD, riguardano la valutazione ambulatoriale e/o domiciliare dei casi, la collaborazione con l'UVMD per la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e la realizzazione di interventi di sostegno psicologico a favore del paziente e/o dei suoi familiari.

* Psicologa, Consorzio Sol.Co. Mantova.

L'équipe è costituita da:

- una psicologa con funzioni di coordinamento;
- quattro psicologhe con specializzazioni in neuropsicologia, autismo, terapia della famiglia, psiconcologia;
- psichiatra e neuropsichiatra.

Il gruppo così composto, per competenze ed esperienze diverse, sarà orientato a garantire un approccio ed una visione integrata sui bisogni e le problematiche oggetto di intervento.

Al bisogno il gruppo potrà accedere ad altre consulenze specialistiche non disponibili stabilmente al proprio interno o nelle UVMD.

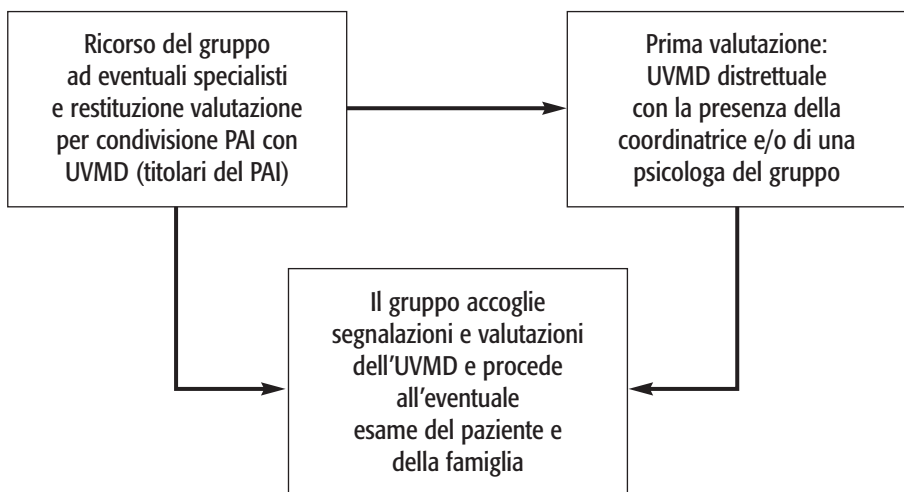
Modalità di funzionamento

Fase 1: periodicamente si riunisce la UVMD del distretto; a questa riunione partecipa su chiamata la psicologa coordinatrice del gruppo PAI interlocutrice per la UVMD distrettuale;

Fase 2: la coordinatrice riporta la segnalazione al gruppo di potenziamento che procederà alla valutazione avviata dalla UVMD;

Fase 3: condivisione con la UVMD dell'ipotesi di Progetto Assistenziale;

Fase 4: realizzazione dell'intervento da parte dell'équipe del PAI.



Modalità di attivazione

Gli interventi del gruppo verranno attivati su richiesta delle UVMD da inviarsi al coordinatore del gruppo stesso e contestualmente al Servizio Fragilità del Dipartimento ASSI.

Sintesi delle attività svolte nella fase di avvio

Durante il primo mese di attività (ottobre 2009) si è proceduto ad incontrare nelle sedi di Distretto le UVMD (tranne l'équipe di Viadana) allo scopo di:

- conoscere gli operatori componenti l'équipe;
- discutere e concordare la metodologia e le strategie di valutazione e presa in carico delle situazioni segnalate;
- raccogliere e discutere le prime segnalazioni.

In particolare sono stati presi in carico e realizzati interventi in favore di cinque utenti, di cui uno in età evolutiva, uno affetto da tetraplegia e tre utenti affetti da patologia neoplastica.

Sono state inoltre discusse in équipe altre tre situazioni, riguardanti rispettivamente un utente affetto da disturbi gravi del comportamento e due utenti con esiti di trauma da incidente stradale.

4. Implementazione rete delle cure palliative dell'Azienda Sanitaria Locale di Mantova

*Renzo Boscaini**

Il progetto è stato elaborato a seguito dell'emanazione delle Regole di sistema di Regione Lombardia a valere per l'anno 2008 – ed è stato presentato a quest'ultima entro la scadenza prevista del 28 febbraio 2008. È stato approvato con Decreto della Direzione Generale Sanità n. 13911 del 28/11/2008. L'iter previsto si è concluso nell'agosto 2009.

Vi hanno partecipato, tra gli altri:

- le Direzioni Sanitaria e Sociale dell'ASL;
- il Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (DIPO);
- gli erogatori sanitari provinciali;
- l'Hospice/Unità Cure Palliative dell'Az. Osped. "Carlo Poma" (UOCP).
- alcune associazioni di volontariato (Sherpa e Istituto Oncologico Mantovano) e Sol.Co.

La ragione del progetto è stata l'assenza nel territorio della provincia di Mantova di una rete di cure palliative omogenea e coordinata, intendendosi in questo caso una struttura articolata che contemplasse l'assistenza al malato oncologico in fase terminale dal momento della dimissione ospedaliera all'assistenza al domicilio, unita alla mancanza di coordinamento fra gli hospice attivi nella provincia (Villa Carpaneda e San Pietro, all'epoca dell'avvio del progetto), nonché l'assenza di protocolli operativi condivisi fra gli erogatori di cure palliative ed il territorio.

Nel corso del 2008 i posti letto disponibili in provincia di Mantova si sono implementati grazie all'attivazione dell'Unità Operativa Cure Palliative dell'Azienda Ospe-

* Responsabile Dipartimento Programmazione Acquisto Controllo ASL di Mantova.

daliera "C. Poma" presso il presidio ospedaliero di Mantova, venendosi così a configurare l'attuale dotazione, di seguito rappresentata.

<i>struttura</i>	<i>posti letto attivi</i>
Residenza S. Pietro – Castiglione delle Stiviere	10
Villa Carpaneda – Rodigo	8
Az.Osped. "Carlo Poma" – Mantova	10

Il numero dei posti letto risulta in linea con il disposto del Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 (Regolamento recante la definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo), il quale prevede almeno un posto letto ogni 56 deceduti per tumore (quindi almeno 23 in provincia di Mantova).

Gli obiettivi di progetto previsti si possono così riassumere:

1. messa in rete delle unità operative ospedaliere per acuti ed hospice/U.O.C.P. eroganti cure palliative;
2. creazione di una rete di collegamento tra gli hospice/U.O.C.P. al fine di garantire omogeneità di comportamento rispetto ai criteri di accoglimento dei pazienti ed alle modalità di erogazione delle cure palliative;
3. sviluppo di una modalità di cure domiciliari secondo il modello delle cure palliative, al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale, garantendo la risposta ottimale ai bisogni della popolazione, sia a quelli dei malati sia a quelli dei familiari;
4. sviluppo di un modello d'integrazione tra medici delle cure primarie (MMG e medici di continuità assistenziale) al fine di garantire la continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore;
5. definizione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio attraverso la creazione di un modello d'integrazione strutturata tra ospedale e territorio.

Di seguito si esplicitano in sintesi i risultati raggiunti, per obiettivo.

Obiettivo 1

I referenti dell'ASL, dell'Azienda Ospedaliera "C. Poma" e degli Hospice, a mezzo incontri periodici mensili, hanno definito congiuntamente criteri di eleggibilità e scheda di valutazione per graduatoria di ammissione in U.O.C.P./hospice.

Con la condivisione da parte delle strutture interessate di un documento, denominato "Progetto rete hospice", siglato il 17/02/2009 ed approvato con Deliberazione n. 286 del 27/04/2009 del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "C. Poma",

si è voluto perseguire l'obiettivo della gestione integrata delle liste di attesa.

Tale documento prevede:

- l'informazione della disponibilità di posti letto liberi e della numerosità dei pazienti in lista di attesa;
- l'identificazione dei casi eleggibili per il percorso sperimentale di ospedalizzazione domiciliare di cure palliative oncologiche;
- la condivisione dei criteri di eleggibilità in hospice;
- la condivisione dei percorsi formativi.

Obiettivi 2 e 4

Il gruppo di lavoro di cui al citato "Progetto rete hospice" ha altresì prodotto il documento definito "Piano di cura generale", che rappresenta protocollo operativo condiviso finalizzato ad omogeneizzare i comportamenti rispetto ai criteri di accoglimento dei pazienti, alle modalità di erogazione delle cure palliative e di dimissione. Nello specifico esso contempla accessibilità alla rete, presa in carico multidimensionale – vi si descrivono strutturazione, competenze ed attività delle équipe di cura –, impostazione ed attuazione del piano terapeutico-assistenziale (accoglienza del malato, rivalutazioni, continuità assistenziale e dimissioni protette).

Si sono valutati e condivisi i contenuti di cartella clinica (secondo le indicazioni contenute nel Manuale della Cartella Clinica – 2° Edizione di Regione Lombardia), schede di valutazione del dolore, dei sintomi e della disabilità, nonché protocolli terapeutici per la gestione delle principali sindromi cliniche del fine vita (sedazione palliativa, rantolo terminale, occlusione intestinale maligna, delirium, dispnea).

Si sono definiti appositi percorsi formativi in medicina palliativa dedicati a MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, medici e personale degli hospice, medici ed infermieri dei pattanti.

Obiettivo 3

Il primo step è consistito nella condivisione con gli erogatori, in ambito DIPO, di criteri omogenei di eleggibilità dei pazienti al domicilio. In previsione della definizione del servizio da erogarsi, il lavoro è stato integrato dall'analisi dei bisogni della popolazione mantovana.

Alla luce delle risultanze ottenute, si è addivenuti, attraverso un confronto con gli attori interessati, alla rappresentazione di un pacchetto assistenziale e del relativo percorso assistenziale. Il percorso ha tenuto conto delle intervenute disposizioni regionali e dei relativi stanziamenti di risorse finalizzate alla cura di pazienti terminali.

La Deliberazione di Regione Lombardia n. VIII/6410 del 27/12/2007 e la succes-

siva n. VIII/7933 del 06/08/2008 danno infatti attuazione al percorso sperimentale di ospedalizzazione domiciliare di cure palliative oncologiche, autorizzando l'Azienda Ospedaliera "C. Poma" di Mantova.

La deliberazione VIII/7915 del 6 agosto 2008 stanziava ulteriori risorse per i pazienti terminali (credit e voucher di terzo profilo).

In sintesi, si sono sperimentati – e sono oggi già attivi – due modelli finalizzati alle cure domiciliari del paziente oncologico terminale: uno rappresentato dall'ospedalizzazione domiciliare erogata dall'Azienda Ospedaliera "C. Poma", l'altro erogato in forma di assistenza domiciliare a mezzo voucher socio sanitario e a mezzo credit, attraverso la stipula di appositi contratti con le agenzie pattanti accreditate del territorio.

Obiettivo 5

Si sono sviluppati e sperimentati i seguenti percorsi ospedale-territorio, come descritto ai punti precedenti:

- accesso e dimissione da UOCP/hospice (domicilio - UOCP/hospice);
- ospedalizzazione domiciliare;
- erogazione cure domiciliari a mezzo voucher.

5. Nuove opportunità per la medicina di famiglia

*Emanuela Vettorelli**

Il ruolo del Medico di Famiglia assume, indipendentemente dai modelli assistenziali attraverso cui si è evoluto il sistema sanitario regionale, una funzione sempre più preminente nell'orientare il paziente verso l'accesso alle cure più appropriate al bisogno espresso e nel definire i percorsi assistenziali.

La centralità di questo ruolo è particolarmente rilevante nella gestione dei pazienti fragili, anziani e cronici, ruolo che per certi aspetti sembrerebbe essere ostacolato dalla frammentazione dei servizi. Tale frammentazione impedisce la necessaria integrazione tra il territorio, l'ospedale ed i servizi sociali, fattori senza i quali diventa impossibile creare una rete assistenziale a favore del paziente in tutte le sue forme di fragilità.

L'obiettivo generale deve essere, dunque, quello di creare i presupposti affinché i servizi si integrino e lavorino in sinergia avendo come principale scopo quello di migliorare l'appropriatezza, intesa come qualità delle cure, prendendosi carico dei bisogni dei pazienti nella loro globalità.

Per raggiungere questo obiettivo, ritengo sia indispensabile dotare il Medico di Famiglia di strumenti, metodi e modelli innovativi sia per migliorare l'approccio assistenziale, sia per tradurre la pratica quotidiana in azioni di governo clinico.

Le relazioni ed i progetti presentati in questo evento formativo, hanno fatto positivamente intendere che l'obiettivo comune a tutti gli enti e gli operatori a vario titolo coinvolti nell'assistenza al paziente fragile è quello di fornire modelli assistenziali innovativi che individuano nel Medico di Famiglia il ruolo di primo riferimento nel percorso assistenziale.

Infatti, con l'introduzione del sistema di finanziamento attraverso i voucher/credit ecc. e con l'accreditamento ad agenzie esterne per l'effettuazione delle cure do-

* Responsabile Servizio assistenza medica di base, Dipartimento Cure Primarie, ASL di Mantova.

miciliari, in un certo senso il Medico di Famiglia aveva perso il ruolo di responsabilità primaria e complessiva del paziente.

Al contrario, nei modelli presentati in questi giorni, il medico riacquista questa funzione: partecipa attivamente alla formulazione del piano assistenziale individualizzato; richiede le eventuali consulenze specialistiche; partecipa a momenti di verifica del piano assistenziale e questa è una grande risorsa per dare supporto alle diverse professionalità coinvolte.

In questo contesto si inseriscono le opportunità che la nuova convenzione offre ai Medici di Medicina Generale, che potranno avvalersi di strumenti contrattuali e professionali volti a valorizzare ulteriormente gli associazionismi complessi, all'interno dei quali un team di persone con competenze multiprofessionali potrà integrarsi e offrire al cittadino un'ampia gamma di servizi, a garanzia di una migliore qualità dell'offerta e una maggiore continuità delle cure.

È proprio all'interno di questi gruppi che va prevista una modalità di collaborazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, a partire dall'assistenza domiciliare integrata in sinergia con i soggetti istituzionali interessati e con i nodi della rete di assistenza.

6. Sistemi informativi socio-sanitari: l'integrazione possibile

*Andrea Bacarani**

Nel corso degli ultimi anni il tema dell'integrazione socio-sanitaria ha avuto un ruolo sempre più rilevante, sia a livello nazionale che nell'ambito della Regione Lombardia.

Già la terza Legge di riforma sanitaria (D.Lgs 229/1999) descrive l'integrazione socio-sanitaria partendo dalle prestazioni, definite come «attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione».

Successivamente il DPCM 14.2.2001 e il DPCM 29.11.2001 caratterizzano meglio l'integrazione socio-sanitaria, descrivendola non tanto e solo come condivisione dei costi, ma anche e soprattutto come strumento di condivisione di informazioni, procedure e strumenti in grado di garantire una risposta coerente ai bisogni dell'anziano, del disabile, del malato terminale, e comunque di ogni altra situazione di non autosufficienza e di non autonomia.

A livello regionale, la Legge n. 3/2008 in tema di "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" punta i riflettori, oltre che sull'importanza di garantire al cittadino la libertà di scelta nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni, anche sul riconoscimento e la valorizzazione del ruolo della famiglia quale nucleo fondamentale per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona. L'adozione dei titoli sociali e socio-sanitari va pertanto nella direzione di sostenere la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di disagio e di riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari o di solidarietà nell'assistenza continuativa, agevolando l'esercizio della libertà di scelta dei cittadini nell'acquisizione di prestazioni.

* Ingegnere informatico, Progetti di Impresa srl, Modena.

La Legge regionale 3/2008 identifica inoltre le ASL quali soggetti che programmano a livello locale le unità d'offerta socio-sanitarie e i comuni, anche attraverso la definizione dei Piani di zona, per la programmazione, la progettazione e la realizzazione della rete locale delle unità d'offerta sociali: ma come fare per attuare l'integrazione tra queste realtà?

Un supporto irrinunciabile può venire dalla *creazione di un sistema informativo* prima ancora che informatico, che passi per l'adozione di una modulistica comune a tutti gli attori coinvolti nei processi socio-sanitari, per la definizione dei "livelli minimi di servizio" e per l'identificazione di strumenti informatici in grado di migliorare le procedure di interscambio dati.

Allo scopo di procedere ad un'adeguata analisi delle procedure in atto, delle attese da parte delle Direzioni e degli operatori coinvolti, delle problematiche riscontrate e delle soluzioni già individuate localmente, la Direzione Sociale dell'ASL di Mantova ha avviato una collaborazione con Progetti di Impresa, azienda con esperienza pluriennale di consulenza e realizzazione di soluzioni software per i Distretti Sociali e Sanitari, per "lo studio e la progettazione di un sistema informativo (comprensivo dell'identificazione di procedure, modulistica, bisogni formativi) propedeutico all'implementazione di un sistema informatico integrato, comprensivo di banche dati e cartelle socio-sanitarie condivise, tra ASL, Piani di Zona e segretariati sociali dei comuni".

A livello di sistema informativo l'analisi dell'integrazione socio-sanitaria può essere estesa a quattro diversi elementi:

1. *Punto Unico di Accesso*: sportello per l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento del cittadino nella scoperta e nell'attivazione dei servizi disponibili sia sul piano sociale che socio-sanitario;
2. *Cartella socio-sanitaria condivisa*: possibilità per gli operatori sanitari ASL di accedere ad informazioni relative a prestazioni sociali erogate dai Comuni e viceversa;
3. *Assistenza Domiciliare Integrata*: sistema ADI-SAD condiviso non solo tra ASL e Comuni, ma anche con i medici di medicina generale e altri attori;
4. *Interscambio certificato dei dati*: possibilità da parte degli utenti, del medico di famiglia e dei singoli uffici di scambiare documentazione certificandosi attraverso Carta Regionale dei Servizi e Carta SISS.

Punto Unico di Accesso

L'obiettivo dell'ASL di Mantova è la realizzazione di un *Punto Unico di Accesso* distribuito sul territorio, cioè di un sistema di sportelli che, anche attraverso l'ausilio di strumenti informatici di acquisizione e di condivisione di dati, sia in grado di garantire uniformità di servizio a tutti i cittadini per ognuna delle tre principali funzioni di sportello: informazione, consulenza e orientamento del cittadino, accompagnamen-

to dell'utente anche attraverso la segnalazione del caso agli uffici competenti. Attualmente per ottenere informazioni e attivare procedure relative a prestazioni socio-sanitarie il cittadino può recarsi presso gli *sportelli unici* attivi in ogni Distretto Sanitario, mentre per conoscere le unità d'offerta sociali si può rivolgere agli sportelli sociali disponibili presso ogni comune. Con l'attivazione del Punto Unico di Accesso distribuito sarà invece possibile ricevere informazioni e attivare servizi sia di carattere sociale che sanitario presso qualsiasi sportello grazie a un sistema informativo integrato che consentirà agli operatori di accedere a informazioni sempre aggiornate e coerenti su tutto il territorio, di predisporre le domande per i servizi, di raccogliere i dati del cittadino per la segnalazione agli uffici competenti.

Attività di informazione

Informare riguardo ai servizi disponibili sul territorio, garantendo la libertà di scelta dei cittadini nell'acquisizione di prestazioni, è una delle attività principali degli sportelli territoriali: spesso tali informazioni possono essere rese disponibili direttamente al cittadino ad esempio attraverso opuscoli cartacei o siti internet, con il rischio però di fornire informazioni incomplete o disomogenee. Per ovviare a tale rischio è allo studio un portale unificato, riferimento informativo unico sia per il sociale che per il sanitario, che sia in grado di filtrare i contenuti informativi sulla base sia territoriale sia dell'esigenza espressa. Il portale potrà essere consultato direttamente dai cittadini e sarà caratterizzato da strumenti di facilitazione alla ricerca dei contenuti in grado di riconoscere in modo semplice ma particolareggiato le esigenze dell'utente, ma prevederà aree riservate agli operatori professionali per l'accesso a informazioni più dettagliate e complete e a documenti riservati, puntando a divenire il riferimento unico per chiunque faccia informazione, come ad esempio i Medici di Medicina Generale.

Si sta inoltre prendendo in considerazione l'opzione multilingua per favorire la componente di utenza che attualmente per ottenere informazioni preferisce rivolgersi a chi, pur senza specifiche mansioni di sportello, le fornisce "in lingua" come ad esempio i Consulori.

In conclusione: *PUA On-line* come strumento informativo unico, coerente e completo, in grado di fornire in maniera semplice e multilingua le informazioni giuste in base al livello di autorizzazione dell'utente (semplici cittadini, operatori professionali chiamati a fornire informazioni, sportelli di vario genere) e alla necessità (attraverso strumenti di filtraggio e parametrizzazione che rendono semplice all'utente trovare le informazioni giuste):

1. schede delle strutture sui territori distrettuali,
2. schede dei servizi sui territori distrettuali,
3. schede descrittive delle procedure di richiesta/attivazione dei servizi filtrate per territorio distrettuale.

Attività di consulenza e orientamento

Si tratta delle attività di analisi e valutazione della richiesta e primo orientamento ad una risposta adeguata e/o integrata con i servizi presenti sul territorio, nonché della consegna di eventuali moduli e del supporto alla compilazione.

Per erogare in maniera univoca queste prestazioni è necessario disporre di *informazioni e documenti riservati*, di *modulistica uniforme* e di *procedure quanto più possibile coerenti* su tutto il territorio: tra queste particolare interesse desta la presentazione della domanda di ricovero in RSA, per la quale l'adeguamento alla normativa regionale allo scopo di tutelare la libertà di scelta del cittadino ha comportato l'adozione di una procedura che obbliga l'utente a presentare domanda in ciascuna struttura separatamente, a volte anche compilando moduli diversi. Attualmente è disponibile sul portale dell'ASL di Mantova uno strumento on-line che consente di conoscere la disponibilità di posti nelle strutture del territorio; la presentazione di varie domande in strutture diverse presenta però una difficoltà nella gestione e nell'aggiornamento delle liste di attesa.

Anche nell'ottica di una maggiore integrazione è allo studio lo sviluppo di un software che, pur continuando a garantire la libertà di scelta del cittadino e non ingerendo nella decisione di presa in carico da parte della struttura, gestisca automaticamente gli aggiornamenti delle liste di attesa sulla base delle preferenze indicate dall'utente con notevole alleggerimento del carico al cittadino.

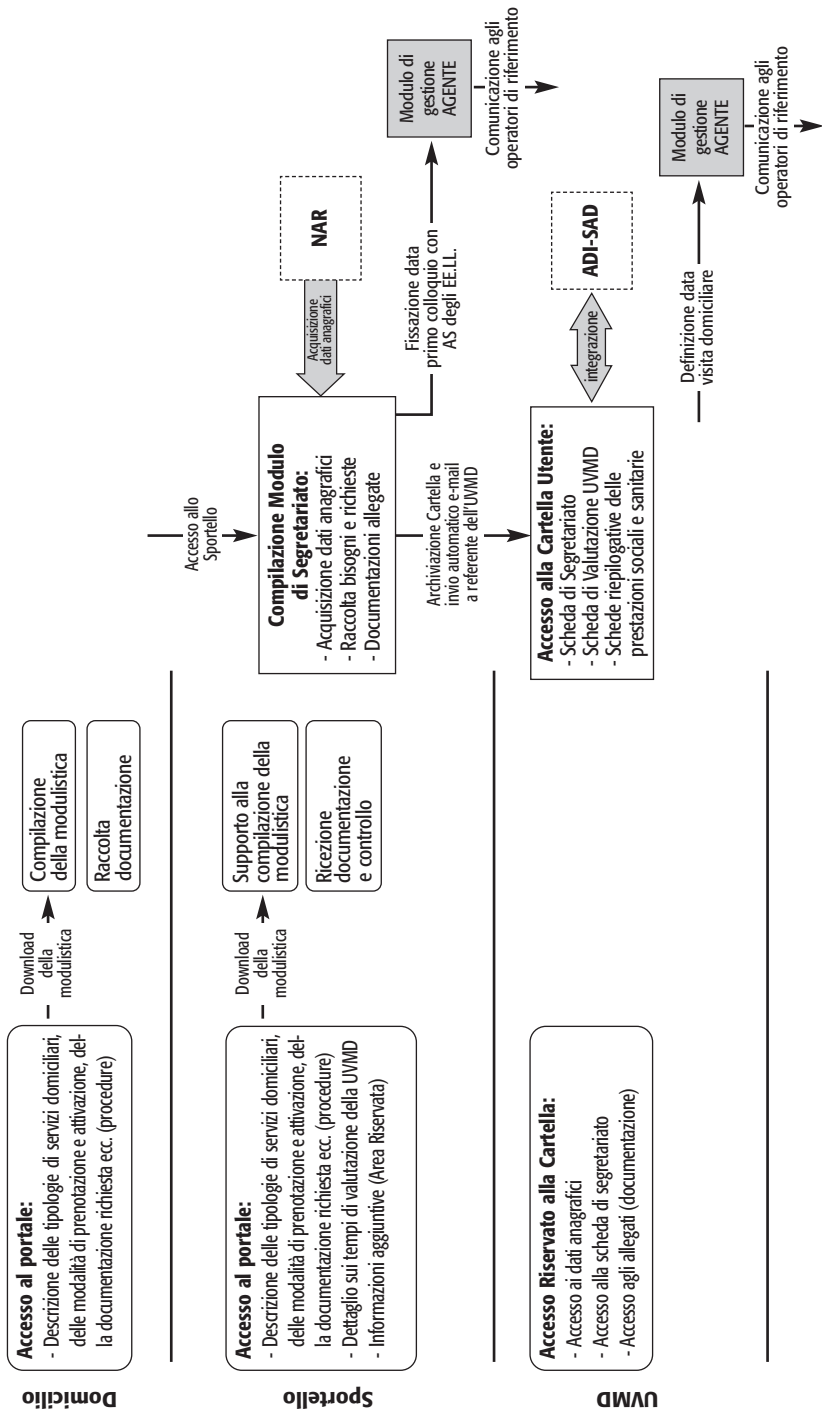
In conclusione: *PUA On-line* come "contenitore" di documenti, anche riservati, destinati alla condivisione secondo il livello di autorizzazione. Disponibilità di strumenti e applicativi in grado di rendere automatizzate e certe le attività di consulenza ed orientamento, come ad esempio la gestione delle liste d'attesa per le RSA.

Attività di accompagnamento e segnalazione

L'attività di accompagnamento guidato ai servizi è propedeutica alla decisione di presa in carico dell'utente e alla corretta attivazione dei servizi e pertanto riveste particolare importanza: in questa fase l'integrazione socio-sanitaria può fornire un notevole valore aggiunto, uniformando la raccolta dei dati dell'assistito e formalizzandone le richieste e i bisogni in maniera univoca.

A livello informatico l'adozione di un software "di segretariato", che consenta agli operatori di sportello di inviare la segnalazione del caso ai referenti dei servizi per l'eventuale presa in carico, consentirebbe di automatizzare e certificare la procedura di segnalazione, mentre l'invio delle domande agli enti gestori dei servizi competenti potrebbe rientrare in un più ampio progetto di interscambio certificato dei dati. In conclusione: *PUA On-line* come strumento per la raccolta dei dati e dei bisogni del richiedente da parte di operatori autorizzati e per la segnalazione univoca e certificata agli uffici competenti.

Esempio di Workflow CURE DOMICILIARI



Cartella socio-sanitaria condivisa

Attualmente sia gli operatori sociali che gli uffici ASL dispongono di strumenti, informatici e non, per la raccolta delle informazioni relative agli interventi erogati ai cittadini. Tali informazioni, qualora condivise in maniera sistematica e ufficiale, possono contribuire alla corretta identificazione delle problematiche e alla diagnosi, evitando inoltre erogazione di prestazioni e contributi "inutili" o ripetuti. A tale scopo è possibile realizzare una cartella socio-sanitaria condivisa che contenga la scheda di segretariato generata dallo sportello in fase di segnalazione, una scheda di UVDM condivisa, schede riepilogative degli interventi e dei contributi erogati da entrambe le tipologie di operatore.

In conclusione: *cartella informatizzata socio-sanitaria* in grado di acquisire i dati anagrafici dall'archivio di Lombardia Informatica (NAR – Nuova Anagrafica Regionale) ed interfacciarsi ad eventuali software in uso negli ambiti territoriali per la gestione di cartelle sociali, per acquisirne automaticamente i dati riepilogativi degli interventi sociali erogati (ad esempio periodo di erogazione, frequenza, costo a carico dell'ente erogatore, ecc...); l'operatore sociale potrà accedere ad un'analogha scheda riepilogativa degli interventi sanitari.

La cartella socio-sanitaria potrà eventualmente essere collegata alla procedura unificata ADI-SAD, come illustrato nell'esempio in figura alla pagina precedente.

La Privacy

Al fine di definire quali informazioni possano essere scambiate tra gli uffici interessati dalle procedure, è necessario predisporre un protocollo di scambio dati tra gli enti coinvolti (ASL, Uffici di Piano, Comuni ecc...) e un modulo di "consenso informato" da fare sottoscrivere al cittadino nel quale si indichi la possibilità che i dati possano essere trattati sia da personale Sanitario che Sociale.

Verrà quindi definita la matrice dei livelli di accesso ai dati, anche sensibili, da parte delle varie tipologie di operatore, basate sia sulle competenze funzionali (autorizzazione alle funzioni – chi può fare cosa) sia sulle eventuali competenze territoriali (autorizzazione agli ambiti – accesso ai dati di quali Comuni).

Assistenza Domiciliare Integrata

Procedura unificata ADI-SAD: non solo scambio di informazioni ma anche pianificazione congiunta delle prestazioni (es. Igiene personale prima di prestazione sanitaria – a Viadana lo si sta facendo in maniera cartacea, si potrebbe pensare ad un'estensione a tutti i Distretti e all'eventuale informatizzazione) e eventuale scheda UVMD. L'applicativo gestisce:

- anagrafica di assistiti, pattanti, medici, enti sociali erogatori,
- archivio degli operatori di ciascun erogatore,
- archivio di servizi, modalità di cura e relative prestazioni,

- gestione richiesta/prescrizione,
- gestione cartelle PAI e rinnovo mensile,
- pianificazione congiunta delle prestazioni socio-sanitarie,
- accessi dei medici,
- accessi dei pattanti/enti sociali erogatori,
- esportazioni, stampe, rendicontazioni.

Interscambio certificato dei dati

Invio dei moduli compilati: per evitare al cittadino giri inutili e ridurre gli accessi agli Sportelli, si può predisporre l'invio dei moduli compilati tramite CRS. In alternativa è possibile sviluppare delle procedure online "firmate" attraverso CRS (es. domande di ricovero in RSA) e corredate dalla documentazione richiesta dalla procedura.

A tale scopo è possibile ideare strumenti per il coinvolgimento anche di attori esterni ad ASL e Comuni (es. MMG), che consentano l'invio informatizzato di richieste e documentazione.

7. Ufficio di Protezione Giuridica

La tutela delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi

*Serena Zoboli**

La crescente attenzione dedicata dalla nostra società alle problematiche sociali ha portato alla formazione di una complessa struttura legislativa a tutela delle persone disabili e degli anziani, non da ultima la Legge 9 gennaio 2004, n. 6 (“Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all’istituzione dell’amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali”).

L’apparato normativo statale e regionale è stato poi integrato da numerosi provvedimenti attuativi (regolamenti) e da prassi amministrative (circolari), in parte ancora da perfezionare nella componente applicativa.

Da qui la necessità di offrire, anche come servizio pubblico, competenza e costante aggiornamento per favorire l’acquisizione dei diritti previsti, sia sotto il profilo assistenziale che economico.

