



PIANO DI ZONA DEL VERBANO CUSIO OSSOLA



INDICE

- Premessa
- Introduzione
- Documento del Piano di Zona
 - 1 Il contesto istituzionale ed organizzativo
 - 2 Le procedure attivate per la costruzione del Piano
 - 3 L'analisi dei punti di forza e di criticità
 - 4 Gli obiettivi strategici del Piano di Zona
 - 5 Gli obiettivi strategici nelle diverse aree di intervento
 - 6 Le priorità
 - 7 Il monitoraggio, la verifica, la valutazione
 - 8 Il governo del Piano di Zona
- Accordo di Programma per l'adozione del Piano di Zona

Progetti

- Accesso ai servizi socio sanitari e sistema informativo
- Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) per l'assistenza domiciliare
- Progetto anziani fragili
- Proposta di regolamento unico per il servizio di assistenza domiciliare

Schede

- Scheda di valutazione socio sanitaria dell'unità di valutazione geriatrica
- Scheda di valutazione socio sanitaria dell'unità di valutazione della disabilità

Allegati disponibili

- Le procedure attivate per la costruzione del Piano di Zona
- Il quadro conoscitivo del territorio
- *Cd-rom* contenente i materiali di lavoro e il *data-base* con dati demografici, economici, sociali e relativi ad attività e servizi sociali del Verbano Cusio Ossola

PREMESSA

Il Piano di Zona previsto dalle disposizioni della Legge 328/2000 e dai contenuti della Legge Regionale 1/2004 rappresenta un'occasione importante per il territorio del Verbano Cusio Ossola.

Il Piano di Zona interessa un territorio con prerogative e peculiarità proprie che derivano da particolari componenti ambientali, storiche, sociali e politiche. Esso rappresenta inoltre un'opportunità rilevante per favorire la crescita dell'identità di una Provincia dalle complesse articolazioni territoriali e sociali nonché di recente istituzione. A questo riguardo è da sottolineare che si farà spesso riferimento alla Provincia del VCO per semplicità e in modo non perfettamente corretto, in quanto il territorio di riferimento per questo Piano di Zona include anche 7 comuni della Provincia di Novara che fanno parte del CISS Cusio

I dettami delle disposizioni legislative sopra richiamate, contengono le regole che vincolano ogni Piano di Zona ad avere come riferimento territoriale l'ambito dell'Ente Gestore dei Servizi Sociali che, a sua volta, dovrebbe coincidere con il territorio del Distretto Sanitario in cui è divisa l'ASL di riferimento. L'occasione, per il territorio del VCO, è stata quella colta dai rappresentanti delle Amministrazioni Locali, unitamente ai rappresentanti dei 3 Consorzi dei Servizi Sociali, all'ASL 14 ed alla Amministrazione provinciale, che hanno scelto di dare un'unica risposta istituzionale formulando un solo Piano di Zona per l'intera Provincia.

Questa scelta ha molteplici ragioni. Prima di tutto il territorio evidenzia delle caratteristiche di attenzione e di cultura per i problemi sociali che derivano da una storia fatta di scelte anche importanti di cooperazione e di condivisione (prova ne sono le antiche Società di Mutuo soccorso che grande parte hanno avuto nella crescita di mutualità e di solidarietà condivisa o la presenza capillare di IPAB pubblico/private che hanno dato, e tuttora erogano, interventi sociali importanti su tutto il territorio), ma anche l'aver rilevato che le manifestazioni di disagio espresse dai cittadini dell'intero territorio provinciale non si differenziano da zona a zona, ma presentano analoghe caratteristiche.

La novità è l'aver intrapreso in maniera organica e condivisa fra tutte le Amministrazioni Locali, un percorso di attivazione del Piano di Zona che supera la logica della tripolarità territoriale.

Il dare maggior respiro alle iniziative condividendone gli scopi, i meccanismi di attuazione e le volontà di ricerca di BEN-ESSERE che tutto il territorio manifesta, è il superamento delle vecchie logiche del "particolare" che parecchie difficoltà causa nella normale vita amministrativa del territorio.

Attivare tali percorsi operativi comuni ha implicato un confronto molto serrato sulle motivazioni connesse agli scopi del Piano di Zona; sulle difficoltà connesse all'accettazione delle proposte di modifica di procedure ormai consolidate; sulla ricerca di percorsi prioritari che coinvolgano temi importanti della vita socio-assistenziale-sanitaria della cittadinanza. Tali confronti si sono svolti nella consapevolezza che, nel contempo, non è possibile scardinare quelle azioni assistenziali che, comunque, hanno dato significative risposte alle necessità della popolazione.

Per tali ragioni il Piano di Zona non è un meccanismo ingessato. E' un processo organizzativo che trova nella continua evoluzione delle esigenze di "benessere", la motivazione stessa del rinnovarsi. Pertanto l'inizio del percorso vuole essere solo il punto di partenza istituzionalmente necessario per la costruzione delle future strategie di intervento, e il coinvolgimento di tutti gli attori che svolgono le loro attività a servizio della "persona" coordinati dalla Provincia del Verbano Cusio Ossola ente con spiccate competenze programmatiche (Enti Locali, Consorzi, Asl, Volontari, Cooperative, Scuola, OO.SS,ecc.), sarà non solo garanzia di continuità, ma ricerca della qualità dei Servizi per dare qualità alla "Persona".

INTRODUZIONE

Tre norme, in successione gerarchica, definiscono per il territorio piemontese contenuti e funzioni del Piano di Zona: la legge n. 328 dell'8 novembre 2000, la legge regionale n. 1 dell'8 gennaio 2004 e la deliberazione di Giunta regionale n. 51-13234 del 3 agosto 2004.

Innanzitutto, la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", la 328/2000, che all'articolo 19 così introduce la nozione di Piano di Zona.

*1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il **piano di zona**, che individua:*

- a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;*
- b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);*
- c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;*
- d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;*
- e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;*
- f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;*
- g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.*

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;*
- b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);*
- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;*
- d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.*

In secondo luogo la L.R. n. 1 dell'8 gennaio 2004 “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”, che all'articolo 17 riprende quasi letteralmente il dettato della legge quadro.

*I comuni singoli od associati, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le ASL nelle forme previste dall'articolo 3 quater, comma 3, lettera c), del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni per quanto attiene le attività di integrazione socio-sanitaria, provvedono a definire il **piano di zona** ai sensi dell'art. 19 della L. 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza.*

Infine la D.G.R. n. 51-13234 del 3 agosto 2004 “Approvazione delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1”, che in apertura recita:

*Il **Piano di Zona** è lo strumento attraverso il quale i Comuni, secondo gli assetti territoriali adottati per la gestione dei servizi sociali, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, disegnano il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare.*

Il mandato normativo assegnato al Piano di Zona, essere “strumento fondamentale” per la realizzazione del “sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio” è perciò, più che mai, il mandato che il Verbano Cusio Ossola, per il tramite dei suoi decisori politici, assegna al suo Piano.

I bisogni e i problemi che improntano il settore emergono sostanzialmente indifferenziati in tutta la provincia. L'invecchiamento della popolazione è un problema comune a tutto il territorio e non solo ad esso; così pure la contrazione della popolazione giovanile; nuove e vecchie povertà si distribuiscono equamente ovunque, come pure disabilità e svantaggi sociali di varia natura.

La scelta di non realizzare tre diversi Piani di Zona su base distrettuale-consortile, come quasi ovunque altrove avviene, ma di dare vita ad un unico Piano di Zona provinciale comune ai tre Consorzi e all'intera ASL 14¹ trova perciò motivazione primariamente nella volontà di sviluppare ulteriormente le modalità di raccordo e intesa esistenti facendole evolvere verso vere forme di integrazione e spingendo l'intero apparato degli interventi e dei servizi sociali presente nella provincia a costituire un unico sistema. Nel rispetto del mandato normativo, il Piano di Zona vuole essere strumento per l'affermazione di una concezione progressiva della politica e dell'azione sociale, in maggiore sintonia con i profondi cambiamenti avvenuti nella società, essere concretamente generatore di *welfare*, cioè di BEN-ESSERE.

IL CONTESTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DI AMBITO

Il presente Piano di Zona riguarda il territorio di tre ambiti gestionali corrispondenti a tre distinti Consorzi Comunali dei Servizi Sociali: il Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano (CSSV), il Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Assistenziali del Cusio (CISS Cusio), il Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali dell'Ossola (CISS Ossola), comprendenti l'intera Provincia del Verbano-Cusio-Ossola e 7 Comuni della Provincia di Novara posti nel Cusio.

L'area coincide perfettamente, nel suo complesso, con il territorio dell'ASL 14 di Omegna. L'Azienda Sanitaria Locale è articolata in tre Distretti, ciascuno di essi si approssima al territorio degli ambiti gestionali dei Consorzi dei Servizi Sociali.

1.2 LA GESTIONE ASSOCIATA TRA I COMUNI PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI SOCIALI

La formula di gestione Consortile, applicata pur con deleghe diverse e talora parziali da tutti i Comuni, trova attuale riferimento normativo nell'art. 9 della L.R. 8 gennaio 2004 n.1 e nel D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267. In particolare l'art. 9, comma 1, della L.R. n. 1/2004 testualmente recita: "La Regione individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei Comuni ...".

1.3 IL COORDINAMENTO INTERISTITUZIONALE

I tre Consorzi dei Servizi Sociali agiscono da anni in buona sinergia, esportando "buone pratiche", e condividendo momenti di solidarietà ed unitarietà nei rapporti con l'ASL, la Provincia e la Regione, in occasione della stipula di convenzioni comuni, richieste di finanziamento, progettualità. Altrettanto dicasi per interventi formativi (formazione permanente e prima formazione), modelli di integrazione socio-sanitaria e studio.

Tale iniziative però sono maturate fundamentalmente per "buona volontà" degli Amministratori, dei Dirigenti e dei Funzionari dei diversi Enti, non esistendo in generale sino ad oggi protocolli di operatività congiunta, se non in sporadiche occasioni.

1.4 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI.

Nell'ambito Provinciale, o meglio del territorio su cui ricade la competenza dei tre Consorzi dei Servizi Sociali, solo i Comuni Capoluogo hanno mantenuto una struttura organizzativa propria di Servizio Sociale. Il Servizio Sociale, diversamente denominato, esiste anche in altre realtà Comunali laddove sono presenti strutture Residenziali o Semi-Residenziali a gestione diretta dei Comuni stessi (RSA/RAF per anziani, Case Albergo, Asili Nido, ecc.). Fra le attività fundamentalmente svolte dai Servizi Sociali dei Comuni si ricordino: la gestione del Settore Casa (settore di fondamentale e delicatissima importanza), gli Sportelli Informalavoro, Informahandicap, le Università della Terza Età, Soggiorni Marini e Termali per Anziani, Attività Ludico-ricreative per anziani, distribuzione di "pacchi dono", ecc.

1.5 LE FORME DI GESTIONE DEI SERVIZI E LE FORME DI COLLABORAZIONE CON I SOGGETTI DEL TERZO SETTORE.

Prevalentemente i tre Consorzi gestiscono in forma diretta i loro rispettivi servizi.

L'articolazione organizzativa non è uniforme, sebbene sotto la posizione unificante dei Direttori, si dispieghino aree funzionali più o meno differenziate di servizi operativi suddivisi per tipologia di utenza (Adulti, Anziani, Minori, Disabili) e di servizi amministrativi (Finanziario, Personale, Segreteria/Affari generali). Il Personale è distribuito sul territorio in Presidi spesso coincidenti con i Sub-Distretti ASL, articolando le competenze talora per funzione (tipologia di utenza di riferimento), altre volte per territorialità (pluricompetenze). Alcuni servizi sono centralizzati (es. Area Disabili).

Una parte dei servizi sono affidati a Cooperative Sociali, in altri casi ci si avvale del supporto di Associazioni di Volontariato e di Promozione Sociale

1.6 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il Piano di zona rappresenta una grande opportunità per realizzare l'integrazione fra servizi sociali e sanitari in una logica di concertazione fra soggetti autonomi, di pari dignità. Questa integrazione va collocata entro una prospettiva più ampia di integrazione fra politiche e servizi vedendo in essa l'occasione di un recupero di centralità delle politiche sociali in senso ampio, come politiche le cui finalità possano essere perseguite efficacemente solo coordinando ed integrando più politiche e più azioni.

Al momento l'integrazione socio-sanitaria a livello locale è regolata dalla Convenzione tra l'ASL 14 e i tre Consorzi.

2

LE PROCEDURE ATTIVATE PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO

2.1 PREMESSE

Il Piano di Zona nasce con l'obiettivo plurimo di favorire il riordino, il potenziamento e la messa in rete di interventi e servizi, ma assume soprattutto il ruolo di strumento di governo del sistema locale di servizi ed interventi territoriali.

Tre paiono le questioni maggiormente significative: la prima riguarda la costruzione di una metodologia di lavoro capace di integrare gli aspetti politici con quelli tecnici, la seconda riguarda la particolare caratteristica di questo Piano che affronta le problematiche di un territorio assai vasto, corrispondente a tre ambiti gestionali (CSS del Verbano, CISS Ossola, CISS Cusio), la terza infine attinente il coinvolgimento dei numerosi soggetti terzi attivi nel settore.

L'iniziale decisione politica di tracciare un nuovo percorso programmatico che ricomprendesse unitariamente l'intero ambito dei tre Consorzi dei Servizi Sociali e si estendesse quindi al complessivo territorio della Provincia del Verbano-Cusio-Ossola, con l'aggiunta di alcuni Comuni del Basso Cusio ricompresi nella Provincia di Novara, ha determinato un'analisi ed una ricomposizione caratterizzata da molteplici problematiche di contesto e di omogeneizzazione dei dati disponibili, risultando le strutture organizzative e le esperienze territoriali assai articolate e diversificate.

Nell'ambito del percorso di preparazione e costruzione del Piano di Zona uno spazio significativo è stato occupato dalle attività di informazione e comunicazione.

2.2 LA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA

Le norme di legge già sopra richiamate e più dettagliatamente la D.G.R. n. 51-13234 del 03-08-2004 recante oggetto "Approvazione delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, ai sensi dell'art. 17 della L.R. 8 gennaio 2004 n. 1, indicano che la programmazione attivata con i Piani di Zona sia una programmazione partecipata, quindi ampia e diffusa, coinvolgente molti soggetti.

Peraltro la complessità dei bisogni implica imprescindibilmente che le risposte siano integrate tra loro, coordinando gli interventi del maggior numero di attori impegnati negli interventi sul territorio, coinvolgendoli nella progettazione e programmazione locale.

Alla base del Piano di Zona vi è l'applicazione dei principi costituzionali di sussidiarietà verticale tra istituzioni pubbliche (Comune, ricomprendente il Consorzio – Provincia – Regione, ricomprendente l'ASL), e orizzontale fra le istituzioni pubbliche e la società civile. Un obiettivo comune, corrispondente in via generale al benessere di comunità, attraversa gli attori istituzionali e non, pubblici e privati, che imparano ad operare congiuntamente in rete.

La programmazione, strategica e partecipata, costituisce l'asse portante del Piano di Zona.

2.3 IL PERCORSO DI CONCERTAZIONE E PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA

In considerazione della tripolarità geografica (Verbano-Cusio-Ossola) e dei corrispettivi ambiti Consorziali e Distrettuali (quasi coincidenti), si è optato per una rappresentanza politica che tenesse conto anzitutto di queste tre macro-aree geografiche e sociali.

Ne è scaturito un modello che prevede nella composizione del Tavolo Politico una rappresentanza di 3 Comuni per ciascun ambito (9 quindi in totale). All'interno dell'ambito la rappresentanza è espressa: 1) dal Comune Capoluogo, 2) da un Comune con popolazione superiore a 3.000 abitanti, 3) da un Comune con popolazione inferiore a 3.000 abitanti. Come si è detto è altresì prevista la rappresentanza dei 3 Consorzi dei Servizi Sociali, quali fondamentali attori e coordinatori del sistema, attuata attraverso i rispettivi Presidenti. E' inoltre rappresentata l'ASL 14 attraverso il Direttore Generale, o suo delegato. Il Tavolo Politico è presieduto dall'Assessore Provinciale alle Politiche Sociali a rappresentare l'unitarietà territoriale e il comune interesse dell'ambito provinciale.

Il Tavolo Politico ha proceduto alla individuazione e nomina dell'Ufficio di Piano, che è stato composto da tre professionisti locali con competenze sociologiche, statistiche, politologiche, formative, psicologico-sociali ed esperienze nella programmazione e pianificazione sociale e locale.

2.4 LE INIZIATIVE INFORMATIVE

Successivamente l'attenzione dell'Ufficio di Piano, relativamente al processo di programmazione partecipata, si è concentrato sulla organizzazione e la convocazione della Conferenza di Piano. In tale consesso, di integrazione tecnico-politica, sono stati presentati i fondamenti del Piano di Zona, i significati programmatori, la particolare declinazione del Piano ad ambito Provinciale, i percorsi e le tappe della costituzione e la metodologia di azione dei Tavoli Tematici.

2.5 LE MODALITA' DI RACCORDO CON I SOGGETTI DELLA COMUNITA' LOCALE

La prima sessione della Conferenza di Piano, fissata per il giorno 16 febbraio 2006, ha visto una massiccia e significativa adesione in termine di presenze. I partecipanti all'incontro sono stati oltre 200. Ad essi è stata fornita della documentazione cartacea oltre ad un CD-ROM contenente la base dati delle rilevazioni locali dei principali fenomeni socio-demografici.