1. Riferimenti normativi

I riferimenti normativi dell’Ufficio di Protezione Giuridica possono essere così cronologicamente sintetizzati:

- Legge Regionale 12 marzo 2008 n. 3 (“Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario”), che all’art. 9, comma 6 dispone che «l’ASL, nell’ambito della propria organizzazione, in accordo con la Conferenza dei Sindaci, individui una struttura finalizzata a promuovere o favorire i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci, nonché dell’amministratore di sostegno».

* Assistente sociale, responsabile Ufficio di Protezione Giuridica, ASL di Mantova.

- Circolare regionale 7 aprile 2008 n. 5 che dispone l'individuazione, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della Legge 3/08, di detta struttura all'interno dell'organizzazione del Dipartimento ASSI, senza apportare alcuna modifica all'attuale dotazione organica.
- Circolare regionale 27 giugno 2008 n. 9 che, al fine di rendere operativa la norma, definisce alcuni indirizzi per la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dell'unità organizzativa denominata: "Ufficio per la protezione giuridica".
- Circolare regionale 30 gennaio 2009, che specifica ulteriori indirizzi per la costituzione, l'organizzazione e i compiti dell'ufficio.
- Circolare regionale 11 maggio 2009 n. 10, che precisa la posizione e la funzione del responsabile dell'Ufficio nell'organizzazione.

L'ASL di Mantova, dopo l'approvazione del POA con la Deliberazione n. 290 del 24.06.2008: "Adozione del Piano di Organizzazione Aziendale dell'ASL della Provincia di Mantova 2008/2010" nella quale è stato individuato, in staff alla Direzione Sociale, l'Ufficio di Protezione Giuridica, ha provveduto, con la deliberazione n. 398 del 28.08.2008: "Costituzione dell'Ufficio di Protezione Giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi" e la successiva deliberazione n. 138 del 27.03.2009: "Costituzione dell'Ufficio di Protezione Giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi – Integrazioni alla Deliberazione n. 398 del 28.08.2008", ad istituire l'Ufficio e a definirne l'assetto organizzativo.

2. Mission

L'Ufficio, affiancandosi a tutte le istituzioni pubbliche e private che già si occupano di questi temi, ha l'obiettivo di promuovere il benessere e l'inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e, ispirandosi ai principi del rispetto della persona e della valorizzazione della famiglia, promuove e favorisce i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci e dell'amministrazione di sostegno.

3. Attività

I versanti di attività dell'ufficio protezione giuridica sono così sintetizzabili:

- Orientamento/consulenza/supporto ai familiari, ai servizi sociali degli Enti Locali, alle strutture residenziali nella presentazione del ricorso, nella gestione del ruolo, nella valorizzazione della rete parentale/amicale (per il tramite degli sportelli unici ASL ubicati presso le sedi principali dei distretti socio sanitari).

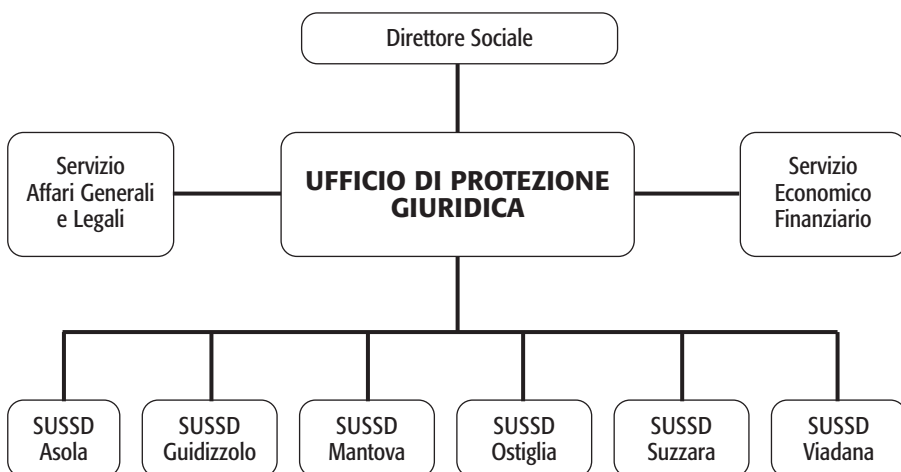
- Attività di reperimento degli Amministratori di Sostegno, tramite azioni di sensibilizzazione, collaborazioni con l'associazionismo locale, predisposizione di elenchi di Amministratori di Sostegno, piani individualizzati, ecc.
- Sostegno/consulenza agli Amministratori di Sostegno nello svolgimento della loro attività, anche con l'organizzazione di gruppi permanenti di confronto e counseling.
- Coordinamento/raccordo con i servizi territoriali e specialistici che hanno in carico i casi per la condivisione dei progetti di intervento.
- Raccordo istituzionale con gli Uffici del Giudice Tutelare competente.

4. Progetto attività

Le azioni effettuate dal settembre al dicembre 2008 sono state orientate alla definizione organizzativa dell'Ufficio, ovvero:

- del gruppo di lavoro (organigramma e funzionigramma);
- individuazione di una metodologia di lavoro condivisa, degli strumenti operativi, delle prestazioni fornite in front-office dagli Sportelli Unici;
- prima ricognizione degli assistiti ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali;
- avvio della collaborazione con Giudici Tutelari e Uffici di Piano.

L'organigramma dell'Ufficio è stato definito prevedendo un Ufficio Centrale e Punti informativi territoriali presso i sei Sportelli Unici Socio Sanitari Distrettuali (SUSSD) presenti sul territorio:



Il vero e proprio progetto di attività è stato definito per l'anno 2009, con azioni prioritariamente orientate a creare le condizioni organizzative, di conoscenza del fenomeno nel territorio provinciale, di costruzione della rete intra- e inter-istituzionale necessaria a realizzare il mandato affidato all'Ufficio.

Le azioni definite nel progetto sono riassumibili come di seguito:

1. Pubblicizzazione e sensibilizzazione
2. Costruzione della rete territoriale
3. Rilevazione della domanda
4. Valutazione

Pubblicizzazione e sensibilizzazione

Obiettivi: diffusione delle informazioni sui compiti e sull'attività dell'UPG, sviluppo dell'informazione sugli strumenti giuridici

Attività: partecipazione al convegno organizzato da Caritas; partecipazione al corso per operatori dei servizi per la protezione giuridica delle persone fragili "L'applicazione e la gestione dell'amministrazione di sostegno" organizzato da IREF nei mesi di maggio e giugno 2009; formazione interna degli operatori degli Sportelli Unici; pubblicazione sul sito aziendale dell'istituzione dell'UPG con relativo logo; attività informativa rivolta alle strutture e al Terzo Settore area fragilità.

Tempi: febbraio/agosto 2009

Costruzione della rete territoriale

Obiettivi: sviluppo del raccordo con il territorio.

Attività: mappatura dei soggetti pubblici e privati che si occupano di protezione giuridica, presentazione del progetto di attività al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, avvio collaborazione con Uffici di Piano, Giudici Tutelari, Difensori Civici, Ufficio di Pubblica Tutela, Azienda Ospedaliera tramite URP, incontri preliminari con alcune Associazioni, partecipazione al Tavolo di consultazione del Terzo Settore, organizzazione di un corso di formazione destinato a volontari che stanno già ricoprendo il ruolo di Amministratore di Sostegno oppure desiderano in futuro rendersi disponibili a farlo con successiva creazione dell'Elenco degli amministratori di sostegno.

Tempi: tutto il 2009.

L'utilità di un elenco provinciale è molto sentita dai Giudici Tutelari e vuole rispondere ai seguenti obiettivi:

- rendere visibili gli Amministratori di Sostegno (d'ora in poi denominati AdS) volontari che hanno già l'incarico (la visibilità crea emulazione),
- rendere visibili le associazioni che si rendono disponibili,
- consentire un uso riservato delle candidature.

L'Elenco avrà tre sezioni:

1. AdS già nominati (risultato atteso: provocare interesse e suscitare nuove disponibilità);
2. Enti, Associazioni, Fondazioni (risultato atteso: diffondere prassi operative efficaci e provocare emulazione);
3. Volontari formati e non ancora nominati (risultato atteso: accettazione consapevole e condivisa del ruolo e del progetto di vita del beneficiario).

L'Elenco permetterà di avere costantemente possibilità di raccordo con chi svolge già l'incarico di Amministratore di Sostegno e con chi si è reso disponibile e, nel frattempo, ha voglia di confrontarsi o di documentarsi sul ruolo.

Rilevazione della domanda

Obiettivi: acquisizione delle informazioni quali-quantitative sulla domanda del territorio provinciale di protezione giuridica/individuazione degli elementi di criticità per la definizione delle priorità di intervento.

Attività: lettura delle informazioni pervenute dalla prima rilevazione per stima numero di persone già in protezione e della domanda inespressa, coinvolgimento di altre unità operative ASL e degli Enti Locali per individuazione di ulteriori fonti informative.

Tempi: ottobre 2008/maggio 2009.

La rilevazione di persone inserite in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali con problematiche di protezione giuridica, con richiesta inviata a 52 unità d'offerta (44 RSA, 3 RSD e 5 CSS) nel settembre 2008 e conclusasi a fine ottobre, ha rilevato la presenza di 82 persone che beneficiano della nomina di un amministratore di sostegno, 6 di curatore, 113 di tutore e 62 con previsione di tutela giuridica a breve termine.

Naturalmente il dato verrà mantenuto aggiornato semestralmente.

I prossimi obiettivi relativamente a questa azione saranno:

- estensione della rilevazione alle strutture sanitarie per la salute mentale;
- presentazione del progetto all'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale dell'ASL;
- creazione di un gruppo di lavoro ristretto con le associazioni d'area per lo studio del fenomeno.

Valutazione

Obiettivi: consuntivazione delle azioni realizzate nel primo anno di attività.

Attività: monitoraggio in itinere, definizione di indicatori di efficacia di alcune azioni, stesura del report di sintesi con individuazione delle criticità riscontrate.

Tempi: aprile/dicembre 2009

Partendo dal presupposto che l'autovalutazione non è mai affare semplice, e comunque non esaustivo, il gruppo di lavoro centrale si pone l'obiettivo – nei momenti di confronto – di valutare l'efficacia delle azioni implementate.

Ciò va nella direzione di una valutazione in itinere sempre presente ed utile a rimodulare eventualmente le azioni intraprese, nonché a predisporre nuovi piani di attività in linea con le indicazioni regionali e con i bisogni emergenti del territorio.

5. Prossimo futuro

Una nuova idea: il "sostegno al sostegno". Dagli incontri effettuati con le Associazioni del Terzo Settore, è emerso un senso di solitudine vissuto dagli AdS rispetto ai dubbi, alle difficoltà, agli ostacoli, ai problemi legati al loro incarico. Ciò potrebbe rappresentare un deterrente alla disponibilità di nuovi volontari a ricoprire il ruolo.

Per questo motivo compito centrale dell'UPG sarà quello di essere un punto di riferimento per gli AdS, sia per fornire loro informazioni pratiche, consigli, consulenza giuridica, sia per creare le condizioni e uno spazio di confronto sul significato del loro impegno.

Ciò prevede l'organizzazione, dopo la costituzione dell'elenco provinciale degli Amministratori di Sostegno, di gruppi di confronto, guidati da un conduttore esperto, che si terranno, a cadenza da definire, negli spazi ASL.

8. L'esperienza del Distretto di Mantova

8.1 Il servizio di continuità assistenziale alla persona fragile di Silvana Negrini *

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) del Distretto di Mantova, è composta da:

Direttore Distretto	dr.ssa Antonella Carnevali
Responsabile Assi Distrettuale	dr.ssa Silvana Negrini
Referente ADI Distretto	dr.ssa Teresa Catalano
Coordinatore ADI FKT	FKT Giovanna Mengazzoli
Coordinatore ADI I.P.	I.P. Ivana Danieli
Referente Sportello Unico Infermieristico	Ass.Soc. Maria Ragone
Referente dimissioni protette dall'Ospedale	I.P. Valter Zacchi
Referente Ambito Territoriale Distretto Mn	dr.ssa Barbara Dal Dosso

L'UVMD è il servizio, di recente istituzione, che ha l'incarico di "mettere in rete" tutti i servizi, pubblici e non, esistenti sul territorio distrettuale a sostegno delle persone in difficoltà e che presentano fragilità sociale. Dal confronto costante tra gli operatori che rappresentano i servizi di provenienza, possono essere trovate risposte ai bisogni del cittadino per quei casi che i singoli servizi, da soli, non riescono a portare verso soluzioni adeguate. Riportiamo qui una breve illustrazione dei servizi alla persona con fragilità sociali attivi nel territorio del distretto socio-sanitario di Mantova:

Assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa: dopo un'esperienza pluriennale di assistenza diretta totale, organizzata dall'ASL, su richiesta Regionale, con l'istituzione dei Voucher sociosanitari e l'apertura ai Pattanti sono rimaste competenze riguardo l'erogazione diretta a pazienti ad alta complessità.

* Responsabile assi distrettuale, distretto socio sanitario di Mantova.

Sportello Unico informativo: accoglie, informa ed accompagna il cittadino in difficoltà, attraverso le procedure, la modulistica ecc... verso le diverse risposte dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali di cui ha bisogno. È in costante contatto con gli enti locali e le strutture di assistenza sociosanitaria e non, al fine di orientare, con informazioni il più possibile aggiornate, corrette, semplici ed esaurienti, coloro che da soli non troverebbero soddisfazione ai loro bisogni

Servizio Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio per le dimissioni protette di persone fragili, soli assoluti è dal 2006 che esiste questo servizio presso l'Ospedale "C. Poma" di Mantova, al quale è stato assegnato un Infermiere Professionale cui è stata affiancata, part-time, un'assistente sociale dell'ASL al fine di garantire il raccordo Ospedale-Territorio. Col tempo si sono sviluppate strette collaborazioni tra gli operatori di questo servizio e gli operatori dei comuni, delle Rsa, dello sportello ASL, del volontariato territoriale e con gli altri ospedali esistenti in provincia.

Il *Distretto Socio Sanitario*: ha sempre garantito, in collaborazione col Dipartimento Cure Primarie dell'ASL, *uno stretto rapporto con i MMG ed i PLS*, figure essenziali a garanzia della continuità assistenziale rivolta alle persone più fragili.

L'*Ospedale "C. Poma"* nel 2008 ha istituito il servizio *Hospice* per l'accoglienza dei malati terminali, nonché garantire, agli stessi, il *servizio di Ospedalizzazione Domiciliare (OD)*.

I singoli Comuni del territorio del Distretto, dagli anni 80, garantiscono il *Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)*, servizio pasti a domicilio e recentemente sono coinvolti nella distribuzione di contributi economici regionali a sostegno delle famiglie più bisognose. Hanno aperto sportelli di accoglienza ed orientamento per il pubblico, anche con sedute dedicate agli stranieri.

Il Comune di Mantova inoltre, attraverso una sperimentazione ed uno specifico progetto dell'Aspef, ci dà l'opportunità di assistere anche i *pazienti Alzheimer* residenti sul suo territorio, in fase iniziale, al loro domicilio.

I diversi servizi sopradescritti sono in costante rapporto tra di loro, poiché sono operativi da molto tempo. In questo senso va la recente attivazione dell'UVMD, quale unità operativa multidisciplinare e multi-istituzionale che accoglie le richieste dei singoli operatori dei singoli servizi succitati per affrontare quei casi che non trovano soluzione negli stessi.

È difficile scegliere un servizio in particolare, per rappresentare un'eccellenza da portare a confronto con gli altri distretti, perché si è consapevoli di quanto impegno viene profuso dai numerosi operatori, e da diversi anni, nell'assistenza alla persona fragile. Non si sa se è perché ormai sono vissuti come servizi "dovuti",

“scontati”, ma si fatica a scegliere un’eccellenza perché sono tutti da portare ad esempio (seppure si sia consapevoli che tutto è perfettibile e migliorabile).

Il rapporto tra l’ASL e l’ospedale per i Comuni del Distretto è ormai consolidato e si riesce a trovare soluzioni anche senza ricorrere a protocolli di interrelazione; infatti, a volte, è ormai sufficiente una semplice telefonata tra operatori per trovare soluzione ai problemi. Forse, sarebbe il caso di approfondire con un confronto più ampio, la relazione con il servizio di psichiatria dell’ospedale e del territorio, perché spesso i problemi più consistenti sono quelli dovuti a garantire assistenza ai pazienti psichiatrici, specie se soli ed anziani.

L’esperienza di eccellenza che vogliamo portare, come Distretto di Mantova, è quella di una formazione permanente, volta a favorire il *“mantenimento della chiarezza, lucidità emotiva e mentale”* degli operatori addetti ai servizi alla persona. In modo particolare i fisiokinesiterapisti e gli Infermieri ADI. L’intervento del fisioterapista a domicilio è legato alla patologia del paziente e alla sua situazione familiare e sociale. Solitamente il trattamento domiciliare è caratterizzato da una durata e da un’intensità ben definiti, anche se ripetibili nel tempo in caso di bisogno.

Quando si lavora a domicilio si devono affrontare problematiche inerenti la patologia del paziente, le barriere architettoniche dell’abitazione, l’eventuale reinserimento del paziente a domicilio dopo l’ospedalizzazione e, per ultimo, ma non come importanza, le dinamiche familiari che si vengono a creare nella nuova situazione.

Il fisioterapista risponde spesso ad una richiesta di aiuto, in cui il paziente comunica non solo il suo problema organico, ma anche le ansie, le paure e le emozioni connesse alla situazione di malattia. La capacità di stabilire una comunicazione autentica con il paziente diventa quindi un vero e proprio strumento di lavoro che favorisce l’alleanza terapeutica e influisce sull’efficacia del percorso riabilitativo.

Tale consapevolezza ha spinto i fisioterapisti a lavorare in gruppo e a chiedere ed ottenere il supporto di uno psicologo.

La direzione distrettuale ha permesso questa esperienza, che si concretizza con incontri, a cadenza mensile, coordinati dallo psicologo dr. Marco Lodi. A tali incontri è presente l’assistente sociale dello Sportello Unico che collabora quotidianamente nella valutazione dei casi di soggetti fragili, la quale redige il verbale della seduta.

La discussione in gruppo di casi concreti affrontati nel quotidiano ha consentito ad ogni singolo operatore di capire e gestire meglio le proprie emozioni, utilizzandole come strumento di comprensione dell’assistito; con questa nuova *capacità di ascolto* dei bisogni del paziente e del suo contesto familiare il fisioterapista si sente meno solo (avendo il supporto del gruppo).

La nuova sensibilità e capacità di lettura dei bisogni, unita alla consapevolezza che lo star bene dell’operatore si traduce positivamente nel rapporto con il paziente ci induce a chiedere di proseguire questa esperienza.

Dal 2003 si è attuato un processo di esternalizzazione dell’assistenza domiciliare a

bassa e media intensità, attraverso l'assegnazione a soggetti erogatori accreditati (patanti), dell'assistenza infermieristica estemporanea e Voucher socio-sanitari.

Le dimissioni precoci dei pazienti anziani fragili dai reparti ospedalieri per acuti e di pazienti cronici ad alta intensità assistenziale hanno, in qualche modo, "selezionato" la popolazione assistita al domicilio.

Oggi l'infermiere professionale si occupa di casi ad alta complessità, come ad esempio stati vegetativi, pazienti oncologici terminali, pazienti in assistenza respiratoria domiciliare, pazienti in nutrizione artificiale. L'assistenza di queste persone richiede competenze tecniche, disponibilità e capacità di relazionarsi con le famiglie e con i pazienti, facendosi carico delle necessità e dei vissuti di sofferenza e, a volte, anche di morte, che richiedono strumenti per una relazione di aiuto efficace per garantire un sostegno e superare il senso di solitudine che il lavoro al domicilio può comportare.

Da qui è sorta, da circa due anni, la necessità di fruire di una supervisione da parte di uno psicologo per la gestione, in gruppo, dei casi più critici e più coinvolgenti sul piano emotivo. Con la psicologa dr.ssa Rosa Pancera, gli infermieri professionali ADI hanno intrapreso un percorso formativo di incontri mensili.

Il poter individuare, nel momento della cura, cosa ci mette più in ansia rispetto ai nostri vissuti personali, ci ha consentito di essere più sereni. Durante le sedute di lavoro, confrontarsi sulle proprie azioni all'interno di un gruppo ci fa sentire, come singoli, più capaci di affrontare le difficoltà nel dare cura a chi è in stato di bisogno.

Elaborare insieme, poter parlare tra noi è di grande conforto e salvaguardia del nostro benessere. Questa scelta formativa sembra l'evoluzione naturale di operatori altamente professionali, che *prendono consapevolezza* che la tecnica scientifica specifica della propria professionalità non è sufficiente a dare risposte adeguate a bisogni sempre più complessi che i cittadini ci portano.

La consapevolezza che il condividere in gruppo le proprie ansie professionali consente di acquisire maggior sicurezza nel vivere e gestire relazioni interpersonali corrette con le persone fragili è di grande importanza e merita di essere partecipata anche ai colleghi degli altri distretti. Non fermarsi al mero compito istituzionale assegnatoci, ma sforzarci di capire comprendere il bisogno dell'altro mantenendo, laddove è possibile, la propria integrità personale e professionale, merita veramente un riconoscimento e va condiviso con molti altri, se davvero siamo chiamati anche a favorire cambiamenti culturali nell'approccio alle persone.

Tale riconoscimento va esteso anzitutto all'intero gruppo UVMD del Distretto di Mantova, assieme al ringraziamento dovuto al Dr. Marco Lodi e alla Dr.ssa Rosa Pancera, per il loro eccellente lavoro di sostegno ai gruppi operativi distrettuali

Va ricordato, inoltre, che al momento della preparazione di questo testo è venuto a mancare improvvisamente il collega Valter Zacchi, infermiere professionale dell'Ospedale "C. Poma", referente del servizio "Dimissioni Protette Ospedale-Territorio". Tutta l'UVMD gli rivolge un caro saluto. Ci mancherà.

8.2 La supervisione della presa in carico del paziente nella rete di intervento domiciliare *di Rosa Pancera**

L'esperienza che viene descritta si svolge all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Mantova.

Si tratta di un gruppo composto da infermieri professionali del Distretto e, nello specifico, del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), dal loro coordinatore, da un medico e da un'assistente sociale dello Sportello Unico distrettuale, oltre che dalla sottoscritta, con il ruolo di facilitatore/conduttore/supervisore.

L'esperienza è al termine del suo secondo anno di attività.

Nella fase iniziale, sono stati dedicati alcuni incontri di approfondimento dei concetti teorici che attengono al modello di riferimento adottato dalla sottoscritta nella conduzione del gruppo, ovvero il modello sistemico-relazionale integrato da altri contributi. Sono stati affrontati, sia pure per sommi capi, i seguenti concetti teorici:

- le proprietà dei sistemi (L. V. Bertalanffy),
- gli assiomi della comunicazione umana (P. Watzlawick ed altri),
- la teoria della complessità (G. Bocchi, M. Ceruti),
- la tecnica dell'"ascolto attivo" (T. Gordon).

I primi incontri con il gruppo sono stati particolarmente densi e significativi, non solo perché era necessario condividere delle premesse teoriche, ma anche perché, a mio parere, era altrettanto utile costruire insieme il senso di questo lavoro attraverso la conoscenza reciproca.

In altre parole, nel corso dei primi incontri, è stato dedicato tempo per le presentazioni, le aspettative e l'idea di gruppo che ognuno si era fatta.

Sono state costruite quelle condizioni di benessere e produttività, ovvero:

- clima di fiducia,
- senso di sicurezza,
- possibilità di espressione,
- rispetto delle regole esplicitate,
- ed anche luogo e tempo definiti, compito, ruoli chiari e condivisi.

Sistemati gli aspetti organizzativi, piuttosto che le premesse iniziali, il modello teorico oltre che i ruoli di ognuno, abbiamo potuto dedicarci al lavoro clinico vero e proprio, ovvero l'analisi dei casi in carico che ogni operatore riteneva di voler affrontare all'interno del gruppo di supervisione.

Il lavoro sul caso viene presentato dall'operatore referente. Chi illustra la situazione, di solito parte dalle informazioni più tecniche:

* Psicologa, Ser.T. di Mantova.

- dati anagrafici del paziente e della sua famiglia
- diagnosi
- prestazioni erogate dall'infermiere (qualità e quantità)
- le richieste prevalenti del *caregiver*.

Successivamente il caso viene completato, sia da ulteriori dati oggettivi, che dalle percezioni dell'operatore. Più informazioni, connessioni, rappresentazioni abbiamo di una situazione, più ricco di significati sarà il nostro quadro familiare, coerentemente con la teoria della complessità secondo la quale «è il più complesso che spiega il più semplice e non viceversa...».

L'operatore che presenta il caso viene invitato a descrivere:

- come si presenta la struttura del sistema familiare: composizione, età dei componenti, nazionalità, occupazioni, classe socio economica, livello intellettuale, stile di vita e di comunicazione, modalità adottate nei confronti del familiare da assistere;
- clima relazionale della famiglia;
- percezioni dell'operatore dentro questa famiglia: significato del proprio ruolo e del proprio compito (soddisfazione/insoddisfazione, senso di utilità/senso di impotenza e frustrazione).

L'operatore referente, dopo una completa presentazione del caso, interrotta solo da qualche richiesta di precisazione, lascia spazio all'attivazione del lavoro di gruppo.

In altri termini, ogni componente del gruppo è invitato e stimolato a formulare delle ipotesi, dei commenti, delle interpretazioni, relativamente alla situazione presentata, liberamente. Il gruppo si adopera in un'attività di *brainstorming* e funziona come una mente collettiva, che ragiona, connette, costruisce letture interpretative utili a illuminare zone e aspetti fino ad allora rimasti in ombra.

Il gruppo diventa il consulente al servizio dell'operatore che ha presentato il caso. Il supervisore nel corso del lavoro pone domande, stimola la conversazione e regola il traffico delle idee all'interno del processo di ipotizzazione e, nella parte conclusiva di ogni incontro, raccoglie e valorizza i contributi di ognuno attraverso una lettura interpretativa del caso in oggetto.

8.3 Un'esperienza di formazione in gruppo per fisioterapisti

*Marco Lodi**

La formazione è stata attuata in gruppo. Questo, formato da operatori, ha discusso di casi concreti in cui il paziente o la sua famiglia avevano reso difficile all'operatore domiciliare l'esecuzione dei propri compiti professionali.

* Psicologo, consultorio familiare di Mantova.

Durante la discussione è stata favorita l'*identificazione*, cioè la capacità dell'operatore di porre a disposizione del proprio compito i processi mentali che lo mettono in relazione con il paziente. Oggi sappiamo che tali processi avvengono in modo automatico (empatia) e che esistono aree del cervello preposte a questo compito (neuroni a specchio).

Il gruppo di lavoro riunito a discutere il caso, con l'aiuto di un conduttore esterno, nel corso di più incontri, *consente al singolo operatore di sentirsi meno solo nel rapporto con l'utente* (paziente o familiare), rendendo possibile la realizzazione di distanze emotive ottimali, cioè né di distacco radicale né di coinvolgimento eccessivo. In gruppo questo processo è reso possibile dalla *concreta esperienza di identificazione di ciascun membro con una parte del racconto di chi presenta il caso*. Insieme i fisioterapisti hanno potuto perciò raggiungere ogni volta un elevato livello di integrazione, frutto di questa esperienza di coinvolgimento che, se attuata in solitudine, può interferire col lavoro concreto. Si riproduce infatti, in ogni discussione di caso concreto, il *normale processo di scissione* (divisione in parti del contenuto mentale) e *reintegrazione* (collegamento fra le parti) propria di ogni mente umana nella situazione stressante.

Tutti noi esseri umani, infatti, veniamo da *un tempo neonatale* in cui l'integrazione fra le parti della mente infantile sono state attuate dalla mente di nostra madre e gradualmente questa funzione è stata da noi appresa (interiorizzata). Spontaneamente infatti cercavamo di controllare il dolore disconoscendo come non nostra la parte di noi che lo provava. Poi, gradualmente, abbiamo imparato da lei, ad es. a non essere disperati quando avevamo fame, questo perché la sua sicurezza ci ha protetto dalla nostra angoscia primaria di neonati che non hanno ancora fiducia che il cibo ci verrà fornito.

Il bambino, nel corso del proprio sviluppo, non perderà mai la capacità di scindere in parti la propria esperienza tornando a funzionare come all'inizio della vita extrauterina. Questo si manterrà anche nell'età adulta e diventerà gradualmente una risorsa. Infatti tale possibilità mette in condizione ogni essere umano di affrontare l'eventuale dolore psichico prodotto da un incontro umano, anche se il dolore viene sentito come eccessivo. Quando questa capacità non è stata sufficientemente interiorizzata l'incontro verrà evitato. La moderna patologia psichica, detta *borderline*, è appunto caratterizzata dalla incapacità di mantenere relazioni umane stabili, perché sentite come fonte di dolore eccessivo.

Nel gruppo di formazione questo lavoro di "vai e vieni" (dall'integrazione alla disintegrazione e ritorno) di ogni partecipante viene messo al servizio delle capacità di capire i vissuti di paziente e familiari, limitandone l'effetto paralizzante, che si osserva in ogni operatore sano, perché viene aiutato dagli altri.

Immaginiamo un *tenerci per mano* mentre esploriamo i terreni emozionali sconosciuti postici dal paziente e dai suoi familiari. Il conduttore eserciterà la funzione genitoriale del *contenimento* volto a favorire il fisiologico e funzionale raccordo fra le parti.

In questo contesto formativo la presentazione di questo metodo di apprendimento è avvenuta in modo pratico. Sono stati infatti usati due strumenti formativi volti a favorire l'esplicitazione di tali processi. Il *gioco di ruolo (role-playing)* e la *discussione del caso in gruppo*, mostrano ai partecipanti cosa accade durante i processi formativi alla relazione identificatoria. Questo consente di fare l'esperienza di un pensiero di gruppo che favorisca la ricerca di soluzioni di cura (nel senso sia di terapia che di accudimento) che focalizzino gli interventi, rendendo praticabili nella massima misura i compiti propri delle singole professionalità presenti.

Gli strumenti proposti sono di ordine didattico (il primo, ad esempio, viene usato per l'insegnamento delle lingue o della storia umana o nell'informazione sessuale rivolta ad adolescenti nei Consultori Familiari) e non hanno valenza strettamente clinico-psicologica. Essi cioè non sono terapeutici ma formativi. Possono essere perciò utilizzati (previo apprendimento) da chiunque abbia interesse formativo nelle professioni sanitarie.

Il primo (*role-playing*) consiste nella drammatizzazione di alcuni personaggi immaginati dal conduttore in una scena definita, per un tempo definito, cui seguirà una discussione nel grande gruppo, favorita dalla partecipazione emotiva dei partecipanti dal momento che la situazione simulata è di ordine professionale.

Il secondo (*gruppo di discussione*) partirà da una traccia clinica, sempre professionale, che verrà discussa nel piccolo gruppo. Poi i gruppi si ritroveranno e relazioneranno all'assemblea degli operatori sui contenuti della discussione.

Osservazioni post seminario

La partecipazione al seminario è stata molto attiva e gradita (apparentemente) da parte degli operatori. Nel grande gruppo è stato possibile osservare anche un conflitto fra compiti e prassi istituzionali abituali, contrapposte alla ricerca di soluzione ad hoc. Esso è stato evidenziato grazie alla presenza fra i partecipanti di figure di responsabilità direzionale. È stato così possibile accogliere e mostrare modalità di elaborazione in gruppo che mostrino le possibilità di conciliazione, quando possibili, fra obiettivi discendenti ed ascendenti propri della pratica di cura in un sistema organizzato, gerarchizzato e vincolato a obiettivi aziendali.

Naturalmente la sistematizzazione di prassi collaborative in tali difficili situazioni sarebbe possibile con una formazione permanente anche se ad appuntamenti rarefatti. In quest'occasione è stato possibile soltanto mostrare il metodo per la ricomposizione dei conflitti senza arretramenti nell'utilizzo delle professionalità e delle esperienze presenti.

9. L'esperienza del Distretto di Viadana

9.1 Il protocollo integrato ospedale-territorio: dimissioni protette e continuità delle cure a sostegno della domiciliarità *di Irene Gasparini**

Il protocollo "Dimissioni protette e continuità delle cure a sostegno della domiciliarità", condiviso tra l'Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona – Presidio Ospedaliero Oglio Po, Distretto Socio-Sanitario di Viadana e medici di medicina generale, nasce dall'esigenza di realizzare, in un'ottica di rete integrata ospedale-territorio, un percorso finalizzato alla presa in carico di tutti quei pazienti "fragili" che, dimessi dall'ospedale, necessitano di una continuità assistenziale al proprio domicilio sia in ambito sanitario che sociale piuttosto che socio-sanitario.

La peculiarità del contesto in cui veniva ad inserirsi questa progettualità faceva emergere, sin da subito, delle criticità legate a diversi fattori:

- Il Distretto socio-sanitario di Viadana, è situato nel territorio più a sud-ovest della provincia di Mantova a brevissima distanza dalla regione Emilia e dalla provincia di Cremona con le quali confina.
- L'Azienda Ospedaliera di Mantova, struttura di riferimento per l'ASL di Mantova, dista quaranta chilometri da Viadana.
- Le aziende ospedaliere di riferimento per la popolazione viadanese sono pertanto strutture che appartengono non solo ad altra provincia, ma anche ad altra regione.
- Il Presidio Ospedaliero "Oglio Po" di Casalmaggiore (CR) è storicamente la struttura erogatrice di riferimento. Tuttavia, essendo fuori provincia e non rientrando tra le strutture a contratto con l'ASL di Mantova, non è vincolata da specifiche direttive con quest'ultima. Inoltre l'Azienda Ospedaliera di Cremona

* Direttore Distretto Socio Sanitario di Viadana.

aveva già in essere protocolli integrati con il proprio Distretto socio-sanitario di Casalmaggiore, realtà del tutto diversa da un punto di vista organizzativo/gestionale, il che comportava un ulteriore impegno rispetto alla definizione di nuove procedure e percorsi e, non ultimo, lo sforzo di uniformare le varie modalità di lavoro a partire dalla modulistica.

Tutto questo poteva, senza dubbio, costituire un elemento deterrente ai fini dell'implementazione del protocollo integrato; per contro la stesura di un documento d'intesa, condiviso anche con i medici di medicina generale, poteva diventare un punto di forza rappresentando un'opportunità per la Struttura di maggior riferimento per l'ambito viadanesese, quale appunto il Presidio Ospedaliero Oglio PO. Da sempre, infatti, le strutture ospedaliere extraregionali limitrofe all'area viadanesese costituiscono una forte "attrazione" per i pazienti del territorio, determinando una rilevante incidenza della cosiddetta mobilità passiva.

Il Distretto pertanto si è posto come elemento fondamentale di raccordo tra i vari attori dell'assistenza territoriale, promuovendo le necessarie sinergie (anche in termini di risorse umane come per esempio la disponibilità dell'assistente sociale dello Sportello Unico/ADI distrettuale a recarsi settimanalmente presso i vari reparti ospedalieri per la valutazione di quei casi per i quali, a causa della loro complessità, era necessario stendere il Piano Assistenziale Individuale) per sviluppare e consolidare una rete integrata dei servizi come risposta imprescindibile ai bisogni socio-assistenziali della popolazione.

Tale sforzo si è concretizzato in una serie di incontri che hanno coinvolto via via tutte le figure il cui ruolo era strategico per il raggiungimento dell'obiettivo.

Ai vari tavoli di lavoro hanno presenziato le direzioni del distretto e dell'ospedale con la presenza dei rappresentanti dei medici di medicina generale appartenenti al comitato d'area distrettuale, cui successivamente si sono aggiunti i medici, le caposala di tutti i reparti ospedalieri, l'équipe ADI e l'assistente sociale del distretto.

La condivisione del protocollo, sfociata nella sottoscrizione del Documento d'intesa nel Dicembre 2007, ha sancito l'inizio di un percorso integrato che, attraverso il costante confronto ed un puntuale monitoraggio, consente a tutt'oggi di individuare e superare non solo le criticità operative che giorno per giorno si presentano ma anche le rigidità, i vincoli dovuti alla diversità di cultura, di ruolo, di professionalità, di esperienza e soprattutto di motivazione nell'affrontare un cammino quotidiano che deve tener conto dell'"altro" non tanto come possibile ostacolo bensì come irrinunciabile risorsa.

In quest'ottica, la formalizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM), équipe multidisciplinare formata dall'assistente sociale dello Sportello Unico/ADI, medico e coordinatore infermieristico del servizio ADI distrettuale, specialista ospedaliero, operatore sociale del Consorzio Pubblico Servizio alla

Persona dei Comuni afferenti al Distretto, medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, ha consentito un ulteriore passo avanti a favore di una concreta e fattiva integrazione sanitaria e socio-assistenziale per un'adeguata e puntuale presa in carico del paziente rispetto alla globalità delle sue fragilità, anche le più complesse.

9.2 Il Consorzio Pubblico Servizio alla Persona e il Piano di Zona

*Daniela Ottoni**

La normativa regionale individua nella gestione associata la *forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza nelle unità di offerta sociali* di competenza dei comuni (L.R. 3/2008, art. 11, comma 2). La forma associata ha la finalità di distinguere interventi di tipo programmatorio e interventi di tipo gestionale e porre l'attenzione ad una reale produzione di economie di scala e allo sviluppo di specializzazione ed evoluzione delle professionalità del personale.

Il Consorzio nasce dalla volontà dei sindaci di ragionare in termini di politiche sociali integrate, garantendo la possibilità di disporre di risorse finanziarie e professionali per rispondere a crescenti richieste di intervento; il maggior potere negoziale esercitato dal consorzio nei confronti degli erogatori di servizi consente un maggior livello di omogeneità e uniformità degli interventi sul territorio e, attraverso l'adozione di regolamenti unici e medesimi sistemi di remunerazione, vengono salvaguardati i principi fondamentali come l'equità e la parità di trattamento dei cittadini.

Contesto normativo

La Regione Lombardia, con l'emanazione della L.R. n. 3 del 12 marzo 2008 (*"Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario"*), ha dato attuazione alla Legge 328/2000 (*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*) ed ha provveduto alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali definendo i compiti degli enti pubblici, delle istituzioni e del no profit. La nuova Legge conferma il ruolo d'indirizzo dell'amministrazione regionale e rafforza il ruolo dei comuni, in forma singola o associata, nella programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità d'offerta sociali.

Le disposizioni contenute nella delibera della Giunta Regionale n. 8551 del 03.12.2008 avente ad oggetto *"Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – III triennio (2009-2011)"* hanno completato il quadro degli indirizzi per la programmazione ed hanno definito gli elementi rilevanti per il processo di costruzione della nuova triennalità del Piano

* Direttore Ufficio di Piano, Ambito territoriale di Viadana.

di Zona. Rilevante diviene soprattutto il concetto di “integrazione”, con particolare riferimento alla integrazione sociale e sociosanitaria.

In particolare l'integrazione sociosanitaria, attraverso una programmazione coordinata con le politiche sanitarie, deve costituire il reale obiettivo di una presa in carico unitaria dei bisogni e della persona; l'integrazione sociosanitaria, rinforzata operativamente dalla sottoscrizione degli accordi di programma da parte dell'ASL, deve riguardare gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli sociosanitari e in generale gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi e i progetti in area salute mentale, dipendenze e promozione di sani stili di vita.

Al fine di perseguire la massima integrazione sociosanitaria, la DGR indica come strumento di intervento la *definizione di protocolli operativi* per la regolazione delle competenze e delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte dell'ASL, all'interno delle funzioni di competenza degli enti locali.

La disposizione regionale indica inoltre, sia per la tutela minori, sia per le altre aree di intervento che prevedono *l'integrazione sociosanitaria*, momenti valutativi interdisciplinari, funzionali all'individuazione di percorsi che favoriscano l'utilizzo integrato delle risorse e la presa in carico della persona considerata nella sua unitarietà, e realizzino metodologie, prassi operative, organizzative e procedurali condivise ed omogenee.

I tavoli tecnici tematici

I tavoli tecnici tematici rappresentano strumenti importanti per lo sviluppo della programmazione e della pianificazione sociale e per permettere la partecipazione ai processi programmatori anche delle forze sociali operanti sul territorio.

La normativa precisa che, attraverso la partecipazione ai tavoli tecnici, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta una vasta gamma di soggetti: Comuni, Provincia, ASL, Ospedale, Dipartimento di Salute Mentale, medici di medicina generale, Neuropsichiatria, fondazioni, cooperative sociali, associazioni di volontariato e di promozione sociale, associazioni di familiari e genitori, enti religiosi, organizzazioni sindacali, enti di patronato, scuola ed enti di formazione, forze dell'ordine, associazioni di categoria.

I tavoli tecnici vengono coinvolti nella valutazione del Piano di Zona del triennio precedente, nella formulazione di giudizi su punti di forza e criticità delle politiche realizzate e nel confronto e scambio finalizzati alla mappatura delle risorse e alla individuazione dei bisogni e dei problemi dei cittadini.

Il Piano di Zona

È lo strumento che definisce le modalità di accesso alla rete, indica obiettivi, priorità di intervento, individua gli strumenti, individua le risorse.

Il Piano di Zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di of-

ferta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale; garantisce omogeneità della rete di offerta, integrazione tra politiche sociali e sociosanitarie e politiche sanitarie, efficienza della rete delle unità di offerta, ottimale utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

L'evoluzione epidemiologica evidenzia la costante crescita di situazioni complesse che esprimono un bisogno di interventi di assistenza tanto sociale che sanitaria. Gli interventi sociali e sanitari, prodotti nella storia da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi, talora autoreferenziali in termini di risorse economiche ed operative, possono incontrare difficoltà ad integrare la risposta al cittadino. La mancata interazione dei due sistemi produce disservizi e sprechi e mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato. La distinzione e la specializzazione dei saperi scientifici e professionali, essenziale nei processi di sviluppo dei servizi, richiede momenti di confronto, di raccordo e di integrazione.

Il sociale e il socio-sanitario sono campi di grande complessità, sia per la molteplicità e rilevanza delle dimensioni che concorrono a definirli, sia per la varietà e autonomia dei soggetti che vi operano, sia per i loro continui mutamenti; complessità è anche potenzialità e ricchezza da valorizzare mediante integrazione e partecipazione. L'integrazione è necessaria dalla programmazione, alla gestione dei servizi fino all'intervento vero e proprio.

La programmazione sociale richiede sempre più la costruzione di progetti complessi partecipati e la partecipazione viene proposta sempre più come un importante se non decisivo strumento per il miglioramento dell'efficacia delle politiche sociali. Lo strumento del Piano di Zona è pertanto fondamentale nella corretta gestione della risposta al cittadino nell'evolversi della realtà dei bisogni della popolazione.

9.3 Le équipes di lavoro permanenti di Moreno Orlandelli*

Il lavoro svolto all'interno dei tavoli tecnici tematici è stato condotto dai coordinatori d'area secondo il principio del massimo coinvolgimento degli attori sociali pubblici e privati del territorio per la realizzazione di una *progettazione partecipata*. All'interno delle équipes si è operato cercando di sviluppare un senso di appartenenza e di condivisione e riteniamo di poter affermare che tra i partecipanti si sono realizzate positive interazioni e una reciprocità di scambi che ha determinato mutui arricchimenti e il raggiungimento di uno scopo comune. Le differenze hanno ampliato le esperienze dell'intero gruppo e gli apporti individuali favorito un arricchimento dei contenuti. I tavoli tecnici delle diverse aree tematiche ("anziani e gravi patologie", "diversa-

* Referente Piano di Zona di Viadana, area anziani, disabili e gravi patologie.

mente abili” e “salute mentale”) hanno proposto quale obiettivo prioritario l’istituzione di équipes di lavoro permanenti, stabilendone la composizione secondo un principio di essenzialità per favorire l’operatività pratica pur garantendo la rappresentatività di tutte le agenzie.

La presenza di gruppi di lavoro permanenti risponde all’esigenza di garantire un confronto costante a più livelli. L’attività che viene ad essi delegata consiste nel proseguire il percorso di progettazione partecipata per la realizzazione pratica di quanto collegialmente pianificato nella fase di prima ideazione.

In particolare il Nucleo Operativo Anziani è composto da un coordinatore referente per i Comuni, l’assistente sociale dello Sportello Unico, un rappresentante dei MMG, due rappresentanti di RSA e CDI, due rappresentanti delle associazioni sindacali, un rappresentante del privato sociale e un rappresentante delle associazioni di volontariato.

Le équipes hanno il compito di svolgere funzioni di coordinamento e monitoraggio delle fasi di realizzazione dei progetti definiti nel Piano di Zona e l’elaborazione delle linee strategiche di sviluppo delle attività ad essi collegate, con particolare attenzione ai principi fondamentali di centralità della persona, sviluppo della rete dei servizi, integrazione socio sanitaria e continuità assistenziale.

Funzionamento delle équipes

Definite le priorità rispetto alla programmazione del triennio, le équipes costruiscono consenso intorno ai progetti in esame condividendo le scelte e i percorsi. Ogni componente dell’équipe avrà un proprio ruolo all’interno di *gruppi-progetto*, partendo dalle aspettative di ognuno e dalle competenze specifiche. Quando l’équipe lo ritenga opportuno si ricercano anche collaborazioni esterne utili al pieno raggiungimento dello scopo. Si cerca di definire sempre con chiarezza compiti, responsabilità, tempi e carichi di lavoro di ogni partecipante.

I Gruppi Progetto lavorano in stretto contatto con le équipes riferendo periodicamente sullo stato di avanzamento dei piani di lavoro.

Il Nucleo Operativo Anziani e Gravi patologie ha in fase di realizzazione i seguenti progetti:

- Progetto di Integrazione ADI/SAD
- Progetto finalizzato alla regolarizzazione e alla qualificazione del lavoro di cura delle Assistenti Familiari
- Progetto per le cure domiciliari rivolte a pazienti critici con particolare attenzione ai malati terminali, favorendo l’integrazione con i servizi sanitari preposti
- Sottoscrizione di un protocollo d’intesa con le RSA del territorio per i ricoveri d’urgenza
- Istituzione dello Sportello Unico socio sanitario integrato

Per il futuro è prevista la realizzazione di progetti riguardanti l'integrazione ADI/SAD e la realizzazione di un condominio solidale per pazienti oncologici soli o privi di un adeguato caregiver.

9.4 L'esperienza del Medico di Medicina Generale *di Marco Castagna**

L'integrazione territorio-ospedale rappresenta una condizione imprescindibile per ottenere l'appropriatezza di azioni verso le persone in disagio psicofisico ed è possibile grazie all'apporto di molte figure professionali sia ospedaliere che del territorio.

Il Piano di Zona rappresenta lo strumento tecnico per la pianificazione sociosanitaria del Distretto e i tavoli tematici, costituiti da diverse figure (sindacati, insegnanti, presidenti di case di riposo, assistenti sociali,...), sono strumenti importanti per lo sviluppo della programmazione e della pianificazione sociale e la partecipazione ai processi programmatori anche delle forze sociali operanti sul territorio.

La peculiarità dell'area viadanese è quella che per la prima volta è componente dei tavoli tematici, nello specifico del "Tavolo permanente per la salute mentale" e del "Nucleo operativo anziani e gravi patologie", anche un medico di medicina generale convenzionato (MMG); scelta assolutamente lungimirante giacché questo professionista, proprio per la sua attività, rappresenta e conosce profondamente le dinamiche sociali e sanitarie e, quindi, è capace di identificare i bisogni sociali e sanitari del territorio.

Tale scelta pare non solo peculiare a livello provinciale, ma anche a livello regionale. La presenza all'interno dei tavoli tecnici è stata qualificata e sostenuta da altre funzioni espletate nel distretto, quali essere referente di un CDR (centro di responsabilità), ovvero nominato da un certo numero di colleghi, ci si occupa dei rapporti con il distretto su argomenti vari, quali la condivisione di direttive, chiarimenti dei report, linee guida ecc. e componente del comitato d'area distrettuale, organismo che ancor più dei CDR permette di interagire profondamente con i vari attori del distretto di appartenenza e che è chiamato anche ad incontri con la controparte ospedaliera, magari per affrontare problematiche quali l'integrazione ospedale/territorio, oppure criticità prettamente sanitarie, o per stilare protocolli. Nell'ambito della medicina generale convenzionata esiste anche la possibilità di conseguire, con corsi specifici, particolari qualifiche, che a loro volta permettono di potenziare nettamente sia le capacità professionali che relazionali, senza per questo modificare l'attitudine clinica diagnostica.

Quest'ultima, imparata durante gli studi universitari, è da qualche anno integrata con l'obbligatorietà, per chi desidera diventare MMG, del Corso triennale teori-

* Medico di Medicina Generale, Viadana.

co/pratico per aspiranti MMG (si entra al Corso dopo superamento di test attitudinali). I docenti di questo corso sono gli stessi MMG convenzionati che sia con lezioni accademiche che con attività nei propri ambulatori, prepareranno questi colleghi alla Medicina di famiglia.

Il MMG convenzionato per diventare tutor deve possedere alcune inderogabili caratteristiche: essere Medico di Medicina Generale convenzionato da almeno 10 anni, assistere almeno 750 mutuatati (recentemente erano 1000), nonché essere disponibile a seguire il collega aspirante nel percorso formativo. Inoltre occorre frequentare un Corso abilitativo.

Il sottoscritto, oltre a quello istituito dalla Sifmed (per formatori di formazione/tutor), ha poi frequentato quello proposto dall'Iref di Milano e quindi è stato inserito nell'elenco edito dalla Regione Lombardia.

Da tutto ciò si capisce come il curriculum professionale sia oltremodo importante per poter riuscire a destreggiarsi sufficientemente nelle problematiche socio-sanitarie del Distretto dove si svolge l'attività di MMG.

È inoltre importante prepararsi in maniera adeguata e soprattutto attualizzata ai vari incontri del Piano di Zona.

Concludo dicendo che questa esperienza rappresenta, per un MMG quale sono, l'epifenomeno di un'attività lavorativa lunga qualche anno, che mi ha permesso di migliorare ogni aspetto di una professione, in primis quella di MMG, ma anche migliorare qualitativamente i rapporti con tutte le figure professionali sanitarie e sociali.

Spero fortemente che anche qualche altro collega MMG, leggendo queste righe, si sia incuriosito e decida di impegnarsi in tal senso.

9.5 Il protocollo d'intesa distrettuale finalizzato all'integrazione socio-sanitaria dei servizi rivolti all'area anziani e adulti non autosufficienti

*Monica Carnevali, Moreno Orlandelli, Cinzia Parmigiani, Antonella Taragnani **

L'ambito territoriale di Viadana, con Determinazione n. 47 del 26/11/08, ha elaborato un Protocollo d'Intesa tra il Consorzio Pubblico Servizio alla Persona e il Distretto Socio Sanitario.

Oggetto del Protocollo è la realizzazione di un progetto di integrazione tra i servizi sociali e sanitari territoriali rivolti agli anziani e ai soggetti con ridotta autosufficienza e/o a rischio di istituzionalizzazione, tenendo conto della globalità dei loro bisogni e

* Monica Carnevali è infermiera professionale Caposala, ADI Distretto di Viadana, Moreno Orlandelli è referente Piano di Zona di Viadana, area anziani, disabili e gravi patologie, Cinzia Parmigiani è assistente Sociale, Sportello Unico Distretto di Viadana, Antonella Taragnani è responsabile Assi distrettuale, distretto socio-sanitario di Viadana.

razionalizzando gli interventi in un'ottica di rete. Le finalità sono quelle di favorire la permanenza al domicilio attraverso la collaborazione tra servizio di assistenza domiciliare comunale e assistenza domiciliare integrata dell'ASL, oltre a garantire la continuità assistenziale evitando sovrapposizioni di competenze e al contempo garantire una risposta unica, completa e professionale che sostenga e guidi nel percorso assistenziale e di cura per una scelta consapevole nella fruizione dei servizi. Gli obiettivi a breve, medio e lungo termine sono:

- 1) *Promozione e pubblicizzazione dei servizi offerti (ADI/SAD)*. Il Gruppo di lavoro è partito dalla convinzione che due servizi quali il SAD e l'ADI, seppur erogati da enti diversi e con campi di intervento differenti (assistenziale e sanitario), avendo l'obiettivo comune di sostenere la persona e la famiglia per favorire la domiciliarità, dovessero necessariamente avviare un percorso di integrazione. Prima di procedere operativamente ad attivare azioni finalizzate all'integrazione si è concordato di effettuare un'indagine conoscitiva al fine di evidenziare lo stato dell'arte dei Servizi in questione. Per l'ADI è stata effettuata una lettura dei dati disponibili forniti dai sistemi informatici attualmente in uso, mentre per il SAD non erano disponibili informazioni sufficienti per una valutazione dell'esistente. È stata pertanto effettuata, al termine dell'anno 2007, un'indagine conoscitiva relativa al Servizio di Assistenza Domiciliare utilizzando come strumento un questionario, che è stato somministrato ai responsabili dei servizi sociali dei dieci comuni del distretto. L'indagine era finalizzata ad ottenere informazioni circa la diffusione del Servizio sul territorio, il target di utenza servito, la tipologia di prestazioni erogate e altre informazioni inerenti l'attività di segretariato sociale e di informazione rivolta alla popolazione. Dalla lettura dei dati è emerso che il servizio è poco utilizzato e scarsamente conosciuto soprattutto in alcuni piccoli comuni, dove anche l'Assistenza Domiciliare Integrata conta pochi utenti e poche richieste di intervento. In queste zone risulta una scarsa fruizione dei servizi, con un'incidenza non superiore all'1% della popolazione ultrasessantacinquenne residente. Questo fenomeno, insieme ad altri fattori concomitanti, è sicuramente imputabile ad un'informazione scarsamente efficace. Di fronte a questi risultati e alle valutazioni emerse, il gruppo di lavoro coinvolto nella indagine ha ritenuto prioritario definire un piano di intervento a tutto campo con azioni coordinate e condivise finalizzate alla informazione e alla pubblicizzazione dei servizi.
- 2) *Informazione diretta (rivolta all'utenza)*. Per divulgare l'informazione in modo esteso si è valutato opportuno realizzare uno strumento che rendesse visibile la collaborazione dei due Servizi e connotasse le prestazioni offerte entro un ambito di intervento socio-sanitario integrato. È stato realizzato un pieghevole

che in maniera molto semplice e chiara comunicasse le prestazioni offerte e le modalità di attivazione. Sulle tre facciate interne si è voluto visualizzare, anche dal punto di vista grafico, l'integrazione tra i servizi che appaiono sulle due facciate laterali, mentre centralmente si sono voluti pubblicizzare i servizi offerti in maniera integrata.

- 3) *Informazione indiretta* (rivolta al personale d'assistenza). Si è valutata una più incisiva informazione rivolta ai Medici di Medicina Generale, che rivestono un ruolo centrale e basilare per un accesso mediato alla rete dei servizi. L'importanza del coinvolgimento dei medici ci ha sempre più convinto che era opportuna la partecipazione di un loro rappresentante nei momenti dedicati alla programmazione nell'ambito dei tavoli tematici.

Per assicurare un'informazione continua ed efficace si è ritenuto indispensabile fornire alle figure professionali coinvolte nell'assistenza diretta (Asa/Oss, I.P. e FKT), la conoscenza completa delle unità di offerta della rete e le modalità di attivazione dei servizi per poter intervenire in modo più preciso fornendo una risposta immediata. Questo punto si concretizza attraverso incontri periodici di aggiornamento che permettono agli operatori sociali e sanitari di acquisire conoscenze relative ai Servizi esistenti sul territorio e le relative modalità di attivazione.

- 4) *Attivazione di una modalità di presa in carico che preveda l'integrazione e il coordinamento tra i servizi ADI e SAD.* Per favorire l'integrazione tra i due servizi, ci è parso essenziale iniziare da un confronto con gli enti erogatori accreditati per il SAD e per l'ADI che operano sul nostro territorio. Il confronto è iniziato da una verifica della organizzazione e delle modalità di erogazione dei servizi. Ci siamo confrontati, prima con le dirigenze e poi con gli operatori, partendo dal presupposto condiviso che era opportuno porre al centro del nostro interesse "la persona" e la sua famiglia come portatori di istanze di tipo socio-assistenziale e sanitario che richiedono un approccio integrato finalizzato al "benessere" dell'individuo.

Da un'analisi della situazione sono emerse criticità, che ci hanno portato a riconoscere la necessità di porre le basi per creare i presupposti di una futura integrazione. Si è concordato di iniziare dalla sperimentazione di strumenti molto semplici ma utili partendo da un presupposto importante: è indispensabile prevedere almeno un momento indispensabile di confronto, da realizzarsi presso il domicilio dell'utente, fra la figura sanitaria e quella socio-assistenziale. Si è proceduto quindi alla predisposizione di una modulistica specifica, di semplice compilazione, che prevedesse la condivisione delle modalità di intervento e della tempistica degli accessi e favorisse un reciproco scambio di informazioni utili. Gli incontri a due livelli, quello rivolto alla dirigenza e quel-

lo invece rivolto ai singoli operatori, sono proseguiti con successivi momenti di approfondimento delle tematiche in discussione. Riteniamo che sia stato importante favorire il confronto sia su problemi di organizzazione generale che su problemi invece di ordine più pratico e relazionale, poiché si sono poste le basi per una progettazione partecipata monitorata periodicamente dal Nucleo Operativo Anziani e Patologie Gravi. Inoltre creare occasioni di incontro favorisce il crearsi di uno spirito di gruppo che rappresenta un presupposto indispensabile per un buon lavoro d'équipe.

- 5) *Condivisione di un percorso formativo interistituzionale rivolto al personale Asa/Oss e infermieristico.* Il percorso formativo interistituzionale è un altro strumento pensato per favorire e promuovere l'integrazione. Il principio ispiratore di queste iniziative si basa su un semplice presupposto: la valorizzazione della propria professionalità e la condivisione di momenti che favoriscono il confronto e le relazioni positive danno impulso alla realizzazione di un buon lavoro d'équipe. Il percorso coinvolgerà gli operatori dipendenti dell'ASL e gli operatori sociali e sanitari degli enti accreditati mediante incontri periodici di aggiornamento che permettono agli operatori sociali e sanitari di acquisire conoscenze relative ai Servizi esistenti sul territorio e le relative modalità di attivazione (testimonianze ASA/IP) e un percorso formativo, da realizzarsi nell'anno 2010, su temi legati alla domiciliarità ed al lavoro in équipe.
- 6) *Realizzazione di un sistema per lo scambio di informazioni di tipo informatico tra i servizi della rete, facilitando e snellendo le procedure, creando un archivio dati con conseguente elaborazione statistica.* Oltre alla realizzazione di un sistema informatico che metta in rete ASL e comuni, di cui l'ASL ha già predisposto la realizzazione, il Distretto, nell'ambito del Piano di Zona, ha previsto la creazione di un data base che riporti tutte le opportunità in ordine a servizi da attivare o strumenti da utilizzare o iniziative da segnalare che riguardino ogni singola area di intervento. Questo strumento verrà gestito all'interno dello Sportello Unico socio sanitario integrato che si occuperà di tenerlo aggiornato e verrà messo in rete a disposizione di tutti gli operatori dei servizi comunali, servizi ASL e del presidio ospedaliero "Carlo Poma" che operano sul territorio del distretto.
- 7) *Attivare percorsi di sostegno e formazione per familiari e volontari, anche attraverso l'auto-mutuo-aiuto*
- 8) *Adottare parametri di riferimento comuni per la definizione della qualità di ciascun servizio e sperimentare strumenti di valutazione*

Le peculiarità dell'UVMD e dello Sportello Unico nel distretto di Viadana
L'UVMD nel Distretto di Viadana ha alcune peculiarità che le permettono di attivare strumenti e servizi utili per rispondere a situazioni complesse e con caratteristiche di urgenza.

1. È solo su segnalazione dell'UVMD che i pazienti oncologici terminali possono usufruire gratuitamente del "voucher per pazienti critici" erogato dai Comuni.
2. Verrà approvata a breve una convenzione tra il Consorzio Pubblico Servizio alla Persona e le RSA del territorio per l'accesso con priorità per i casi urgenti segnalati dall'UVMD.
3. Un progetto a cui si sta lavorando con il Presidio Ospedaliero "Carlo Poma" prevede la realizzazione di un condominio solidale per persone con fragilità socio-sanitarie sole o con *caregiver* non idoneo. L'accesso a questo condominio avverrà esclusivamente su segnalazione dei casi da parte dell'UVMD.

È in fase di realizzazione lo *Sportello Unico Socio Sanitario Integrato*, che prevede la contemporanea presenza, presso la medesima sede distrettuale, dell'assistente sociale dello sportello ASL e dell'assistente sociale dell'ambito territoriale nonché di un mediatore linguistico culturale, per far fronte alle richieste socio-sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

Le nuove competenze dello sportello integrato sono:

- gestione integrata delle situazioni complesse favorendo la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'accesso alle strutture residenziali (ricoveri d'urgenza e ricoveri di sollievo);
- garanzia e facilitazione dell'unitarietà di accesso alla rete;
- gestione del pubblico registro delle assistenti familiari;
- ascolto e valutazione dei bisogni dei soggetti disabili e delle loro famiglie orientandoli per un accesso informato alla rete dei servizi;
- gestione e costante aggiornamento di schede informative, su supporto informatico, relativamente ai servizi, alle prestazioni e alle iniziative presenti sul territorio del distretto a disposizione di tutti gli operatori della rete.

10. L'esperienza del Distretto di Suzzara

10.1 Il progetto per la realizzazione dello Sportello Unico Interistituzionale di Suzzara *di Maria Beatrice Dall'Oglio**

I cambiamenti demografici in corso nel nostro Paese richiedono una ridefinizione del *welfare state* e un ripensamento delle politiche assistenziali e sanitarie. Il progressivo invecchiamento della popolazione, in particolare, potrà comportare un significativo aumento del numero di persone affette da malattie croniche, come malattie cardiovascolari, diabete e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BCPO), osteoporosi, demenza, malattie che sono correlate all'aumento dell'età e hanno un forte impatto sulla disabilità.

Per questi motivi, l'organizzazione dei percorsi assistenziali deve essere sempre più collegata con le attività sociali per la realizzazione di servizi socio – sanitari dinamici e flessibili, in grado di rispondere a bisogni sempre più articolati, in un'ottica che contemperi l'uso appropriato delle risorse, la valorizzazione delle capacità autonome residue, la qualità della vita e la continuità dei vari interventi.

La consolidata collaborazione tra il Distretto Socio Sanitario di Suzzara, l'Ufficio di Piano e le amministrazioni comunali dell'ambito territoriale di Suzzara, ha consentito di progettare la realizzazione dello *Sportello interistituzionale (S.I.)* per poter accedere alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari e sociali, in stretto raccordo operativo con l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), che vedrà la gestione congiunta e contemporanea da parte degli operatori dello Sportello Unico del distretto e di un'assistente sociale/psicologa dei comuni dell'ambito territoriale di Suzzara.