La seconda sessione della Conferenza di Piano si è tenuta il 2 marzo 2006, ha avuto un carattere prettamente tecnico in termini espositivi, venendo illustrato nel dettaglio il modello metodologico di articolazione, formazione e di gestione dei Tavoli Tematici. Inoltre si è dato spazio alle domande degli intervenuti ed agli interventi delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative.

I cinque Tavoli Tematici (a) Politiche per i Minori, gli Adolescenti e i Giovani, b) Politiche per la Famiglia, c) Politiche per le Persone Disabili, d) Politiche per le Persone Anziane, e) Politiche per l'Inclusione Sociale) hanno iniziato i loro lavori il 15 e 16 marzo e hanno chiuso l'attività al termine del mese di aprile, dopo 6 incontri per Tavolo della durata di oltre due ore ciascuno. La partecipazione è stata numerosissima con oltre 100 attori afferenti. Dai Tavoli sono scaturite circa 140 idee progettuali. Ricomposte in schede di analisi facilmente rapportabili.

2.6 LE MODALITA' DI RACCORDO CON ALTRI SERVIZI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Al fine di raccogliere altri elementi l'Ufficio di Piano ha organizzato altri momenti di confronto.

Si è così svolto un Incontro di Analisi Sociale Tecnico-Politica con le maggiori istituzioni pubbliche dell'ambito provinciale e le OO.SS. dal quale sono emersi importanti nuovi contributi del Comune di Verbania, della Camera di Commercio, delle OO.SS., di VCO Trasporti, del Centro per l'Impiego, del Comune di Omegna e del Comune di Domodossola.

Un secondo incontro lo si è organizzato invitando le IPAB ed altri soggetti (es. Associazione Vivi la Vita di Novara - Gestore del Telesoccorso nel territorio del CISS Ossola e del CISS Cusio) che non avevano potuto partecipare ai Tavoli Tematici.

La riunione è stata caratterizzata da un momento espositivo e da un momento di ascolto, in cui le IPAB “M. Lagostina” di Omegna, “Dott. D. Uccelli” di Cannobio e l’IPAB di Varzo hanno espresso le proprie posizioni, unitamente al Consorzio delle Cooperative Sociali e alla citata Associazione Vivi la Vita.

Un terzo confronto è stato dedicato alle Cooperative Sociali per affrontare la spinosa questione delle modalità di rapporto tra Enti Pubblici e Cooperative Sociali (Terzo Settore), con particolare riferimento agli accordi di diritto pubblico di cui all’art. 11 della L. 241/90.

Infine si è tenuto uno specifico incontro con il Settore Formazione dell’Amministrazione Provinciale per la particolare problematica degli interventi sugli adolescenti ed i giovani in età scolastica (strumenti per evitare l’abbandono scolastico).

Fitti rapporti sono stati mantenuti con i vertici aziendali dell’ASL, ed in particolare con il Direttore Sanitario, che ha indicato i Dirigenti delegati alla rappresentanza nei Tavoli di concertazione e Coprogettazione.

2.7 I TAVOLI DI CONCERTAZIONE E COPROGETTAZIONE

Le proposte progettuali emerse dai Tavoli Tematici sono state ricomposte dall’Ufficio di Piano. Tale compito è stato realizzato dall’Ufficio di Piano per consentire di presentare le sintesi al Tavolo Politico. In tale sede sono emerse alcune precisazioni da parte del Comune di Domodossola, dell’ASL e del Comune di Verbania, Il Tavolo Politico ha dato mandato all’Ufficio di Piano di procedere nella stesura dei progetti in termini di studio di fattibilità.

Il passo successivo è stata quindi la convocazione dei Tavoli di Concertazione e Coprogettazione ai quali sono stati invitati gli attori istituzionali, quelli del Terzo Settore che avevano segnalato massimo interesse agli specifici progetti durante i lavori dei Tavoli Tematici, nonché le OO.SS., al fine di mantenere massimo il livello di partecipazione nella definizione del processo di pianificazione.

I Tavoli di Concertazione e Coprogettazione hanno visto presenti numerose rappresentanze istituzionali (Comuni, Consorzi, ASL), Cooperative sociali (consorziate e non), Associazioni, Fondazioni, OO.SS.. Anche in questa fase la partecipazione è stata ampia, viva e assai produttiva.

I tavoli di Concertazione e Coprogettazione hanno permesso di approfondire i macroprogetti caratterizzanti il Piano, frutto di una reale partecipazione della Comunità locale in tutte le sue espressioni e manifestazioni.

L'ANALISI DEI PUNTI DI FORZA E DEI PUNTI DI CRITICITA'

Punti di forza

- Il territorio provinciale dispone di un complesso di attività e di servizi sociali articolato e che operatori, addetti e conoscitori del settore ritengono generalmente soddisfacente e di buon livello in assenza finora di specifiche indagini di *customer satisfaction* .
- Il quadro dell'offerta dei servizi pubblici è ampio e articolato in tutte e tre le aree, sebbene si scontino le difficoltà connesse con un territorio in buona misura montuoso; dotato di un ampio ventaglio di tipologie di intervento, riesce nel complesso a dare risposta alle forme manifeste di disagio e protezione alla componente più debole della popolazione.
- L'attuale complesso è la risultante di una tradizione storica, che affonda localmente le radici fin nel XIX secolo, nel filantropismo delle classi dirigenti locali, nel mutualismo operaio, nel ruolo delle istituzioni e dell'associazionismo cattolico, e, in tempi più recenti, nelle esperienze dei servizi di assistenza e di promozione sociale sviluppati dai maggiori comuni, da un decennio confluite nella nuova dimensione organizzativa consortile, nonché in quelle maturate dalle maggiori istituzioni, da un terzo settore cresciuto rapidamente nell'arco di pochi anni e, in particolare, da una consistente compagine di volontariato sociale.
- La forma consortile si è rivelata particolarmente idonea a territori come il VCO, caratterizzata da un'accentuata polverizzazione amministrativa (77 Comuni su poco più di 160.000 residenti, uno solo con più di 20.000, tre con più di 10.000 abitanti, 45 con meno di 1.000, 24 con meno di 500), creando bacini d'utenza numericamente più idonei ad un impiego razionale delle risorse (il CSS del Verbano ha un bacino di poco più di 61.000 abitanti, il CISS dell'Ossola intorno ai 67.000, il CISS del Cusio, che comprende anche alcuni Comuni della provincia di Novara, circa 32.000), consentendo inoltre l'estensione di servizi, in passato presenti nei soli centri maggiori, a quelli minori e, in particolare, alle aree montane in cui sono in forte crescita alcune tipologie di bisogno come quelle connesse con l'elevata presenza di popolazione anziana.
- I tre Consorzi (Intercomunali) dei Servizi Sociali del VCO hanno sviluppato da tempo forme di raccordo e di collaborazione stabili e solide, esprimendo, almeno sulle questioni di maggiore rilevanza, voce unitaria a livello provinciale ed istituendo aree di cooperazione. Anche i rapporti tra i Consorzi e l'ASL 14 si sono consolidati su un piano di reciproca attenzione e di collaborazione, soprattutto a livello distrettuale. L'obiettivo di giungere in un futuro non remoto a "fare sistema" appare realisticamente perseguibile.
- Generalmente elevati, oltre che adeguati alle richieste normative, sono i livelli di preparazione e competenza professionale degli operatori, frequenti le occasioni formative offerte.
- Un deciso e ormai consolidato orientamento da parte dei tre Consorzi al sostegno della domiciliarità e alla valorizzazione delle responsabilità familiari ha comportato una consistente riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione.
- Pure in assenza di una tradizione locale, nell'ultimo quindicennio si è sviluppato anche nella provincia il settore della cooperazione sociale e si registra anche la presenza di alcune cooperative non sociali ma attive in campo socio-culturale. Il numero di cooperative attive non è elevato, ma le società oggi presenti hanno ormai tutte consolidato una buona esperienza, alcune occupando egregiamente nicchie produttive, altre sviluppando forme di intensa collaborazione con i servizi pubblici e, in particolare, con i Consorzi dei Servizi Sociali. L'esistenza in provincia di un Consorzio di cooperative sociali è un segno di questa vitalità.

Punti di criticità

- Le difficoltà finanziarie degli enti con competenze dirette in campo socio-assistenziale, come le Regioni e i Comuni, determinate dal taglio dei trasferimenti statali o dall'attribuzione di nuove competenze in assenza di specifiche coperture, si riverberano negativamente sul settore, più che per la contrazione delle risorse messe a disposizione delle attività sociali, per la regolarità nell'erogazione di alcuni servizi e per la difficoltà ad espandere la spesa in tempi di crescita dei bisogni e della domanda latente.
- Più penalizzate di altre sono le attività sociali non strettamente connesse con la produzione dei servizi alla persona e destinate alla componente più fragile della popolazione, come le attività di prevenzione, di conoscenza e analisi. Difficoltoso è anche l'avvio di nuovi servizi che, anche quando avviati, spesso non riescono ad andare oltre una prima fase di realizzazione attuata grazie ad uno specifico finanziamento non rinnovato.
- Anche per queste ragioni, l'insieme delle attività e dei servizi stenta a superare la dimensione emergenziale di apparato finalizzato a contenere gli svantaggi della componente più sofferente della popolazione per proporsi con un'offerta (non sempre necessariamente del tutto gratuita come la precedente) rivolta a più ampie aree sociali.
- La morfologia del territorio di certo non agevola la produzione e la distribuzione omogenea di attività e servizi sociali. Gli oneri derivanti dalla necessità di portare comunque gli interventi nei piccoli centri distribuiti nell'ampio e articolato sistema vallivo e montano del VCO, soprattutto quelli indirizzati al sostegno di consistenti quote di popolazione anziana, incidono pesantemente sui bilanci dei Comuni e dei Consorzi.
- Esiste una elevata specializzazione, soprattutto tra i maggiori attori, orientata alla realizzazione di interventi e servizi; più debole appare invece la capacità di articolare politiche, strategie e metodiche sulla scorta di analisi del mutamento sociale e di rielaborazioni della conoscenza e dell'esperienza.
- Ne consegue una difficoltà nel realizzare una programmazione a medio e lungo termine dell'azione sociale, che affligge i decisori politici prima ancora dei responsabili tecnici delle organizzazioni del settore.
- Le procedure di verifica della qualità e dell'efficacia degli interventi e dei servizi vivono uno stato ancora embrionale, largamente affidate ad impressioni e percezioni soggettive degli operatori e dei decisori e raramente affidate a specifici sistemi di rilevazione empirica. La valutazione dei risultati, quando praticata, soffre di scarsa attendibilità.
- Il rapporto tra soggetti pubblici e terzo settore ha conosciuto momenti di collaborazione difficoltosa dovuta, talora, a limitato rispetto degli specifici ambiti di competenza e ruoli istituzionali.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA

GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER IL GOVERNO DEL SISTEMA

4.1.1 Le priorità generali della Regione Piemonte

La Regione Piemonte ha indicato le seguenti priorità generali per il primo triennio di validità del Piano di Zona.

1. Valorizzare il ruolo della famiglia quale prima aggregazione a livello sociale.
2. Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari e le capacità genitoriali.
3. Rafforzare i diritti dei minori assicurandone l'esigibilità anche tramite l'attivazione di servizi e di iniziative all'interno di una progettazione di più ampie politiche del territorio.
4. Sostenere con i servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare le persone anziane e i disabili gravi).
5. Potenziare gli interventi a contrasto di ogni forma di povertà.
6. Assumere una logica sperimentale in cui metodologia, percorsi, strategie, risorse disponibili vengono valutati, selezionati e ridefiniti al fine di migliorare continuamente la risposta ai bisogni della popolazione.

4.1.2 Le priorità del Piano di Zona del VCO per il governo del sistema

La definizione delle priorità del Piano di Zona del VCO è avvenuta mediante un processo di progressiva focalizzazione, iniziato con una prima formulazione di indirizzi generali espressi all'Ufficio di Piano dal Tavolo Politico. Sulla base di queste prime indicazioni e sulla scorta dell'esperienza professionale dei tecnici componenti l'Ufficio di Piano, l'Ufficio ha sviluppato la prima fase di lavoro del processo di composizione del Piano, consistente, oltre che in una riflessione generale e in una messa a punto delle metodologie da impiegare, in una prima ampia raccolta e sistematizzazione di materiale documentale, poi confluito in un cd-rom consegnato ai partecipanti alla prima Conferenza di Piano, la cui analisi ha consentito una prima verifica delle priorità fino a quel punto provvisoriamente definite ed una prima formulazione degli obiettivi.

La successiva fase inclusiva-partecipativa, che ha visto all'azione i cinque Tavoli Tematici appositamente attivati cui partecipavano con il ruolo di facilitatori i componenti l'Ufficio di Piano, e la contemporanea interazione dell'Ufficio con il Tavolo Politico hanno permesso la definitiva focalizzazione di Priorità e di obiettivi da assegnare al Piano di Zona.

- 1) Assumere una logica sperimentale in cui metodologia, percorsi, strategie, risorse disponibili vengono valutati, selezionati e ridefiniti al fine di migliorare continuamente la risposta ai bisogni della popolazione.

Per il governo del sistema appare di fondamentale importanza la priorità generale indicata dalla Regione Piemonte; collocarsi entro questa logica è il primo passo un rinnovamento del settore che agisca nel senso di una costante autocorrezione in vista di una razionalità operativa capace di generare efficienza e di un'aderenza ai bisogni capace di produrre efficacia dell'azione.

2) L'integrazione requisito del "fare sistema"

L'integrazione fra le risorse, fra gli attori e fra i servizi è requisito indispensabile alla realizzazione del *sistema* prospettato dalla legge 328/2000 ed è una necessità costantemente emersa nel corso dei Tavoli Tematici. E' stato pressante il richiamo a considerare la sostanziale unitarietà dei bisogni che invoca unitarietà di intervento e ad ottimizzare l'impiego delle scarse risorse disponibili .

3) Il processo di partecipazione inclusiva

La partecipazione inclusiva è la metodologia adottata nella conduzione dei Tavoli Tematici. E' anche il metodo che si intende adottare stabilmente al fine di creare un'area permanente di raccordo, di scambio e di cooperazione tra i soggetti operanti nel sociale in ambito provinciale. L'esperienza dei Tavoli Tematici può diventare criterio di connessione soprattutto relativamente a tre importanti aspetti: l'analisi congiunta dei bisogni e delle tendenze evolutive della società locale, la produzione di ipotesi di azione di intervento e di progetti, la rilevazione aggiornata delle risorse che il territorio offre.

4) Benessere e prevenzione

Affinché il Piano di Zona possa realmente avviare il sistema degli interventi e dei servizi sociali del territorio nella direzione di divenire strumento di promozione di benessere sociale è necessario un comune e intenso sforzo per orientare parte consistente dell'azione (e delle risorse) verso piani integrati di prevenzione.

Investire in prevenzione è una scelta che richiede, per un verso, la crescita di una significativa capacità di analisi dei problemi quotidiani delle persone, delle modalità con cui le persone rispondono ai propri bisogni e, pertanto, la costruzione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali sempre più vicino e presente all'interno dei diversi contesti vitali. Per un altro verso, richiede la consapevolezza che la prevenzione è una scelta vantaggiosa perché previene il ricorso ad interventi di cura e di riabilitazione più costosi per la collettività, per le organizzazioni e per le persone.

4.1.3 Gli obiettivi strategici del Piano di Zona del VCO per il governo del sistema

La ricerca degli obiettivi strategici del Piano di Zona del VCO è avvenuta con le stesse modalità di quelle poco sopra descritte relative alle priorità; in realtà quello avvenuto è un unico percorso di progressiva messa a fuoco di orientamenti e di mete.

1) Conoscere i fenomeni e i problemi sociali

La conoscenza dei fenomeni e dei problemi è un prerequisito per la formulazione di qualsiasi politica e di qualsiasi azione ad essi indirizzate, in campo sociale come in qualsiasi altro ambito. Requisito necessario del sistema degli interventi e dei servizi sociali del territorio è disporre di uno strumento conoscitivo idoneo a fornire dati, e all'occasione approfondimenti, sui molteplici fattori e le molteplici forme del disagio sociale nel VCO, sul contesto socio-ambientale in cui essi si producono, sulle azioni e sugli interventi attivati per contrastarli.

2) Dare attuazione al diritto di accesso ai servizi - informazione

Il diritto di accesso ai servizi è oggi spesso limitato dalla scarsa circolazione dell'informazione relativa all'offerta ed alle modalità per usufruirne, dalla molteplicità degli sportelli informativi che, invece di offrire un positivo decentramento dell'accesso, generano spesso disomogeneità, settorialità e parzialità dell'informazione.

3) Dare attuazione al diritto di accesso ai servizi - comunicazione

Dare attuazione al diritto di accesso significa operare attraverso le molteplici vie della comunicazione sociale, reperendo e destinando le opportune risorse, al fine di favorire un sempre migliore incontro tra domanda di servizi e di interventi e l'offerta. Carta dei Servizi e Bilancio Sociale sono gli strumenti di cui ogni ente erogatore di servizi sociali dovrà dotarsi.

4) Generalizzare l'adozione di procedure di verifica e valutazione di interventi e progetti.