Il progetto consentirà di potenziare, integrandoli e raccordandoli, gli sportelli esistenti presenti nel Distretto Socio Sanitario e nei sei Comuni, al fine di assolvere funzioni di prima accoglienza ed analisi delle domande dei cittadini, di informa-

* Direttore Distretto Socio Sanitario di Suzzara e Ostiglia.

zione e di accompagnamento del cittadino nelle richieste di attivazione di programmi assistenziali che coinvolgono la competenza di più strutture. Si potrà così favorire la "continuità assistenziale", definita come quel complesso di interventi che, senza mai andare incontro ad interruzioni di flusso o a ridondanza di cure, realizza un percorso assistenziale articolato in più servizi. Si configura come intervento multidisciplinare a favore di cittadini e famiglie in condizioni di fragilità e di complessità assistenziale, particolarmente accresciute dall'emergere di contesti familiari sempre più residuali per la presenza di un solo coniuge, di un figlio disabile, o di un figlio anziano, di un altro familiare che necessita di assistenza, ecc., per cui risulta che sono sempre meno le persone presenti in famiglia disponibili a portare aiuto e cura e quindi a svolgere il ruolo di *caregiver*.

L'accordo raggiunto e in via di sottoscrizione tra Distretto Socio Sanitario e i Comuni dell'ambito territoriale di Suzzara ha come obiettivi:

1. realizzare presso la sede del Distretto Socio Sanitario lo *Sportello Interistituzionale (S.I.)* uno "spazio" fisico e funzionale dove i soggetti in condizioni di fragilità sociosanitaria, di qualunque fascia di età, portatori di problematiche che richiedano prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali integrate, possano trovare accoglienza, orientamento e accompagnamento;
2. semplificare i percorsi dei cittadini in stato di bisogno attraverso l'attenta analisi dei loro esigenze: in questo modo il cittadino in difficoltà potrà trovare, in un unico punto coordinato, le risposte socio sanitarie più appropriate per rispondere al suo bisogno di assistenza;
3. attuare un nuovo modello d'assistenza, basato sul "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia, al contesto di riferimento e al *caregiver*;
4. favorire la domiciliarità rispetto alla istituzionalizzazione, rispondendo in modo tempestivo alle situazioni di emergenza;
5. costruire una rete di collegamento che consenta agli operatori di identificare in modo univoco e chiaro il grado di intensità socio-sanitaria assistenziale;
6. garantire una vera e propria presa in carico del cittadino fragile attraverso la condivisione, da parte di tutti gli operatori coinvolti, della "Scheda di valutazione unica";
7. offrire anche al cittadino residente in comuni diversi da Suzzara la possibilità di poter continuare a rivolgersi alle proprie assistenti sociali, le quali, valutata la complessità e il livello assistenziale necessario, affidano la presa in carico dei casi più complessi e per questo motivo più critici allo S.I. per la valutazione integrata attraverso il coinvolgimento dell'UVMD;

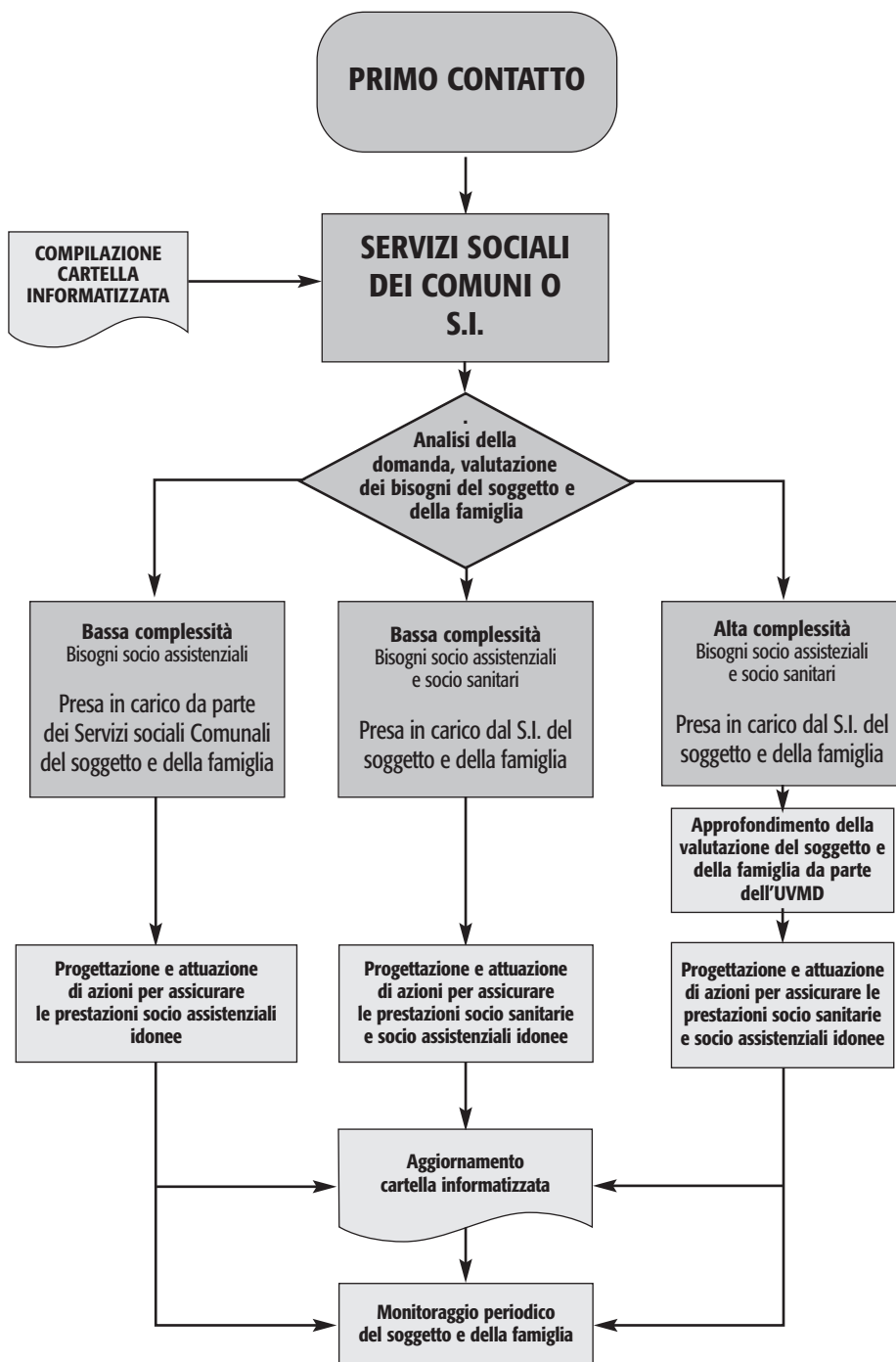
8. monitorare il caso attraverso la stesura di un Piano assistenziale socio sanitario personalizzato e integrato, curato direttamente dagli operatori dello S.I. e col contributo degli operatori del territorio in linea (le assistenti sociali dei comuni, i medici di medicina generale, i pattanti...);
9. monitorare la famiglia e il familiare *caregiver*, per valutare il carico assistenziale e cogliere precocemente i segnali eventuali di *burnout*.

Le competenze dello Sportello Interistituzionale, nonché l'interazione di questa struttura con la rete dei servizi, si declinano a partire da una distinzione di tre livelli di complessità assistenziale, che comportano differenti modalità di presa in carico da parte dei diversi servizi territoriali.

tre alternative operative per tre livelli di complessità

livello di complessità	bisogni	servizio competente
Basso	solo socio-assistenziali	Servizi Sociali Comunali
Basso-medio	socio-assistenziali e socio sanitari	Sportello Interistituzionale
Alto	socio-assistenziali e socio sanitari	Sportello Interistituzionale e UVMD

Il diagramma di flusso riportato alla pagina seguente descrive il processo di valutazione e presa in carico.



10.2 Lo Sportello Unico Interistituzionale di Suzzara: il punto di vista del Piano di Zona di Maria Elena Margonari*

Il nuovo Piano di Zona 2009/2011 dei sei comuni dell'ambito territoriale di Suzzara (Gonzaga, Moglia, Motteggiana, Pegognaga, San Benedetto Po e Suzzara) si propone di compiere un ulteriore passo in avanti rispetto al difficile e mai concluso lavoro di ricomposizione della frammentarietà degli interventi che ruotano attorno al cittadino, ancora considerato solo come un utente di singole e differenziate prestazioni. Oltre all'integrazione interistituzionale, che pur rimanendo obiettivo da raggiungere ha visto molteplici sforzi profusi, si punta a promuovere una logica integrata che allarghi lo sguardo alle altre componenti della comunità locale, intese come risorsa e come possibilità di intervento che vanno oltre ed integrano le possibilità operative dei servizi.

A fondamento di questa area di priorità, si pone la volontà di giungere a considerare l'interesse della persona che vive in una comunità, che ha una rete di relazioni, che porta con sé delle problematiche, ma che ha anche delle risorse proprie o della propria "rete" in grado di concorrere alla "cura" della situazione di bisogno. In tale accezione vengono indicati come *prioritari* i percorsi *integrati di presa in carico* di soggetti fragili attraverso l'organizzazione del cosiddetto "*punto unico di accesso*".

I Comuni dell'ambito di Suzzara, in questi anni hanno lavorato molto per uniformare tutto il sistema di regole riguardanti l'accesso ai servizi delle persone fragili, attraverso l'adozione di regolamenti ad efficacia distrettuale.

Attraverso un attento monitoraggio dei servizi di cura e di assistenza si nota come il 40% circa degli utenti si trovi in una situazione di fragilità sanitaria; da ciò deriva la necessità di avviare processi di una presa in carico degli utenti complessiva, facilitata dal consolidato sistema di voucherizzazione del SAD e dai rapporti positivi e consolidati nel tempo con le istituzioni sanitarie del territorio.

Lo Sportello Unico interistituzionale persegue due finalità che prevedono due fasi distinte:

- creazione di un punto con funzioni di orientamento,
- presa in carico dell'utenza e attivazione del servizio.

La creazione di un punto unico interistituzionale con funzioni di orientamento significa poter contare su informazioni anche sulle modalità di accesso, sulle tariffe praticate e sulle caratteristiche dei servizi erogati da tutti i soggetti a diverso titolo presenti nella rete sociale. Da ciò deriva per i comuni la necessità di procedere ad

* Responsabile Piano di Zona, ambito territoriale di Suzzara.

una forma sempre più “associata” dei servizi, in particolare per quelli oggetto di informazione – servizi a favore di persone molto fragili come anziani o disabili – ove la componente sociale e sanitaria è molto elevata.

Quanto alla seconda fase, va specificato che per accesso intendiamo l’azione attraverso cui un cittadino viene in contatto con i servizi di cui sente la necessità; per presa in carico, invece, la fase in cui chi eroga il servizio riconosce la legittimità della richiesta e la realizzabilità di una risposta ed accetta di dar seguito alla domanda di intervento. Questo secondo livello prevede un passaggio in più, che consiste nella decodifica della domanda: è un momento delicato e centrale nella relazione con la persona che porta un bisogno.

L’obiettivo finale è quello di unire la fase dell’accesso con quella successiva della attivazione della rete dei servizi, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale/sanitario e di una continuità assistenziale, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

I comuni intendono far fronte a questi obiettivi mettendo a disposizione dello sportello interistituzionale figure con professionalità sociale utilizzando il fondo per la non-autosufficienza.

11. L'esperienza del Distretto di Ostiglia

11.1 La rete d'oro. Un percorso interistituzionale per il sostegno al caregiver e alla famiglia di Marzia Franco*

Con il termine *familiare caregiver* s'intende il familiare che si prende cura di un individuo malato e/o non totalmente autosufficiente.

Anche quando il caregiver non è completamente solo ad accudire il malato, ma funge da riferimento principale per il personale sanitario e gli enti, è comunque la persona che fornisce il maggiore supporto al proprio caro; quindi è su questa figura che deve essere concentrata l'attenzione, anche perché il benessere complessivo del malato dipende fortemente dalle condizioni psicofisiche di chi lo assiste.

L'assistenza a un parente malato richiede un impegno la cui intensità varia nel corso del tempo.

In genere le mansioni richieste al familiare caregiver sono prevalentemente legate all'assistenza fisica e sanitaria, fornire sostegno nella mobilità, gestire le attività domestiche, offrire ascolto al malato, mantenerlo sotto controllo nei casi in cui possano verificarsi problemi improvvisi.

Nella maggior parte dei casi il caregiver si trova a ricoprire questo ruolo in modo improvviso, senza possibilità di scelta a causa della malattia di una persona cara. Poiché si tratta di un ruolo che di solito la persona non è preparata ad assumere, il suo impatto può avere delle importanti ripercussioni sul benessere fisico e psicologico del caregiver.

L'età dei caregiver si colloca prevalentemente nella fascia tra i 50 e i 70 anni. Questo significa che nella maggior parte dei casi o si tratta di una persona anziana che assiste un altro anziano, oppure di una persona più giovane, che deve occuparsi contemporaneamente anche della propria famiglia e dei propri figli, que-

* Responsabile Assi Distrettuale, Distretto Sociosanitario di Ostiglia.

sti sono i familiari definiti “caregivers sandwiches”; l’80% dei familiari che prestano assistenza sono donne.

In molti casi perciò il lavoro di assistenza subentra all’interno di compiti, ruoli e relazioni già definite (quella coniugale o genitoriale, per esempio); non di rado le necessità assistenziali finiscono per occupare l’intera relazione, trasformandola in modo radicale.

È pertanto frequente constatare come il lavoro di assistenza abbia ripercussioni importanti sull’intera famiglia, sia in termini di minor tempo da dedicare agli altri membri (soprattutto se ci sono dei bambini), sia a livello di incomprensioni sulla gestione del malato.

Questi problemi possono amplificarsi nei casi in cui il familiare da assistere sia costretto a trasferirsi nell’abitazione del caregiver.

La presenza del malato in casa ha un notevole impatto su tutti i membri della famiglia, sia dal punto di vista “territoriale” (ridistribuzione degli spazi, cambiamenti nell’assetto dell’abitazione, delle routine e della privacy), sia dal punto di vista psicologico. Alcuni caregivers sono costretti ad abbandonare del tutto o parzialmente il lavoro, con gravi ripercussioni anche economiche; altri invece, non potendo fare diversamente, continuano a svolgere il proprio lavoro a tempo pieno, nonostante il quotidiano impegno assistenziale che, nei casi più gravi, si protrae anche la notte.

Una indagine condotta dal Censis⁴ alla fine degli anni ‘90 sull’impatto familiare del morbo di Alzheimer, rivelava ad esempio come il 65% dei caregivers aveva dovuto cambiare lavoro o addirittura rinunciarvi. Possiamo ben immaginare come, attualmente, la scelta di lasciare l’impiego comporti con ogni probabilità l’impossibilità di rientrare, in seguito, nel mondo del lavoro e quindi implichi per il caregiver un cambiamento radicale di vita, non solo nel presente ma anche nella prospettiva futura. La continua assistenza a un familiare malato comporta, quindi, un concreto pericolo di esaurimento fisico e mentale; il caregiver può vivere sentimenti di sconforto, isolamento e sentirsi “in trappola”, senza speranza di cambiamento, con la dolorosa consapevolezza che l’unica via d’uscita è l’interruzione dell’assistenza. A ciò si aggiunge il vissuto di perdita connesso alla malattia del proprio caro – sia dal punto di vista affettivo ed emotivo che nei riguardi della “vita precedente”, – che molti caregivers non riescono mai ad accettare.

La paura di non fare abbastanza, di non essere all’altezza della situazione, è molto sentita, ma nonostante ciò molti di questi familiari continuano a voler fare da soli e si rifiutano di prendersi qualche giorno di riposo, sostenendo che il proprio caro non può “concedersi una vacanza” dalla propria malattia.

Anche quando il caregiver appare forte, dotato di grande motivazione e risorse,

⁴ Censis, *La mente rubata. Bisogni e costi sociali della malattia di Alzheimer*, Franco Angeli, Milano, 1999.

capace di sostenere carichi assistenziali gravosi, è necessario mantenere viva l'attenzione sulla sua situazione, ricordando che il compito d'assistenza rischia sempre di "immobilizzarlo" – come Atlante che sorregge il mondo – privandolo della possibilità di avere altri spazi di attività, di compensazione e di autorealizzazione. Nel tempo anche persone inizialmente ben "attrezzate" rischiano di vacillare e possono aver bisogno di sostegno.

Pertanto è ormai opinione condivisa, tra chi opera nel campo delle cure domiciliari e dell'assistenza, che nell'assessment dei bisogni assistenziali è fondamentale considerare anche le esigenze dei familiari caregivers e quanto può concorrere a sostenerli in questo delicato compito, sia dal punto di vista materiale che da quello morale.

L'UVMD del Distretto di Ostiglia ha pertanto messo a punto il progetto denominato *La rete d'oro*, per la realizzazione di un percorso interistituzionale di valutazione, accompagnamento e sostegno del caregiver e della famiglia. Si tratta di un'iniziativa fortemente integrata tra ASL e Comuni, pertanto sia la responsabilità che il coordinamento delle attività previste sono state attribuite in egual misura al Distretto Socio Sanitario e all'Ufficio di Piano di Ostiglia. In particolare hanno concorso allo sviluppo del progetto:

Marzia Franco (responsabile Assi Distrettuale, Distretto Sociosanitario di Ostiglia),
Claudio Piccina (responsabile Ufficio di Piano di Zona dell'ambito territoriale di Ostiglia),

Raffaella Righi (psicologa, Distretto Sociosanitario di Ostiglia),

Chiara Talassi (assistente sociale, Piano di Zona di Ostiglia),

Rossella Balasini (assistente sociale, Sportello Unico Distretto di Ostiglia),

Sondra Ghidini (coordinatore infermieristico, Direzione Medica Ospedale Pieve di Coriano),

Antonietta Marchetti (caposala ADI Distretto di Ostiglia),

Paolo Papazzoni (medico referente ADI Distretto di Ostiglia),

Egle Spirandelli (assistente sanitaria, Sportello Unico di Ostiglia).

I presupposti del progetto

Il percorso per l'osservazione e la valutazione del carico del caregiver e della famiglia prende le mosse a partire da alcuni presupposti:

- Il processo di osservazione e valutazione del carico assistenziale sostenuto dal caregiver e dalla famiglia non doveva risultare intrusivo, ma discreto e rispettoso degli spazi di disponibilità offerti, così come dei limiti di riservatezza posti dalla famiglia.
- Era convinzione dei componenti dell'UVMD che i diversi operatori presenti nella rete dei servizi fossero sicuramente in grado di cogliere, già nel corso della loro abituale attività, tutta una serie di informazioni utili alla valutazione. Quindi

una grande quantità di dati era già disponibile, ciò che risultava importante e necessario era ordinarli e farli confluire in una cornice di riferimento, per poterli connettere e per poter poi “pesare” il carico assistenziale del caregiver.

- In quest’ottica risultava prioritario potenziare la relazione e la comunicazione tra i diversi nodi della rete dei servizi e perfezionare il raccordo operativo, stabilendo modalità comuni di approccio al caregiver e ai familiari del paziente, condividendo gli strumenti di raccolta dei dati e le chiavi di lettura delle informazioni ricevute, trovando possibilità di scambio tra servizi, pur nel rispetto dei diritti alla privacy del paziente e della sua famiglia. Interventi diretti, colloqui col caregiver o con i familiari potevano essere previsti e proposti solo nei casi in cui ci fosse la disponibilità o la richiesta del caregiver o dei familiari, o risultasse necessario un approfondimento, a fronte di un forte dubbio di rischio di burnout o di inadeguatezza del caregiver rispetto al carico assistenziale.

Le fasi di lavoro

1- La revisione della rete

Per prima cosa si è ritenuto indispensabile procedere a una sorta di “revisione della rete” per rendere fluidi i punti di snodo, saldi i punti di raccordo, aperti e scorrevoli i canali comunicativi, attraverso incontri preliminari con i diversi soggetti – istituzioni pubbliche e private e operatori – impegnati nel campo dell’assistenza domiciliare, anche per concordare le modalità di collaborazione e il contributo che ciascuno potrà assicurare.

Questo lavoro preliminare, oltre ad assicurare la sinergia tra i vari elementi della rete, nelle situazioni in cui risulti necessario intervenire a sostegno del caregiver e della famiglia, è indispensabile per permettere anche di raccogliere, condividere e mettere a disposizione di ciascuno la ricchezza del patrimonio di conoscenze e di esperienza, maturato dai diversi soggetti impegnati nell’assistenza e nelle cure domiciliari.

2 - L’individuazione dei fattori di stress/rischio e dei fattori di protezione per il caregiver e dei segnali di carico eccessivo

L’adattamento al compito assistenziale – quindi la sua sostenibilità – dipende dall’equilibrio tra fattori di stress/rischio e fattori di protezione. Quando questo equilibrio viene a mancare, il caregiver può manifestare segnali e sintomi di carico eccessivo, di esaurimento, di burnout.

Nelle tabelle riportate alle pagine seguenti sono elencati i fattori di stress/rischio, i fattori di protezione e i segnali di carico eccessivo che l’équipe dell’UVMD ha individuato.

FATTORI DI STRESS/RISCHIO PER IL CAREGIVER			
<i>Fattori legati al familiare da assistere</i>	<i>Fattori relativi al caregiver</i>	<i>Fattori relativi alla famiglia del caregiver</i>	<i>Fattori relativi al caregiver prima della malattia del familiare</i>
Età Patologia Durata della malattia Speranza di vita Presenza di disturbi psichici e/o comportamentali Non autosufficienza Malattia in fase ingravescente	Età Grado di parentela col familiare da assistere Livello culturale Ore di assistenza date, anche notturne Durata dell'assistenza Trasferimento del familiare da assistere nell'abitazione del caregiver Assenza di altri familiari di supporto Presenza di altri familiari da assistere Riduzione o interruzione del lavoro Riduzione o interruzione del tempo libero e della vita sociale Significato attribuito alla situazione	Difficoltà economiche Rapporti conflittuali con la famiglia Rapporti conflittuali con la famiglia legati all'assistenza Significato attribuito alla malattia e alla situazione Lutti o eventi traumatici, stressanti in famiglia durante la malattia del paziente	Disturbi psichici (ansia, depressione, instabilità emotiva) Conflitti precedenti con il familiare da assistere Conflitti con uno o più familiari Conflitti e difficoltà sul lavoro Difficoltà nella sfera delle relazioni affettive e sociali Lutti o eventi traumatici, stressanti nella storia familiare

FATTORI DI PROTEZIONE
Capacità di chiedere aiuto alla rete sociale e ai servizi Capacità di gestire le difficoltà e tollerare lo stress Presenza di una rete sociale di supporto Informazioni corrette sulla malattia Tempestiva disponibilità del medico di medicina generale Tempestiva disponibilità delle prestazioni e ausili sanitari e assistenziali Possibilità di ricoveri di sollievo

SEGNALI DI CARICO ECCESSIVO

Difficoltà di gestione dei comportamenti del familiare malato

Sensazione di impotenza

Disperazione (sentirsi in trappola)

Sentimenti di isolamento

Disturbi del sonno

Instabilità emotiva

Ansia

Depressione

Stanchezza

Disturbi cognitivi o comportamentali (vuoti di memoria, calo della vigilanza e dell'attenzione, percezione di confusione o disorientamento, fenomeni allucinatori)

3 – La realizzazione di uno strumento per la raccolta delle informazioni

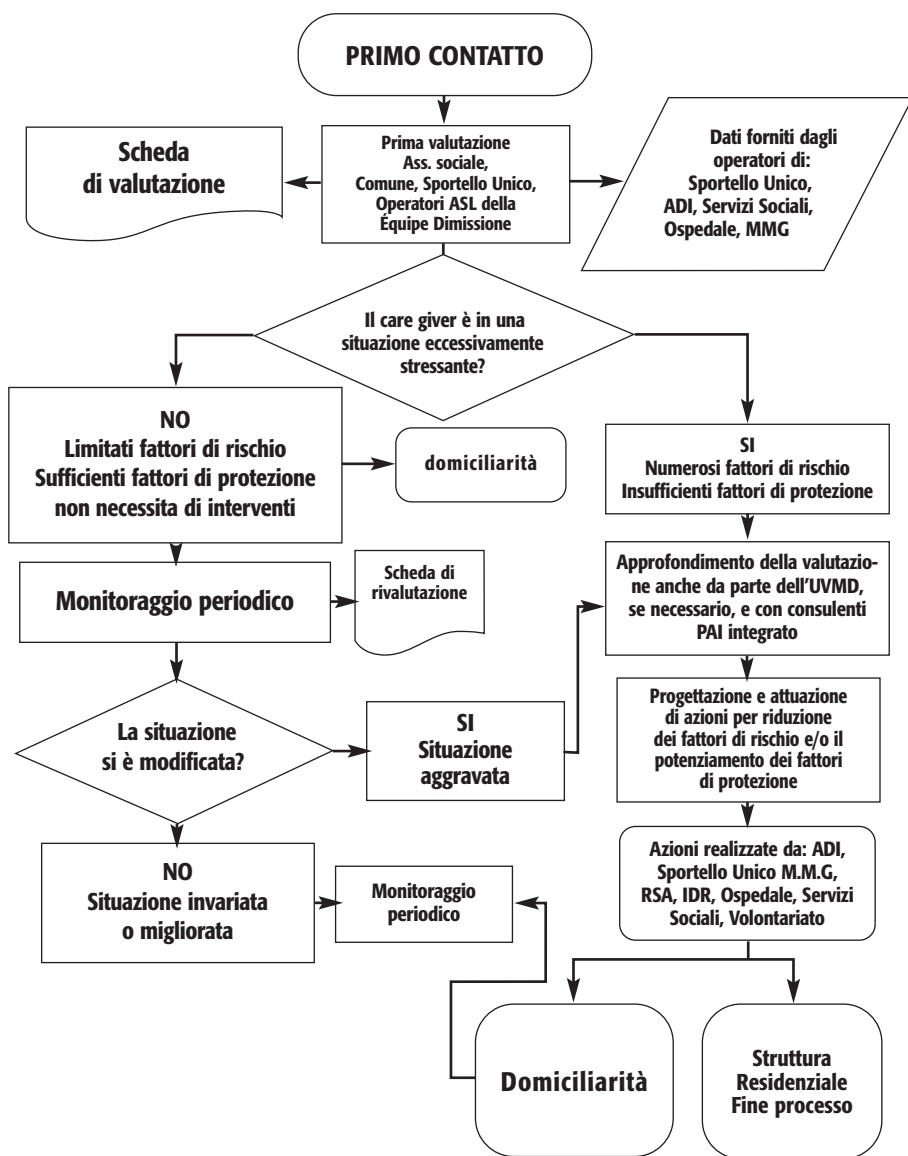
Per registrare i dati, utili alla valutazione dell'impegno assistenziale e della sua sostenibilità, nonché per ipotizzare azioni correttive, di contenimento del carico assistenziale e di sostegno al caregiver e alla famiglia, sono state predisposte due schede, una per la valutazione ed una per la rivalutazione periodica (cfr. schede pagg. 86-90), strutturate per raccogliere informazioni che riguardano i principali fattori di stress/rischio, i possibili fattori di protezione e gli eventuali segnali di carico eccessivo, come più sopra descritti.

La compilazione è affidata all'Assistente Sociale (del Comune o dello Sportello Unico) e/o all'operatore dell'Équipe Dimissioni (E.D.) dell'ASL attivo presso l'Ospedale di Pieve di Coriano.

Per un utilizzo ottimale, si sta valutando la possibilità di renderle disponibili on-line, inserendole nella cartella informatica condivisa, prevista dal progetto dell'ASL in esecuzione della DGR 8243 del 22/10/2008 (vedi cap. 6).

4 – La pianificazione del processo di osservazione e valutazione della situazione del caregiver e della sua famiglia.

Il processo di osservazione e valutazione del caregiver e della famiglia è descritto dal diagramma di flusso riportato alla pagina seguente.



La valutazione della situazione del caregiver e della famiglia

La valutazione complessiva della situazione è affidata alle competenze degli operatori, non potendo discendere da un semplice conteggio quantitativo dei vari elementi; richiede infatti un'analisi qualitativa, che tenga conto anche dell'interazione tra i diversi fattori e di come questi agiscano rispetto agli equilibri familiari.

All'esperienza clinica degli operatori è affidato anche il compito di stabilire i tempi del monitoraggio periodico, tenendo conto della situazione e della relazione instaurata con il caregiver e con la famiglia; in linea di massima si può prevedere almeno una verifica ogni quattro mesi.

Gli interventi per il contenimento del carico e il sostegno del caregiver e della famiglia

Per contenere il carico assistenziale e sostenere il caregiver e la famiglia, è indispensabile programmare interventi individualizzati, orientati al contenimento degli specifici fattori di rischio/stress che gravano sulla singola situazione e al potenziamento di adeguati fattori di protezione.

È convinzione dell'équipe dell'UVMD che gran parte dei possibili interventi, che gli operatori potranno attivare grazie alla rete territoriale, di fatto siano già disponibili e attuati sul territorio; l'obiettivo del progetto è quindi di coordinare le risorse in una programmazione unitaria e coerente, attuata in tempi e modi concordati tra i vari soggetti, per ottenere la massima sinergia ed efficacia. Anche in questa fase risulta quindi fondamentale assicurare l'ottimale funzionamento della rete. È possibile distinguere differenti livelli di intervento a favore del caregiver e della famiglia:

a) Interventi a livello socio-sanitario e socio-assistenziale

- counseling sociale e socio-sanitario;
- attivazione del MMG come referente stabile sia per il paziente che per il caregiver;
- erogazione di voucher/credit/ADI;
- fornitura puntuale di presidi sanitari, protesica minore e maggiore
- inserimento in strutture semi-residenziali o residenziali, anche per ricoveri di sollievo;
- interventi assistenziali di supporto (SAD, pasti, trasporto...);
- interventi economici (fondi per le assistenti familiari, contributi);
- agevolazioni tariffarie ENEL (per pazienti in ventilazione assistita, per le famiglie con pazienti affetti da SLA ecc.);
- attivazione pratiche invalidità;
- sostegno diretto alle attività di *care* (attraverso progetti specifici come il progetto Alzheimer, il volontariato ecc.);
- consulenza/orientamento in ambito lavorativo per la richiesta di permessi, aspettativa, part-time;
- colloqui periodici con operatori delle cure domiciliari e/o con l'assistente sociale per la verifica dell'andamento dell'assistenza domiciliare.

b) Interventi a livello informativo

- diffusione ai caregiver di materiale informativo, di facile consultazione, sulle prestazioni, le risorse e i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali;
- counseling del MMG e del Medico delle Cure Domiciliari al caregiver e ai familiari sulla situazione clinica del paziente e sulle cure disponibili, sul decorso e sulla prognosi della malattia, sui segnali di cambiamento ai quali la famiglia dovrà prestare attenzione e su quanto potrà essere opportuno fare nelle diverse eventualità; su ogni altro aspetto della situazione che il medico ritenga utile che il caregiver conosca e comprenda e su qualsiasi elemento crei dubbio o apprensione in lui e nei familiari.

c) Interventi a livello psicologico

- valutazione e counseling psicologico (anche a domicilio con consulenti PAI integrato);
- colloqui di sostegno psicologico;
- consulenza familiare;
- psicoterapia individuale o della famiglia;
- gruppi di mutuo aiuto;
- valutazione e/o la presa in carico psichiatrica (anche a domicilio con consulenti PAI integrato).

Sarà compito dell'UVMD monitorare e valutare l'andamento del progetto.

Dopo sei mesi è prevista una verifica qualitativa della scheda di valutazione e una verifica qualitativa delle comunicazioni, degli scambi e della collaborazione tra i soggetti della rete.



SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE DEL FAMILIARE CAREGIVER

Fattori di stress e di rischio

Dati del paziente

sexo del paz.: M F

età anni:

Diagnosi:

Anno della diagnosi:

Livello di gravità:

- parzialmente autosufficiente, ma non può vivere da solo
- non autosufficiente
- non autosufficiente con problemi psichici e/o comportamentali
- in fase ingravescente

Speranza di vita:

- terminale
- meno di 1 anno
- da 1 a 3 anni
- più di 3 anni

note eventuali:

Dati relativi al caregiver e alla famiglia

sexo del caregiver: M F

età: <50 50-65 >65

stato civile:

- celibe/nubile
- coniugato/a
- separato o divorziato
- vedovo/a

professione:

figli minorenni a carico:

figli maggiorenni a carico:

grado di parentela col familiare da assistere:

note eventuali:

Impegno assistenziale

(da quanto tempo fa assistenza? se vive con il familiare assistito da quanto tempo? Quante ore al giorno impiega per l'assistenza? anche di notte? deve assistere anche altri familiari? chi lo aiuta nel compito dell'assistenza? ogni altro elemento utile a descrivere la situazione)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situazione lavorativa e sociale del caregiver

(orario di lavoro. Ha lasciato il lavoro o ridotto l'orario per poter fare assistenza? Ha difficoltà a conciliare lavoro e assistenza? Ha ridotto il tempo libero, lo svago, o i rapporti sociali? Ogni altro elemento utile a descrivere l'a situazione)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situazione economica del caregiver e della famiglia:

.....

.....

.....

.....

.....

Livello socio-culturale del caregiver: modesto medio elevato

Negli ultimi 3 anni ci sono stati lutti o altri

eventi traumatici o stressanti per la famiglia? SI NO

Se si, specificare:

.....

Situazione emotiva del caregiver prima della diagnosi del familiare

(il caregiver soffre di disturbi psichici come ansia, depressione, instabilità emotiva? Era in conflitto con qualche persona della famiglia o sul lavoro? Indicare ogni altro elemento utile a descrivere la situazione)

.....
.....
.....

Rapporti attuali del caregiver col familiare assistito e con la famiglia:

.....
.....
.....
.....
.....

Qual è il familiare su cui il malato si appoggia maggiormente?

il caregiver un altro familiare (specificare:)

Qual è il familiare più preoccupato per il malato?

(per quale motivo?)

.....

Qual è il familiare che sta reagendo peggio alla malattia?

(per quale motivo?)

.....

Qual è il familiare più adirato per i problemi creati dalla malattia e dall'impegno di assistenza?

(per quale motivo?)

.....

Significato attribuito dal caregiver alla situazione:

.....
.....
.....
.....

Il caregiver cosa pensa possa accadere alla famiglia se le condizioni del malato peggiorassero:

.....
.....
.....

Indicatori di carico eccessivo

	<i>mai</i>	<i>a volte</i>	<i>spesso</i>	<i>sempre</i>
Difficoltà di gestione dei comportamenti del malato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensazione di impotenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disperazione (sentirsi in trappola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimenti di isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabilità emotiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costante stato di allerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi cognitivi o comportamentali (es.: vuoti di memoria, calo della vigilanza, percezione di confusione e disorientamento, fenomeni allucinatori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fattori di protezione

	<i>a giudizio del caregiver</i>			<i>a giudizio dell'operatore</i>		
	<i>scarsa</i>	<i>migliorabile</i>	<i>buona</i>	<i>scarsa</i>	<i>migliorabile</i>	<i>buona</i>
Capacità di chiedere aiuto alla rete sociale e ai servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di gestire le difficoltà e tollerare lo stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualità e dimensioni della rete sociale di supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni corrette sulla malattia (cure, decorso, prognosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regolarità nella fornitura di presidi, protesica, prestazioni sanitarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapida disponibilità del medico di famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilità di ricorrere a ricoveri di sollievo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazione complessiva del caregiver rispetto alla propria situazione:

.....

.....

.....

Valutazione complessiva dell'operatore:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

nome dell'operatore che compila questa scheda:

Scheda compilata con informazioni provenienti da:

- Assist.Sociale / operat. Servizi Sociali
- Sportello Unico
- Operatori SAD
- Operatore ADI o case manager ASL
- Operatore ospedale o medico di famiglia,
- altri (*specificare*):

Intervento programmato	<i>chi lo attua</i>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prossima verifica:

data:

11.2 Attivazione di un percorso interistituzionale per il sostegno al caregiver e alla famiglia: alcuni aspetti di contesto di Claudio Piccina *

La senilità è una lunga fase della vita e gli studiosi ne distinguono due diversi momenti:

1. Un primo, che corrisponde a quella che è definita la "terza età": è un periodo caratterizzato da livelli prioritari di autonomia, in cui la persona è molto attiva e in grado di decidere per sé; costituisce anche una risorsa importante per la famiglia e per la comunità.
2. Un secondo, in cui comincia a subentrare la fragilità e compaiono i primi segnali di una qualche forma di dipendenza fisica o psichica; è chiamata "l'età della grande senilità" o "Quarta età". È lo spazio del limite della vita, quello in cui l'anziano impara a mettere al primo posto le cose indispensabili per vivere e in cui si realizza il *primato dell'essenzialità*, ovvero in cui la salute e il mantenimento di qualche forma di autonomia vengono ad essere gli obiettivi di primaria rilevanza. Questa fase subentra solitamente dopo i 75 anni di età, ma non necessariamente, poiché riguarda anche coloro che vivono una disabilità grave, persone che per le vicende della vita hanno perso la loro autonomia, ecc. È una condizione quindi che può essere trasversale a diverse fasce di età.

Gli anziani ultrasessantacinquenni residenti nel territorio del Destra Secchia al 31/12/2008 sono 11.760, di cui 7.881 anziani di età compresa tra i 65 e i 79 anni, e 3.879 anziani di 80 anni e oltre.

popolazione ultra65enne residente nel Distretto di Ostiglia anni 2005-2008

fasce di età	anno 2005			anno 2008		
	maschi	femmine	Totale	maschi	femmine	Totale
65-79 anni	3.625	4.632	8.257	3.540	4.341	7.881
80 anni e oltre	1.176	2.417	3.593	1.245	2.634	3.879
Totale ultra65enni	4.801	7.049	11.850	4.785	6.975	11.760

I dati qui riportati sottolineano come sul territorio – che di fatto registra da anni la percentuale più alta di anziani di tutta la provincia – sia presente una rilevante quota di popolazione in una fascia d'età che vede ridotti i livelli di autonomia.

* Responsabile Ufficio di Piano, ambito territoriale di Ostiglia.

Si evidenzia come, di conseguenza, accanto ad interventi a bassa soglia sia necessario pensare al potenziamento di interventi sia domiciliari che residenziali, di supporti di carattere sia sociale che sanitario, per aiutare l'anziano non autosufficiente a rimanere nella sua dimora abituale.

La famiglia è il primo dei soggetti che svolge un ruolo fondamentale per il benessere della persona anziana, parzialmente o del tutto non più autosufficiente. La non autosufficienza comporta infatti la necessità di accudimento continuo da parte dei familiari, i quali richiedono una puntuale attenzione e presa in carico che assicurino affiancamento e sollievo alle famiglie.

La domiciliarietà dell'anziano deve quindi essere sostenuta da interventi di graduale presa in carico da parte dei servizi, senza prescindere dalla valorizzazione del lavoro di cura da parte dei familiari, caregiver e assistenti familiari, che vanno tutti opportunamente e a diverso titolo sostenuti dai servizi.

Il sostegno alla famiglia può avvenire attraverso interventi a "bassa soglia" e interventi ad "alta soglia".

Gli interventi a bassa soglia sono costituiti da supporti informativi sui servizi, segretariato sociale per il disbrigo di pratiche, sostegno all'associazionismo ecc. Per interventi ad alta soglia si intendono invece gli interventi parzialmente sostitutivi del familiare: l'assistenza domiciliare per cura ed igiene della persona anche in orario serale (tramite voucher), i servizi di trasporto presso strutture sanitarie o per consentire la frequenza dell'anziano ai centri diurni.

Le linee di indirizzo regionali per la riscrittura del Piano di Zona hanno dato precise indicazioni, sottolineando i punti chiave per l'individuazione dei prossimi obiettivi, mettendo in primo piano *la centralità del sistema famiglia* e richiedendo espressamente, nella programmazione, *interventi di promozione e supporto alla genitorialità e al protagonismo familiare (sostegno alla maternità, sostegno alle famiglie con figli minori), sostegno alla domiciliarietà, attraverso la valorizzazione del lavoro di cura (familiari caregiver e assistenti familiari) e progetti di continuità assistenziale.*

Tra gli obiettivi del nuovo Piano di Zona è pertanto prevista l'adozione di misure finalizzate da una parte al riconoscimento economico del lavoro di cura e assistenza reso dal caregiver familiare e, dall'altra, a mettere a regime, nell'arco del triennio 2009-2011, le azioni già identificate con la circolare regionale 41/2007 "Prime indicazioni per l'attuazione di interventi mirati al sostegno del lavoro di cura prestatato da assistenti familiari".

Anche questo obiettivo si pone nell'ottica degli interventi di supporto alla domiciliarietà e di sostegno alla famiglia con carichi di cura.

Affinché possa trattarsi di un reale intervento di sostegno, è necessario che il contributo economico, individuato in questa circolare, contribuisca alle spese derivanti dalla regolarizzazione dei contratti di lavoro e per il pagamento delle spese per

l'assistente familiare; altri interventi possibili di affiancamento alla famiglia sono le azioni di tutoring domiciliare, di sostegno alla formazione delle assistenti familiari e di sostegno alla rete di incontro.

Infine a partire dal 2009, coerentemente con quanto previsto dal Piano di Zona, si è rafforzata la sinergia con il Distretto Sociosanitario dell'ASL. È proprio in quest'ottica di integrazione che s'inscrive il progetto per *l'attivazione di un percorso interistituzionale per il sostegno al caregiver e alla famiglia* illustrato nel precedente paragrafo.

11.3 Tavola rotonda: le potenzialità dell'assistenza a domicilio Distretti di Suzzara e Ostiglia

*Modera la dott.ssa Maria Beatrice Dall'Oglio, Direttore dei Distretti di Suzzara e Ostiglia
Conduce le interviste la Dott.ssa Marzia Sandri, giornalista dell'Ufficio Stampa
dell'ASL di Mantova*

Sandri: Iniziamo questa tavola rotonda con *Sondra Ghidini, Coordinatore Infermieristico della Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale di Pieve di Coriano*. Le chiediamo di illustrarci il punto di vista dell'Ospedale sul tema dell'integrazione "Ospedale e Territorio" e l'esperienza progettuale "dimissioni protette" in fase di implementazione tra l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma – Ospedale di Pieve di Coriano – e il Distretto Socio – Sanitario di Ostiglia dell'ASL di Mantova. In particolare come può essere attuata la pianificazione della dimissione? Quali sono le componenti che entrano in gioco nella formulazione di un piano di dimissione? Come si attua "l'integrazione" nella presa in carico del paziente dall'ospedale al territorio?

Ghidini: La "continuità assistenziale" può essere definita come quel complesso di interventi che, senza mai andare incontro ad interruzioni di flusso o a ridondanza di cure, realizza un percorso assistenziale articolato in più servizi che si configura come intervento multidisciplinare, nella fase di passaggio tra la degenza ospedaliera, la dimissione e il post-dimissione.

Una dimissione conclude, quindi, un periodo di assistenza, diagnosi e cura per aprirne uno successivo, in cui la persona, se necessario, viene presa in carico da altri servizi o operatori. Rappresenta un momento particolarmente critico del ricovero, perché segna il passaggio da una tipologia di cure ad alta intensità ma occasionale, ad una caratterizzata da approcci di minor intensità ma continuativi, con orari, metodologie e professionalità diversi.

Preparare un paziente alla dimissione fa parte in modo integrato del cosiddetto "percorso di cura", o ancor meglio del percorso assistenziale definito come *care pathway*: la dimissione è oggi un aspetto cruciale del piano di assistenza e rispon-

de al diritto del paziente e dei suoi famigliari di essere coinvolti e accompagnati alla dimissione. Un paziente è pronto ad essere dimesso quando:

- è stato verificato che non ha più necessità di cure in regime di ricovero e può ritornare a casa, oppure proseguire il suo programma in una residenza per post-acuti o assistito mediante l'assistenza domiciliare;
- la decisione è stata presa da un team multidisciplinare che ha valutato le possibili criticità e il fabbisogno di presa in carico dopo la dimissione;
- il paziente sa di dover essere dimesso e si sente pronto, assieme alla famiglia, ad affrontare il passaggio.

È tuttavia vero che la dimensione clinica non è l'unico criterio che definisce la dimissibilità di un paziente; la fragilità non è determinata soltanto dalla patologia, ma anche da una serie di altri aspetti come le difficoltà sociali, le necessità assistenziali e la presenza o meno di caregiver. Si parla quindi di dimissione difficile quando, in seguito ad un evento acuto, segue una situazione di disabilità permanente o temporanea che richiede una riorganizzazione del sistema familiare.

Dall'esperienza maturata in questi anni emerge un contesto familiare sempre più residuale, ovvero la presenza di un solo coniuge, di un figlio disabile, o di un figlio anziano affetto da patologie di diversa natura, presenza di altro familiare che necessita di assistenza, per cui risulta che sono sempre meno le persone presenti in famiglia disponibili a portare aiuto e cura e quindi a svolgere il ruolo di caregiver.

Non è quindi solo l'anziano o il malato terminale in sé ad avere bisogno di aiuto, ma anche la persona temporaneamente "non autosufficiente" in un contesto familiare precario. Sovente la "non autosufficienza" subentra dopo un evento acuto a cui seguono condizioni di disabilità grave più o meno temporanea, da qui nascono le difficoltà nella "dimissione dall'Ospedale".

Le difficoltà alla dimissione ospedaliera dipendono quindi da molteplici fattori:

- frequente imprevedibilità dell'evento che coglie impreparata la famiglia;
- persone sole con deficit cognitivo o con scarse risorse economiche;
- mancanza di autonomia o autonomia molto limitata del paziente, che richiede una riorganizzazione del sistema familiare importante;
- assenza di figure familiari (coniuge, figli) o presenza di familiari con età avanzata, non in grado di farsi carico dell'assistenza;
- complessità dell'intervento sanitario in presenza di patologie gravi.

Dalla letteratura si stima che il 2-3% di tutte le dimissioni siano da classificare come difficili. Quindi, prendendo in esame il numero complessivo delle dimissioni nell'anno 2008 presso il Presidio Ospedaliero di Pieve di Coriano equivalente a 6.400 pazienti dimessi, il numero delle dimissioni difficili potrebbe aggirarsi presumibilmente tra i 128 ed i 192 casi all'anno.

Questo dato ci ha portato necessariamente a considerare la dimissione come un processo che richiede un'adeguata pianificazione e un approccio multidisciplinare: ciascun professionista è impegnato nella stesura di un piano di interventi che deve comprendere una valutazione del paziente, la pianificazione, l'applicazione e il monitoraggio degli interventi, nonché l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie.

Distinguiamo la dimissione pianificata dalla dimissione protetta:

- pianificazione sottolinea, come già accennato in precedenza, una dimensione progettuale e organizzativa finalizzata a preparare un piano anticipato di dimissione;
- protetta indica una presa in carico delle necessità sanitarie, assistenziali e sociali del paziente da parte di strutture residenziali di lungodegenza, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio o presso centri di accoglienza sociali.

Prima di avviare il progetto sperimentale tra il Distretto di Ostiglia dell'ASL di Mantova e il Presidio Ospedaliero di Pieve di Coriano dell'Azienda Ospedaliera "C. Poma" di Mantova, l'UVMD di Ostiglia si è posto una serie di domande determinanti nella progettazione e nella definizione di un percorso condiviso di dimissione:

- quali sono le conseguenze delle dimissioni improvvisate, impreparate, precoci o tardive sullo stato di salute del paziente e quale impatto sull'organizzazione dei servizi?
- quali sono i pazienti "fragili" o a rischio di una dimissione difficile?
- con quali strumenti possono essere identificati precocemente?
- come può essere attuata la pianificazione della dimissione?
- quali sono i vantaggi delle dimissioni pianificate sul singolo paziente e sulla sua famiglia?
- come possono essere misurate le ricadute di un piano di dimissione ben gestito?

Sostanzialmente il progetto è finalizzato ad ottimizzare il periodo di degenza e nel frattempo a garantire la continuità degli interventi di cura e di riabilitazione, riducendo quindi ricoveri impropri e ingressi ripetuti ed evitabili e garantendo un'assistenza personalizzata attraverso una risposta unitaria e multidisciplinare.

Gli obiettivi delineati sono:

- preparare tempestivamente il paziente e i suoi famigliari alla dimissione;
- attivare percorsi clinico-assistenziali integrati che proseguono anche dopo la dimissione, tenuto conto della rete dei servizi socio assistenziali presenti sul territorio;
- valorizzare il ruolo della famiglia e delle risorse informali come partner del team assistenziale;
- creare un'adeguata integrazione fra ospedale e territorio.

Il progetto sperimentale dimissioni protette prevede sostanzialmente tre momenti fondamentali:

1. individuazione precoce dei “pazienti fragili” ricoverati in Ospedale e pianificazione della dimissione;
2. preparazione tempestiva del paziente e dei famigliari alla dimissione attraverso una presa in carico condivisa tra ospedale e territorio;
3. attivazione di percorsi clinico-assistenziali integrati dal punto di vista sociale e sanitario che proseguono anche dopo la dimissione.

Il diagramma di flusso qui riportato descrive le attività previste per la pianificazione di una dimissione protetta con l'intervento dell'équipe di dimissione.

elementi in ingresso	responsabilità	attività	descrizione attività	elementi in uscita
prima valutazione del paziente all'ingresso in unità di degenza.	Medico e Infermiere Unità di degenza.	Valutazione del paziente.	Il medico effettua un'accurata anamnesi compilando quanto richiesto in cartella clinica. Il medico compila anche la parte relativa all'anamnesi sociale. L'infermiere effettua una prima valutazione dei bisogni assistenziali e raccoglie ulteriori informazioni sulla situazione abitativa e familiare del paziente come previsto in cartella clinica.	Prima valutazione del paziente per una corretta pianificazione della dimissione.
Segnalazione alla UVMD e formulazione di una proposta di piano di dimissione individualizzato	Medico Coordinatore Infermieristico (Infermiere in sostituzione) Unità di degenza	Segnalazione del caso Presa in carico del caso da parte dell'E.D. Formulazione di una proposta di Piano di dimissione Condivisione del Piano di dimissione con l'unità di degenza e con i famigliari Équipe Dimissioni (E.D.)	Il medico compila la scheda di valutazione prevista per la segnalazione del caso (scheda clinica informativa). Il coordinatore infermieristico completa la scheda con le informazioni di natura assistenziale. Il medico valida la scheda clinica informativa del paziente. La scheda deve essere compilata almeno entro il 2°-3° giorno dal ricovero del paziente ed inviata al Distretto di Ostiglia. L'équipe di dimissione (E.D.) si reca in Ospedale per la presa in carico del caso, che avviene attraverso colloqui pianificati con il paziente e con i suoi famigliari. Gli incontri sono previsti nelle giornate di martedì e giovedì dalle ore 12.00 alle ore 13.00 in ospedale. I casi più complessi vengono presentati in UVMD per le valutazioni del caso	Segnalazione del caso Presa in carico del caso da parte dell'E.D. (équipe di dimissione)

(segue)→

→(segue)

elementi in ingresso	responsabilità	attività	descrizione attività	elementi in uscita
messa in atto del piano di dimissione	Équipe Dimissioni	Coinvolgimento del medico di medicina generale sul piano di dimissione. Attivazione dei servizi territoriali interessati nel piano di dimissione.	L'E.D. verifica le condizioni necessarie per realizzare il piano di dimissione e/o si attiva perché queste condizioni possano realizzarsi. L'E.D. si fa carico di informare, attraverso apposito report, l'unità di degenza interessata quando si sono concretizzate le condizioni necessarie per la dimissione protetta e per l'assistenza successiva. L'UVMD attiverà l'operatore o più operatori a seconda della complessità del caso (medico cure domiciliari, infermiere, assistente sociale). In accordo con il medico dell'unità di degenza l'E.D. prenderà gli opportuni contatti con il Medico di Medicina Generale, se necessari, per comunicare e condividere il piano di dimissione.	Definizione e messa in atto del piano di dimissione protetta
Dimissione protetta del paziente	Medico e Infermiere dell'unità di degenza Équipe Dimissione Medico di Medicina Generale	Lettera di dimissione Dimissione del paziente	Il medico dell'unità di degenza predispone la lettera di dimissione. L'infermiere dell'unità di degenza predispone la scheda di dimissione infermieristica. In caso di attivazione del servizio ADI (Assistenza domiciliare integrata) il medico dell'unità di degenza evita la dimissione nelle giornate del venerdì pomeriggio, sabato, domenica e festività in generale per problemi di approvvigionamento dei farmaci e dei presidi nonché per l'attivazione del medico di medicina generale.	

Il progetto ha preso avvio in fase sperimentale dal 22 settembre 2009 e coinvolge per il momento una sola unità di degenza: la struttura complessa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Pieve di Coriano. Dopo tre mesi di sperimentazione si prevede una prima valutazione della casistica presa in esame e, nel contempo, anche l'individuazione di alcuni indicatori, sia di processo che di esito, che permettano di valutare gli outcomes.

Contemporaneamente si sta rivedendo la "scheda clinica informativa" di segnalazione del caso e le modalità di stesura della relazione di presa in carico del paziente, da fornire all'unità di degenza per garantire la continuità delle informazioni (l'informazione è il filo che lega l'assistenza da un professionista all'altro e tra più episodi di malattia) e quella continuità relazionale che permette di collegare le esperienze di assistenza già vissute con quella attuale e che garantisce al paziente punti stabili di riferimento.

I casi presi in carico dall'équipe di dimissione fino al 1 novembre 2009 sono stati complessivamente 27 e gli interventi effettuati sono stati i seguenti:

- Informazione, conoscenza e orientamento nei confronti dei famigliari sui servizi presenti sul territorio: dal servizio di assistenza domiciliare (SAD), al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), ai servizi semiresidenziali e residenziali;
- Inoltro delle domande presso strutture Riabilitative, Hospice e Residenze Sanitarie Assistenziali con facilitazione e semplificazione dei percorsi;
- Gestione dei collegamenti con i Servizi Sociali dei Comuni interessati;
- Gestione delle comunicazioni/informazioni dove necessario, con il Medico di Medicina Generale;
- Attivazione del supporto psicologico per i casi particolarmente complessi.

L'esperienza fino ad oggi effettuata conferma il bisogno di orientamento/accompagnamento dei pazienti e dei famigliari nel post dimissione, fase che necessita di percorsi strutturati, guidati e condivisi allo scopo di garantire, sulla base di un'analisi di appropriatezza della domanda, una reale fruizione dell'intera filiera di interventi che il territorio è in grado di offrire, in una logica di sistema: accesso, valutazione multidimensionale, piano di dimissione individualizzato, presa in carico, care management, continuità assistenziale.

Un altro aspetto fondamentale, che è necessario sottolineare, riguarda l'importanza della presa in carico da parte dell'équipe di dimissione direttamente in Ospedale che, oltre a facilitare il passaggio delle informazioni tra gli operatori, permette una prima analisi del caso e rende possibile fornire al paziente e alla famiglia indicazioni appropriate sui servizi da attivare dopo la dimissione; in particolare permette di instaurare quel clima di fiducia che rafforza nelle persone la capacità di esprimere bisogni e domande, di conoscere e di operare con maggior consapevolezza le proprie scelte.

Sandri: Chiediamo ora al *Dr. Paolo Papazzoni, medico dirigente e Referente della Unità Operativa ADI produzione del Distretto di Ostiglia*, quali sono le principali criticità e le difficoltà cui si va incontro in tema di assistenza domiciliare nei rapporti con i Medici di Medicina Generale al momento delle dimissioni? E quali, invece, i fattori positivi che facilitano il processo?

Papazzoni: I rapporti tra il Servizio cure domiciliari ed i Medici di Medicina Generale sono stati sempre ottimi, con una collaborazione attiva che ha i suoi punti di forza nella naturale propensione all'ADI degli stessi, per una maggior tutela del paziente che, assistito al proprio domicilio, vive e sopporta meglio la sofferenza e la drammaticità della sua situazione, circondato dalle persone che più ama. A tranquillizzare la famiglia ed il malato contribuisce l'abilità ormai acquisita dalla maggior parte dei

MMG nell'affrontare certe urgenze, quali la sostituzione di un catetere urinario o la sua disostruzione, un *couretage* di certe piaghe da decubito, la politerapia infusionale con fleboclisi. A ciò si aggiunge la disponibilità del medico ad essere reperibile dalle ore 8 alle 20 per interventi a domicilio e/o telefonici, che sono fondamentali in qualsiasi tipo di assistenza domiciliare e che non deve esulare, ma semmai completarsi con la programmazione degli interventi ad accessi fissi.

Il medico specialista ospedaliero, quando viene richiesto a domicilio, lavora in sintonia con il medico di famiglia; la prestazione è mediata dalla preventiva autorizzazione del Servizio cure domiciliari che ne valuta appropriatezza ed esiti.

Il medico di famiglia del nostro distretto ha sempre potuto contare sulla disponibilità di uno specialista oncologo palliatore 24 ore al giorno, mantenendo una gestione quasi esclusiva dell'intervento infermieristico sul paziente. Ora il voucher flessibile propone un'organizzazione diversa e qualche MMG può nutrire dei timori nell'affidare a un setting assistenziale diverso la gestione della salute del suo paziente.

Può quindi avere difficoltà ad accogliere soluzioni terapeutiche (ospedalizzazione domiciliare compresa), che lo possano escludere dall'assistenza materiale del suo paziente, in una fase così critica della vita sua e dell'intera famiglia. D'altra parte alcuni medici di famiglia preferiscono evitare che si inseriscano figure estranee nella gestione di pazienti così impegnativi e fragili dal punto di vista sanitario e psicologico.

Nonostante questo è bene sottolineare che, già dagli anni novanta l'attività dell'ADI produzione, integrata con l'azione dei MMG, degli specialisti ospedalieri e dell'ANT, rappresentava il fiore all'occhiello del Distretto di Ostiglia. Ad indicarne la grande collaborazione ed il valore riporto qui il numero e la tipologia dei pazienti che sono stati seguiti in ADI nel 2006.

In quell'anno sono stati seguiti a domicilio 298 pazienti di cui 146 neoplastici oltre che ai post ictus e cardiopatici.

Il dato relativo ai decessi, oltre il 50% dei pazienti di quell'anno, di cui 93 neoplastici, evidenzia la gravità delle situazioni seguite; questi pazienti sono morti in altissima percentuale a casa loro. Analoghi volumi di attività si sono registrati tra il 2002 ed il 2007 e stanno procedendo con la stessa intensità anche oggi.

Alla fine del 2006 dei 298 pazienti seguiti ne sono sopravvissuti 139 per poi arrivare alla fine 2007 con un numero simile all'anno precedente.

L'attività di organizzazione dell'assistenza sul territorio del Distretto di Ostiglia operata dal Servizio cure domiciliari è stata molto intensa. L'ADI produzione nel 2008 ha attivato, di concerto con il MMG, 582 voucher di vario livello e 144 credit gestiti da pattanti. Nel 2009 c'è stato uno spostamento dell'assistenza domiciliare esternalizzata dal voucher (281) verso il credit (598), per non ostacolare l'attività dei SAD comunali e per non determinare un'imbarazzante cambio di personale nella somministrazione dell'igiene intima al paziente non autosufficiente.

I voucher flessibili attivati per il paziente oncologico terminale sono stati 25, il nu-

mero è contenuto per i motivi che ho già sottolineato. L'attività organizzativa è stata intensa e impegnativa, se la si raffronta con l'attività di tutta la provincia di Mantova; al 30/09/09 sono stati attivati 1270 voucher e 1387 credit. La ragione di un dato così elevato è anche da attribuirsi all'alto indice di vecchiaia che caratterizza il distretto di Ostiglia.

Sandri: Relativamente invece al "modello Suzzara" sentiamo ora l'esperienza di *Roberta Redolfi, assistente sociale dell'ASL che collabora con lo Sportello Unico di Suzzara* e presta la propria attività anche per l'Ospedale di Suzzara. Quali sono gli aspetti più significativi che si possono registrare nell'ambito dell'esperienza maturata nell'ospedale di Suzzara? Quali criticità emergono nei rapporti con le famiglie al momento delle dimissioni del paziente?

Redolfi: La mia esperienza all'interno dell'Ospedale di Suzzara è nata per iniziativa della direzione ospedaliera che, nell'ambito del contratto di servizio con l'ASL, ha richiesto la disponibilità di un'assistente sociale del Distretto socio-sanitario che seguisse, all'interno della struttura ospedaliera, per 8 ore la settimana le dimissioni dei pazienti. Cercando di sintetizzare questa mia esperienza, la parola a cui penso immediatamente è complessità. Quando parliamo di interventi di aiuto e di relazione di aiuto, non possiamo non pensare alla complessità: è parte integrante, il presupposto di ogni intervento di aiuto e, in questa esperienza, mi è sembrata costituire la mia guida, in tutto il significato che per me riveste questo termine sia come persona che come operatore.

Complessità come realtà diverse che convivono, punti di vista diversi anche tra loro opposti, confusione, disordine, difficoltà, creatività.

Pensando agli elementi importanti di questa mia esperienza mi sono trovata a fare un parallelo tra me e quel che stavo vivendo e i familiari; ovviamente è qualcosa che faccio oggi, a tre anni di distanza dall'inizio di tutto ciò; allora non capivo bene, la complessità e la conseguente confusione non mi mettevano nelle condizioni di pensare. Le mie riflessioni sono arrivate dopo, sono nate nel percorso dell'esperienza, si sono sviluppate via via che mi sperimentavo in questo nuovo campo.

Mi sono ritrovata in questa esperienza da un giorno all'altro, portando con me la competenza professionale ed emotiva dei miei 50 anni, ma con scarse conoscenze dell'area delle dimissioni protette, perché area in cui non avevo mai operato.

Mi sono sentita catapultata in un mondo che non conoscevo, con la percezione di trovarmi tra due mondi che si incontravano, ma che mi risultavano molto diversi, uno era il mio mondo e l'altro un mondo estraneo. Da un lato c'era l'ASL, con la figura professionale dell'assistente sociale, il mondo del territorio, del sociale, della prevenzione, dell'integrazione, delle relazioni, della rete dei servizi; dall'altro c'era l'ospedale con figure professionali di tipo sanitario – il medico e l'infermiere, emblema della sa-

nità – il mondo della malattia e della cura, autocentrico, autoreferenziale, che vede il corpo come oggetto fondamentale di attenzioni e di operatività.

Al centro di questi due mondi il paziente e la sua famiglia visti, da questi due mondi, da punti di vista diversi.

Non nascondo di avere provato panico e paura, timore, un senso di estraneità, di difficoltà a comprendere il significato di questa nuova esperienza; mi ritrovavo nel luogo antitesi di ciò che era stato fino a quel momento il mio luogo professionale: la struttura, l'apparato sanitario, i medici, la cura. Tuttavia non nascondo di avere provato anche un senso di curiosità, di fascino, di interesse, la sensazione che potesse essere un'occasione, di cosa non lo sapevo.

Mi sono trovata davanti ai pazienti ma soprattutto ai familiari spaventati, disorientati, che non capivano cosa stava accadendo e perché dovevano parlare con me. Chi ero io? Cosa stavo a fare in ospedale?

Anche gli sguardi del personale dell'ospedale mi rimandavano queste domande: chi è questa? Cosa ci sta a fare? Cosa sono tutte queste cose che ci chiede, queste moduli da compilare? Già abbiamo tanto da fare, cosa c'entriamo noi con il sociale?

Il lavoro è stato da subito piuttosto intenso e impegnativo e questo mi ha permesso di prendere contatto con la realtà.