Nel quadro del lavoro sociale introdotto dalla Legge 328/2000, i processi di monitoraggio, verifica e valutazione sono decisivi al fine di comprendere la reale efficacia di quanto si realizza e per ottenere riscontri in merito alla qualità del proprio prodotto e del grado di efficienza nell'impiego delle risorse.

5) Implementare percorsi di formazione permanente

E' opinione generalmente condivisa che assuma assoluta rilevanza e centralità, nel quadro di una politica di programmazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali, un processo formativo permanente che coinvolga tutti gli operatori del sociale, del pubblico e del privato, del volontariato ma anche dei *caregiver* familiari.

E' altresì importante che tale processo, così come gran parte delle altre attività, sia coordinato da una centrale, che veda rappresentati tutti maggiori attori del settore, capace di rilevare con esattezza le diverse tipologie di fabbisogno formativo emergenti e di incanalarle verso percorsi formativi che costituiscano un programma provinciale complessivo, diversificato e permanente.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI NELLE DIVERSE AREE DI INTERVENTO

6.1.1 Area inclusione sociale

1. Attivare percorsi di prevenzione affinché non si sviluppino condizioni di marginalità e di esclusione dai circuiti sociali. Ciò tocca sfere diverse riguardanti il reddito, l'abitazione, la struttura familiare, l'educazione, la scolarità, la "cultura" materiale e immateriale, l'accompagnamento nelle diverse fasi di difficoltà del vivere sociale.
2. Offrire percorsi di rientro (di ricomposizione) per le persone emarginate. Anche qui centrali sono il reddito e l'abitazione oltre all'autostima, all'aggregazione sociale, all'accompagnamento dei servizi.
3. Garantire anche a coloro che non vogliono/non possano rientrare alla piena partecipazione nella realtà sociale e comunitaria, adeguati punti di riferimento e di appoggio a tutela dell'incolumità fisica e della dignità personale.
4. Attivare percorsi di accoglienza e preparazione alla condivisione di persone apparentemente "diverse" ma in realtà più prossime a tutti gli individui di una società/comunità di quanto comunemente si creda. Potenziamento dei servizi di mediazione familiare, comunitaria, culturale. Dotare di una formazione di base in campo sociale, antropologico, sanitario e psicologico tutti gli operatori, pubblici e privati, che a qualunque titolo si rapportino con soggetti a rischio di esclusione sociale o già di fatto fuori dai circuiti della socialità.
5. Attivazione di reali percorsi di integrazione socio-sanitaria per la realizzazione di sinergie di intervento adeguate a sopperire alle condizioni dei diversi soggetti esclusi.

6.1.2 Area famiglia

1. Dare riconoscimento alla pluralità di tipologie familiari oggi esistenti nella società, al fine di garantire a tutte pari riconoscimento di dignità e di diritti.
2. Valorizzare le risorse di solidarietà della famiglia, della rete parentale e delle solidarietà sociali.
3. Dare sostegno alla formazione e allo sviluppo di nuove famiglie; dare sostegno alla cura e all'educazione dei figli e alla corresponsabilità genitoriale; dare sostegno al reperimento di una casa e di un lavoro; promuovere azioni tese a rafforzare il ruolo educativo, la corresponsabilità della famiglia negli impegni di cura e di solidarietà tra generazioni; promuovere azioni di informazione e formazione intorno a queste tematiche.
4. Sviluppare azioni a sostegno della pariteticità dei ruoli all'interno della famiglia, della capacità di gestire difficoltà e conflitti.
5. Promozione e supporto delle pari opportunità tra i generi.
6. Favorire i rapporti, la conoscenza, il rispetto, lo scambio, la comprensione e la solidarietà tra le generazioni.

6.1.3 Area minori

1. Rilevazione di tutti i soggetti che nel territorio del VCO si occupano di politiche per minori ponendo particolare attenzione alle risorse investite e alle attività realizzate.
2. Avviare la costruzione di una rete composta da istituzioni, enti pubblici, cooperative, associazioni di volontariato e fondazioni al fine di meglio raccordare tra loro le risorse esistenti, di creare relazioni più veloci e di realizzare azioni progettuali meglio integrate.
3. Porre in essere un'analisi dei reali bisogni sociali espressi dal territorio. Questa operazione viene svolta attraverso un lavoro partecipato da parte dei soggetti che operano nell'ambito delle politiche per i minori poiché essi sono ritenuti i migliori conoscitori di quanto accade all'interno della comunità sociale nella quale sono inseriti.
4. Definizione di risposte adeguate ad alcuni dei bisogni evidenziati attraverso la formulazione di proposte progettuali concrete ed operative.

5. Porre in essere una lettura il più approfondita possibile di ciò che avviene nel campo delle politiche dedicate ai minori attraverso un'analisi per aree tematiche e una seria scomposizione di aspetti critici e punti di forza.

6.1.4 Area anziani

1. Potenziamento e rafforzamento del concetto e delle pratiche legate alla **domiciliarità**. Deve anzitutto diffondersi e prevalere a livello culturale il concetto di domiciliarità, quale diritto e fattore di benessere per la persona anziana. Vivere nella propria abitazione e lì ottenere i necessari servizi socio-sanitari costituisce l'elemento fondante il concetto, ma anche laddove ciò non fosse, per le più diverse ragioni, possibile, è necessario che ogni luogo di permanenza e soggiorno sia connotato da caratteristiche strutturali, relazionali, di organizzazione della vita quotidiana, tali da assomigliare quanto più possibile all'ambiente domiciliare.
2. Attivazione di **nuove sinergie ed integrazioni tra il comparto socio-assistenziale e quello sanitario** per la realizzazione di percorsi lineari ed uniformi, ma anche avvolgenti e tutelanti, nella risposta ai bisogni della popolazione di terza e quarta età e dei relativi familiari caregiver. Dopo una fase definitoria e di avvio dell'integrazione socio-sanitaria diventa elemento fondante il passaggio ad una progettualità, sia macro che micro, per diffondere e verificare (anche con appositi indicatori di valutazione) la reale attuazione dell'intento fin nei livelli più elementari delle organizzazioni, anche considerando il percepito degli utenti misurato come incremento di benessere.
3. Piena ed effettiva **integrazione tra i servizi domiciliari e i servizi residenziali** per anziani. Una falsa impostazione dei problemi ha determinato che i due ambiti, nei due decenni passati, si siano letti come servizi contrapposti e rivaleggianti. La necessità dei servizi residenziali di aprirsi al mondo esterno (per perdere tutti i vizi delle istituzioni totali) e contemporaneamente la necessità dei servizi domiciliari di avere supporti residenziali temporanei (con valenza sociale o sanitaria) richiedono che vengano esportate ed implementate esperienze di condivisione e permeabilità tra le due tipologie operative. Tale rivisitazione del modello culturale rende neutra l'appartenenza prevalente sia degli operatori che degli utenti ad un determinato servizio, e al contrario esprime grandi sinergie ed economie di gestione.
4. Diffusione di una **"pedagogia" della condizione anziana** tra tutta la popolazione. E' indispensabile, in una popolazione costituita per oltre il 20% da anziani, che si modifichi il percepito collettivo della condizione anziana. Anzitutto è fondamentale l'eliminazione di radicati stereotipi (smemoratezza, scarsa igiene, inutilità sociale, ecc.) ed al contrario una rivalutazione delle enormi potenzialità familiari e sociali delle persone anziane. In secondo luogo è bene informare e comunicare a tutti come fronteggiare le difficoltà connesse alla condizione anziana, che nella terza età restano comunque principalmente causate da difficoltà socio-economiche, e solo in età più avanzate presentano percentuali significative di compromissione dell'autonomia per prevalenti cause di origine sanitaria.
5. **Rimozione di gravi svantaggi sociali che di fatto limitano l'espressione dei diritti di cittadinanza e di diritti sociali**. Basso reddito, indisponibilità di casa di proprietà o inadeguatezza della stessa, mancanza o precarietà della rete familiare, scarsa informazione sui servizi, pudore nella richiesta di servizi, determinano di fatto gravi svantaggi sociali e talvolta il mancato riconoscimento dei diritti di cittadinanza e sociali.
- 6.

6.1.5 Area disabili

1. Le persone con disabilità hanno il diritto di vivere condizioni di benessere. Devono essere fornite loro, quando necessarie, condizioni economiche, relazionali, ambientali, e sociali, che valorizzino le risorse personali e l'autonomia possibile per l'intero ciclo di vita.
2. Promozione di azioni a sostegno delle responsabilità familiari, sviluppo delle autonomie e delle abilità possibili, promozione di progetti atti ad assicurare vita indipendente, potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare, domiciliare integrata e socio educativa territoriale.
3. Promozione dell'integrazione scolastica e lavorativa
4. Promozione di nuove forme di servizi residenziali e di accoglienza temporanei
5. Sviluppo di politiche urbanistiche per l'abbattimento delle barriere
6. Promozione di azioni fortemente integrate per la riabilitazione e la cura della disabilità, azioni di informazione, prevenzione e formazione.

LE PRIORITA'

Il Tavolo Politico Istituzionale del Piano di Zona per il Verbano Cusio Ossola, in relazione alle evidenze apportate dall'approfondimento sui temi di prioritario intervento, individuati in conseguenza delle indicazioni regionali, ritiene opportuno puntualizzare alcune esigenze operative fondamentali.

Le azioni progettuali del Piano di Zona devono rimettere al centro della preoccupazione politica e tecnica delle Amministrazioni Locali, della Provincia e dell'ASL, il **Cittadino** nella sua specificità.

Il Cittadino non solo come "portatore di disagio", ma come espressione del diritto di cittadinanza.

Tale considerazione nasce dall'esigenza di dare più certezze a tutte le Persone che in troppe occasioni si sentono abbandonate o vessate nelle quotidiane occasioni di "incontro" con i **"Servizi"**.

Occorre ribadire che:

- il costruire dei "percorsi" di presa in carico del Cittadino,
- l'attivare modalità di accoglienza che favoriscano l'accesso ai Servizi,
- il dare risposte puntuali, univoche ed esaurienti,
- il riconsiderare nella giusta dimensione il desueto concetto connesso al "rispetto" della Persona in quanto tale,
- il rispondere ai problemi del Cittadino senza chiedergli di approcciarsi a tanti "sportelli" che tra loro, burocraticamente, non si parlano,

sono le vere sfide che un Piano di Zona deve affrontare.

Pertanto, in conseguenza delle analisi di conoscenza del territorio, delle risorse operative evidenziate, delle potenzialità strategiche che emergono dalle valutazioni analitiche, delle elaborazioni teorico/pratiche prodotte dai Tavoli Tematici, degli obiettivi che si intendono perseguire alla luce delle risorse che vengono messe a disposizione dai vari attori istituzionali e non, il Tavolo Politico ritiene opportuno indicare delle prioritarie azioni di intervento.

Tali azioni sono da ritenersi fondamentali delle progressive progettazioni per l'attuazione, a medio e lungo termine, del Piano di Zona nel suo complesso.

Pertanto le azioni prioritarie da elaborarsi a cura dell' Ufficio di Piano, sono sintetizzate nella progettazione di azioni, proporzionate alle risorse disponibili, relative:

- 1) alla codificazione di "buone prassi" che abbiano come obiettivo l'attenzione alla cittadinanza con interventi mirati: all'accoglienza, all'informazione, all' accesso ai Servizi, alla comunicazione ecc.
- 2) alla progressiva omogeneizzazione dei Servizi erogati dai tre consorzi che afferiscono al territorio del VCO.
- 3) all'integrazione operativa fra Servizi Sociali e Servizi Sanitari presenti sul territorio del VCO
- 4) al potenziamento dei processi di attuazione della "domiciliarità" .
- 5) ai processi di "prevenzione" declinati in ogni loro contesto socio-sanitario.

La progettazione dovrà dare riscontro ai principi operativi di seguito menzionati:

- sovraterritorialità;
- trasversalità rispetto ai settori di intervento (anziani, minori,...);
- integrazione tra operatori pubblici e del terzo settore.

La progettazione dovrà non disattendere quanto previsto dal comma 7 dell'Art.17 della legge regionale 1/2004

IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA, LA VALUTAZIONE

Nella prospettiva delle professioni sociali, i processi di valutazione risultano indispensabili per produrre concrete conoscenze in merito allo svolgimento e agli esiti del proprio lavoro.

Per sviluppare un sistema di valutazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi operanti nel territorio non è possibile operare meccaniche trasposizioni di strumentazioni e metodologie predisposte in altri ambiti operativi.

Stabilito il principio che, non diversamente da qualsiasi altra attività finalizzata, anche le attività sociali debbano essere sottoposte a verifica e a valutazione, occorre poi libertà nel ricercare e definire per ogni progetto, intervento, servizio e prestazione i meccanismi più idonei a valutare la bontà dei risultati ottenuti e del percorso intrapreso per ottenerli.

Proviamo ad indicarne alcuni che assumono anche la funzione di obiettivi da perseguire da parte del sistema degli interventi e dei servizi sociali del Verbano Cusio Ossola per il triennio di attuazione di questo Piano di Zona.

- Operare, da parte di decisori e responsabili, in ogni ambito formativo, comunicativo e applicativo affinché la cultura della verifica e della valutazione dei prodotti e dei processi dell'operare in campo sociale si esprima nelle sue valenze positive.
- Attivare, quanto più possibile, processi di progettazione partecipata o, quanto meno, condivisa che permettano di costruire un'ampia assunzione, da parte degli operatori coinvolti, dei presupposti culturali su cui possono radicarsi la verifica e la valutazione.
- I problemi e i bisogni che costituiscono l'oggetto di lavoro degli interventi sociali devono essere preventivamente individuati, documentati e descritti in modo accurato e articolato.
- Progetti, interventi, servizi e prestazioni devono essere sempre accuratamente descritti in termini di finalità, di obiettivi dettagliati, di metodologie e tecniche adottate, di professionalità e di strumentazioni impiegate, di articolazione temporale, di risultati attesi e di costi previsti.
- La situazione di partenza degli interventi deve essere accuratamente e metodicamente rilevata nelle sue componenti osservabili. Analoghe rilevazioni devono essere previste a scadenze prefissate (monitoraggio) al fine di individuare scostamenti rispetto al quadro iniziale.
- Nel corso di realizzazione di un progetto o di un intervento devono essere previsti momenti di sintesi parziale o di valutazione intermedia realizzati *in itinere* che costituiscano attività di verifica di singole parti o singole fasi, al fine di apportare eventuali correzioni al percorso originariamente previsto e di predisporre documentazione per la verifica sommativa finale (valutazione).
- Per poter essere efficaci, i processi di monitoraggio, verifica e valutazione devono essere sempre orientati in una duplice direzione: i risultati che l'intervento induce e le modalità di attuazione del percorso che realizza l'intervento (risultato e processo).
- Osservazioni e rilevazioni relative all'oggetto e alle modalità dell'intervento devono essere ricondotte, quando ragionevolmente possibile, a procedure standardizzate e a indicatori graduati.
- E' necessario operare affinché le attività e le procedure di monitoraggio, di verifica e di valutazione siano attivate e praticate in modo trasparente, regolamentato e percepite come parte integrante del processo lavorativo, in quanto esclusivamente finalizzate a migliorare sia i risultati che il processo stesso.
- Procedure proprie del controllo di gestione, se attentamente selezionate e considerate, possono utilmente essere impiegate per descrivere e comprendere aspetti del processo produttivo degli interventi.
- Monitoraggio, verifica e valutazione sono operazioni concettualmente diverse e metodologicamente distinte, non si attiva la successiva se non si realizza correttamente la prima. Il processo deve essere definito e attuato con modalità e scansioni che individuino le operazioni da compiere, il loro significato funzionale e i soggetti cui competono.

IL GOVERNO DEL PIANO DI ZONA

Il Piano di Zona è lo strumento per sviluppare sul territorio risposte integrate al fine di dare risposta unitaria, globale ed efficace ai bisogni dei cittadini. Pertanto è necessario che si crei un rapporto sinergico fra le responsabilità politico-strategiche e le competenze tecnico-gestionali per attivare un processo circolare e congruente di continua lettura, interpretazione, risposta, verifica e rimodulazione degli interventi. Per realizzare questa modalità di processo, visti i vari assetti territoriali adottati dai Comuni per la gestione dei servizi sociali, debbono essere attivati un Tavolo di coordinamento Politico-Istituzionale, rappresentativo degli interessi e delle aspettative delle comunità locali, e un organismo tecnico, Ufficio di Piano, in grado di tradurre in modalità gestionali ed organizzative tali esigenze

Gli organismi mediante i quali si sviluppa l'azione di governo del processo di pianificazione, monitoraggio e controllo del Piano di Zona, dei suoi programmi e dei progetti attuativi, e degli accordi di programma sono i seguenti.

IL TAVOLO POLITICO ISTITUZIONALE

Il Tavolo di coordinamento Politico-Istituzionale (TPI) è un organismo che determina e verifica tutto l'iter procedurale del Piano di Zona.

Composizione

- 3 Presidenti dei CISS
- 3 Comuni Capofila
- 3 Comuni > i 3.000 abitanti
- 3 Comuni < i 3.000 abitanti
- ASL
- Provincia con compito di coordinamento del Tavolo Politico Istituzionale

Compiti

- Approva il Piano di Zona
- Individua le aree prioritarie di intervento per la predisposizione del Documento di piano, da fornire all'Ufficio di Piano per lo sviluppo della pianificazione delle azioni da realizzare e per avviare il progressivo percorso di omogeneizzazione dei servizi socio assistenziali. L'obiettivo è quello di giungere ad un'armonizzazione dei servizi socio-assistenziali offerti sull'intero territorio. Questo non significa offrire tutto a tutti, ma garantire a tutti i cittadini la possibilità di ottenere risposte efficaci ed efficienti, anche con modalità operative diverse, nelle singole aree su cui operano i tre Consorzi.
- Individua le risorse da destinare
- Verifica le azioni concertate a livello tecnico in relazione alle priorità e agli obiettivi dati
- Valida le azioni pianificate dall'Ufficio di Piano
- Convoca l'Assemblea dei portatori di interesse

L'UFFICIO DI PIANO

Rappresenta il nucleo operativo essenziale di riferimento, di continuità, di incontro e mediazione delle competenze tecniche.

Composizione

- 3 Direttori del CISS, di cui 1 individuato dal TPI quale coordinatore
- 3 Direttori dei Distretti Sanitari
- 3 tecnici esperti di settore individuati dal TPI

Compiti

- Ha compiti di attivazione, monitoraggio, implementazione, verifica del percorso di attuazione dei progetti prioritari e strategici, individuati dal TPI. L'azione operativa si attuerà anche attraverso la predisposizione di Tavoli Tematici connessi a novità progettuali o a tematiche di particolare rilevanza territoriale;
- Predisporre per l'approvazione del TPI:
 - la proposta del Piano di Zona sotto l'aspetto tecnico
 - la proposta di Accordo di Programma sulla base delle priorità evidenziate dal TPI;
 - il percorso per avviare la progressiva "omogeneizzazione" dei servizi;
 - l'analisi e l'implementazione delle diverse forme di "integrazione" tra servizi e in particolare sociali e sanitari;
 - i riferimenti operativi per lo sviluppo delle attività dei singoli Enti istituzionalmente coinvolti nel Piano di Zona e le modalità di rapporto tra Ufficio di Piano e tali Enti, in particolare CISS e ASL.
- Individua le azioni che consentano il monitoraggio, la verifica, la valutazione dei processi di attuazione del Piano di Zona sottoponendoli alle successive considerazioni del Tavolo Politico Istituzionale.
- Attiva i tavoli di concertazione per la definizione dei programmi e delle azioni per singole aree in relazione agli obiettivi e alle priorità espresse dal Tavolo Politico Istituzionale

Sede

L'Ufficio di Piano avrà sede presso il CISS Ossola.

IL TAVOLO DI CONCERTAZIONE

Composizione E' composto dai "portatori di interesse" istituzionali e non (Enti Locali, Consorzi, Provincia, Asl, Volontari, Cooperative, Scuola, OO.SS, Terzo Settore, ecc.), disponibili ad approfondire con l'Ufficio di Piano le tematiche progettuali da sottoporre all'approvazione del Tavolo Politico Istituzionale

Compiti

- Formulazione di proposte, osservazioni e valutazioni riferite a documenti programmatici e progettuali.
- Predisposizione di documenti di sintesi, connessi alle azioni progettuali, da sottoporre al TPI.

Funzionamento

- La convocazione, a cura dell'Ufficio di Piano, avverrà ogni qual volta si renderà necessario avviare una fase di concertazione e sarà accompagnata dalla documentazione relativa all'oggetto da trattare e dai tempi entro i quali dovrà esaurirsi la fase di concertazione.

GLI INCONTRI ISTITUZIONALI

Nella fase di elaborazione, stesura e predisposizione del Piano di Zona, il Tavolo Politico Istituzionale promuove un confronto concertativo con le OO.SS. e con le Associazioni del Terzo Settore. Successivamente incontrerà, periodicamente (almeno 4 volte l'anno), le Organizzazioni Sindacali e l'insieme delle Organizzazioni del Terzo Settore per mantenere aperto il confronto sul percorso del Piano di Zona e sui singoli progetti individuati dal Tavolo Politico Istituzionale. Le modalità di tali incontri sullo "stato dell'arte" saranno all'insegna dell'approfondimento su tematiche proposte dalle Organizzazioni Sindacali, dalle Componenti del Terzo Settore o dal Tavolo Politico Istituzionale. Dal confronto potranno scaturire decisioni operative da parte del Tavolo Politico Istituzionale.

LE COMMISSIONI DI LAVORO

Il Tavolo Politico Istituzionale individua per ciascun progetto previsto dal Piano di Zona una Commissione di Lavoro composta dai "portatori di interesse" (soggetti istituzionali pubblici e privati e soggetti del terzo settore), firmatari dell'Accordo di Programma, che sottoscrivono, cioè, l'impegno a mettere a disposizione del PdZ risorse umane, strumentali e finanziarie per la realizzazione dei progetti prioritari/strategici individuati dal TPI. Prerogativa di ogni Commissione è l'approfondimento delle tematiche oggetto del progetto stesso per consentire di formulare proposte operative.

L' ASSEMBLEA DEI " PORTATORI DI INTERESSE "

E' la riunione dei soggetti istituzionali e di tutti gli altri "portatori di interesse" che, per competenza e/o per le finalità che perseguono, sono da considerare strutture operative di riferimento per l'attuazione del P.d.Z. L'Assemblea ha funzioni consultive e propositive su temi di carattere generale, di impostazione, integrazione e revisione del P.d.Z.

E' convocata dal T.P.I.

NOTA RELATIVA ALLA FASE TRANSITORIA.

L'elaborazione dei documenti per la stesura del P.d.Z. è avvenuta con la partecipazione delle Istituzioni locali e dei soggetti "portatori di interesse", come è stato richiamato nel paragrafo 2 del presente documento.

**ACCORDO DI PROGRAMMA
PER L'ADOZIONE DEL PIANO DI ZONA**

.....
**IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 8 NOVEMBRE 2000, N. 328.
E DELLA L.R. 8 GENNAIO 2004, N.1**

SOGGETTI ATTORI

Provincia del VERBANO CUSIO OSSOLA

ConSORZI

CISSV VERBANO
CISSA CUSIO
CISS OSSOLA

A.S.L. 14

Organizzazioni Sindacali:

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

Cooperative Sociali:

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

Volontariato / Associazioni:

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

Altri

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

PREMESSO:

che la Legge 08 Novembre 2000, n° 328, recante " Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ", pone le basi per la ridefinizione del sistema di Welfare nazionale, regionale e locale e introduce nel Comparto delle Politiche Sociali profonde innovazioni, rendendo anche espliciti i livelli essenziali delle prestazioni sociali, così come previsto all'Articolo 22;

che la medesima Legge 328/00, all'art. 19, prevede la predisposizione del Piano di Zona, da adottarsi attraverso Accordo di Programma, ai sensi dell'art.27 della L.142/90, come modificato, da ultimo, dall'art. 34 del D.Lgs. 267/00, quale strumento di pianificazione territoriale per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali;

che il "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003" di cui al D.P.R. 3 Maggio 2001 indica gli obiettivi di Politica Sociale da raggiungere nelle seguenti aree d'intervento:

- responsabilità familiari e minori
- anziani;
- contrasto delle povertà
- diversabilità
- immigrazione
- dipendenze patologiche;

che la Legge Regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", indica le principali linee di indirizzo, in anticipazione del Piano Sociale Regionale ed in coerenza con gli obiettivi fissati dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003;

che la Provincia del VERBANO CUSIO OSSOLA

- ha dato luogo ad incontri, consultazioni e confronti con le Istituzioni e gli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di Volontariato e di Promozione Sociale, la Cooperazione Sociale e le Organizzazioni degli utenti;

che la Provincia del VERBANO CUSIO OSSOLA unitamente ai Comuni dell'intera Provincia coinvolti per il tramite dei 3 Consorzi Intercomunali per la gestione dei Servizi Sociali

- ha costituito un Tavolo Politico al fine di garantire il coordinamento istituzionale, di presiedere e orientare i lavori del Piano di Zona;
- ha istituito un Tavolo Tecnico di Programmazione (Ufficio di Piano), formato da tecnici scelti dal Tavolo Politico, cui affidare la realizzazione del percorso del Piano di Zona;

che l'Ufficio di Piano, al fine di favorire la partecipazione, ha attivato i " tavoli tematici" cui sono stati invitati tutti i soggetti, pubblici e privati, operanti in campo sociale nel territorio ed ha rielaborato dei progetti prioritari in seguito alle indicazioni del Tavolo Politico Istituzionale;

che l' A.S.L. 14

- garantisce l'integrazione in tre direzioni: quella tra le varie attività sanitarie territoriali, quella tra le attività sanitarie territoriali ed ospedaliere ed infine quella tra il complesso delle attività sanitarie e quelle socio-assistenziali di competenza degli Enti Locali;
- si impegna pertanto a partecipare alla realizzazione dei progetti indicati nel Piano di Zona e nel Programma attuativo;
- collaborerà infine, per quanto di propria competenza, alle attività di monitoraggio e valutazione del Piano.

Tutto ciò premesso e considerato, tra le parti si conviene e si stipula il seguente **Accordo di Programma** per l'adozione del **Piano di Zona** ai sensi del combinato disposto dell'Articolo 19, comma 2 della Legge 328/2000 e dell'art. 17 della L.R. n. 1/2004 considerato come strumento strategico per governare le politiche sociali del territorio della Provincia del VERBANO CUSIO OSSOLA

ARTICOLO 1 – PREMESSA

La premessa ed il Documento di Piano costituiscono parte integrante e sostanziale dell'Accordo di Programma.

Il Piano di Zona si compone del Documento di Piano cui si aggiungono i Progetti attualmente definiti.

Gli ulteriori progetti, successivamente elaborati, entreranno a far parte integrante del Piano di Zona al momento della loro approvazione da parte del Tavolo Politico Istituzionale.

ARTICOLO 2 - FINALITÀ DELL'ACCORDO

I Comuni insistenti sul territorio dell'ASL 14

i Consorzi dei Servizi Sociali del Verbano del Cusio e dell'Ossola

l' A.S.L.. 14 ,

la Provincia del VERBANO CUSIO OSSOLA

le Associazioni di Volontariato, i Soggetti della Cooperazione Sociale, le Organizzazioni Sindacali, tutte le Organizzazioni pubbliche e private che ne condividono gli scopi, sottoscrivono il presente Accordo per la realizzazione del Piano di Zona per il periodo 2008 – 2010 (in concomitanza con il PRR dell'ASL 14), elaborato nel rispetto dei criteri della Legge 328/2000 e della Legge Regionale n. 1/2004 prima richiamate.

Il Piano di Zona intende:

a) favorire la implementazione del sistema locale di intervento sociale fondato su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando e valorizzando le risorse locali di solidarietà e di mutuo aiuto, nonché la partecipazione attiva dei cittadini nella programmazione, realizzazione e verifica dei servizi;

b) sostenere la qualificazione del sistema informativo strategico come strumento per la creazione della base informativa necessaria all'attivazione dei processi di innovazione delle modalità di programmazione, gestione e valutazione del sistema dei servizi così come previsto a livello normativo;

c) promuovere una strategia della partecipazione che consenta di valorizzare tutti i soggetti attivi all'interno del territorio afferente all'ASL 14 e di favorire la capacità del sistema di rispondere alle esigenze espresse e latenti presenti nel contesto comunitario di riferimento;

d) avviare dei percorsi di riflessione e progettazione che consentano di individuare modelli gestionali efficaci ponendo particolare attenzione a processi di integrazione intercomunale, sociosanitaria e comunitaria;

e) valorizzare lo sviluppo di comunità come metodologia innovativa in grado di promuovere dinamiche relazionali positive sul territorio che consentano di sensibilizzare gli attori locali nella direzione di una presa in carico comunitaria delle esigenze e delle domande espresse e latenti;

f) realizzare iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori finalizzati alla qualificazione e sviluppo dei servizi, anche al fine di implementare il sistema informativo dei servizi e l'attività di valutazione;

g) sostenere il percorso di qualificazione dell'offerta dei servizi erogati a livello locale anche attivando dei percorsi di riflessione in merito alla definizione di sistema di qualità che fungano da strumenti di garanzia dell'esigibilità dei diritti da parte dei cittadini;

h) attivare un modello organizzativo di tipo partecipativo, che sostenga il processo di innovazione di sistema previsto dalla normativa nazionale e regionale, nel quale ogni soggetto possa intervenire e portare il proprio concreto contributo sulla base delle proprie funzioni e competenze;

i) identificare e quantificare le risorse che ciascun soggetto firmatario del presente Accordo destina a progetti e/o servizi che realizzano gli obiettivi di Piano per una loro coordinata finalizzazione;

j) valutare per ciascun obiettivo di Piano il fabbisogno di risorse aggiuntive a quelle di cui al precedente punto i), e concordarne tra i soggetti istituzionalmente interessati ai singoli progetti le modalità di reperimento, anche mediante accesso a fondi della Regione.

ARTICOLO 3 - GLI OBIETTIVI E LE AZIONI DEL PROGRAMMA ATTUATIVO

Gli obiettivi di priorità sociale individuati nel percorso verso la definizione del Piano di Zona sono indicati a seguire e troveranno realizzazione nelle azioni progettuali.

Le azioni progettuali, proporzionate alle risorse disponibili, saranno relative:

- 1) alla codificazione di “buone prassi” che abbiano come obiettivo l’attenzione alla cittadinanza con interventi mirati: all’accoglienza, all’informazione, all’accesso ai Servizi, alla comunicazione ecc.
- 2) alla progressiva omogeneizzazione dei Servizi erogati dai tre consorzi che afferiscono al territorio del VCO.
- 3) all’integrazione operativa fra Servizi Sociali e Servizi Sanitari presenti sul territorio del VCO
- 4) al potenziamento dei processi di attuazione della “domiciliarità” .
- 5) ai processi di “prevenzione” declinati in ogni loro contesto socio-sanitario.

La progettazione dovrà dare riscontro ai principi operativi di seguito menzionati:

- sovraterritorialità;
- trasversalità rispetto ai settori di intervento (anziani, minori,...);
- integrazione tra operatori pubblici e del terzo settore.

La progettazione dovrà non disattendere quanto previsto dal comma 7 dell’Art.17 della legge regionale 1/2004

La progettazione dovrà indicare le azioni che consentano il monitoraggio, la verifica, la valutazione dei processi di attuazione del Piano di Zona sottoponendoli alle successive considerazioni del Tavolo Politico Istituzionale.

ARTICOLO 4 - FINANZIAMENTI PREVISTI ANNO 2008 – 2010

Le Amministrazioni e i soggetti interessati, sulla base dei criteri e delle indicazioni di cui al precedente Articolo 2, danno atto che il Piano di Zona, allegato al presente Accordo, è articolato sulla base degli obiettivi di priorità sociale indicati dalla normativa nazionale e regionale.

Dichiarano altresì che nei rispettivi bilanci e/o piani pluriennali di attività sono previste risorse, anche finanziarie, a sostegno di attività riconducibili agli obiettivi di Piano.

ARTICOLO 5 - IMPEGNI DELLE AMMINISTRAZIONI E DEGLI ALTRI SOGGETTI

Le **Amministrazioni aderenti** al presente Accordo di Programma si impegnano a realizzare i servizi e gli interventi approvati nel Piano di Zona secondo termini e modalità definiti nello stesso, con le modalità, le risorse e la rete delle collaborazioni definite nel piano delle attività .

I Comuni :

- garantiscono, conformemente alle disposizioni contenute negli Statuti dei Consorzi dei Servizi Sociali , la continuità delle risorse destinate agli interventi e ai Servizi Sociali.

La Provincia del Verbano Cusio Ossola:

- conferma che gli eventuali trasferimenti a carico della Provincia del VCO saranno regolati da specifici provvedimenti da adottarsi dai competenti organi della Provincia per ciascun singolo filone di intervento.

L’A.S.L. 14 :

- garantisce le risorse definite dal Programma annuale di attività integrata, sulla base di quanto disciplinato dalle convenzioni A.S.L.–Consorzi e, ad avvenuta approvazione, dall’accordo di programma A.S.L. 14 –Consorzi del Verbano del Cusio e dell’Ossola .

Gli Altri Soggetti sottoscrittori:

- si impegnano a favorire la realizzazione degli obiettivi del Piano di Zona, conferendo risorse proprie, come dichiarato nell’atto di adesione al Piano o come risulta da specifiche convenzioni sottoscritte o accordi di programma.



ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI E SISTEMA INFORMATIVO

Redatto da
Ufficio di Piano



1. ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI

Il Sistema di Accesso Unico ai servizi Socio Sanitari, progettato per il territorio del Verbano Cusio Ossola, è previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale e rappresenta la declinazione organizzativa del servizio di segretariato sociale (che include il sistema complessivo dei servizi socio-sanitari, dell'istruzione, dell'abitare, delle politiche attive del lavoro) e di segretariato sanitario (che include il sistema degli sportelli sanitari -).

Il Sistema di Accesso Unico ai servizi Socio Sanitari intende favorire l'accesso ai servizi sociali e sanitari territoriali, riducendo una serie di barriere (psicologiche, culturali, fisiche, organizzative...) spesso create da una rete di offerta caratterizzata il più delle volte da scarsa o disordinata informazione, ridotto coordinamento tra le varie agenzie, istituzioni e unità operative e scarsa trasparenza dei criteri e delle procedure di accesso e integrazione tra le agenzie.