In ospedale io incontro i familiari in una fase molto particolare e delicata; il ricovero ospedaliero, infatti, in molti casi rappresenta una linea di demarcazione tra un prima e un dopo: un prima in cui il coniuge, il genitore, il fratello, lo zio avevano mantenuto, pur essendo anziani, una buona autonomia che permetteva loro di svolgere le attività quotidiane in perfetta autosufficienza, in presenza di piccoli sostegni; un prima in cui, anche in presenza di una limitazione delle autonomie, era possibile la gestione del familiare nella propria casa, rispettando le sue abitudini, con le sue risorse. L'età anziana può far pensare alla malattia, alla morte prossima, vicina, possibile, ma la visione di una persona in salute allontana queste immagini al punto che sembrano riguardare altri. Il ricovero in ospedale a causa di un evento patologico importante può mandare in frantumi questa realtà in modo drammatico, violento, definitivo. Può rappresentare il punto di non ritorno, in cui non è più possibile allontanare la realtà della malattia, l'ipotesi di morte, la perdita, la separazione da figure emotivamente e concretamente significative.

Si profila così un dopo in cui il familiare può essere allettato, bisognoso di continue cure, presenza, assistenza, dipendenza; l'assetto familiare e quotidiano viene completamente stravolto: il marito non ha più la moglie che lo accudisce ma è chiamato lui stesso ad accudirla; oppure la moglie che deve farsi carico di tutta una serie di attività che prima erano compito del coniuge; o ancora i figli che devono assistere il padre o la madre, come fossero diventati loro i genitori dei propri genitori.

Io incontro questi familiari dopo due, tre, quattro giorni dall'evento morboso e incontro persone assolutamente confuse, disorientate: non hanno ancora ben ca-

pito cosa è successo; la sensazione è che siano sospese tra queste due realtà del prima e del dopo: frasi come “ma ieri andava in bicicletta”, “ha guidato la macchina fino a due giorni fa”, “domenica mi ha aiutato a preparare il pranzo”, fanno capire come da un lato ci sia la realtà del familiare in un letto d’ospedale, che magari non riconosce, non parla, non si muove, dall’altro ci sia l’immagine di come era pochi giorni prima, pochi attimi prima. In questa situazione, con i tempi dei ricoveri ospedalieri nella maggior parte dei casi molto brevi, i familiari si trovano a dover decidere in poco tempo che cosa fare.

Il lavoro che io ho provato e provo a fare, è aiutare i familiari a fare un po’ di ordine, partendo dalla conoscenza delle risorse presenti sul territorio, mettendole in relazione alle risorse personali e familiari, per cercare di individuare l’ipotesi più adatta, più percorribile, più realizzabile per loro. Il mio intervento, che si realizza in un tempo molto limitato – uno o al massimo due colloqui – inizia col fornire informazioni, ma non si limita a questo, non è solo supporto burocratico amministrativo, è anche e soprattutto orientamento e accompagnamento.

Informare la famiglia sulla rete dei servizi, sulle risorse a disposizione è la base da cui bisogna cominciare, ma non è sufficiente: è come se i familiari non sapessero che farsene di tutte le informazioni che metto loro davanti, come se non sapessero da dove partire, come prenderle. Per loro sono troppe, è troppo. Questa situazione mi ha ricordato la scena di un film, *La stanza di Marvin*, nel quale un personaggio pronuncia questa frase: «Quello che provo è come una palla piena di ami da pesca, se provo a prenderne uno vengono su tutti e quindi li lascio dove sono».

Nel film questa immagine rappresenta una situazione diversa, parla della relazione tra una madre e un figlio, ma l’emozione espressa in questa frase mi sembra descrivere bene le emozioni dei familiari che incontro in ospedale: da un giorno all’altro si trovano una nuova realtà che è come quel gomitolino pieno di ami da pesca, dove tutto è confuso, intrecciato, e ogni volta che provano a fare un po’ di ordine, cercando di prendere un amo, tutto si intreccia ancora di più.

L’intervento di orientamento e di accompagnamento è “aiutare il familiare a fare un po’ di ordine”: «che cosa desidero per mio padre, che cosa penso sia meglio per me, che cosa posso fare come famiglia?... Spero che tutto ciò non serva e che domani non ce ne sia più bisogno perché, passato questo brutto momento, tutto tornerà come prima, posso quindi pensarci domani. No, non posso pensarci domani perché il medico mi ha detto che domani lo dimette, ma come può dimmetterlo se non sta ancora bene, non è ancora in grado di alzarsi dal letto?...non è come prima, ma io non riesco a seguirlo così a casa, ho paura, se sta male non so cosa fare... cosa devo fare, chi posso chiamare, come faccio con il lavoro, sono vecchia anch’io e non ho nessuno, come faccio? E se muore?... No, non è possibile, andava in bicicletta ieri...».

L’intervento di orientamento e accompagnamento diventa il luogo in cui si può dare spazio a tutto ciò, a tutte queste domande, a tutta la confusione per cercare di fare

una prima riflessione, una prima valutazione, per formulare le prime ipotesi su cosa si può fare. È lo spazio in cui si può cominciare a dare significato al tempo, al tempo che passa. Se, infatti, da un lato per i familiari il tempo sembra essersi fermato a prima del ricovero, con la conseguenza che tutto deve essere risolto in breve tempo, subito perché sembra insopportabile l'angoscia, il dolore, dall'altro è possibile un nuovo percorso, dove il tempo riprende a scorrere anche se lentamente con fasi, tappe e anche con dolore: cosa è possibile fare oggi, cosa può essere fatto domani, cosa si può fare oggi che mi permetta di affrontare la situazione della dimissione e che può essere rivisto e cambiato domani?

Conosciamo tutti i meccanismi di difesa che si mettono in atto in queste situazioni; da questi dobbiamo partire perché hanno un loro significato poiché permettono ai familiari di affrontare la situazione dolorosa; possiamo però aiutarli a iniziare a prendere contatto con la nuova realtà aiutandoli a trovare cosa fare al momento della dimissione.

In questa fase di intervento in ospedale, durante la degenza del paziente, non è possibile "risolvere tutto" e dare una risposta ad ogni problema, ad ogni bisogno; è però possibile individuare ed attivare i primi interventi che diano una risposta immediata al momento della dimissione, indicando ai familiari i punti di riferimento a cui si possono rivolgere dopo e in molti casi anche mettendoli in comunicazione. La rete dei servizi è molto ricca ma può essere molto disorientante, molto complessa e quindi indicare con precisione i punti di riferimento fondamentali – lo Sportello Unico e il Servizio Sociale del comune – indicando numeri di telefoni e nomi di operatori da contattare, può indicare delle rotte, delle vie precise a cui fare riferimento.

Ritengo che assicurare questo tipo di intervento all'interno dell'ospedale sia stata una scelta importante, perché si colloca nel momento in cui i familiari iniziano a fare i conti con questo cambiamento, con questa nuova situazione; è parte integrante del percorso terapeutico ospedaliero, che rappresenta il luogo di partenza per muoversi verso il dopo, verso il fuori.

Da un lato è stato fondamentale che la richiesta sia nata dall'ospedale, che ha saputo comprendere che l'esigenza di ridurre i tempi di ricovero poteva essere affrontata supportando i familiari, con l'aiuto di un punto di vista – e quindi di un intervento sociale – diverso, da ricercare al di fuori. D'altro canto il Distretto Socio sanitario dell'ASL ha compreso che accogliere questa richiesta poteva essere un'opportunità, l'occasione di portare dentro le mura dell'ospedale lo Sportello Unico – servizio istituito pochi anni prima – per creare le basi per costruire un ponte tra il punto di vista e le conoscenze sanitarie dell'ospedale e il punto di vista e le conoscenze socio sanitarie del territorio.

Costruire questo ponte non è stato facile e penso che oggi non sia nemmeno ultimato, ma il trovarsi insieme ha permesso di provare e cominciare a costruirlo, insieme mettendo le nostre diverse conoscenze.

All'inizio è stato necessario conoscersi: io ho imparato a capire la realtà ospedaliera, le motivazioni, gli obiettivi, l'organizzazione; non nascondo che all'inizio ho vissuto quegli obiettivi come molto lontani da quelli dei servizi territoriali; ma poi, piano piano, ho capito che potevano esserci a volte anche punti di vista comuni, simili e soprattutto ho capito che quella volontà di "dimettere al più presto il paziente" – che a me sembrava così terribile, equivalente a "scaricarlo" ai familiari – poteva coniugarsi con una dimissione che garantisse l'attivazione dei servizi necessari e una continuità di cure sia sanitarie che assistenziali. Credo che dal proprio canto gli operatori dell'ospedale abbiano compreso che il servizio socio sanitario distrettuale, all'apparenza così poco significativo, rispetto alla complessità di una malattia e di un sistema organizzativo ospedaliero, utile solo per le persone disadattate, emarginate, a-sociali, poteva mettere a disposizione tutta una serie di competenze, che andavano dalla conoscenza precisa dei servizi e delle modalità di accesso, alla capacità di muoversi all'interno della rete con elasticità e duttilità, alla capacità di entrare in relazione e di attivare queste risorse anche in tempi brevi, alle competenze relazionali che permettevano di coinvolgere i familiari nell'attivazione stessa dei servizi.

Quindi, costruendo insieme lo stesso ponte per mettere in continuità la struttura ospedaliera con la rete territoriale, il momento della cura con la riabilitazione e il reinserimento, gli interventi sanitari con gli interventi sociali, il punto di vista sanitario e quello sociale, si è cercato e si sta cercando di aiutare i familiari ad unire l'evento morboso e l'esperienza in ospedale – esperienza drammatica e dolorosa, ma in cui tutto è definito, organizzato – con la vita fuori, dove ogni cosa è da ricostruire e da riorganizzare e dove ci si può sentire molto soli.

Ritornando al rapporto tra l'ospedale e il territorio, ad un certo punto ci si è trovati a ragionare insieme sulle criticità interne all'organizzazione ospedaliera e su quelle della rete dei servizi; condividendo l'analisi e la valutazione ci si è trovati a pensare ad azioni comuni che si sono concretizzate nel progetto per l'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale, il voucher flessibile. Nel Distretto di Suzzara il voucher flessibile è stato utilizzato molto più che in altri Distretti dell'ASL. Le motivazioni possono essere diverse, ma tra queste non posso non pensare che un'ipotesi progettuale analoga era nata ancora prima, dalle riflessioni condivise tra la Direzione dell'Ospedale, il medico oncologo, la Direzione del Distretto, il rappresentante del Comune capofila del Piano di Zona, per la stesura di un progetto costruito a più mani. Il voucher flessibile quindi è stato uno strumento operativo messo a disposizione dalla Regione, ma calato in un territorio in cui era già stato fatto un percorso preparatorio condiviso.

Il ponte non è stato costruito solo tra ospedale e servizi socio sanitari del Distretto, ma piano piano ne sono stati costruiti altri con diversi servizi dell'ASL, con le strutture residenziali, IDR e RSA, e hospice, con i servizi sociali comunali, con i MMG, con le strutture esterne alla provincia.

Anche in questo caso all'inizio il clima è stato di diffidenza, a volte di scarsa comprensione. Questo operatore – che ero io – che quasi tutte le settimane telefonava per segnalare questo o quel paziente, per chiedere chissà quali interventi, per chiedere sempre informazioni, cosa voleva?

Piano piano conoscendoci abbiamo trovato punti di vista comuni e credo sia stato compreso che il lavorare insieme permette di ragionare insieme su difficoltà che sono comuni e che si possono affrontare insieme.

Un breve accenno all'attivazione dell'UVMD che rappresenta il luogo dell'integrazione, riconosciuto formalmente come luogo in cui queste realtà realizzano progetti condivisi, valutando insieme e costruendo le ipotesi di intervento, attivando la rete. Esso rappresenta un salto di qualità, perché ha valorizzato il percorso "dimissioni protette" sviluppando ulteriormente la fasi successive alla dimissione. Se nei primi anni l'intervento si concludeva sostanzialmente con le dimissioni e solo in alcuni casi si erano create le basi per gli interventi successivi, ora l'attivazione dell'UVMD permette di seguire il progetto anche nelle fasi successive alla dimissione.

Sandri: Parliamo ora del voucher flessibile, di questa nuova opportunità assistenziale per i malati oncologici in fase terminale, con *Fernanda Bonaretti*, responsabile del dipartimento infermieristico dell'Ospedale di Suzzara, coordinatore del Day Hospital oncologico e del servizio di assistenza territoriale oncologico dell'Ospedale di Suzzara. A lei chiediamo cosa ci può dire riguardo all'esperienza fatta sul campo relativamente all'erogazione del voucher flessibile nell'ambito dell'ospedalizzazione?

Bonaretti: Vorrei iniziare con alcuni dati epidemiologici, forniti dall'ADI relativamente alle patologie oncologiche. Il numero medio di decessi negli anni 2002-2004 è stato di 4.258, di cui il 30,3% per tumore.

Volendo calcolare l'utenza potenziale per le cure palliative, tra i pazienti deceduti per malattia neoplastica, si possono stimare circa 1161 persone (pari al 90% dei deceduti), di cui il 75-85% risulterebbero potenziali fruitori di cure palliative a domicilio e il 15-25% restanti in Hospice.

Questi dati indicano chiaramente come il contesto della malattia oncologica terminale sia particolarmente recettivo alla domiciliarità, sia per quanto riguarda il paziente che la famiglia. Inoltre ragioni economiche, legate agli altissimi costi delle degenze ospedaliere, fanno del domicilio sempre più un luogo di cura rispetto alle strutture sanitarie. L'assistenza domiciliare non presenta costi alberghieri, né di personale fisso e la razionalizzazione dei costi è ulteriormente controllata attraverso interventi programmati.

In generale le ragioni che testimoniano l'esigenza di spostare il peso dall'assistenza ospedaliera verso quella domiciliare – quando, ovviamente, questa è indicata ed appropriata – sono:

- l'aumento della popolazione anziana con patologia oncologica;
- l'elevato costo della degenza ospedaliera;
- la necessaria limitazione delle spese nel settore sanitario;
- l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri;
- la migliore possibilità di dimissioni se coordinate con l'assistenza a domicilio;
- la riduzione dei posti letto ospedalieri;
- l'importanza del rispetto delle scelte del paziente;
- la minore importanza data dall'utenza al ricovero ospedaliero.

In questo contesto i programmi di assistenza palliativa consentono un risparmio rispetto all'assistenza convenzionale, sia in forza di una ridotta ospedalizzazione, grazie alla maggiore permanenza al domicilio, sia per il mancato ricorso a procedure terapeutiche sproporzionate.

Il Progetto Dimissioni Protette avviato dall'ASL di Mantova ed attuato tramite gli erogatori del territorio – ivi compreso di recente l'Ospedale di Suzzara – ha perseguito nei precedenti anni di lavoro:

la costruzione di una rete, attraverso il coinvolgimento di soggetti sanitari pubblici e non, presenti sul territorio, allo scopo di realizzare la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia;

il consolidamento di una metodologia di lavoro in grado di costruire progetti personalizzati (Piano Assistenziale Individualizzato) a partire dalla valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente e della famiglia e dalla loro presa in carico; il trattamento domiciliare in collaborazione con l'ADI: 418 pazienti che hanno avuto accesso al Servizio, 190 (45%) hanno usufruito dell'assistenza domiciliare.

La naturale prosecuzione di questa sperimentazione è rappresentata dalla istituzione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata a favore di pazienti oncologici tramite il voucher oncologico.

Il punto qualificante di questo progetto di cure domiciliari ad alta intensità a favore di pazienti oncologici terminali è costituito dalle modalità di assistenza al malato ed ai suoi familiari. Per prendersi cura di queste persone è fondamentale una visione multidimensionale della loro situazione. Si tratta di una condizione esistenziale di disagio che, mai come in questi casi, non è riconducibile solo ad una malattia, che pure richiede anche competenti terapie mediche e cure infermieristiche, ma necessita da parte degli operatori di una capacità di accoglienza della persona nella sua interezza, senza dimenticare ancora una volta chi ne è coinvolto come familiare. Per assolvere a questo compito indispensabile è necessario impostare l'assistenza attraverso un lavoro di équipe in cui i ruoli dei vari operatori si integrino, per racchiudere il malato in una rete di professionalità partecipe, che valorizzi l'apporto di tutti e, soprattutto, sappia ascoltare i bisogni soggettivi e soddisfarli per perseguire, nonostante la malattia avanzata, una migliore qualità di vita.

I programmi di cura e assistenza che contraddistinguono l'approccio a queste situazioni si sviluppano intorno a tre nozioni fondamentali:

1. la multidimensionalità sia nella fase della valutazione che in quella dell'intervento, per offrire ogni possibile ragionevole risposta ai numerosi bisogni del malato e della famiglia;
2. la costituzione di una équipe multidisciplinare ed interdisciplinare, composta da specialisti in medicina palliativa, operatori sanitari e figure professionali, resa funzionale e capace di affrontare le molteplici problematiche emergenti;
3. l'identificazione delle caratteristiche proprie ed originali all'organizzazione del lavoro che, strutturali e funzionali nei processi, sono finalizzate all'efficacia e all'efficienza degli obiettivi incentrati sulla valutazione multidimensionale e sull'intervento pluridisciplinare.

L'Ospedale di Suzzara è ente accreditato presso l'ASL di Mantova per l'erogazione del voucher flessibile, ovvero di prestazioni di assistenza sanitaria al domicilio a favore di pazienti residenti o domiciliati nel distretto di Suzzara, affetti da patologia neoplastica e nella fase terminale della vita, che risultino quindi avere un punteggio uguale o inferiore a 60 sulla scala di Karnofsky.

L'assistenza viene garantita a mezzo di voucher socio-sanitario o di credit di 3° livello, erogabili per un massimo di tre al mese; viene assicurata in regime ordinario dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 e, per attività programmate, anche nei giorni festivi e prefestivi, nella medesima fascia oraria. È inoltre prevista una reperibilità telefonica infermieristica dalle ore 16.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì, e un eventuale accesso al domicilio se necessario.

L'équipe può contare sulla presenza di un medico oncologo – responsabile – un medico ematologo, un medico anestesista collabora con il servizio, personale infermieristico, personale di supporto OSS, uno psicologo che assicura anche la supervisione dell'équipe. Una centrale operativa è attiva, dalle 8.00 alle 16.00, dal lunedì al venerdì, per rispondere alle richieste, valutare il bisogno ed organizzare il servizio. I recapiti telefonici sono 0376/517760 e 3481000651.

Il servizio viene attivato dal Medico di Medicina Generale, quale responsabile sanitario del paziente a domicilio. L'Unità Operativa Cure Domiciliari del Distretto riceve la richiesta, e dopo una valutazione dell'appropriatezza, attiva l'Ospedale di Suzzara quale erogatore territorialmente competente.

La presa in carico richiede la valutazione delle condizioni del paziente, la stesura e la periodica rivalutazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), utilizzando strumenti validati di verifica dello stato clinico, dello stato funzionale, della presenza di dolore, del rischio di insorgenza di lesioni da pressione, dello stress dei *caregiver* (scala di Karnofsky, indice di Barthel, VAS, scala di valutazione della qualità della morte).

Sandri: Sempre sul tema del voucher flessibile, chiediamo invece a *Virginia Ghidoni, Caposala Referente dello Sportello Unico di Suzzara e caposala ADI produzione*, qual è l'esperienza registrata dal punto di vista dell'ASL e qual è l'offerta sul territorio a questo riguardo?

Ghidoni: Carissimi... Permettetemi di rivolgermi a voi in questo modo, ma sono ormai 20 anni che lavoro nell'assistenza domiciliare, ho lavorato con diversi operatori e con loro ho scambiato pareri e condiviso progetti. Ora sono qui a sostenere e parlarvi della mia esperienza nell'ambito dell'assistenza al paziente oncologico, con il voucher flessibile.

Quando il Dott. Malingher, oncologo, mi chiese di essere presente come operatore ASL nella presa in carico del paziente oncologico mi sono sentita onorata; chiesi al Direttore di Distretto, la Dott.ssa Dall'Oglio, se lo potevo fare e lei acconsentì.

Ora, se mi è permesso, voglio dirvi che il voucher flessibile è un tipo di assistenza globale. Perché globale? Perché non è rivolta solo al paziente, ma è anche di sostegno alla sua famiglia e al caregiver che lo assiste.

La presa in carico avviene al domicilio del paziente: sono presenti il medico di medicina generale, l'oncologo, l'infermiere professionale, l'operatore socio-sanitario ed io. Il Dott. Malingher comunica ed informa la famiglia del tipo di assistenza che verrà erogata, gli orari e si definisce assieme un progetto assistenziale individualizzato, il PAI.

Si lavora in équipe. L'équipe è formata da: l'oncologo, l'ematologo, l'anestesista, lo psicologo, l'infermiere professionale e l'operatore socio-sanitario. L'équipe si ritrova ogni martedì pomeriggio per discutere sui casi in assistenza; ci si confronta... e questo confronto è estremamente importante perché ci permette, quando necessario, di modificare l'intervento e migliorare l'assistenza.

Tutto viene valutato, anche quando un paziente muore. Ci si chiede come è morto, come la famiglia ha reagito alla perdita.

Nell'équipe si affronta anche questo. Inoltre viene chiesto all'operatore che l'ha assistito come si sente, come ha reagito.

Lavorare in équipe è difficile, ma se ci prefiggiamo lo stesso obiettivo e si parla la stessa lingua diventa facile e gratificante.

Voglio ricordarvi che a Suzzara l'assistenza infermieristica nasce nel lontano 1989. Veniva erogata dagli infermieri professionali dell'Ussl, ora ASL. Oggi viene chiamata ADI Produzione.

Oltre a questo tipo di assistenza diretta si erogano il voucher, il credit e le prestazioni estemporanee, garantiti dagli enti pattanti presenti sul territorio.

Infine volevo spendere due parole sull'UVMD e dire che la valutazione in équipe è fondamentale se si vuole garantire un tipo di assistenza globale, rivolta a quei pazienti e a quelle famiglie in situazione di fragilità.

Sandri: Parliamo ora dello Sportello Unico con *Rossella Balasini*, assistente sociale dello Sportello Unico del Distretto di Ostiglia e componente dell'Équipe Dimissioni Protette. In riferimento a questo primo periodo di attività, quali sono le problematiche emergenti e in che modo l'attivazione di questo servizio ha costituito un salto di qualità nella fase di accoglimento delle richieste provenienti dall'Ospedale di Pieve di Coriano?

Balasini: Già nel novembre 2007 è stato attivato il servizio "dimissioni protette", in carico allo Sportello Unico di Ostiglia, sulla scorta di un accordo tra il Distretto Socio sanitario e il Presidio Ospedaliero di Pieve di Coriano che ne definiva l'organizzazione. L'accordo prevedeva che la segnalazione dei casi al servizio potesse provenire dai reparti di degenza, dal day-hospital, dal paziente, dai familiari, da altri soggetti esterni (MMG, ente locale, volontari).

Il personale ospedaliero (in particolare la capo sala) doveva informare il paziente e i familiari dell'opportunità di rivolgersi al servizio "dimissioni protette" ed esplicitare i motivi che rendevano opportuno utilizzare questa risorsa.

Nello stesso tempo gli operatori sanitari del reparto di degenza segnalavano il caso, inviando via e-mail, entro tre giorni dal ricovero del paziente, la "scheda di segnalazione" allo Sportello Unico di Ostiglia.

La capo sala inoltre consegnava al familiare "la scheda clinica informativa" e il modulo "indicazioni per i familiari", che riportava l'elenco dei documenti necessari per un ricovero in struttura (IDR-RSA-RSD ecc...).

In seguito alla segnalazione l'operatore del servizio dimissioni protette prendeva contatto telefonicamente con il familiare e fissava un colloquio in un orario dedicato nelle giornate del lunedì pomeriggio e del mercoledì mattina, per individuare i bisogni, comprendere verso quale setting assistenziale fossero orientati i familiari e il paziente, per definire quindi il progetto assistenziale e attivare gli interventi ritenuti necessari e idonei.

Il servizio ADI collaborava alla valutazione delle situazioni nei casi in cui era previsto il rientro a domicilio e metteva in atto gli interventi concordati. Inoltre, instaurava e manteneva i rapporti con il MMG, coinvolto nella gestione del paziente.

L'operatore del servizio "dimissioni protette", utilizzando un'apposita modulistica, aggiornava via e-mail il reparto di degenza sugli interventi effettuati e infine segnalava quando si erano concretizzate le condizioni necessarie per una dimissione.

La tabella qui sotto riporta il volume di attività dello Sportello Unico di Ostiglia in quest'ambito.

	periodo novembre 2007 dicembre 2008	periodo gennaio 2009 ottobre 2009
Totale casi seguiti	100	122
Domande ingresso in IDR	62	71
Domande ingresso in RSA	32	9
Domande ingresso in RSD	1	
Domande ingresso in Hospice	2	1
Colloqui informativi	19	31
Domande invalidità civile	33	40
Domande ausili	35	67

Non sono mancate alcune criticità:

- mancanza di un referente ospedaliero che facesse da intermediario tra lo Sportello Unico e i vari reparti;
- iniziale incompletezza e intempestività delle segnalazioni;
- il venire meno, per un periodo, delle segnalazioni da parte dell'ospedale e il conseguente afflusso allo Sportello Unico dei familiari in modo non programmato;
- la necessità di agire rapidamente.

L'UVMD del Distretto di Ostiglia ha iniziato la sua attività nel mese di marzo del 2009. All'interno di questa équipe è presente un operatore dell'azienda ospedaliera che, fin dalle prime riunioni dell'UVMD, ha segnalato parecchie situazioni complesse, portate alla discussione per individuare le soluzioni assistenziali, successive al ricovero, più opportune.

Tale figura costituisce il *trait d'union* fra i reparti ospedalieri e lo Sportello Unico, soprattutto per le problematiche di tipo sociale, dal momento che invece è già consolidato un rapporto di collaborazione tra l'ADI distrettuale e il presidio ospedaliero.

Grazie al lavoro del gruppo di operatori dell'UVMD è stato messo a punto e attivato un progetto sperimentale di dimissioni protette "a garanzia della continuità assistenziale nella presa in carico del paziente fragile nei percorsi di cura", che assicura la presenza dell'assistente sociale dello Sportello Unico e di un operatore infermieristico – che costituiscono l'Équipe Dimissioni (E.D.) – due volte alla settimana in ospedale.

L'attività è iniziata il 22.09.2009 e prevede una sperimentazione di tre mesi, il suo proseguimento sarà legato alla verifica dei risultati raggiunti. Il reparto ospedaliero interessato è l'unità di degenza di Medicina che, fin dove possibile entro tre giorni dall'ingresso in ospedale, attraverso la caposala segnala allo Sportello Unico le situazio-

ni ritenute complesse, inviando via fax la scheda clinica compilata; nello stesso tempo invita il familiare di riferimento ad un colloquio con gli operatori dell'E.D.

Il giorno stesso o quello successivo al colloquio con i parenti, l'assistente sociale restituisce alla caposala, tramite e-mail, quanto emerso.

Per quanto riguarda le situazioni di persone sole, gli operatori dell'ED incontreranno dove possibile l'interessato e prenderanno contatto con i servizi sociali del comune di residenza.

Nei primi due mesi sono stati seguiti 17 casi. Questa nuova organizzazione mostra fin d'ora i suoi punti di forza:

1. la presenza del referente ospedaliero, componente dell'UVMD, che assicura il collegamento tra reparto e Distretto;
2. la possibilità di incontrare i familiari durante il ricovero che permette di condividere con loro un piano di dimissioni, facendoli sentire meno soli in un momento difficile, contenendo l'ansia, permettendo loro di conoscere e orientarsi tra le risorse disponibili sul territorio (IDR, RSA, RSD, Hospice, SAD, CDI), i servizi erogati dall'ASL (ADI, FKT, protesica maggiore, protesica minore, invalidità civile) potendo anche avere indicazioni sugli iter e sulla documentazione necessaria per inoltrare le diverse domande;
3. i familiari conoscono già in ospedale gli operatori del territorio: l'infermiera che si occuperà degli aspetti sanitari e l'assistente sociale che seguirà poi gli interventi presso lo sportello;
4. i parenti, una volta dimesso il proprio caro, si rivolgono allo Sportello Unico sapendo già con chiarezza quello che devono fare e richiedere;
5. il miglioramento della tempistica degli interventi: richiesta ausili (necessità di un protocollo interno all'ASL), domande in varie strutture;
6. l'ufficialità del progetto, sottoscritto dal direttore medico del Presidio Ospedaliero e dal direttore del Distretto.

Sandri: Apriamo ora il dibattito con un primo intervento programmato di *Antonietta Marchetti, caposala per l'ADI produzione del Distretto di Ostiglia, componente dell'Équipe Dimissioni Protette*, che ci porta la sua esperienza concreta nell'assistenza domiciliare.

Marchetti: Vorrei parlarvi del caso di una paziente che ho assistito a domicilio, si tratta di una donna di 60 anni, operata 5 anni prima per neoplasia ovarica che ha poi avuto una evoluzione metastatica sia locale che ossea. È inoltre intervenuto l'interessamento del rachide a livello di L4-L5 ed ha prodotto un dolore urgente ed insopportabile, che è stato mitigato grazie a un intervento di fissaggio delle 2 vertebre ed il posizionamento di un catetere peridurale per la somministrazione

di terapia antalgica. Tuttavia dopo circa trenta giorni, essendo intervenuta una paralisi degli arti inferiori, la terapia è stata sospesa.

Negli anni successivi si è assistito al progressivo aumento della replicazione locale della neoplasia con una serie di conseguenze:

- un aumento del volume dell'addome con compressione saltuaria del catetere vescicale, che nel frattempo era stato posizionato per garantire la diuresi; un intervento chirurgico di riduzione della massa ha parzialmente risolto la compressione;
- il sequestro di sangue, determinato dal tumore, ha prodotto un calo netto dell'emoglobina che ha reso più volte necessaria l'infusione di due sacche di sangue almeno una volta al mese;
- la paziente negli ultimi tre anni ha subito tre ricoveri.

Alla dimissione dall'ultimo ricovero, nel luglio 2009, la condizione clinica della paziente veniva a richiedere un tipo di assistenza più complessa. Come ADI le sono state prospettate quindi due nuove alternative assistenziali a domicilio:

- l'ospedalizzazione domiciliare, assicurata dall'Ospedale di Pieve di Coriano;
- l'assistenza domiciliare con il voucher flessibile, assicurata da un'agenzia pat-tante accreditata.

Ho illustrato alla paziente e alla famiglia questi due percorsi assistenziali, evidenziandone le diverse caratteristiche e potenzialità, assicurando il mio impegno ad affiancarle in questa fase di cambiamento di setting assistenziale e rimanendo disponibile ad affrontare insieme eventuali future criticità.

La signora tuttavia ha espresso il desiderio di continuare ad essere assistita dall'ADI distrettuale, mantenendo l'ormai consolidato rapporto e preferendo evitare l'intervento di altre persone. Così è stato: da un lato la paziente ha vissuto l'ultima parte della sua vita nell'ambiente che più amava e questo le ha permesso di sperare e di sopportare meglio la sofferenza, dall'altro è morta nel suo letto, circondata dall'affetto della sua famiglia e delle infermiere che l'avevano sempre assistita e coccolata.

Ho voluto portare l'esempio di questo caso per sottolineare che il compito dell'UVMD e degli operatori dell'ADI è, oggi, quello di guidare il processo di dimissioni del paziente fragile, per assicurare un "dopo ricovero" il meno traumatizzante possibile per il malato e per la famiglia, sia che si opti per una struttura protetta sia che si decida per l'assistenza domiciliare, direttamente erogata dal personale ADI del Distretto o assicurata dall'Ospedale, o dai pattanti tramite voucher o credit. Questa è la profonda trasformazione del ruolo dell'ADI, passata dalla sola funzione di produzione diretta di prestazioni a quella di programmazione, accompa-

gnamento e monitoraggio di percorsi domiciliari anche complessi, in sinergia con l'UVMD e i diversi attori della rete socio-sanitaria e socio-assistenziale.

In questa logica si è costituita l'Équipe Dimissioni composta, come già la collega Balasini ha illustrato, dall'assistente sociale dello Sportello Unico e dalla Caposala ADI, presente nell'Ospedale di Pieve di Coriano due volte alla settimana per valutare le necessità dei pazienti fragili per i quali si prevede la dimissione.

La valutazione sanitaria si realizza a partire dalle schede di segnalazione, redatte dalla Caposala del reparto, che riportano le condizioni cliniche e le terapie necessarie, in particolare quelle che richiedono la preventiva attivazione di piani terapeutici, l'ossigeno terapia, l'allertamento del MMG. Una volta chiarito il quadro della situazione del paziente, viene accertata in un colloquio con i familiari la reale possibilità e disponibilità di questi ad assistere il paziente a domicilio.

La valutazione sociale si realizza a partire dalle medesime schede di segnalazione, che riportano anche dati relativi alla situazione sociale e familiare. L'assistente sociale verifica così l'eventuale necessità di attivare il Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) e altri interventi da parte del comune. Con la famiglia si condividono informazioni e si prendono accordi per avviare pratiche per ottenere ausili di protesica minore e maggiore, inoltrare domande di invalidità o di inserimento in strutture protette, ecc.

Come esempio concreto, illustro il caso di un paziente ricoverato per una cirrosi epatica in fase di scompenso e che l'Équipe Dimissioni ha visto di recente. In vista delle dimissioni la moglie dichiara che non intende inserire il marito in una RSA, ma desidera poterlo assistere a domicilio; ha ben presente quale sia il carico assistenziale che graverà su di lei e ritiene che sia sostenibile.

Con le indicazioni e il supporto dell'assistente sociale viene richiesto il letto e il materassino antidecubito, che arrivano tempestivamente. Viene inoltre attivato il SAD comunale e presentata la richiesta di aggravamento dell'invalidità per ottenere l'accompagnamento. La caposala ADI illustra alla moglie tutti gli aspetti sanitari dell'assistenza domiciliare e le fa presente che sarà possibile usufruire anche di un ciclo di fisiokinesiterapia.

12. L'esperienza del Distretto di Asola

12.1 Modelli di eccellenza: l'esperienza dei Distretti di Asola e Guidizzolo

*Annamaria Paglia**

Ho aderito con entusiasmo alla programmazione di un corso orientato ad illustrare i modelli di eccellenza sul tema della continuità assistenziale ospedale-territorio, intravedendo in tale percorso la possibilità di valorizzare le locali e particolari collaborazioni tra enti o operatori, che altrimenti andrebbero perse nella pratica di omogeneizzazione di un percorso metodologico.

In effetti, dar conto e porre in risalto la particolarità e specificità di ogni servizio rappresenta, per chi ne viene a conoscenza, uno stimolo al miglioramento e una meta a cui ispirarsi ed a cui tendere.

Nel distretto di Guidizzolo l'aspetto di eccellenza è rappresentato dal rapporto tra l'ADI e i Medici di Medicina Generale, rapporto che si integra perfettamente con l'attività dell'UVMD.

Lo Sportello Unico si è sviluppato attraverso l'esperienza, la formazione, la costanza degli operatori che hanno saputo cogliere l'importanza di un servizio che è ormai parte integrante del distretto.

Nel distretto di Asola l'eccellenza è riferita all'esperienza di forte integrazione tra Sportello informativo e Ufficio di Piano.

Da sempre in questo distretto la collaborazione tra Comune e ASL contribuisce in modo costruttivo alla realizzazione di protocolli e a gruppi di lavoro che consentono semplificazione delle pratiche amministrative, agevolando in tal modo l'utenza nei momenti di necessità e bisogno.

* Responsabile Assi Distrettuale, Distretto Sociosanitario di Asola.

12.2 Il cittadino fragile e il sentimento di sicurezza

Anna Bonfatti Pains e Sara Lui*

Parlare dell'integrazione tra lo Sportello Unico e l'Ufficio di Piano è stata un'occasione per riprendere alcuni principi professionali che spesso nell'agire quotidiano vengono considerati come scontati.

Abbiamo percorso la linea metodologica espressa dalla locuzione Prassi/Teoria/Prassi. La nostra operatività quotidiana è permeata da sentimenti quali la conoscenza personale decennale, la stima reciproca, la fiducia, la collaborazione che ne sono divenuti, nel tempo, il "motore" e la "benzina". Sembra facile di fronte a cose che "funzionano" spiegarne il contenuto e la loro storia, ma in realtà questo ci è apparso molto difficile, divenendo il primo grande scoglio di questa esposizione. Abbiamo perciò deciso di partire da brevi concetti teorici relativi alle problematiche affrontate nel "lavoro sociale":

1. fino a ieri si parlava di *bisogno* ...cosa si intende per bisogno;
2. oggi parliamo di *fragilità* ...cosa si intende per fragilità;
3. cosa abbiamo fatto *ieri*;
4. cosa stiamo facendo *oggi*;
5. cosa faremo *domani*.

Fino a ieri si parlava di «bisogno». Cosa si intende per bisogno?

Parlare oggi di bisogno sembra anacronistico, tuttavia questo concetto fonda la nostra professione ed è stato il principale contenuto nella nostra formazione. Il termine bisogno è generico e complesso nello stesso tempo.

Il suo significato più elementare è di natura bio-fisiologica riferita ai bisogni organici di una persona.

Il vocabolario di lingua italiana Zingarelli lo definisce come «necessità di procurarsi qualcosa che manca, necessità-occorrenza» e ancora «mancanza di mezzi, povertà; necessità o desiderio diffuso che dà origine alla domanda di uno o più beni economici».

La lettura forse storicamente più nota al riguardo è quella offerta dallo psicologo statunitense Abraham Harold Maslow (1908-1970), il quale individua una classificazione gerarchica di bisogni umani illustrata nella cosiddetta *piramide di Maslow*⁵. Nella teoria di Maslow riguardo alla gerarchia dei bisogni umani troviamo i bisogni primari (fisiologici) nel livello più basso e i bisogni di autorealizzazio-

* Anna Bonfatti Pains è assistente sociale, Sportello Unico Distretto di Asola, Sara Lui è assistente sociale, Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Asola.

⁵ Maslow H.A., *Motivation and personality*, Harper&Brothers, New York, 1954 (trad.it.: *Motivazione e personalità*, Armando, Roma, 1973).

ne nel livello più alto. Anzitutto gli uomini soddisfano i bisogni di sopravvivenza; solo l'appagamento di questi li metterà in condizione di avvertire un altro livello di bisogni, cioè quello di sicurezza. Quando anche questi bisogni verranno soddisfatti, si potranno avvertire altri bisogni relativi alla partecipazione alla vita di relazione, all'amore, alla stima, all'autorealizzazione.



La piramide dei bisogni umani di Maslow (1954)

Numerose anche le letture sociologiche del termine bisogno, che hanno invece posto l'accento sul carattere sociale e relazionale del concetto. Nel dizionario sociologico di Gallino, il termine bisogno è definito come «una mancanza di determinate risorse materiali o non materiali oggettivamente e soggettivamente necessarie ad un certo soggetto (individuale o collettivo) per raggiungere uno stato di maggior benessere o efficienza o funzionalità»⁶.

Quando nei nostri servizi aiutiamo le persone ad affrontare un bisogno, dobbiamo tenere presente che non lo possiamo affrontare in modo a sé stante, ma il bisogno deve essere soggettivato in considerazione di tre aspetti peculiari:

- le *caratteristiche personali*: personalità, vissuti, storia, relazioni passate e presenti che caratterizzano l'esistenza della persona, sue aspettative e desideri;
- il *ruolo* e la *funzione* del soggetto: il bisogno può assumere caratteristiche diverse se vissute da una persona con il ruolo di genitore o di figlio; giovane o vecchio, ecc;

⁶ Gallino L., *Dizionario di sociologia*, Utet, Torino, 1993.

– il *contesto*: la possibilità di rispondere ad un bisogno è correlata al tempo ed allo spazio in cui si colloca (es.: ambiente familiare o istituzionale, città o periferia).

Il bisogno quindi non è un'entità a sé, ma esiste in relazione a *quel* soggetto (chi è, dov'è e quando). Il nostro intervento quindi non può focalizzarsi solo sul bisogno, ma deve guardare alla persona.

Dato che il bisogno esprime l'esperienza umana della mancanza, esso diviene il dato che mette in moto aspirazioni, speranze, ambizioni, desideri di cambiamento e di uscita, fino all'esperienza più completa che si manifesta come desiderio globale di felicità.

Bisogno e desiderio esprimono l'unità e l'individualità di una persona: da questa ne consegue che ogni tentativo di risposta particolare, che tenga conto solo del bisogno particolare, lascia un'insoddisfazione profonda se in esso l'uomo non percepisce che questo desiderio di totalità viene considerato nella sua globalità e complessità.

In contrapposizione allo stato di bisogno, vediamo di illustrare ora pochi ma utili concetti che chiariscano il significato del concetto di *sicurezza*.

La sicurezza è definita come un bene essenziale ed universale per una società che si voglia dire evoluta. Essa coincide con la possibilità percepita di realizzare uno stato di benessere individuale e collettivo attraverso il soddisfacimento dei *bisogni fondamentali* dell'essere umano, da quelli fisiologici a quelli psicologici, nonché dal far sorgere, in ognuno di noi, la sensazione di *certezza* dei diritti. Per parlare di sicurezza non possiamo non introdurre il concetto di *welfare*: esso è detto anche stato di benessere, stato assistenziale o stato sociale. Il *welfare state* organizza le politiche in tre direzioni:

1. garantisce un reddito minimo agli individui e alle famiglie indipendentemente dal valore di mercato del loro lavoro,
2. mette singoli e famiglie in condizione di far fronte a contingenze sociali (malattie, vecchiaia, disoccupazione) che li metterebbero in crisi,
3. assicura che a tutti i cittadini siano offerti gli stessi standard senza distinzione di status o classe.

Il welfare quindi si definisce come il benessere di un individuo o di una comunità e lo sviluppo delle capacità di soddisfare i propri bisogni in un contesto di solidarietà e fiducia (*sicurezza*).

Oggi parliamo di «fragilità». Cosa si intende per fragilità?

Negli anni il termine "bisogno" è stato pressoché sostituito dal termine "fragilità", che denomina condizioni esistenziali e organizzative (persona fragile, servizio Fragilità).

Il vocabolario di lingua italiana Zingarelli definisce tale concetto come «condizione caratteristica di chi è fragile; debolezza umana, ...fragile, cagionevole, gracile, delicato...».

Il concetto di fragilità, che ormai denomina condizioni esistenziali, è complesso, multifattoriale e pluridimensionale: parlando di fragilità emerge la copresenza di più fattori di carattere socio-sanitario, economico, ambientale, sociale, che devono essere fronteggiati da un approccio complesso, effettuato da un'équipe multi-professionale e multi-istituzionale.

Da un punto di vista normativo il concetto di fragilità viene introdotto e argomentato nelle seguenti leggi nazionali e regionali:

Legge 328/2000: ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"): supera il concetto di area problematica di intervento cercando di uniformare la frammentarietà dei percorsi di cura e la disomogeneità sul territorio delle risorse, che sono motivo di disorientamento da parte delle persone che devono ricorrere all'istituzione. È la Legge che introduce per i soggetti fragili i buoni sociali, i voucher e il fondo per la non autosufficienza.

DGR 12902/2003 della R.L. individua gli strumenti a disposizione delle famiglie per aiutare gli anziani e le "persone fragili": i buoni sociali, i voucher sociali e il voucher socio sanitario, indicando le persone fragili come «impossibilitate a svolgere da sole normali attività di vita quotidiana e a recarsi nelle strutture sanitarie territoriali», concetto che ricorda la valutazione della non autosufficienza ai fini della richiesta del riconoscimento dell'invalidità civile.

Legge Regionale 3/2008 ("Governo della rete degli interventi e servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario"), nell'art. 1 pone la persona che si trova in condizione di fragilità e bisogno al centro della rete integrata di interventi e servizi.

Cosa abbiamo fatto ieri

- Omogeneizzazione dei regolamenti e coordinamento dei SAD comunali per l'USSL n.45 di Asola.
- Realizzazione nel 1996 di un corso di formazione rivolto al personale Ussl dell'ADI e il personale dei SAD comunali dei dodici Comuni del Distretto; tale percorso ha dato inizio ad una fattiva ed efficace collaborazione ed integrazione tra i servizi socio sanitari territoriali.
- Realizzazione di una breve pubblicazione informativa sulle risorse locali, curata dal Comune di Asola in collaborazione con la Fondazione Casa di Riposo di Asola e l'ASL di Mantova.
- Organizzazione nel luglio 2008 del primo incontro tra personale ASL e gli Enti Locali, a seguito della Delibera ASL Mantova n. 458/2007, per la costituzione dei Nuclei Interistituzionali per la continuità assistenziale. In quell'occasione sono sta-

ti previsti incontri territoriali tra Sportello Unico, ADI e gli Operatori comunali per la costruzione di un elenco delle risorse e dei servizi attivabili per le persone in condizioni di fragilità. Questo lavoro di mappatura ha ridato una veste formale all'integrazione ed alla collaborazione tra Comuni e ASL.

Cosa stiamo facendo oggi (...ma che già facevamo ieri)

Il nostro ieri che continua oggi: la complessità istituzionale, le modificazioni legislative, la destrutturazione dei servizi storici (UVG, NOD, NIL, ecc.) ci hanno portato a promuovere e perseguire la collaborazione anziché la settorializzazione.

Il faticoso pellegrinaggio da un servizio ad un altro era, frequentemente, l'esperienza dei cittadini che si addentravano nella rete complessa dei servizi; noi operatori, incontrandoli quotidianamente, condividevamo con loro una situazione analoga caratterizzata da vissuti di confusione, senso d'impotenza, solitudine.

Tale situazione ci ha portato a confrontarci, a valorizzare i *saperi* che erano patrimonio personale e professionale del singolo e ad acquisire sicurezza nel nostro *essere*.

La richiesta poi di istituire l'UVMD, e prima ancora la richiesta di monitorare l'esistente, è stato il "la" che ha dato il via ad un'ulteriore intensificazione dei rapporti tra gli enti e tra le persone di servizi ed enti diversi.

Le teorie organizzative ci aiutano a chiarire tale situazione di difficoltà.

In particolare Emery e Trist⁷ introducono per primi il concetto di ambiente turbolento: è un contesto di *incertezza*, *complessità* e in rapido *cambiamento* al quale si può reagire in modo *attivo/positivo* oppure in modo *passivo/negativo*. Successivamente Jackson e Ziglio⁸ hanno analizzato il contesto socio sanitario turbolento e individuano i principali criteri che caratterizzano i diversi comportamenti.

Ricordiamo i criteri individuati che sono alla base di risposte considerate *attive* e di adattamento, quando l'organizzazione che circonda si trova a vivere in situazioni di turbolenza, e che abbiamo riscoperto nel nostro bagaglio culturale e professionale:

1. *aumentare la differenziazione interna* – incoraggiare l'innovazione ampliando la gamma di possibili misure di adattamento, prevedere processi di cooperazione;
2. *promuovere la collaborazione, lavorare in sinergia* – promuovere un libero scambio informativo, opportunità di dialogo, discussione e consenso sui valori di riferimento, miglioramento nella creazione di idee;

⁷ Emery F.E. e Trist E.L., «The casual texture of organizational environment», *Human Relations*, 1965, 18, pp. 21-32.

⁸ Jackson S.F. e Ziglio E., «Principali criteri per la presa delle decisioni in ambiente turbolento: il caso del settore socio-sanitario», *Studi Organizzativi*, 1985, 3-4, pp. 51-71.

3. *influenzare anziché controllare* – uso e progettazione di strutture organizzative flessibili, saper delegare, non farsi abbattere dall'errore ma superarlo cogliendone l'insegnamento;
4. *adottare un orientamento verso il futuro* – orientarsi verso la creazione di possibili e desiderabili scenari futuri, pensare e sperimentare nuove metodologie

Per completezza elenchiamo i criteri che sono alla base di risposte considerate *negative* ad un ambiente turbolento:

1. *«come se nulla fosse...»*: ci si costruisce la propria "realtà" (→ crisalide);
2. *«fermate il mondo, voglio scendere»*: disinvestimento emotivo sinonimo del burn out (→ montagne russe);
3. *«una volta, sì...»*: rivolgersi ad un passato magari idealizzato e che a nulla serve per l'operatività ancora da trovare;
4. *«prendiamo il toro per le corna»*: situazione instabile, imprevedibile che comunque richiederebbe un continuo adattamento, rischio di sforzo eccessivo (→ rodeo).

Cosa faremo domani

A parte la battuta scontata che «del domani non v'è certezza», sicuramente continueremo sulla strada della *collaborazione*, del *confronto* e della *condivisione*.

L'attivazione dell'UVMD ha concretizzato queste modalità operative e dà quotidianamente la possibilità agli operatori di diverse realtà istituzionali di collaborare-confrontarsi-condividere. In una parola, di *integrarsi*.

Solo infatti percorrendo l'unica strada dell'integrazione è possibile affrontare le complessità: complessità istituzionali in cui si lavora, complessità sociali in cui si opera e complessità professionali in cui ci si confronta.

Il progetto futuro riguarda la definizione da parte del Piano di Zona di Asola in collaborazione con l'ASL, nel triennio 2009-2011, di un proprio modello di segretario sociale, come risposta multidimensionale, unitaria e coordinata alle situazioni di *fragilità*. In tale direzione è stato progettato un percorso formativo che sarà rivolto ad amministratori, operatori e soggetti istituzionali coinvolti.

13. L'esperienza del Distretto di Guidizzolo

13.1 Il welfare dell'accesso, lo sportello informativo e il segretariato sociale

*Donatella Terzi**

Questa relazione è il frutto di una costante collaborazione con le colleghe assistenti sociali dell'ASL che lavorano presso gli Sportelli Informativi e presso il Servizio Dimissioni protette degli Ospedali.

Il tema che mi è stato assegnato mi consente di sviluppare una riflessione sull'attività svolta negli ultimi quattro anni allo Sportello Unico Socio Sanitario. Il mio intervento parte dall'analisi delle fonti normative nazionali e regionali per arrivare a quelle aziendali; illustrerò il ruolo dello sportello informativo e le funzioni del segretariato sociale per concludere con l'illustrazione dell'organizzazione dello Sportello Unico socio sanitario di Goito.

Analisi fonti normative

La crisi degli anni '90 rimette in discussione il concetto di *Welfare State*, arrivando a forme di tutela sociale più leggere, integrate con gli attori presenti nella rete sociale: si passa dal *welfare mix* alla *welfare community*, per arrivare al *welfare dell'accesso*. Per welfare dell'accesso si intende quel tipo di politica sociale che garantisce al cittadino il diritto all'informazione, alla libertà di scelta, alla semplificazione amministrativa e all'affiancamento in ambito sociale e socio-assistenziale. Ciò si può realizzare attraverso un'organizzazione che sia vicina e facilmente accessibile all'utenza: lo Sportello garantisce in pieno questi requisiti. Il welfare dell'accesso mette pertanto al centro la persona e la dimensione dell'ascolto dei bisogni di cui

* Assistente sociale, Sportello Unico Distretto di Guidizzolo, sede di Goito.

il cittadino è portatore, sposta quindi l'attenzione dal "cittadino bisognoso" che deve essere protetto e sostituito nelle sue funzioni con azioni di tipo riparatorio ad un "cittadino proattivo" chiamato ad attivarsi e ad essere protagonista delle proprie scelte. Per poter esercitare questa facoltà la persona deve essere informata per poter scegliere in totale libertà e pertanto le informazioni devono essere complete, appropriate, aggiornate e se possibile semplificate.

Fonti normative nazionali	Fonti normative regionali (Regione Lombardia)	Fonti normative aziendali (ASL Provincia di Mantova)
<p><i>D.Lgs. 502/92 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria"), art. 14:</i> garantisce al cittadino il diritto all'informazione</p>	<p>L.1/1986 (<i>"Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia"</i>), all'art. 21 comma 4 prevedeva la possibilità per le USSL di «... svolgere a livello unificato le attività di informazione agli utenti, l'assistenza amministrativa, la raccolta e la gestione dei dati, l'informazione sociale e sanitaria alla popolazione ...».</p>	<p><i>Decreto Direttoriale n. 316 9/6/2003</i>, al punto 4 prevede «il potenziamento delle garanzie di informazione e di supporto conoscitivo necessario per consentire ai cittadini mantovani di poter esercitare il loro diritto di libertà di scelta in modo pienamente consapevole». Attiva lo Sportello Unico dei servizi socio sanitari con funzioni: di consulenza, di analisi del bisogno, di orientamento.</p>
<p><i>L. 328 del 2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali")</i>: prevede l'istituzione del servizio sociale e del segretariato sociale e distingue tra: <i>informazione</i>: diritto riconosciuto al cittadino, dato che la non conoscenza delle opportunità del sistema di welfare rappresenta il primo ostacolo alla fruizione e quindi all'esigibilità di tale diritto, e <i>consulenza</i>: aiuta ad esprimere e a discernere i propri bisogni con il supporto di un operatore in grado di effettuare analisi sulle situazione e sui bisogni.</p>	<p>L. 31 /1997 (<i>"Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"</i>), all'art. 9 comma 2 individua nel Distretto il luogo dove si assicura «l'informazione sulle attività socio-assistenziali attribuite all'ASL o delegate dai Comuni» ed in cui viene realizzata «l'analisi, l'orientamento della domanda socio-sanitaria con lo scopo di garantire l'accesso all'insieme dei servizi sociosanitari e alla continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento».</p>	<p><i>Decreto Direttoriale n. 119 22 marzo 2005 ("Implementazione strutturale dello Sportello socio-sanitario presso ciascun Distretto omonimo del bacino territoriale di competenza")</i>: viene attuato nei diversi distretti il modello già sperimentato nel Distretto di Suzzara; viene individuato un Responsabile del servizio.</p>

(segue)→

→(segue)

Fonti normative nazionali	Fonti normative regionali (Regione Lombardia)	Fonti normative aziendali (ASL Provincia di Mantova)
<p><i>“Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali”</i> cita nel dettaglio le funzioni del segretariato sociale.</p>	<p><i>Legge Reg. 3/2008 (“Governato della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”), all’art. 6, comma 4 sancisce il diritto del cittadino di essere informato, precisando che i Comuni, d’intesa con le ASL, organizzano il segretariato sociale finalizzato alla presa in carico della persona per:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>garantire e facilitare l’unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;</i> b) <i>orientare il cittadino all’interno della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;</i> c) <i>assicurare competenza nell’ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale.</i> d) <i>segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell’ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.</i> 	<p><i>Decreto Direttoriale 421 del 26/7/2005 (“Attuazione del decreto 232 del 28/4/2005”):</i> prevede l’assegnazione delle Responsabilità dei vari servizi e dipartimenti, compreso dello Sportello Unico Socio Sanitario.</p> <p><i>Decreto Direttoriale 423 del 26/07/2005 (“Assetto funzionale dei coordinatori sociali di distretto socio sanitario ex Poa-Pofa vigente. Aggiornamento ricognitivo descrizione della posizione secondo standard JCI e determinazioni”):</i> si conferma l’istituzione in ogni Distretto dello Sportello Unico Informativo Distrettuale attuativo del decreto 119.</p> <p><i>Decreto Direttoriale 155 del 20/3/2006 Progetto Sportello Socio Sanitario presso tutti i Distretti:</i> assegnazione ad ogni Sportello Unico di risorse umane in percentuali differenziate, tra cui la figura dell’assistente sociale per la competenza relativa all’accoglienza, all’ascolto e all’accompagnamento e per la conoscenza della rete dei servizi. Inoltre viene previsto un ampliamento dell’orario di apertura, e delle funzioni anche di tipo amministrativo (reclami)</p>

Sportello informativo socio-sanitario distrettuale

La Mission dello Sportello è quella di indirizzare a accompagnare i cittadini nella scelta delle opzioni socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, a carattere domiciliare o residenziale, per l’accesso semplificato ai servizi del territorio, e diventare punto unico di riferimento per i soggetti fragili.

È la sede di *primo ascolto*, rivolto a tutti i cittadini che, nel corso della loro vita, possono trovarsi in condizioni di *fragilità*. L'organizzazione dello sportello prevede:

- *front-office*: accoglienza domande presentate dai cittadini,
- *back-office*: collegamento tra servizi e uffici diversi, spazio di interconnessione per l'accoglienza in qualsiasi punto dell'istanza, aggiornamento periodico degli enti erogatori, ecc.

Lo sportello è organizzato in un primo livello che risponde a tre esigenze principali:

- fornire informazioni sulla rete dei servizi socio-sanitari del territorio,
- attivare pratiche di tipo amministrativo che non richiedono la prestazione professionale di ascolto e di valutazione,
- individuare il disagio latente e inespresso della persona per indirizzarla verso un intervento specifico;

ed un secondo livello che a sua volta ha lo scopo di:

- fornire ascolto e accoglienza di tipo professionale,
- valutare il bisogno e individuare la domanda,
- individuare gli operatori e/o i servizi competenti per la presa in carico,
- predisporre l'orientamento e l'accompagnamento per la presa in carico,
- attivare le risorse interne ed esterne.

Macroaree di intervento

<i>Area fragilità</i> (sia amministrativa sia valutativa)	<i>Area informativa rivolta alla generalità della popolazione</i>
Dimissioni protette Inserimenti presso IDR, RSA, RSD, Hospice Collaborazione per progetti speciali con Comunità CSS Protezione Giuridica Legge 68 Domande contributo ex L.R. 23 Domande accertamento handicap scolastico Contributi per SLA e SVP Invalidità civile Protesica Fkt ADI Domande contributo per modifiche strumenti di guida	Servizi ASL nell'area del dipartimento ASSI Qualsiasi servizio dell'ASL <i>altre aree tematiche:</i> Buono famiglia Gestione caldo estivo <i>tutela del cittadino:</i> URP, Reclami, Customer satisfaction

In particolare lo sportello offre:

- *accoglienza e ascolto*, mirati alla comprensione della domanda e del bisogno dell'utente al fine di fornire risposte adeguate,
- *informazione* sulla presenza, sull'ubicazione e sulle modalità d'accesso ai servizi sociali, sanitari sulle prestazioni offerte dai vari uffici, sui documenti necessari per accedervi e sulle modalità di attivazione,
- *orientamento* finalizzato alla scelta del servizio che meglio possa rispondere al bisogno, considerando anche il contesto socio-economico-familiare dell'utente,
- *accompagnamento* come fase della relazione di aiuto che, dopo la decodifica del bisogno e la valutazione delle residue capacità, sostiene la persona affinché possa decidere in autonomia e scelga l'opzione più idonea alla soddisfazione del proprio bisogno.

Perché lo sportello è anche un servizio di segretariato sociale?

Il segretariato sociale risponde all'esigenza primaria dei cittadini di «*avere informazioni complete – oltre che esatte ed aggiornate (n.d.r.) – in merito alle risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono, ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi, ad essere aiutati a fruirne concretamente, a contribuire alla programmazione dei servizi attraverso la funzione di osservatorio*»⁹.

Per svolgere le funzioni di segretariato sociale è necessario disporre di professionalità, come l'assistente sociale, dotate delle competenze specifiche del servizio sociale, che riguardano la capacità di prendere in considerazione la dimensione professionale, organizzativa, relazionale.

La dimensione professionale consente di cogliere un bisogno e attivare la rete dei servizi, conoscere in modo approfondito, le risorse interne all'ASL e del territorio, interagire in modo positivo sia con il cittadino che con il sistema dei servizi, analizzare i contesti sociali, in quanto osservatore della realtà e dei bisogni sociali, per collaborare alla programmazione.

La dimensione organizzativa favorisce la conoscenza del proprio ente di appartenenza e dei servizi esterni, l'accesso diretto del cittadino, i *luoghi* dell'ascolto, il rispetto della privacy.

La dimensione relazionale consente l'accoglienza, la capacità di ascolto, la capacità di lettura, la capacità di gestione della relazione di aiuto e di *counseling*.

⁹ Anfossi L., «Segretariato sociale», in Dal Pra Ponticelli M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2005. Questa definizione riprende in larga misura quanto già espresso in proposito nella prima edizione dello *Standard del Servizio di Segretariato Sociale* pubblicato nel 1971 dall'Ente Italiano di Servizio Sociale (EISS).

Tipologia della domanda

Il cittadino è portatore di un bisogno che può essere:

- a. di tipo *semplice*, a cui spesso corrisponde una domanda espressa anch'essa in modo semplice: richiesta di informazioni sulla rete dei servizi, di informazioni sulle prestazioni sociali, sanitarie e/o socio sanitarie, di supporto alla compilazione di moduli, domande ecc. per l'accesso alle prestazioni, di orientamento alla rete dei servizi su bisogni già codificati;
- b. di tipo *complesso*, a cui spesso corrisponde una domanda espressa in modo confuso e molteplice: richiede l'analisi di una situazione multiproblematica e un aiuto per la decodifica della domanda stessa, un approfondimento e una valutazione qualitativa della rete dei servizi, un supporto alle persone in condizioni di fragilità.

Al bisogno semplice può rispondere qualsiasi operatore dello sportello, mentre per rispondere al bisogno complesso è fondamentale la presenza dell'assistente sociale, per le sue competenze relative ad una valutazione ed una presa in carico dell'individuo e del bisogno nella sua *globalità* e *complessità* e alla gestione complessiva della rete dei servizi socio-sanitaria.

Lo Sportello Unico Socio Sanitario di Goito si è dotato dei seguenti strumenti, predisposti con l'obiettivo di migliorare la comunicazione e la rendicontazione del servizio:

- scheda utente (per l'accesso ai servizi),
- cartella utente (che permette l'aggiornamento continuo della "storia" dell'utente che accede ai servizi),
- prestampati e modulistica ad hoc per ogni servizio,
- prestampati e modulistica predisposta per i servizi sociali,
- newsletter e/o forum online.

La collocazione del servizio è stata individuata presso la sede ASL di Goito. Le azioni intraprese hanno riguardato prima di tutto la "costruzione" di un'équipe di lavoro, la conoscenza approfondita dei servizi presenti sul territorio, dei requisiti e delle procedure per l'accesso, la predisposizione di modulistica interna e il reperimento della modulistica dei vari servizi territoriali, la definizione delle modalità di collaborazione con i servizi dell'ASL e con i servizi territoriali, in particolare con i servizi sociali comunali.

La presenza costante della figura dell'assistente sociale, in grado di valutare una situazione sociale, di orientare il cittadino all'interno di un contesto complesso tramite la relazione interpersonale e supportare il lavoro di équipe e di integrazione con i vari servizi, ha orientato lo sportello di Goito verso una presa in carico sociale.

Elementi di forza e di criticità dello sportello

<i>elementi di forza:</i>	<i>elementi di criticità:</i>
Facile accesso	Scarsa visibilità del servizio
Raccordo con le risorse del territorio (lavoro di rete)	Scarso riconoscimento dell'attività di segretariato sociale
Capacità del personale di orientare il cittadino Miglioramento della relazione e collaborazione fra gli uffici	Assenza di prassi consolidate di aggiornamento e circolazione delle informazioni Rischio talvolta di sovrapposizione di interventi
Presenza di uno spazio adeguato per l'accoglienza e per il rispetto della privacy (studio)	Utilizzo dello sportello come luogo delle domande che non sono di nessuno

13.2 Riflessioni di un Medico di Medicina Generale *di Emi Ghisolfi**

Sono un Medico di Famiglia, e da oltre 20 anni lavoro a Guidizzolo. Nel mio intervento intendo farvi partecipi di alcune riflessioni che ho condiviso anche con altri Medici di medicina generale miei colleghi.