Il progetto Sistema di Accesso Unico ai servizi Socio Sanitari, considerato strategico per un territorio così disperso come quello del Verbano Cusio Ossola, si configura come una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, attraverso sportelli unificati per l'accesso a tutti i servizi socio-sanitari del Distretto con attenzione all'ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio.

OBIETTIVI GENERALI

1. Migliorare in termini di efficacia ed efficienza il servizio di accesso/accoglienza socio sanitaria a tutti i cittadini del territorio distrettuale.
2. Creare una rete territoriale per l'accesso unico ai servizi socio-sanitari che favorisca l'integrazione del sistema dei servizi, l'organizzazione delle informazioni ed il monitoraggio degli interventi e dei servizi offerti ad ogni singolo cittadino.
3. Offrire ai cittadini una serie di strumenti e punti di riferimento definiti per facilitare, snellire e rendere trasparente l'accesso ai servizi socio-sanitari.
4. Promuovere il superamento di una visione settoriale locale e frammentaria delle informazioni, perseguita attraverso una politica di condivisione e costruzione di un sistema di indicatori e protocolli comuni, di raccolta e di elaborazione dei dati per monitorare costantemente il rapporto tra bisogni, risorse e servizi.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Attuare l'integrazione socio sanitaria prevedendo al presenza degli operatori di settore.
2. Migliorare la comunicazione e il passaggio di informazioni tra gli operatori socio-sanitari del Distretto e dei Consorzi
3. Razionalizzare le risorse territoriali per evitare la sovrapposizione delle prestazioni e delle procedure
4. Creare percorsi unici e chiari per migliorare e orientare l'accesso ai servizi
5. Definire procedure, strumenti e tecniche conoscitive per effettuare il monitoraggio continuo e condiviso tra tutti gli operatori degli interventi effettuati
6. Costruire un sistema di indicatori che consenta di valutare i cambiamenti e l'andamento nel tempo degli interventi e dei servizi offerti per individuare tempestivamente gli eventuali fattori di criticità
7. Diversificare la programmazione dei servizi in rapporto alle tendenze che gli indicatori forniscono

Destinatari

Sono i cittadini della Provincia del Verbano Cusio Ossola e dell'Azienda Sanitaria Locale 14 VCO. La proposta progettuale nasce dalle difficoltà riscontrate nei Tavoli tematici del Piano di Zona si propone di ridurre le distanze e gli squilibri tra cittadino e istituzioni pubbliche e private, di favorire la trasparenza in relazione ai percorsi di accesso ai servizi e di esercizio della cittadinanza attiva.

II MODELLO SATELLITARE DI ACCESSO UNICO

Il Sistema di Accesso Unico ai servizi Socio Sanitari è così configurato:

- ✓ **Centro Unico di Produzione Informativa e Documentazione (Cu.P.I.Do):** portale *on line* aperto a tutti ma finalizzato soprattutto ad alimentare i tre Sportelli distrettuali, i servizi informativi, i segretariati sociali e i vari URP istituzionali con apparato informativo completo, aggiornato e agevole per consultare tutte le attività socio assistenziali, modalità di accesso, procedure, modulistica, connessioni ecc...
- ✓ **3 Sportelli Unici Socio Sanitari** all'interno dei Distretti Sanitari (Verbania, Omegna e Domodossola): servizio di front-office finalizzato ad accogliere le istanze e i bisogni dei cittadini, ad individuare le opportune risposte e, se serve, ad accompagnare l'utente nei percorsi entro il sistema delle attività socio sanitarie. Lo sportello è dotato di personale sociale e sanitario con alte competenze comunicative e di mediazione comunitaria, con piena conoscenza dei servizi offerti (grazie al supporto fornito dal portale) e delle procedure di accesso.
- ✓ **3 Sportelli ospedalieri** all'interno dei tre presidi ospedalieri di Verbania, Omegna e Domodossola, coincidenti con gli attuali CUP.
- ✓ **Gruppi di cure primarie / 23 Sportelli di Segretariato Sociale:** luoghi in cui interagiscono le diverse figure professionali sanitarie e socio assistenziali. Hanno sede nei luoghi dove si esercita medicina di gruppo o nelle sedi dove è già presente il Servizio Sociale consortile (è auspicabile che i due luoghi coincidano). Essi rappresentano i luoghi geograficamente più decentrati rispetto allo Sportello Distrettuale, ma, grazie ai supporti informatici, possiedono lo stesso livello di capacità di accoglienza dei bisogni del cittadino e lo stesso livello di informazioni disponibili.

LE FUNZIONI DEGLI SPORTELLI

▪ Funzioni di Front Office :

1. ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE: verranno fornite informazioni che riguardino tutto il panorama dei servizi sociali e socio sanitari gestiti dagli enti pubblici e/o dal privato.
2. ATTIVITÀ DI ORIENTAMENTO: ascolto della domanda e decodifica del bisogno per fornire all'utente l'indicazione precisa del tipo di servizio più congruo al suo soddisfacimento.
3. ACCOMPAGNAMENTO: quando l'utente non può accedere autonomamente (perché impossibilitato) al servizio individuato, lo sportello svolge una funzione di accompagnamento, supportando la compilazione della specifica domanda di accesso che, formalizzata e istruita per la verifica del diritto alle prestazioni, è condivisa con gli enti gestori del servizio.
4. PRESA IN CARICO: affinché la presa in carico sia avviata, il modulo è inviato contestualmente all'avvio della definizione del piano di assistenza individualizzato e della cartella personale al servizio di competenza.

▪ **Funzioni di Back Office :**

1. DEFINIZIONE E STANDARDIZZAZIONE dei processi/percorsi di presa in carico del cittadino con l'obiettivo di semplificare procedure e burocrazia.
2. RACCOLTA DELLE PROCEDURE e della documentazione necessaria per l'accesso ai servizi sociali e sanitari.
3. MONITORAGGIO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA, dei percorsi /processi, della frequenza e delle modalità con le quali si verificano determinate situazioni sociali / sanitarie e si manifestano specifici bisogni.

4. ANALISI DEL BISOGNO, con particolare riferimento alla rilevazione della partecipazione dei cittadini per le esigenze di comunicazione e tutela da condividere con l'Osservatorio permanente delle Politiche Socio Sanitarie e con il processo di valutazione.
5. MONITORAGGIO DELLE RISORSE presenti sul territorio (servizi gestiti dai Consorzi, dai Distretti socio sanitari, dal privato convenzionato e non, dal volontariato), tramite una mappatura delle risorse e l'interscambio continuo con l'Ufficio di Piano, con gli uffici comunali, le realtà istituzionali e il Forum del Terzo Settore.
6. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI, rilevando l'evoluzione dei fenomeni di disagio, la loro persistenza nel tempo e l'evoluzione delle rappresentazioni sociali nella comunità.

Per l'espletamento delle predette funzioni si prevede un collegamento in rete degli Sportelli Unici distrettuali con il **Centro Unico di Produzione Informativa e Documentazione (C.U.P.I.Do)** l'elaborazione di una modulistica condivisa tra i tre sportelli unificati per l'accesso e l'Ufficio di Piano. Ciò permetterà a tutti gli abitanti del territorio provinciale di avvalersi di un unico modulo di domanda personalizzabile con l'indicazione del tipo di servizio di cui si ha bisogno. Nello stesso sistema confluirà l'Osservatorio delle Politiche Socio Sanitarie (vedi punto 2)

2. OSSERVATORIO DELLE POLITICHE SOCIO SANITARIE

L'Osservatorio delle Politiche Socio Sanitarie costituisce una parte di C.U.P.I.Do.

L'Osservatorio (O.p.s.s.) è un sistema informativo finalizzato alla promozione della conoscenza e della comprensione della società locale nelle sue articolazioni territoriali, dei suoi potenziali e delle sue problematiche, delle sue dinamiche evolutive e, in stretta connessione, dei fenomeni di disagio e di sofferenza sociale in essa presenti, delle risorse e delle attività destinate a contrastarli, del profilo e delle competenze degli enti e delle istituzioni che queste attività promuovono, della normativa che le suscita e le regola, della letteratura degli studi dell'altrui esperienza e della cultura di settore che la informano e orientano, dei criteri che consentono di valutarne l'efficacia, delle procedure di accesso e delle modalità di fruizione.

L'O.p.s.s. è destinato innanzi tutto ai decisori politici e istituzionali cui compete compiere scelte, agli operatori sociali e sanitari cui compete informare e agire e a tutti coloro che per professione o interesse devono o vogliono sapere e comprendere.

L'O.p.s.s. si sviluppa come completamento ed estensione dell'esperienza dell'Osservatorio del Disagio Sociale nel Verbano, voluto dal Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano e attivo dal 2006. Attualmente l'O.p.s.s. ha sede nel portale istituzionale del Consorzio. Esso confluirà nella realizzazione del Sistema di Accesso Unico Socio Sanitario, che darebbe vita ad un sistema di accesso unificato (articolato su più sedi – vedi modello satellitare - punto 1) per l'informazione, l'accesso ai servizi, la presa in carico e la conoscenza della complessa organizzazione delle attività sociali e sanitarie, per supportare l'operato del nuovo e più ampio sistema informativo.

attività**motivazioni****AMBITO TERRITORIALE**

1. Conversione dell'attuale osservatorio, circoscritto al territorio del Verbano, in osservatorio dell'intero territorio provinciale inserendo, ove possibile, disaggregazioni per le aree ossolana e cusiana,

L'attuale osservatorio pone i dati riguardanti l'area del Verbano a confronto con quelli provinciali e regionali; ciò limita l'ambito di interesse di questo strumento e, soprattutto, non consente di apprezzare le diversità presenti nelle tre aree provinciali relativamente a molti fenomeni e a molte attività. Integrando con disaggregazioni riguardanti il Cusio e l'Ossola l'osservatorio assume rilevanza provinciale, consentendo più accurati confronti e comprensione dei fenomeni e rispondendo ad un bisogno da tempo e da più parti segnalato

AMBITO TEMATICO

2. Conversione, mediante esplicita qualificazione, dell'attuale "osservatorio del disagio sociale" in osservatorio espressamente mirato a quattro grandi aree tematiche: a) osservatorio della società locale del Verbano Cusio Ossola, b) della sua qualità della vita, c) del disagio sociale in essa presente e d) degli interventi di welfare in essa attuati.

L'attuale osservatorio già presenta, accanto alle aree tematiche espressamente dedicate alle diverse forme di disagio sociale e al ventaglio di attività finalizzate al suo contrasto, un vasto repertorio di indicatori riguardanti il contesto demografico, economico e socio-culturale descrittivi dello sfondo, dell'ambiente in cui il disagio si manifesta. Con opportune integrazioni e riorganizzazioni espositive si intende valorizzare questi contenuti generali facendo loro assumere un'autonoma funzione descrittiva della società locale, non obbligatoriamente relazionata alla tematica del disagio e perciò più ampiamente fruibile.

AMBITO TEMPORALE

3. Aggiornamento dei dati mediante inserimento, ove disponibili e necessari, di dati relativi agli anni più recenti e, in particolare, aggiornamento dei dati 2005 e 2006 relativi alle attività dei consorzi dei servizi sociali a correzione delle distorsioni informative prodotte dalla limitata affidabilità di alcuni dati relativi agli anni precedenti.

Il contenuto dell'osservatorio è costituito da dati statistici organizzati in serie storiche che necessitano di periodico aggiornamento (la periodicità varia secondo la tipologia dei dati). In particolare, avendo chiuso la precedente fase operativa nel maggio 2006, l'anno di riferimento dell'osservatorio rimane il 2004, perché solo in pochissimi casi è stato possibile aggiornare con dati relativi al 2005. Inoltre, nel corso dell'attività si è rilevato che molti dati relativi alle attività dei tre consorzi dei servizi sociali presenti nella provincia risultano difficilmente confrontabili a causa di modalità di raccolta non omogenee. Questo vizio è stato superato da un'intesa tra i tre enti, perciò l'aggiornamento opererà, in questo caso, anche come correttivo delle precedenti distorsioni.

FRUIBILITÀ

4. Estensione dell'attuale potenziale conoscitivo offerto dall'osservatorio mediante inserimento nelle diverse aree che lo compongono di analisi SWOT o analoghi strumenti che propongano chiavi e linee interpretative dei dati.

*Attualmente l'osservatorio si presenta come semplice banca dati, organizzata su base territoriale e temporale e visualizzata mediante tabelle e grafici. Non compaiono interventi esplicativi o interpretativi di questi dati; la lettura e l'interpretazione sono interamente lasciati al lettore. Ciò, se per un verso rispetta l'autonomia di approccio e di interpretazione dei lettori più esperti e pazienti, penalizza i meno esperti e i frettolosi che faticano a pervenire a letture esplicative o interpretative complessive. Appare perciò utile dotare le singole aree che compongono l'osservatorio di sintetici strumenti che siano d'aiuto al lettore proponendo chiavi di lettura e linee di interpretazione dei dati. Ciò potrà avvenire mediante l'adozione, secondo il caso, di indicatori di sintesi, analisi SWOT (**Strength, Weakness, Opportunities, Threats**) o strumenti analoghi.*

INTEGRAZIONE SANITARIA

5. Estensione dell'ambito di interesse dell'osservatorio alle tematiche sanitarie, mediante istituzione di uno stabile rapporto di collaborazione che porti all'acquisizione di elementi significativi della banca dati dell'ASL 14.

L'attuale osservatorio tocca marginalmente le tematiche di natura sanitaria. La conversione descritta al punto 2 rende però necessaria una diversa attenzione, perché queste tematiche costituiscono una componente essenziale in materia di condizioni di esistenza della comunità locale, di qualità della vita, di benessere sociale e di sofferenza-disagio. In collaborazione con l'ASL 14 si intende perciò definire un pacchetto di indicatori, desunti dai dati periodicamente prodotti da questo ente, che possano rispondere a quella esigenza, da inserire nella banca dati dell'osservatorio.

RAZIONALIZZAZIONE

6. Accurata revisione dell'odierno parco indicatori al fine di individuare e rimediare a lacune e carenze, ma anche di escludere ciò che risulta superfluo o ridondante.

Oggi l'osservatorio si compone di circa 650 indicatori, disaggregati su base territoriale e in serie storiche; ciò che ne risulta è una poderosa banca dati, all'interno della quale vanno però ancora emergendo impreviste carenze e banali lacune che devono essere colmate. Per un altro verso, l'attenta osservazione dell'impianto evidenzia la presenza di ripetizioni, di ridondanze, di indicatori di dubbia utilità e di errate dislocazioni che un esame attento consente di rimediare. Un accurato lavoro di integrazione, pulizia e redistribuzione nell'apparato degli indicatori appare come una necessaria opera di razionalizzazione che ne agevola l'uso.

ACCESSO

7. Al fine di agevolare la fruibilità, affinamento delle funzioni di ricerca all'interno della banca dati.

Le odierne dimensioni dell'osservatorio già oggi rendono non proprio semplice districarsi al suo interno. Il prospettato inserimento di dati riguardanti gli altri due Consorzi Intercomunali della provincia e di quelli relativi alla materia sanitaria rischia, malgrado la contemporanea opera di razionalizzazione sopra indicata, di complicare ulteriormente la ricerca del lettore. E' necessario agevolare le modalità di accesso e di movimento all'interno dell'osservatorio operando interventi migliorativi degli strumenti attualmente in uso (indice analitico e funzione "cerca") e introducendo nuove e più efficaci funzioni di ricerca.

PUBBLICIZZAZIONE

8. Iniziative indirizzate a diffondere una più ampia conoscenza e un maggiore utilizzo dell'osservatorio.

Il potenziale informativo e conoscitivo che l'osservatorio offre consiglia una particolare attenzione nel diffonderne la conoscenza e l'uso, sia mediante periodiche specifiche iniziative rivolte a diverse componenti sociali, che moltiplicando le possibilità di accesso mediante link disseminati almeno nei principali siti istituzionali presenti nella provincia.