Fare assistenza domiciliare intregrata a Guidizzolo è parte del mio lavoro quotidiano di medico. Rappresenta non tanto un intervento sporadico che mi trovo ad attivare in alcune particolari situazioni, ma è parte del progetto terapeutico e assistenziale che, in collaborazione con i servizi ASL, viene attivato per dare una risposta ai pazienti e alle loro famiglie in situazioni di particolare fragilità per la presenza di una patologia complessa.

Alcuni elementi presenti nella mia esperienza hanno condizionato in modo positivo la mia attività. Ho la fortuna, condivisa con altri colleghi, di lavorare con un'infermiera stabile, che all'occorrenza può essere sostituita da altre colleghe da noi comunque conosciute. L'esperienza svolta in questi ultimi anni mi fa considerare che la *continuità* e la *stabilità* che caratterizzano i nostri rapporti di collaborazione rappresentano i punti cardine del "buon lavoro".

Conoscersi, conoscere i punti di vista dell'altro, avere sperimentato i rispettivi stili di lavoro, sentire l'operatore come "partner", è veramente un punto di forza perché facilita le comunicazioni, permette una valutazione e una presa di decisione con il supporto di diverse professionalità ma anche, e soprattutto quando necessario, in tempi brevi.

* Medico di Medicina Generale, Guidizzolo.

La continuità della figura professionale è importante per il MMG, ma anche per le famiglie: l'infermiera conosciuta e sempre presente è una presenza rassicurante, aiuta ad affrontare il *disagio* correlato ad una situazione di incapacità, di fragilità, di bisogno, permette di affrontare le situazioni ignote presenti nell'esperienza di malattia. È capitato infatti che, a distanza di tempo, al ripresentarsi della necessità per uno stesso nucleo familiare di accedere a prestazioni infermieristiche, la famiglia chieda espressamente di poter contare sull'intervento della medesima professionista già conosciuta ed apprezzata in passato.

La famiglia, o la rete familiare allargata del paziente, è una parte essenziale del progetto che viene attivato. È ovviamente importantissimo che la famiglia sia in grado di reggere il *carico fisico ed emotivo* connesso alla presenza di un proprio caro gravemente malato o terminale.

La situazione emotiva e le personalità dei familiari e della rete parentale possono rappresentare un ulteriore elemento di complessità che può rendere non sempre facile il lavoro quotidiano.

Proprio di recente in un corso tenuto dal Prof. Franco Toscani sul tema "Le cure palliative e la loro evoluzione nel tempo", sono state affrontate le tematiche connesse agli stati di terminalità, dando voce anche alle problematiche di tipo relazionale manifestate da chi si fa carico dell'assistenza al paziente. In particolare ha posto l'accento su un atteggiamento spesso rilevabile nei familiari, che tende a nascondere la patologia e la prognosi al paziente, negando ad ogni costo l'evidenza stessa della malattia al malato. È il comportamento del *non detto*, del *nascondo*, che obbliga gli operatori sanitari e sociali a destreggiarsi tra utente e parente. Passando da una visita domiciliare all'altra, proviamo a ridurre questi comportamenti difensivi e protettivi per riuscire a dare al paziente le risposte o la quota di verità che vuole sentire o può sopportare.

Soprattutto nelle patologie croniche, con tempi terapeutici e assistenziali prolungati, va tenuto conto che non sempre la famiglia può reggere un carico che ogni giorno si fa via via più gravoso: può esaurire le risorse, può non sapersi adeguare alle necessità di assistenza, a volte piuttosto complesse, possono modificarsi le situazioni familiari, anche da un punto di vista relazionale. In questi casi il progetto deve essere in grado di prendere in considerazione, anche se come ultima possibilità, il passaggio ad una struttura protetta, perché può essere piuttosto rischioso continuare un intervento domiciliare quando viene meno il supporto del caregiver.

Ho lasciato per ultimo, ma non certo in ragione di un'inferiore rilevanza, l'argomento paziente: quella persona oggi malata che, in qualità di medico di famiglia (tra l'altro da sempre abitante in paese) spesso conosco già da tempo, da quando egli era sano, magari come amico, o parente o genitore di amici...

In questi casi, ma anche in quelli in cui il rapporto medico-paziente è meno stretto, il poter contare sulla figura professionale ed umana dell'infermiera del paese

è di grande aiuto e consente di rinforzare e anche condividere non solo le cure al paziente, ma anche il sostegno ai parenti (quando si arriva al momento di dover solo sedare anziché sanare).

Trattandosi perlopiù di pazienti terminali, spesso o quasi sempre si arriva all'*exitus*, e più di una volta è capitato che la famiglia sentisse il bisogno o il sollievo di rincontrare *dopo* non solo il medico di famiglia, ma anche l'infermiera che ha compiuto insieme a loro il tragitto della malattia.

Questa mia chiacchierata ha certo trascurato altri attori dell'ADI: il chirurgo, il palliatore, gli ospedalieri..., ma questi con la loro professionalità intervengono in modo spesso episodico e non rappresentano la quotidianità del percorso.

13.3 Rapporto tra ADI e MMG/PLS nel Distretto di Guidizzolo

*Elena Podavini**

Le cure domiciliari sono una modalità di assistenza sanitaria o sociosanitaria erogate al domicilio dell'assistito. Sono rivolte a pazienti in condizioni di non autosufficienza temporanea o protratta, affetti da patologie croniche a medio/lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di un'équipe multiprofessionale.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è rivolta altresì a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale. Mission dell'ADI è di portare a domicilio del paziente servizi di cura e di riabilitazione avendo come obiettivo:

- migliorare le qualità di vita dell'utente e della sua famiglia;
- evitare l'ospedalizzazione impropria;
- favorire le dimissioni tutte le volte che le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettono.

Affinché questo tipo di assistenza possa essere erogata, è necessaria la presenza di un componente essenziale: la famiglia. Là dove la famiglia non è presente o abbia difficoltà a svolgere i compiti assistenziali, sono necessarie risorse esterne individuabili nella figura della badante o del volontariato che, in una corretta logica di integrazione con i servizi sociali, possono costituire un valido supporto.

Nel contesto dell'ADI si distinguono due aree di intervento:

1. *Un'area sanitaria*: quando il bisogno è strettamente correlato ad una patologia organica e quindi di competenza esclusiva di medico, infermiere, terapeuta della riabilitazione. Di norma nelle prestazioni sanitarie la famiglia/caregiver è in grado di sostenere in autonomia il carico assistenziale.

* Infermiera professionale, ADI Distretto di Guidizzolo.

2. *Un'area socio sanitaria*: quando il bisogno, pur correlato ad una patologia organica, riguarda anche aspetti relativi alla gestione complessiva della persona e non può essere quindi soddisfatto solo dall'intervento sanitario, ma richiede un'attività integrata tra personale sanitario e personale socio-sanitario.

Negli ultimi anni si sono verificati dei cambiamenti inerenti all'erogazione dell'ADI. È stata esternalizzata la maggior parte delle prestazioni ad agenzie pattanti esterne: prestazioni infermieristiche e riabilitative *estemporanee*, prestazioni esclusivamente sanitarie denominate *credit*, prestazioni sanitarie e socio-assistenziali definite *voucher socio sanitari*.

Il personale infermieristico distrettuale ASL ha mantenuto la competenza per l'erogazione dell'assistenza a persone che presentano bisogni di elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate all'instabilità critica ed alla presenza di sintomi di difficile controllo, in particolare pazienti nella fase terminale della vita (oncologici e non), pazienti con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (distrofia muscolare, SLA), pazienti in fase avanzata e complessa di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo o non, pazienti in stato vegetativo.

L'ADI non è possibile e non può essere considerata tale senza la presenza del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta che ricoprono la funzione di *attivatori* e di *responsabili* dell'assistenza stessa.

Il medico mantiene il suo ruolo di referente clinico del proprio paziente.

MMG e PLS e l'ADI del Distretto di Guidizzolo

Sin dalla sua istituzione, l'ADI ha visto una risposta attenta da parte dei MMG del distretto. La collaborazione vede una duplice modalità di coinvolgimento:

- per quanto riguarda il paziente ospedalizzato, il medico ospedaliero, o la caposala, avvisa il servizio ADI distrettuale della dimissione imminente; l'infermiera professionale di riferimento territoriale si mette in contatto con la divisione ospedaliera di degenza del paziente, recandosi se necessario anche presso la struttura, per la presa in carico; nel contempo gli operatori del distretto attivano immediatamente il MMG
- per quanto riguarda il paziente domiciliato, è il MMG che si mette in contatto con gli operatori del servizio ADI distrettuale per la valutazione e la presa in carico comune del paziente.

Punti di forza

Alcuni elementi presenti nell'esperienza del distretto di Guidizzolo rappresentano punti di forza importanti del servizio, soprattutto in relazione alla qualità del servizio offerto ai cittadini. Sono elementi che riguardano essenzialmente il livello di

collaborazione instaurato tra gli operatori del servizio, il MMG e il PLS e i diversi soggetti coinvolti a vario titolo nel progetto assistenziale:

- la presenza di figure di riferimento precise, quali la coordinatrice I.P. e il medico delle cure domiciliari, per tutti i medici del distretto ha facilitato l'individuazione e la condivisione delle modalità operative,
- l'assegnazione ad ogni paziente di una figura infermieristica unica ha permesso una presa in carico approfondita della situazione, in cui ha una funzione significativa la relazione di fiducia paziente/operatore,
- l'estensione del servizio attivo anche nei giorni di sabato, domenica e festivi ha migliorato la qualità e la quantità dei servizi offerti, favorendo un miglior contenimento e gestione delle problematiche, anche di tipo psicologico, presentate dal paziente e dai familiari,
- il mantenere come competenza al servizio ADI il paziente con diagnosi oncologica, anche per le prestazioni di basso profilo, ha riconosciuto la complessità di tale patologia garantendo, fin dalle prime fasi di intervento, azioni coordinate e integrate, oltre che multidisciplinari,
- il poter disporre della collaborazione continua di medici specialisti ospedalieri per seguire i pazienti a domicilio, e precisamente due medici palliatori, un chirurgo, un medico internista, un fisiatra, ha supportato in modo qualificato l'intervento garantendo a domicilio diagnosi e interventi terapeutici in situazioni di criticità,
- l'intervento, anche a domicilio, di operatori specializzati per supportare i familiari nel difficile percorso di elaborazione di un lutto.

Punti di criticità

Alcuni elementi di criticità sollecitano la riflessione del gruppo di lavoro al fine di individuare ulteriori percorsi operativi e di collaborazione.

Le figure professionali infermieristiche presenti riescono a garantire il servizio fino alle ore 20.00 solo su programmazione, non garantendo in modo continuativo risposte alle situazioni di maggior problematicità.

La collaborazione tra il servizio ADI e i MMG e PLS, fondamentale per garantire all'utenza un percorso terapeutico e assistenziale coordinato e condiviso, non sempre riesce a realizzarsi per la difficoltà, in alcune situazioni a costruire linguaggi, valutazioni, obiettivi comuni.

13.4 Testimonianza di un familiare

Ida era mia cognata, moglie di mio fratello, una giovane donna di 44 anni dotata di notevole forza di volontà.

Tutti insieme, con mio fratello, mia madre e mio marito, abitavamo in un'unica casa tanto grande da permettere a tutti di condurre la propria vita nell'espressione più soddisfacente.

Era titolare e amministratrice di un calzificio specializzato nella produzione di calze sanitarie, che conduceva affiancata dal marito.

La sua vita trascorreva in modo dinamico, ricca di viaggi legati al lavoro, ma anche di piacevoli vacanze che con il marito la portavano a sempre nuove conoscenze che non potevano che essere di gratificazione e di arricchimento.

Mai aveva avuto malattie, mai aveva conosciuto un ospedale.

Nell'aprile 2006 avverte, inizialmente, alcuni dolori addominali che dai medici interpellati non vengono ritenuti preoccupanti.

Il crescendo continuo e repentino di tale sintomo l'allontana dal lavoro, per questo decide di farsi ricoverare in clinica affinché tutto sia accertato in modo rapido per ritornare in forma al suo ruolo.

È del 2 maggio l'entrata in clinica. Il 10 maggio il primario del reparto, per volere della paziente, in sua presenza spiega a noi familiari che le indagini hanno messo in rilievo numerose metastasi polmonari e non solo, pur non avendone evidenziato l'origine.

La comunicazione avviene con grande professionalità da parte del medico e nella più grande commozione. Da quel giorno inizia il calvario ed il dramma non solo della paziente ma di noi tutti.

La decisione dei familiari è di poter aiutare il più possibile sia lei che mio fratello. Per una serie di circostanze fortuite potrà continuare a partecipare quotidianamente, seppur in modo indiretto, all'andamento della sua attività professionale a cui tanto teneva, in virtù della sostituzione, nella semplice parte amministrativa, da parte di mio marito.

Nel frattempo inizia la corsa da un ospedale all'altro, da un oncologo all'altro, nella speranza di strapparla alla morte.

Dopo un primo ciclo di chemioterapia, che sembra dare per qualche settimana un po' di respiro, il quadro di aggravamento tende comunque a farsi sempre più pesante. Ida rifiuta l'ospedale, chiede insistentemente di essere curata nell'ambito familiare.

Nell'altalena del percorso sempre più doloroso anche gli incontri con i vari specialisti sono alcuni di conforto, altri di angoscia.

Palesi erano le varie posizioni di chi, nell'impossibilità di un risultato, si avvicinava con affetto pur senza inganno e di chi l'allontanava, o meglio l'abbandonava, poiché il suo intervento non poteva in futuro dargli lustro.

Dopo un intervento d'urgenza alla Poliambulanza di Brescia dove, dopo varie vicissitudini è stata accolta in un ambiente di grande professionalità e di rispetto umano, ormai alla fine Ida ritorna a casa il 6 ottobre quasi completamente paralizzata. Organizzare il suo rientro non è stata cosa facile. Il medico di famiglia ci sconsiglia questa scelta, suggerendoci il ricovero in un istituto attrezzato per il caso. Ci rechiamo sfiduciati presso gli Uffici dell'ASL per un aiuto, ed è lì che veniamo a conoscenza di un progetto sperimentale sul territorio finalizzato all'assistenza anche a favore dei malati terminali oncologici.

Inizia così l'intervento di Elena, infermiera professionale, che insieme al medico palliatore consentirà a tutti noi di far vivere gli ultimi 15 giorni di Ida come meglio non potevamo sperare.

Il rapporto professionale interagirà con quello familiare, tanto da far talvolta dimenticare la drammaticità della situazione.

L'ammalata con questo supporto può ancora godere dei rumori, dei colori, dei sapori, dei profumi di casa sua. Ida talvolta si illude e spera ancora di poter un giorno tornare al proprio lavoro. Tutto era condotto con garbo e competenza.

Pure noi ritrovavamo un po' di serenità, per quel che si poteva; venivamo condotti in ogni momento con presenza riservata.

Tutto questo sino al grande momento della frase che è rimasta in noi: «ora dobbiamo solo aspettare». 24 ore di silenzio, tanto dura il periodo di coma, sempre sostenuti e confortati.

Ida ci lascia il 20 ottobre 2006. Insieme ad Elena affettuosamente la conponiamo per l'ultimo saluto.

Il ricordo quasi quotidiano di quei mesi drammatici è, comunque, accompagnato da un soffio di dolcezza in virtù di tanta umanità e professionalità dimostrata. Atto d'amore, atto dovuto ad ogni uomo sofferente in uno dei momenti di vita più significativi.

14. Sintesi degli interventi e lavori in corso...

Angela Bellani *

Governo della rete

Come emerso dagli interventi che si sono via via susseguiti, il contesto mantovano contempla un articolato sistema di iniziative e di attività utili alla tutela del cittadino fragile sia a carattere domiciliare che diurne che residenziale.

In ogni Distretto socio sanitario sono presenti lo Sportello Unico e la UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale), composta da un operatore sociale individuato dall'Ufficio di Piano, un operatore della direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera e/o Fondazione, da operatori dello Sportello Unico, dall'assistente sociale che si occupa di dimissioni protette e dall'ADI produzione.

Nelle UVMD le professionalità sanitarie e sociali si confrontano per trovare le soluzioni più opportune alle situazioni individuali e familiari ad alta complessità socio sanitaria.

Abbiamo visto che i Distretti sociosanitari, pur con punte di eccellenza in settori differenti, presentano la seguente organizzazione interna:

Lo Sportello Unico <i>che offre ai cittadini</i>	L'UVMD <i>che</i>	Équipe PAI integrato <i>che</i>
<ul style="list-style-type: none">- Informazione- Informazione e supporto- Attivazione percorso di presa in carico	Costruisce percorsi di assistenza adeguati a situazione ritenute ad alta complessità socio sanitaria	Supporta le UVMD con un'équipe di specialisti per pazienti e famiglie particolarmente critici e complessi

Questo modello organizzativo garantisce ai cittadini un punto unico di accesso e una risposta adeguata ed integrata ai loro bisogni espressi ed inespressi.

* Responsabile Servizio Programmazione Coordinamento e Raccordo Territoriale ASL di Mantova.

Per *welfare dell'accesso* abbiamo inteso quel tipo di politica sociale e sanitaria che garantisce al cittadino il diritto all'informazione, alla libertà di scelta, alla semplificazione amministrativa e all'affiancamento in ambito sanitario, sociale e socio-assistenziale, che nella nostra organizzazione si traduce nello Sportello Informativo distrettuale.

Le relazioni hanno evidenziato come ogni realtà territoriale sviluppi, a seconda delle risorse, economiche ed umane, pubbliche e private a disposizione, eccellenze proprie di quel contesto, con il comune obiettivo di migliorare i servizi al cittadino. Risulta che Asola si è distinta per il potenziamento del raccordo tra Sportello Unico e servizi sociali degli enti locali, Guidizzolo per l'ADI a gestione diretta, Mantova per l'attività di supervisione agli operatori sanitari che si occupano di pazienti a domicilio con gravi patologie, Viadana per il protocollo d'intesa distrettuale finalizzato all'integrazione socio-sanitaria dei servizi rivolti all'area anziani e adulti non autosufficienti, Ostiglia per lo sviluppo di uno specifico progetto a sostegno del caregiver e della famiglia, e Suzzara per la realizzazione dello Sportello Unico interistituzionale.

Mentre stiamo scrivendo gli atti per questa pubblicazione, la Regione Lombardia ha emesso la DGR N. 8/10759 dell'11.12.2009, ad oggetto "Determinazione in ordine alla realizzazione del Centro per l'Assistenza Domiciliare delle ASL".

Il nostro modello operativo, ora funzionante, nel 2010 andrà pertanto integrato e reso compatibile con la costituzione del *CeAD (Centro per l'Assistenza Domiciliare)*.

Secondo le indicazioni regionali, ciascuna ASL dovrà stipulare apposito protocollo d'intesa con il comune capofila dell'Ambito, sentita l'assemblea distrettuale dei Sindaci, e dovrà organizzare questa attività secondo le modalità e le strategie più adeguate al proprio contesto territoriale.

Nel dicembre 2009 è stato già avviato il primo progetto sperimentale di *CeAD (Centro per l'Assistenza Domiciliare)* nel Distretto sociosanitario e nell'Ambito territoriale di Viadana. Al Centro per l'Assistenza Domiciliare arriveranno prevalentemente le richieste di persone anziane e disabili in condizioni di non autosufficienza, i pazienti fragili con bisogni complessi e le loro famiglie.

Il *CeAD* di conseguenza:

- predisporrà, coordinerà e verificherà, a supporto ed in accordo con la famiglia, l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), il buono sociale, l'assistente familiare, il Centro Diurno Integrato (CDI). L'erogazione di presidi e ausili, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'erogazione di voucher sociale e sociosanitario vengono attivate solo su richiesta del medico curante;
- orienterà l'eventuale scelta del tipo di struttura (sia essa residenziale o no) e si coordina con la "Struttura Intermedia" per la gestione di casi complessi che non trovano immediata soluzione (dimissioni ospedaliere, aggravamenti a domicilio, ecc.);

- si interfacerà con i Servizi e i Dipartimenti dell'ASL per la non autosufficienza e la fragilità;
- promuoverà l'attivazione degli interventi complementari a sostegno della domiciliarità.

Prospettive e azioni future

Per la prima volta l'ASL di Mantova si è sperimentata quale ente capofila per l'attuazione di iniziative finanziate dalla Regione, a favore sia degli Ambiti sia dei Distretti Sociosanitari, consistenti nella programmazione e gestione di due importanti azioni, quali il PAI (Piano Assistenziale Individuale), che contempla le prestazioni di cui una persona non autosufficiente ha bisogno, erogate sia dai servizi sociali che dai servizi sanitari, e il Progetto di informatizzazione degli Sportelli Unici e dei Segretariati Sociali, così come indicato nella Delibera Giunta Regionale n. 8243 del 22 ottobre 2008 ("Realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei Servizi socio-educativi per la prima infanzia. Attuazione della DGR n. 6001/2007 e della intesa del 14 febbraio 2008") e nella successiva DGR n. 9152 del 30 marzo 2009.

Con lo sviluppo e potenziamento del PAI integrato si intende l'attività di valutazione e progettazione degli interventi individualizzati a domicilio, come richiesti dalle UVMD, che sarà potenziata da attività di supporto, di carattere specialistico, psicologico e/o psichiatrico e/o neuropsichiatrico, a favore dei pazienti e dei loro familiari, in situazioni ritenute ad alta complessità.

Per l'azione relativa alla "Informatizzazione Sportelli Unici e Segretariati Sociali", l'Azienda Sanitaria Locale di Mantova ha stipulato con una società informatica un contratto per lo studio e la progettazione di un sistema informativo (comprensivo dell'identificazione di procedure, modulistica, bisogni formativi) propedeutico all'implementazione di un sistema informatico integrato, comprensivo di banche dati e cartelle socio-sanitarie condivise, tra ASL, Piani di Zona e segretariati sociali dei comuni.

Nella gestione della rete e nel miglioramento della risposta al cittadino fragile e alla sua famiglia riteniamo di estrema importanza coinvolgere sempre di più il MMG, in quanto, oltre che responsabile clinico delle cure sanitarie, egli è depositario, nella maggior parte dei casi, della storia familiare del paziente.

Appendice

Modulistica in uso

SCHEDA ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI

cognome e nome: _____ data di nascita: _____

domicilio: _____

recapito telefonico: _____ Tessera sanit.: _____

problemi sanitari in atto che giustificano la richiesta di prestazioni domiciliari ed eventuale terapia:

Diagnosi principale: _____ ICD 9 - CM . *

altra diagnosi: _____ ICD 9 - CM . *

Prognosi quoad vitam: minore di 90 gg.** maggiore di 90 gg.

Problemi sanitari pregressi: _____

Tempo previsto di assistenza: 1 mese da 1 a 3 mesi da 3 a 6 mesi oltre i 6 mesi

OBIETTIVI DEL PIANO ASSISTENZIALE

Prestazioni riabilitative: <input type="checkbox"/> Pz. Acuto <input type="checkbox"/> Pz. Cronico			
Prestazioni infermieristiche:	numero accessi settim. _____	numero accessi settim. _____	
<input type="checkbox"/> Iniezioni	_____	<input type="checkbox"/> Alimentazione enterale	_____
<input type="checkbox"/> Prelievi venosi	_____	<input type="checkbox"/> Alimentazione parenterale	_____
<input type="checkbox"/> Terapia endovenosa	_____	<input type="checkbox"/> Somministrazione terapia	_____
<input type="checkbox"/> Medicazioni	_____	<input type="checkbox"/> Gestione ventilazione	_____
<input type="checkbox"/> Parametri vitali	_____	<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale	_____
<input type="checkbox"/> Gestione catetere	_____	<input type="checkbox"/> Terapia del dolore	_____
<input type="checkbox"/> Clistere	_____	<input type="checkbox"/> Stick glicemici	_____
<input type="checkbox"/> Gestione stomia	_____	<input type="checkbox"/> Altro	_____
Consulenza specialistica: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No specificare: _____			
Assistenza del Medico di Medicina Generale: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> ADP			
con accesso: <input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/> quindicinale <input type="checkbox"/> settimanale <input type="checkbox"/> plurisettimanale			

Si autorizza attivazione ADP/ ADI

Data: ____/____/_____

_____ *firma del responsabile di Distretto*

(segue)→

→(segue «Scheda attivazione cure domiciliari)

FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Il paziente vive: da solo con il coniuge (età: _____) altro (*specificare*): _____
(note eventuali): _____

- La famiglia è in grado di farsi *totalmente* carico dell'assistenza
 La famiglia è disponibile solo *parzialmente* (pratiche burocratiche e sostegno domiciliare saltuario)
 L'utente può contare solo sull'aiuto istituzionale

(note eventuali): _____

Cognome e nome del familiare di riferimento: _____

grado di parentela: _____

residente a: _____ indirizzo: _____

recapiti telefonici: abitazione: _____

lavoro: _____

cellulare: _____

(note eventuali): _____

Servizi già attivati: nessuno servizio soc.comunale SAD Centro Diurno ADI

(note eventuali): _____

Dislocazione dell'abitazione rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi, farmacia, trasporti)

servita poco servita isolata altro (specificare): _____

Piano dell'edificio in cui si trova l'abitazione: Disponibilità di ascensore: sì no

Eventuali barriere architettoniche: assenti solo esterne interne

(note eventuali): _____

(segue)→

→(segue «Scheda attivazione cure domiciliari)

controllo sfinterico: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> incontinenza saltuaria <input type="checkbox"/> incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> incontinenza totale <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>):.....	deficit sensoriali (udito e vista): <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> correggibile con l'aiuto di protesi o occhiali <input type="checkbox"/> grave deficit non correggibile <input type="checkbox"/> cecità e/o sordità completa <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>):.....
funzioni cognitive (memoria, orientamento, attenzione): <input type="checkbox"/> assenti/lievi (non interferiscono significativamente con le attività sociali) <input type="checkbox"/> moderati (negli altri casi) <input type="checkbox"/> gravi (molto disturbanti per il paziente, influenzano notevolmente la capacità di relazione) <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>):.....	disturbi comportamentali (es.: delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante): <input type="checkbox"/> assenti o lievi (non interferiscono significativamente con le attività sociali) <input type="checkbox"/> moderati (negli altri casi) <input type="checkbox"/> gravi (molto disturbanti per il paziente, richiedono somministrazione di farmaci) <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>):.....
funzioni cognitive: <input type="checkbox"/> cammina o si sposta in carrozzina autonomamente senza aiuto <input type="checkbox"/> si sposta con l'aiuto di persone, deve essere aiutato nei trasferimenti <input type="checkbox"/> allettato deve essere alzato <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>):.....	attività della vita quotidiana: <input type="checkbox"/> totalmente indipendente (igiene personale, alimentazione, uso dei servizi igienici) <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente (ha bisogno di aiuto in una o più attività) <input type="checkbox"/> totalmente dipendente (ha bisogno di aiuto in tutte le attività)

rreapito telefonico: _____

*timbro e firma del medico
di medicina generale*

data: ___/___/_____

Allegare qualsiasi documentazione utile per la valutazione dello stato di salute (es.: lettere di dimissione ospedaliera, fotocopia verbale di invalidità civile, ecc...).

* Compilare indice di Karnofsky solo in caso di attivazione di cure domiciliari a favore di paziente oncologico in fase terminale.

** La classificazione IC9-CM, se mancante, sarà effettuata a cura dell'UVMD (Unità di valutazione multidimensionale distrettuale).

Ricevuta in data: _____



**SCHEDA CLINICA INFORMATIVA
per il trasferimento del paziente**

- in riabilitaz. specialistica
- in RSA o altre strutture socio-sanitarie
- in riabilitaz. di mantenimento
- a domicilio
- in riabilitaz. generale-geriatrica

cognome e nome del paziente:

nato/a a: il: [table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 1.2em; vertical-align: middle; text-align: center; border-collapse: collapse;">| | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | | | | | | | | | | | | | |

comune di residenza:

indirizzo:

codice fiscale: [table border="1" style="display: inline-table; width: 550px; height: 1.2em; vertical-align: middle; text-align: center; border-collapse: collapse;">| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sintesi diagnostica:

.....
.....

Evento indice e data di insorgenza:

.....
.....

Altre patologie in atto ed eventuali allergie:

.....
.....

Terapia in atto:

.....
.....

→(segue «Scheda clinica informativa per il trasferimento del paziente»)

Disfagia: Sì No

Afasia/disartria: Sì No

Nutrizione:

- per bocca
- sondino naso-gastrico
- Peg
- parenterale

Respirazione:

- normale
- ossigeno
- ventilazione meccanica
- con tracheostomia

Presenza deficit sensoriali:

- visivi uditivi

Aspirazione secrezioni bronchiali:

- Sì No

Portatore di:

- pace maker
- catetere perdurale
- catetere venoso centrale
- pompa elastomerica
- tracheostomia

- urostomia
- colostomia
- catetere vescicale
- protesi (*specificare*):.....
- ortesi (*specificare*):

Presenza piaghe da decubito: Sì No

eventuali sedi:

Presenza altre lesioni: Sì No

eventuali sedi:

Stato di coscienza:

- vigile
- risposta a stimolo verbale
- risposta a stimolo doloroso
- non risponde

Eventuale punteggio

Glasgow Coma Scale:

Deterioramento cognitivo:

assente
lieve-moderato
grave

Comprensione ordini: Sì No

Disturbi del comportamento:

- assenti
- lievi-moderati } specificare:
- gravi }

(segue)→

→(segue «Scheda clinica informativa per il trasferimento del paziente»)

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	del tutto indipendente	parzialmente dipendente	totalmente dipendente
capacità di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
continenza sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cammina: da solo con aiuto con protesi/ausili in carrozzella

Allettato: No Sì → (specificare da quanto tempo:)

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione: idonea presenza di barriere architettoniche

Vive solo: Sì No

Supporto di familiari e/o caregiver: continuo parziale assente

È già stato sottoposto a terapia riabilitativa? Sì No

Se sì, quando e con quali risultati:

.....

**Attuale capacità di collaborazione del
paziente agli interventi riabilitativi: :** buona parziale assente

**Orientamento sulle possibilità
di recupero parziale o totale rispetto
alle attuali condizioni..... :** buone parziali assenti

Struttura inviante:..... ☎

data: / /

.....
(timbro e firma del Medico)

Glossario

ADI:	<i>Assistenza Domiciliare Integrata</i>
AdS:	<i>Amministratore di Sostegno</i>
ASSI:	<i>Attività Socio Sanitarie Integrate</i>
CDR:	<i>Centro di Responsabilità</i>
CRS:	<i>Carta Regionale dei Servizi</i>
FKT:	<i>Fisio Kinesi Terapia</i>
IDR:	<i>Istituto di Riabilitazione</i>
IP:	<i>Infermiere Professionale</i>
NAR:	<i>Nuova Anagrafe Regionale</i>
MMG:	<i>Medico di Medicina Generale</i>
PAI:	<i>Piano di Assistenza Individuale</i>
PLS:	<i>Pediatra di Libera Scelta</i>
POA:	<i>Piano Organizzazione Aziendale</i>
PUA:	<i>Punto Unico d'Accesso</i>
RSA:	<i>Residenza Sanitaria Assistenziale</i>
RSD:	<i>Residenza Sanitaria Disabili</i>
SAD:	<i>Servizio Assistenza Domiciliare</i>
Ser.T.:	<i>Servizio Tossicodipendenze</i>
S.I.:	<i>Sportello Interistituzionale (ASL/Ufficio di Piano)</i>
SLA:	<i>Sclerosi Laterale Amiotrofica</i>
SUSSD:	<i>Sportello Unico Socio Sanitario Distrettuale</i>
SVP:	<i>Stati Vegetativi Permanenti</i>
UOCP:	<i>Unità Operativa Cure Palliative</i>
UPG:	<i>Ufficio Protezione Giuridica</i>
URP:	<i>Ufficio Relazioni con il Pubblico</i>
UVMD:	<i>Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuale</i>

Tipografia Commerciale srl
Mantova, Maggio 2010