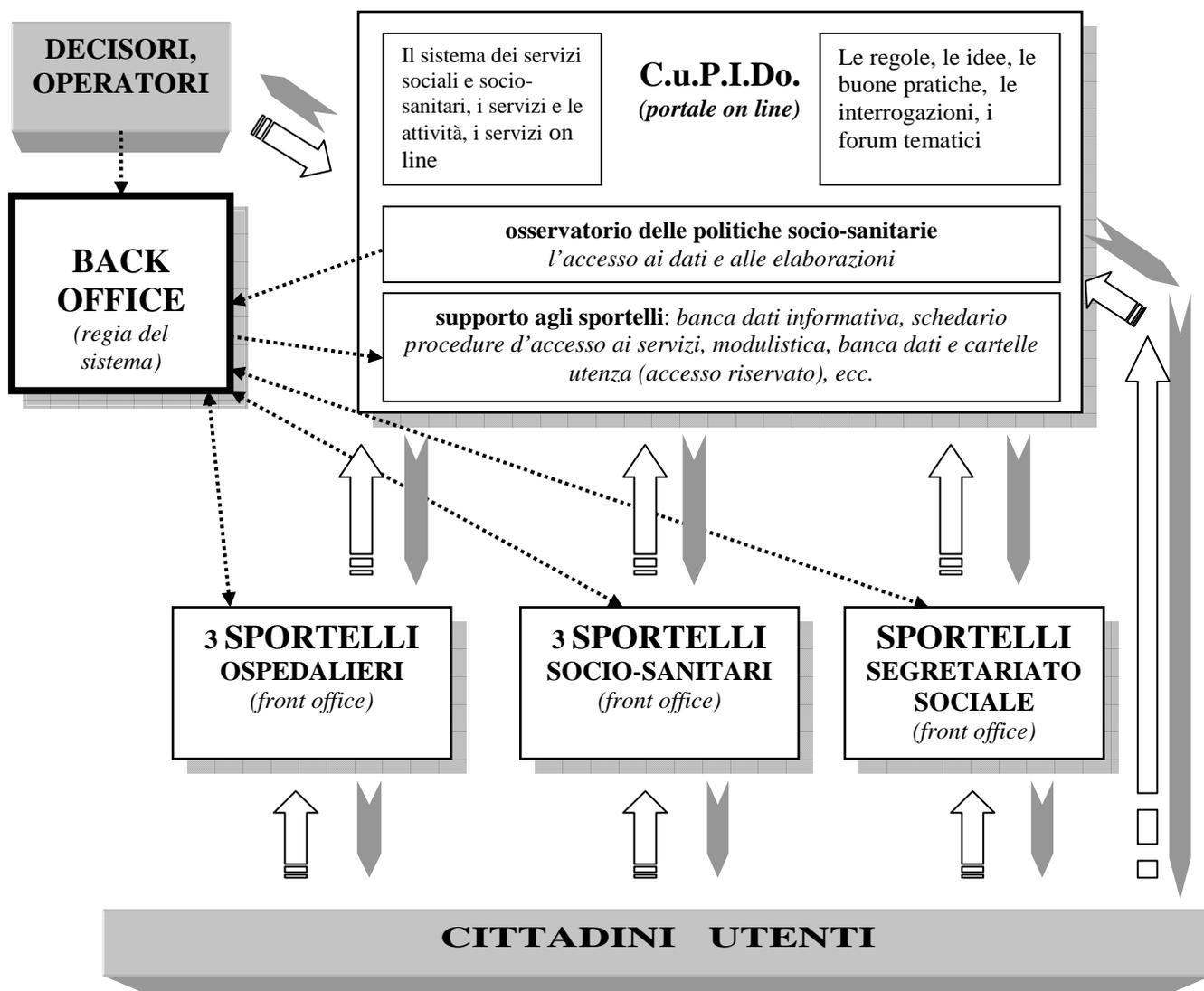
SIGNIFICATI E POTENZIALI DELL'OSSERVATORIO SOCIALE

Le otto azioni fin qui descritte definiscono l'ambito operativo dell'Osservatorio, quello della sua concreta attività, ma la portata di questo strumento è tale da esprimere **potenziali ulteriori** e significati che non solo è ragionevole non trascurare, ma che andranno sistematicamente, anche se progressivamente, sviluppati.

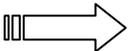
- Una raccolta di dati offre, innanzi tutto, un'occasione di **confronto allargato sul metodo** con la pluralità dei soggetti fornitori, consolidando reti di relazioni in larga misura preesistenti; offre poi occasioni di allargamento di queste reti stabilendo rapporti finalizzati a colmare lacune conoscitive (si pensi, ad esempio, alla scarsa disponibilità di dati riguardanti il terzo settore).
- I dati statistici, per quanto dotati di una loro implicita oggettività, raramente esprimono significati univoci, sempre si pone il problema della loro interpretazione. Questa interpretazione non può certo essere dogmaticamente espressa dall'Osservatorio (che, semmai, si limita a formulare ipotesi o proposte interpretative), ma deve scaturire da un confronto dialettico tra diversi attori sociali che va sollecitato e stimolato. L'Osservatorio offre perciò un'importante occasione di **confronto pubblico nel merito delle questioni che affronta** per la pluralità degli attori sociali, istituzionali e non, presenti nel territorio.
- La lettura e l'interpretazione dei dati socializza una conoscenza che favorisce l'**enucleazione di questioni e di problemi sociali preminenti**, sollecitando azioni conoscitive supplementari e mirate, approfondimenti tematici, confronti tra soggetti cointeressati, che l'Osservatorio promuoverà, finalizzati a meglio definire le gerarchie di urgenza e le priorità d'intervento che possono offrire supporto all'azione degli attori dell'intervento sociale e alle scelte dei decisori politici.
- Se lo scopo primario dell'Osservatorio è la focalizzazione delle tematiche e dei nodi problematici che emergono dal contesto sociale locale (cioè porre sul tavolo i problemi), non meno importante è però ipotizzare e prospettare le risposte a questi problemi. Innanzi tutto, presentando i dati relativi all'attività dei molteplici attori dell'intervento sociale, ma anche stimolando la **crecente completezza, affidabilità e confrontabilità di questi dati**, sollecitando confronti e comparazioni e promuovendo l'impiego di **criteri di rilevazione sempre più orientati ad esprimere l'efficacia delle azioni sviluppate e la razionalità nell'uso delle risorse**.
- Intorno alla banca dati, che costituisce il cuore dell'Osservatorio, bisognerà sforzarsi di fare progressivamente crescere iniziative che supportino questa necessità di **prospettare risposte ai problemi sociali emergenti**, dedicando, ad esempio, appositi spazi del sito web alla presentazione di buone pratiche, di supporti bibliografici, di contributi tecnici e scientifici, di opportunità conoscitive e formative, di forum tematici, ecc. Questi apporti potranno attuarsi promuovendo una rete di disponibilità e competenze tra i molteplici soggetti attivi localmente in campo sociale.
- Per ogni attore dell'intervento sociale l'Osservatorio può costituire **un'ulteriore occasione di incontro, raccordo, confronto, collaborazione e integrazione** con gli altri attori; un'occasione che prende origine da un bisogno, sempre più stimolato e coltivato, di conoscere e far conoscere, di chi è impegnato a modificare la realtà partendo da una sua conoscenza condivisa.

In conclusione, l'Osservatorio deve superare l'originaria fase in cui si è configurato come semplice strumento di informazione statistica e progressivamente strutturarsi per divenire un'**area polivalente di promozione culturale e organizzativa della conoscenza e dell'operatività sociale nel territorio**, che prende origine dall'osservazione dei dati statistici, ma che in essa non si esaurisce, perché capace di contribuire a innescare, partendo da questi dati, processi di conoscenza, di consapevolezza condivisa e di aggregazione virtuosa che costituiscono l'essenza di quel *Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali* voluto dalla L. 328/2000.

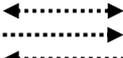
IL SISTEMA INFORMATIVO PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI il grafico



LEGENDA


interrogazione,
richiesta,
domanda


risposta,
informazione,
presa in carico


input-feed back
input
feed back



LE SEZIONI IN CUI SI ARTICOLA IL PORTALE WEB CHE ALIMENTA IL CENTRO UNICO DI PRODUZIONE INFORMATIVA E DOCUMENTAZIONE (C.U.P.I.Do)

LA SCHEDA DI SINTESI

1. IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI (accesso libero)			AZIONI
Attori del sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ConSORZI* ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ ASL 14 ▪ Istituzioni e presidi ▪ Cooperazione sociale ▪ Volontariato 	<p>Descrizione, mission, obiettivi. Recapiti, orari e contatti (struttura organizzativa)</p>	<p>Convogliare in una piattaforma informatica unica i portali già attivi di ogni singolo soggetto</p>

* in grassetto i soggetti prioritari di cui si forniscono informazioni estese di primo livello, in corsivo altri soggetti di cui di forniscono informazioni essenziali e di secondo livello.

2. I SERVIZI E LE ATTIVITÀ DEL SISTEMA (supporto al front-office e accesso libero)			AZIONI
Azioni di sistema (il sistema dei servizi sociali e sanitari)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ConSORZI ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ ASL 14 ▪ Istituzioni, presidi ▪ Cooperazione sociale ▪ Volontariato 	<p>Servizi e attività gestite (breve descrizione e modalità di accesso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuare servizi, attività e progetti ▪ Costruire schede omogenee esplicative di servizi, attività e progetti
Progetti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ConSORZI ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ ASL 14 ▪ Istituzioni, presidi ▪ Cooperazione sociale ▪ Volontariato 	<p>Progetti attivi (descrizione, durata)</p>	

3. SERVIZI ON-LINE (accesso libero)			AZIONI
Modulistica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 ▪ Comuni ▪ Provincia 	Modulistica scaricabile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuare i percorsi di presa in carico e definire i processi organizzativi ▪ Raccogliere la modulistica e renderla, ove possibile, disponibile on line ▪ Semplificare i passaggi procedurali e la burocrazia ▪ Rendere il materiale accessibile e consultabile sul portale prevedendo accessi liberi e accessi protetti ▪ Attivare un sistema di scambio informativo e operativo biunivoco tra il back office dello Sportello Unico e i singoli uffici competenti
Bandi e concorsi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 ▪ Comuni ▪ Provincia 	Regolamenti e modulistica	
News	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ Istituzioni, presidi ▪ Cooperazione sociale ▪ Volontariato 	Notizie, avvisi, aggiornamenti	
A domanda rispondo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi, ASL, Comuni 	Risposte on-line in tema di accesso ai servizi e di procedure	

4. LA BANCA DATI DELLE PROCEDURE E DELLA MODULISTICA (supporto al front-office, accesso riservato)			AZIONI
Schedario delle procedure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 ▪ Istituzioni e presidi ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ altri enti 	Schede descrittive di tutte le procedure riguardanti servizi e attività erogati dai soggetti indicati	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuare i percorsi di presa in carico e definire i processi organizzativi ▪ Semplificare i

Deposito modulistica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 ▪ Istituzioni e presidi ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ altri enti 	Raccolta della modulistica relativa a servizi e attività erogati dai soggetti indicati	<p>passaggi procedurali e la burocrazia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccogliere tutta la modulistica e renderla disponibile in formato cartaceo
-----------------------------	--	--	---

5. CONTATTI PER L'ACCESSO DIRETTO A UFFICI E SERVIZI DA PARTE DELLO SPORTELLO (supporto al front-office, accesso riservato)			AZIONI
Rete dei referenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 ▪ Istituzioni e presidi ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ altri enti ▪ Cooperazione sociale ▪ Volontariato 	Indirizzario di recapiti telefonici ed elettronici dei referenti della rete	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costruzione di una rete di referenti presenti nei diversi settori operativi degli enti interessati per la soluzione mediante contatto diretto di problemi originati al front-office

6. DATI E CARTELLE DEGLI UTENTI (supporto al front-office, accesso riservato e protetto)			AZIONI
Cartelle utenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 	Disponibilità all'accesso a dati sensibili riguardanti cittadini utenti dei servizi erogati dai soggetti prioritari e dati eventualmente desumibili dai soggetti non prioritari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accesso on line su linee protette ai depositi ed agli archivi riguardanti l'utenza dei servizi

7. LE REGOLE E LE IDEE (accesso libero)			AZIONI
Normativa di riferimento (essenziale)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generale, sanità e servizi sociali ▪ Famiglia, infanzia ▪ Giovani ▪ Disabilità ▪ Anziani ▪ Immigrazione ▪ Altre forme di svantaggio 	Documenti e link	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccogliere, organizzare, sistematizzare, aggiornare il materiale ▪ Rendere il materiale accessibile e

Buone pratiche altrui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generale, sanità e servizi sociali ▪ Famiglia, infanzia ▪ Giovani ▪ Disabilità ▪ Anziani ▪ Immigrazione ▪ Altre forme di svantaggio 	Documenti e link	consultabile sul portale prevedendo accessi liberi e accessi protetti <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizzare momenti di dibattito e confronto
Letteratura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generale, sanità e servizi sociali ▪ Famiglia, infanzia ▪ Giovani ▪ Disabilità ▪ Anziani ▪ Immigrazione ▪ Altre forme di svantaggio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografie essenziali, ▪ Segnalazioni bibliografiche ▪ Riviste e periodici 	
Forum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operatori, cittadini 	Confronti, dibattiti, scambio su tematiche di settore	

8. L'OSSERVATORIO STATISTICO DELLA SOCIETÀ LOCALE (accesso libero)			AZIONI
La società locale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contesto Demografico ▪ Contesto economico ▪ Contesto sociale e qualità della vita 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intera popolazione ▪ Giovani ▪ Adulti ▪ Anziani ▪ Disabili ▪ Immigrati 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aggiornare e integrare dei dati già raccolti nell'attuale Osservatorio ▪ Estendere l'attuale potenziale conoscitivo ▪ Compiere una revisione dell'odierno parco indicatori ▪ Offrire strumenti d'aiuto al lettore proponendo chiavi di lettura e linee di interpretazione dei dati (es. indicatori di sintesi, analisi SWOT - Strength, Weakness, Opportunities, Threats - o strumenti analoghi) ▪ Affinare le funzioni di ricerca all'interno della banca dati. ▪ Organizzare Iniziative indirizzate a diffondere una più ampia conoscenza dell'osservatorio.
Il disagio sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sofferenza ▪ Disagio ▪ Marginalità ▪ devianza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intera popolazione ▪ Giovani ▪ Adulti ▪ Anziani ▪ Disabili ▪ Immigrati ▪ Altre forme di svantaggio 	
Attività e servizi sociali e sanitari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consorzi ▪ ASL 14 ▪ Comuni ▪ Provincia ▪ Istituzioni e presidi ▪ Cooperazione sociale ▪ Volontariato 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per l'intera popolazione ▪ Per i giovani ▪ Per gli adulti ▪ Per gli anziani ▪ Per i disabili ▪ Per gli immigrati ▪ Per altre forme di svantaggio 	



**PIANO
ASSISTENZIALE
INDIVIDUALIZZATO
PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE**



L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E LE CURE DOMICILIARI

Lo stato di **salute** è influenzato dalla **condizione sociale** e quest'ultima è a sua volta influenzata dallo stato di salute. Il gran numero di cittadini che richiedono interventi riferibili sia ai servizi sociali che a quelli sanitari ha indotto a ritenere necessaria la nascita di un'intesa fra i due comparti che non fosse più solo basata sullo spontaneismo, sulle reciproche relazioni personali degli operatori, su di una logicità fattuale non corroborata da adeguati protocolli e da una normativa esprimente certezze.

Il Piano di zona, introdotto dalla L. 328/2000, rappresenta una grande opportunità per realizzare l'**integrazione fra servizi sociali e sanitari** in una logica di concertazione fra soggetti autonomi, di pari dignità. Questa integrazione offre l'occasione di un recupero di centralità delle politiche sociali in senso ampio, come politiche le cui finalità possano essere perseguite efficacemente solo coordinando ed integrando più politiche e più azioni.

Più recentemente la deliberazione del Piano Socio-Sanitario Regionale, approvata dalla Giunta Regionale, ha specificato che l'integrazione debba essere prodotta facendo in modo che il Piano di Zona ed il Piano di attività Distrettuale si interfaccino ed integrino.

Al momento l'integrazione socio-sanitaria a livello locale è regolata dalla **Convenzione tra l'ASL 14 e i tre Consorzi**, approvata per parte sanitaria con Deliberazione Direttore Generale ASL 14 n. 1025 del 20-06-2000. Tale convenzione è oggi in corso di riesame.

La vigente convenzione affronta le tematiche inerenti:

- La Tutela materno-infantile,
- La tutela della salute delle persone disabili fisiche, psichiche e sensoriali,
- La tutela della salute degli anziani

L'integrazione riguarda la comune progettualità, la definizione delle risorse umane, la comune azione con personale dei due comparti secondo linee e protocolli predefiniti, la definizione delle risorse materiali ed economiche, la definizione in particolare della compartecipazione alla spesa. Non in tutti i settori i protocolli operativi sono stati formulati con precisione o non sono ancora completamente attuati. Prevale ancora la "buona volontà" reciproca degli operatori (buone prassi consolidate, non formalizzate). In tal senso un contributo potrà venire dalle azioni inserite nel presente Piano di Zona e dalla funzione di raccordo assunta dall'Ufficio di Piano, se reso organo permanente.

PROFILI DI CURA DOMICILIARI, SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI

La progettazione e la realizzazione degli interventi di cure domiciliari finalizzati alla presa in carico dei bisogni sanitari e sociali del cittadino presuppongono un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema: Servizi sanitari aziendali e distrettuali, Medici di medicina generale ed Enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

I Distretti, ove sono ubicati gli Sportelli Unici Socio-Sanitari, rappresentano i centri di riferimento ove si realizza l'incontro e il confronto tra le istanze espresse dalla realtà locale e i soggetti titolari delle funzioni di organizzazione e gestione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. A questo livello sono garantite la programmazione, il coordinamento e l'erogazione delle cure domiciliari.

Le **cure domiciliari** si definiscono come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del Medico di famiglia, di Medici specialisti, Infermieri, Terapisti della riabilitazione, Operatori socio-assistenziali, e dalle figure propriamente sociali dell' Assistente Sociale e dell'Educatore Professionale. I Servizi domiciliari sono rivolti alle persone non autosufficienti o in condizione di fragilità o disabilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le cure domiciliari rappresentano un **modello assistenziale** che può garantire una migliore qualità della vita alle persone che abbiano subito una compromissione temporanea o permanente dell'autosufficienza, evitando o riducendo il rischio di ricoveri in strutture residenziali o in ospedali.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate, risulta quindi fondamentale, l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali.

Le cure domiciliari in relazione ai bisogni degli assistiti possono essere suddivise nei seguenti **profili di cura**:

- 1- "**cure domiciliari prestazionali**" caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (riconducibili al **SID** - Servizio Infermieristico Domiciliare, e all'**ADP** - Assistenza Domiciliare Programmata); esse costituiscono una risposta prestazionale professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e o riabilitativo che anche qualora si ripeta nel tempo, non presuppone la presa in carico del paziente né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.
- 2- "**Cure domiciliari integrate di 1° 2° e 3° livello**" assorbono le cure definite **ADI** (assistenza domiciliare integrata), si rivolgono a malati che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati del Mmg (Medico di medicina generale) che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura e partecipa alla definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione e la redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) Le cure domiciliari di 3° livello consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano bisogni con

un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche, come malati portatori di malattie neurologiche degenerative-progressive in fase avanzata (Sla, distrofia muscolare), fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parentale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo e pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza; presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

- 3- **"Cure domiciliari palliative a malati terminali"**, che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'ospedalizzazione domiciliare per cure palliative (UOCP – Unità operativa cure palliative) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal P.A.I. ed erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze; presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con l'intervento di tipo multidisciplinare.

Dal **punto di vista socio assistenziale**, l'integrazione con la componente sanitaria deve tenere conto del verificarsi di fenomeni quali l'aumento e l'invecchiamento della popolazione anziana, parallelamente all'indebolimento delle reti familiari e di vicinato e ad altre trasformazioni sociali, hanno quindi reso necessario per le famiglie individuare nuovi strumenti di cura. Inoltre si è modificata negli anni **la domanda**, trasformando notevolmente le caratteristiche iniziali dei Servizi di Assistenza Domiciliare. Le richieste di entrata si possono così classificare:

- 1 - i destinatari principali di assistenza domiciliare sono **anziani affetti da demenze o decadimenti avanzati, da patologie multifattoriali o terminali**, in condizioni troppo gravi per essere gestiti dalle *badanti* (unicamente da loro); i familiari vivono difficoltà così drammatiche da indurli a precipitarsi ai servizi sociosanitari. In questi casi il SAD assume una funzione specializzata e l'intervento è richiesto per prestazioni professionalizzate.

- 2 - Un secondo tipo di domanda proviene da soggetti che, pur essendo al limite della non autosufficienza, presentano ancora determinati **margini di autonomia**; se intervengono peggioramenti possono aggiungersi alle fila di chi necessita assistenza continuativa. Altre richieste pervengono da anziani già intenzionati a ricorrere alle *badanti* ; in queste circostanze il SAD "tampona" la situazione fino al reperimento dell'assistente (o della RSA), svolgendo una funzione transitoria.

- 3 - Una crescente necessità di attivazioni riguarda **anziani soli**, senza riferimenti parentali o sociali, multiproblematici, spesso confusi, sempre più frequentemente con redditi modesti; queste persone stanno aumentando e vengono segnalate dagli ospedali o dai vicini in circostanze di emergenza sociosanitaria. Queste inevitabilmente devono essere prese urgentemente in carico dai servizi sociali, che si trovano a dover faticosamente provvedere a necessità d'ogni tipo, quando non alla tutela giuridica. Solitamente non esistono le condizioni per il supporto di una *badante* ed è necessario erogare molte ore di SAD, coprendo con notevoli difficoltà anche la sera e il fine settimana. In questi casi al SAD vengono delegate (anche se non formalmente) funzioni di pronto intervento e di sostituzione della rete familiare e sociale mancante, ponendo alle organizzazioni molti interrogativi sull'appropriatezza e sul significato di tale delega.

- 4 - Infine un discreto numero di richieste proviene da persone che hanno già la *badante*, ma desiderano avvalersi anche del SAD per ragioni diverse.

Sempre più frequentemente la permanenza a domicilio degli anziani dipendenti è resa possibile da un **mix di interventi** che vanno dall'assistenza domiciliare erogata dai servizi pubblici all'assistenza familiare garantita nella maggior parte dei casi da lavoratrici extracomunitarie, da servizi e interventi, anche molto brevi nel tempo, erogati dalla cooperazione sociale a sostegni economici per sostenere le spese assistenziali a carico della famiglia (assegni di cura) o a ricoveri di sollievo per periodi limitati nel tempo.

VERIFICA DEL PRODOTTO PAI DOMICILIARE

Sono stati scelti tre indicatori fondamentali per la valutazione del progetto che si caratterizza come un insieme di interventi e servizi.

- L'**efficacia** (rapporto tra i risultati attesi e quelli realmente ottenuti);
- L'**efficienza** (rapporto tra i risultati ottenuti e i costi sostenuti);
- **La soddisfazione dei cittadini assistiti e degli operatori (soddisfazione del cliente esterno ed interno).**

Tra i parametri di risultato vengono proposti:

- L'**equità**: esprimibile come allocazione di risorse e dei trattamenti, fra i diversi individui o nuclei, effettuata in modo giusto e corretto.
- La **soddisfazione dei cittadini** assistiti e quella degli operatori, in quanto la soddisfazione costituisce un importante fattore del "benessere" e quindi componente di efficacia.

AZIONI

Le azioni previste per la realizzazione del progetto sono nell'ordine:

- **Approvazione** del progetto da parte del **Tavolo Politico-Istituzionale**;
- Individuazione di **tre aree** sub-Distrettuali dove effettuare la **sperimentazione**;
- Individuazione di un piccolo e agile **gruppo tecnico** incaricato del **coordinamento e monitoraggio** del progetto a livello Aziendale/Provinciale (sottogruppo Ufficio di Piano);
- **Condivisione del protocollo** con gli Operatori dei servizi e i Medici di medicina generale dei territori prescelti per la sperimentazione;
- **Formazione** – nell'arco di un trimestre: novembre '07/gennaio '08 - degli **Operatori dei servizi e dei Medici di medicina generale dei territori prescelti** per la sperimentazione (Gruppo di Coordinamento del Progetto e Personale interno di Azienda ed Ente Gestore, oltre ad eventuali interventi esterni ricomposti);
- **Organizzazione di un evento pubblico** (es. mirato convegno sull'Integrazione socio-sanitaria, ove presentare la sperimentazione del PAI Domiciliare) – gennaio 2008;
- **Attivazione della sperimentazione** – semestrale: febbraio/luglio 2008 -, con costante monitoraggio (Gruppo coordinamento progetto ed Osservatorio socio-sanitario);

- Assestamento del protocollo in corso di sperimentazione (apr/mag 2008), sulla base di valutate segnalazioni degli Operatori coinvolti;
- **Verifica dei risultati** (agosto/settembre 2008);
- Organizzazione di un **momento informativo** per gli Operatori dei Servizi e dei Medici di Medicina generale dell'intero ambito territoriale (ottobre 2008);
- **Diffusione del progetto all'intero ambito Provinciale**: progressiva Formazione Operatori dei Servizi e Medici di medicina generale ottobre 2008 / marzo 2009 e diffusione capillare dello strumento P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato) Domiciliare, a regime entro il marzo 2009.

Hanno contribuito alla realizzazione: Biollo – Bolongaro – Fornara - Lux – Maulini - Travostino

Ufficio di Piano 30/09/2007



IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO DOMICILIARE – P.A.I. STRUMENTO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nell'ambito dei progetti operativi del Piano di Zona del Verbano-Cusio-Ossola, e specificatamente nell'alveo delle politiche di integrazione socio-sanitaria individuate come prioritarie dal Tavolo Politico-Istituzionale, è stato strutturato un progetto volto alla realizzazione di un percorso metodologico e di un modello operativo per la diffusione del **Piano Assistenziale Individualizzato Domiciliare (PAI Domiciliare)**, valido per i servizi ADI, ADP, SAD e SID erogati dall'ASL e dai Consorzi dei Servizi Sociali.

L'analisi di premessa ha verificato come l'integrazione tra sociale e sanitario abbia, nei servizi di **cure domiciliari**, la massima potenzialità di realizzazione soprattutto alla luce del fatto che le due culture si incontrano su di un terreno neutrale in cui si ribalta l'asimmetrico rapporto di forza tra utenti e servizi. Garanzia dell'integrazione deve allora essere la valorizzazione di un'area comune che si delinea a partire dalla relazione tessuta con i destinatari dei processi di aiuto. L'integrazione dei servizi richiede che la complessità sociale e sanitaria sia affrontata con il sinergico agire di più professionalità che, per realizzare un intervento efficace, devono dare prova di **capacità di incontro, di condivisione, di conoscenza e rispetto delle altrui competenze, rifiutando strutturazioni gerarchiche e rigurgiti corporativi.**

Parimenti la logica dell'integrazione trova il suo naturale scenario nel **lavoro "per progetti"** in cui lo specifico di ciascuna professione è strumentale alla costruzione di un processo individualizzato di assistenza.

La necessità di lavorare per progetti personalizzati, oltre che assolvere ad esigenze di valutazione, rende esigibile il riconoscimento che **ogni persona è unica**, diversa da ogni altra e con un proprio modo di vivere il disagio, la disabilità, la malattia.

L'adozione della metodologia di lavoro per progetti individualizzati offre inoltre agli operatori maggior sicurezza (conoscenza del problema, condivisione degli obiettivi, comportamento uniforme), crescita professionale e allargamento della vision, maggiore soddisfazione nel lavoro.

Il **progetto sperimentale "PAI domiciliare"** propone quindi una metodologia di lavoro atta a produrre risultati ad elevato contenuto di qualità e a facilitare la coesione dell'**équipe multidisciplinare** coinvolta, integrandone metodi e strumenti.

Il team di progetto è composto da professioni diverse, con un background di paradigmi teorici e prassi operative anche molto distanti tra loro, che però trovano nell'azione progettuale e operativa congiunta una vicendevole integrazione e soprattutto una feconda reciproca contaminazione culturale. Fondamentale risulta inoltre la presenza di una leadership capace di contenere le singole insicurezze (elemento da cui normalmente originano comportamenti "difensivi" di chiusura). Nell'ambito dell'équipe, che coinvolge l'Assistente Sociale, l'Infermiere, il Medico di

Medicina Generale (o Pediatra), l'OSS, ed eventualmente il Fisioterapista e l'Educatore, viene individuato un Case Manager (proposto all'utenza come **"Responsabile del PAI"**).

La responsabilità del case manager è quella di attivare, organizzare e integrare la varietà di risorse, formali ed informali, necessarie alla complessità soggettiva del bisogno. Il case manager crea ed intesse condizioni, interconnessioni e contatti; scommette sulle cose che possono succedere e le rende più probabili, lavorando all'attivazione di raccordi e all'ottimizzazione di risorse/prestazioni provenienti da svariate fonti "esterne".

La realizzazione del PAI prevede un percorso a tappe che inizia dopo le **fasi** dell'accoglimento della domanda allo Sportello Unico socio-sanitario e la conseguente valutazione UVG o UVD. In sintesi il percorso del PAI prevede: Raccolta elementi informativi/valutativi, Analisi della domanda, Ipotesi sul problema, Definizione obiettivi e Pianificazione dell'intervento (con risultati attesi), Esecuzione degli interventi, Osservazione e ricalibratura per insorgenza di "eventi sentinella", Analisi condizione conclusiva (con risultati ottenuti e risorse impiegate), Verifica di efficacia e Verifica di efficienza e qualità di processo; eventuale riposizionamento al punto iniziale per riprogrammazione del ciclo pianificatorio.

Il progetto, in corso di avvio di **sperimentazione in 3 ambiti subdistrettuali**, richiederà un importante e qualificante **percorso formativo** verso nuove competenze di natura relazionale - in rapporto all'équipe e alla famiglia - (ambito socio-psicologico), culturale (ambito antropologico), tecnico redazionale (ambito socio-sanitario ed organizzativo), con una costante supervisione specialistica a livello distrettuale ed aziendale, specie nelle fasi di avvio del progetto.

I principali risultati attesi riguardano un incremento della qualità offerta, attraverso l'individuazione di un percorso di risposta calibrato sulle reali necessità individuali dell'utente, attraverso le sinergie tra le diverse professionalità e la multiculturalità di approccio, attraverso infine l'individuazione e la **valorizzazione delle risorse familiari, amicali e di vicinato nonché del volontariato**. Si ritiene inoltre di poter caratterizzare l'auspicata acquisizione di potere (empowerment) da parte dell'utente non nel senso di una rivendicazione di diritti tout court ma nella consapevole

percezione che il servizio sia una realtà fluida che si costruisce a partire da una contrattazione tra soggetti e risorse che ne hanno parte (stakeholder di sistema). Infine, aspetto non irrilevante, l'utilizzo sul territorio di un PAI domiciliare uniforme fornirà elementi significativi ad un **sistema informativo** capace di descrivere l'evoluzione in tempo reale della popolazione assistita.



**PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DEL
PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO DOMICILIARE - P.A.I.**

ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA	SPORTELLO UNICO SOCIO SANITARIO
VALUTAZIONE DEI BISOGNI	UNITA' VALUTAZIONE GERIATRICA - UVG UNITA' VALUTAZIONE DISABILITA' - UVD

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO DOMICILIARE - PAI -	
RACCOLTA INFORMAZIONI UTENTE	EQUIPE MULTIDISCIPLINARE TERRITORIALE
ANALISI DELLE INFORMAZIONI	Medico di Medicina Generale/Pediatra Infermiere Professionale
PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	Assistente Sociale Educatore Professionale Fisioterapista
INDIVIDUAZIONE DEL RESPONSABILE DEL CASO	Operatore Socio Sanitario
CONTRATTO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE	FAMILIARI / CARE GIVER
ESECUZIONE DELL'INTERVENTO	
EVENTO SENTINELLA	
MONITORAGGIO E VERIFICA	



Consorzio Intercomunale



Ossola

dei Servizi Socio-Assistenziali Cusio



PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

CARTELLA DI PRESA IN CARICO SOCIO SANITARIA N°

COGNOME _____ NOME _____

M _____ F _____
NAT _____ A _____ IL _____

STATO CIVILE _____ PRESA IN CARICO IL _____

RESIDENZA VIA / PIAZZA _____ N° _____

COMUNE _____ (PROV _____)

DOMICILIO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA): VIA/PIAZZA _____ N° _____

COMUNE _____ (PROV _____)

RELIGIONE _____ ISTRUZIONE/PROFESSIONE _____

SA LEGGERE: SI NO POCO SA SCRIVERE: SI NO POCO

INVALIDITA' CIVILE: NO SI DOMANDA IN CORSO
< 100% 100% SENZA ACCOMP. 100% CON ACCOMP.

TUTORE/ AMM.DI SOSTEGNO: SI sig. _____ NO

MEDICO CURANTE _____ cell. _____ tel. studio _____
SUPPORTO:

CONIUGE / FAMIGLIARE SEMPRE PRESENTE
ALTRO CARE GIVER SEMPRE PRESENTE
CARE GIVER PRESENTE PER POCHE ORE DALLE _____ ALLE _____
CARE GIVER NON PRESENTE
CARE GIVER NON IDONEO
VIVE SOLO

MOTIVO DELLA PRESA IN CARICO: _____

Data, _____ Firma compilatore _____

PERSONE DI RIFERIMENTO

	COGNOME	NOME	RELAZIONE	INDIRIZZO	TELEFONO
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____

RETE RELAZIONALE

Famigliari conviventi
: _____

Altri famigliari/amici
: _____

TINETTI						
SCALA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE						
NORTON						

PUNTEGGIO UVG / UVD

DATA	VALUTAZIONE SANITARIA SOCIALE		TOTALE	COMPILATA DA
				MEDICO..... ASS.SOC.....

RILIEVO BARRIERE ARCHITETTONICHE

a) Ubicazione appartamento

- 1. Piano terra
- 2. Primo piano
- 3. Piano rialzato.....
- 4. Dal secondo piano in su.....
-

5. Gradini per entrare in casa.....

b) Entrata nel palazzo

1) Entrata coperta.....

2) Soglia o gradini.....

c) Ascensore

1) Assente.....

2) Presente.....

3) Facilmente raggiungibile.....

4) Apertura della porta a 90°per almeno 90 cm di larghezza.....

5) Pulsantiera facilmente raggiungibile.....

6) Segnale di allarme e citofono raggiungibile.....

-capacità idonea (150cm/137 cm)-

sì no

d) Casa o appartamento

N° LOCALI..... N°CONVIVENTI..... Mq.

1) Bagno in casa.....

2) Bagno all'esterno.....

➤ Facilmente raggiungibile

➤ Non raggiungibile

3) Apertura della porta a 90°.....

➤ Inferiore a cm 80 di larghezza

➤ Maggiore a cm 80 di larghezza

4) Corridoio largo almeno cm. 120.....

 si no

5) Presenza di giardino.....

 si

6) Pavimenti scivolosi o incerati.....

 no

7) Tappeti non fissati al pavimento.....

 si no

e) Cucina

1) Porta di accesso larga più di cm 80.....

 si no

2) La carrozzina può entrare sotto il tavolo.....

 si no

3) Piani di appoggio ad altezza utile.....

 si si

4) Rubinetteria a portata di mano.....

 no

5) Gas dei fornelli a portata di mano per apertura e chiusura..

 si no

f) Servizi igienici

1) Apertura porta bagno a 90°..... no

2) Bidet

3) Lavandino.....

A mensola.....

A colonna.....

4) Vasca da bagno.....

Spazio di fianco.....

Posizione.....

5) Doccia

➤ Presenza di sedile nella doccia

si no

➤ Presenza di sedile nella vasca

si no

➤ Presenza di tappetino antiscivolo

no

➤ Le rubinetterie rendono difficile
l'entrata nella vasca.....

si no

6) Presenza di acqua calda.....

7) Scaldabagno predente in bagno.....

8) Water.....

9) Camera da letto

1) Apertura porta: inferiore a cm 80 di larghezza.....

superiore a cm 80 di larghezza.....

2) Presenza di cm150 da entrambe i lati del letto per agibilità della
carrozzina.....

3) Telefono in camera.....

4) Presa di corrente a fianco del letto.....

5) Altezza del letto comoda per l'accesso.....

6) Finestra ad altezza idonea per l'apertura.....

7) Possibilità di guardare fuori dalla finestra dal letto.....

Osservazioni e note:

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

Data rilevazione: _____

Firma compilatore: _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERSONA

COGNOME NOME.....

DISTRETTO DI.....

C.C. N.°.....

DATA COMPILAZIONE (VEDI FINE PAG 9)

<p>(A) <u>Attività/mobilità</u> Deambulazione: autonoma <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/>..... costretto su sedia si muove solo con aiuto <input type="checkbox"/> costretto su sedia si muove in autonomia <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> Passaggi posturali: autonomo <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> totalmente dipendente <input type="checkbox"/> entra/esce dal letto solo con aiuto <input type="checkbox"/> in grado di mantenere la posizione eretta in appoggio <input type="checkbox"/></p>	<p>(B) <u>Eliminazione</u> Alvo: regolare si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> stipsi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> uso farmaci..... Stomia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Autogestione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Incontinenza si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Usa il bagno si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Usa pannolone tipo:</p> <p>Diuresi: spontanea <input type="checkbox"/> ritenzione <input type="checkbox"/> utilizzo ausili: cv est. <input type="checkbox"/> cv perm. <input type="checkbox"/> incontinenza <input type="checkbox"/> altro.....</p>	<p>(C) <u>Alimentazione</u> Autonomo <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> Stimolato <input type="checkbox"/> imboccato <input type="checkbox"/> Percezione sete: <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> assente Appetito: <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> assente Intolleranze..... Consistenza cibi: normale <input type="checkbox"/> frullati <input type="checkbox"/> Dieta: libera <input type="checkbox"/> Altro:..... Disfagia <input type="checkbox"/> N.E. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> (data.....) SNG <input type="checkbox"/> (data.....) NPT dal.....</p>
<p>(D) <u>Igiene</u> Mani e viso: Autonomo <input type="checkbox"/> Con supervisione <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> In bagno <input type="checkbox"/> a letto <input type="checkbox"/> Igiene intima: Autonomo <input type="checkbox"/> Con supervisione <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> In bagno <input type="checkbox"/> a letto <input type="checkbox"/> Bagno/doccia Autonomo <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> Approccio al bagno: collabora <input type="checkbox"/> non collabora <input type="checkbox"/> rifiuta <input type="checkbox"/></p>	<p>(E) <u>Vestirsi e cura di se</u> Si veste: In autonomia <input type="checkbox"/> Con supervisione <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/></p>	<p>(F) <u>Comunicazione</u> Comprensione: normale <input type="checkbox"/> comprende a fatica <input type="checkbox"/> non comprende <input type="checkbox"/> Comunicazione: normale <input type="checkbox"/> disturbata <input type="checkbox"/> non possibile <input type="checkbox"/> Udito: sente bene <input type="checkbox"/> sordità <input type="checkbox"/> usa protesi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vista: Vede bene <input type="checkbox"/> lievi problemi <input type="checkbox"/> gravi problemi <input type="checkbox"/> cecità <input type="checkbox"/> usa occhiali si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> altro.....</p>
<p>(G) <u>Sonno/ veglia</u> Sonno: normale <input type="checkbox"/> disturbato <input type="checkbox"/> condizionato dalla terapia <input type="checkbox"/> cambio postura: autonomo <input type="checkbox"/> assistito <input type="checkbox"/> necessita di sponde per il letto <input type="checkbox"/> insonnia <input type="checkbox"/></p>	<p>(H) <u>Atteggiamento comportamento</u> Condizioni Emotive: Ansioso <input type="checkbox"/> Tranquillo <input type="checkbox"/> Depresso <input type="checkbox"/> Aggressivo <input type="checkbox"/> Vita di relazione: Buona <input type="checkbox"/> Difficoltosa <input type="checkbox"/> Ostile alle relazioni <input type="checkbox"/></p>	<p>(I) <u>Nozioni di Tempo e spazio</u> Condizioni mentali: Lucido <input type="checkbox"/> Apatico <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Stuporoso <input type="checkbox"/> Orientamento: Perfettamente orientato <input type="checkbox"/> Disorientamento spaziale <input type="checkbox"/> Disorientamento temporale <input type="checkbox"/> Orientamento solo personale <input type="checkbox"/></p>

FUNZIONE	DATA	OBIETTIVI ASSISTENZIALI
A ATTIVITA' MOBILITA'	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
B ELIMINAZIONE	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
C ALIMENTAZIONE	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
D IGIENE	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
E VESTIRSI E CURA DI SE'	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
F COMUNICAZIONE	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
G SONNO E RIPOSO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
H ATTEGGIAMENTO E COMPORAMENTO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
I NOZIONI DI SPAZIO TEMPO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
L OBIETTIVI SOCIO EDUCATIVI	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

BENEFICIARIO PAI Sig.

RESPONSABILE PAI

OPERATORE	DATA	TIPOLOGIA INTERVENTI	N°/FREQUENZA INTERVENTI	FIRMA	DATA	TIPOLOGIA INTERVENTI	N°/FREQUENZA INTERVENTI	FIRMA
MEDICO DI FAMIGLIA								
INFERMIERE PROF								
ASSISTENTE SOCIALE								
OSS								
FISIOTERAPISTA								
CONSULENZE SPEC.								
EDUCATORE PROFF.								
VOLONTARI								

CONTRATTO DI ALLEANZA TERAPEUTICO - ASSISTENZIALE

DATI DEL RICHIEDENTE/ BENEFICIARIO

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE_A _____ Via _____

Tel _____

DATI DEL REFERENTE ASSISTENZIALE/GARANTE ASSISTENZIALE

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE_A _____ Via _____

Tel _____

GRADO DI PARENTELA:

nessuno grado di parentela _____

PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

(in sintesi Scheda Obiettivi assistenziali)

OBIETTIVI:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

FREQUENZA INDICATIVA DEGLI ACCESSI:

FIGURA	N° ACCESSI	FREQUENZA
PROFESSIONALE		
MEDICO DI FAMIGLIA		
INFERMIERE PROF.		
ASSISTENTE SOCIALE		
OPERATORE SOCIO SAN		
TERAPISTA DELLA RIAB.		
EDUCATORE PROF		
CONSULENZE SPECIALISTICHE		

Gli Operatori coinvolti nella definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, redatto a favore del Sig _____, si impegnano a perseguire gli obiettivi descritti, a sua volta il Sig _____ in quanto diretto beneficiario del Progetto o il Sig _____ in qualità di parente/referente* condivide il contenuto e gli obiettivi del Progetto e partecipa alla buona riuscita dello stesso. Il presente Progetto decorre dal _____ e sarà soggetto a verifiche _____.

Data _____

Il Responsabile del PAI

Il Beneficiario o Parente/Referente

*Tutore /Curatore / Amministratore di sostegno

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31.12.1996 n.675)

Il sottoscritt _____ acquisite le informazioni fornite dall'incaricato, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n°196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati personali idonei a rivelare lo stato di salute definiti "sensibili" ai sensi dell'art.4 comma 1 lett. d), nonché dell' art.76 del D.lgs.196/2003, presta il suo consenso per il trattamento e alla comunicazione dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Lì _____ Firma leggibile _____

OPPURE

Vista l'impossibilità di acquisire il consenso dall' interessato per una delle cause previste dall' art.82 del D.lgs. 196/03 il consenso è acquisito da:

- un familiare (grado di parentela).....
- altro referente istituzionale/amicale:.....

Firma leggibile

.....

ALLEGATI

(barrare il quadrato nel caso di compilazione)

- Relative's Stress Scale

- Educazione al Caregiver

- Scheda medicazioni

- Scheda del dolore

- Segnalazione cadute / ricoveri

- Situazione educativa

- Assegno di cura sociale

- Vaucher abbattimento lista d'attesa RSA

Relative's Stress Scale

(RSS, GREENE et.al., 1982)

RELATIVE'S STRESS SCALE	Mai	Di rado	A volte	Frequentemente	Sempre
	Assolutamente no	Un po'	Moderatamente	Molto	Moltissimo
1. Pensa mai di non riuscire più a fronteggiare	0	1	2	3	4
2. Pensa mai di aver bisogno di una pausa?	0	1	2	3	4
3. Le capita di sentirsi depressa dalla situazione?	0	1	2	3	4
4. La sua salute ne ha in qualche modo sofferto?	0	1	2	3	4
5. E' preoccupato che possano succedere degli	0	1	2	3	4
6. Pensa mai che il problema non abbia via di	0	1	2	3	4
7. Ha difficoltà ad andare via per le vacanze?	0	1	2	3	4
8. In che misura si è modificata la sua vita	0	1	2	3	4
9. In che misura è stato turbato il suo ménage	0	1	2	3	4
10. il suo sonno viene interrotto da...?	0	1	2	3	4
11. Si è abbassato il suo tenore di vita?	0	1	2	3	4
12. Si sente mai imbarazzata da...?	0	1	2	3	4
13. E' nell'assoluta impossibilità si ricevere	0	1	2	3	4
14. Le accade mai di essere contrariata o	0	1	2	3	4
15. Le capita a volte si sentirsi frustrata a causa	0	1	2	3	4

TOTALE PUNTEGGIO: _____

La *Relative's Stress Scale* (RSS) è un test che consiste in quindici domande appositamente formulate per essere proposte a persone che non hanno formazione professionale a riguardo. Tali domande indagano le difficoltà concrete e psicologiche che il *caregiver* incontra nell'assistenza quotidiana all'anziano disabile. Il punteggio varia da 0 a 60: punteggi tra 0 e 15 indicano un livello di stress assente, da 16-30 moderato, da 31 a 60 grave.

Data, _____ Firma compilatore _____

EDUCAZIONE AL CAREGIVER PER:

- GESTIONE FLEBOCLISI (CAMBIO)
- LAVAGGIO EPARINAZIONE CATETERE VENOSO
- PREVENZIONE LDD
- TERAPIA I.M. S.C.
- CURA DELLA PERSONA
- MOBILIZZAZIONE
- GESTIONE CATETERE VESCICALE
- GESTIONE STOMIA
- BENDAGGIO
- MEDICAZIONI SEMPLICI
- GESTIONE PEG
- GESTIONE S.N.G.

- ALTRO.....
.....
.....

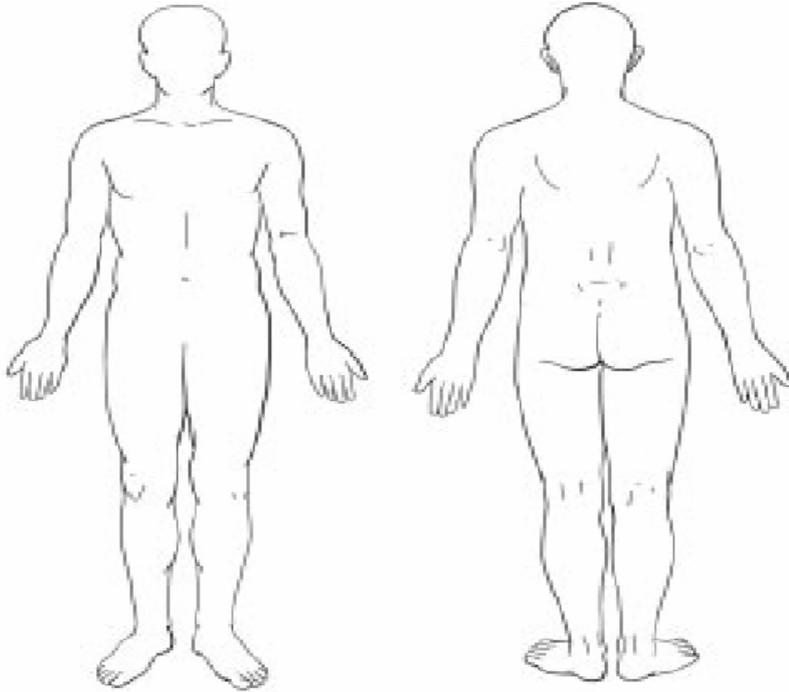
Chi si occupa
della formazione /informazione caregiver: _____

Quando: _____

Data , _____

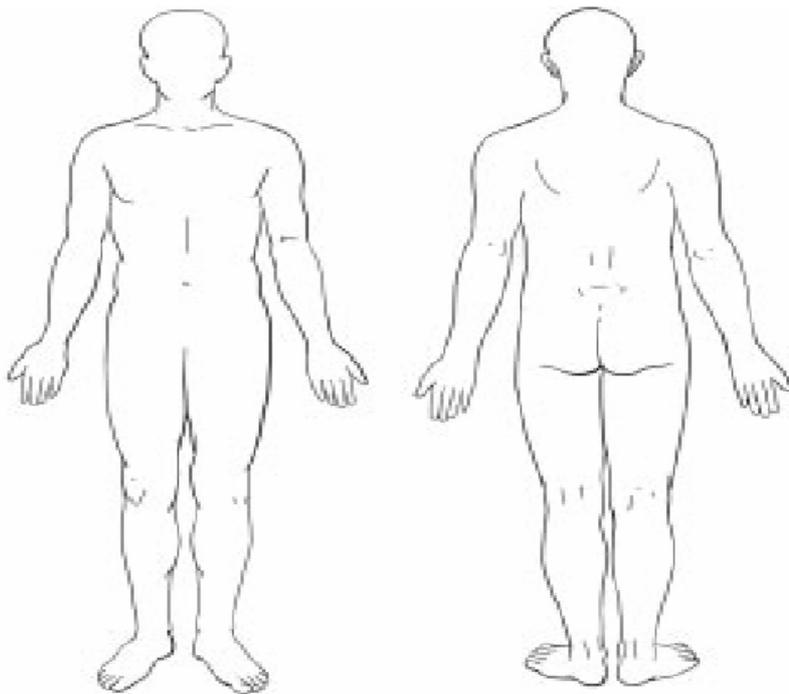
Firma compilatore: _____

Data rilevazione _____



Data

rilevazione _____



SEGNALAZIONE DELLE CADUTE

COGNOME NOME.....

▪ DATA..... ORA.....

CAUSA O SOSPETTA CAUSA DELLA CADUTA:

.....
.....

INTERVENTI ATTUATI:

.....
.....

CONSEGUENZE RIPORTATE:

.....
.....

▪ DATA..... ORA.....

CAUSA O SOSPETTA CAUSA DELLA CADUTA:

.....
.....

INTERVENTI ATTUATI:

.....
.....

CONSEGUENZE RIPORTATE:

.....
.....

DIARIO RICOVERI

IN OSPEDALE:dal..... al.....
per la seguente problematica:

.....
.....

IN OSPEDALE :dal..... al.....
per la seguente problematica:

.....
.....

IN ALTRA STRUTTURA:dal..... al.....
per la seguente problematica:

.....
.....

SITUAZIONE EDUCATIVA

(Tratto da: D.Janes, "La valutazione iniziale delle abilità nell'handicappato" - Ed.Centro Studi Erickson, Trento 1984, 1999)

- **Per ogni item si darà un punteggio secondo la seguente rating scale:**

- o del tutto capace di farlo da solo ed in modo accettabile p.0
- o quasi del tutto capace, ha però bisogno di un po' di aiuto p.1
- o metà capace e metà indipendente p.2
- o quasi del tutto dipendente, capace solo per un quarto p.3
- o dipendente al 100% p.4

1. usa in modo sicuro e non pericoloso oggetti ed attrezzature nelle attività (matite, ecc.):
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
2. si comporta sicuramente, se lasciato solo, in diversi ambienti (aula, gabinetto, cortile, ecc.):
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
3. è sicuro negli spostamenti nella sua città: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
4. inizia velocemente a fare una qualsiasi attività, senza apatia o necessità di essere sempre sollecitato: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
5. è attivo in modo costruttivo, per periodi sufficienti senza bisogno di aiuti ed incoraggiamenti continui: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
6. comprende e segue istruzioni verbali e / o gestuali, almeno per quanto riguarda le esigenze di routine: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
7. esprime i suoi bisogni fondamentali con qualche tipo di comunicazione:
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
8. usa autonomamente in cucchiaio: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
9. beve da solo: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
10. usa sufficientemente il tovagliolo: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
11. mangia ordinatamente senza sporcare o disturbare:
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
12. si lava ed asciuga le mani/faccia: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
13. si lava i denti: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
14. si pettina: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
15. riconosce quando deve lavarsi: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
16. è autonoma durante le mestruazioni: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
17. va da solo al gabinetto, senza bagnarsi o sporcarsi (dare il punteggio senza considerare il pulirsi item 19):
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
18. ha episodi enuretici o encopretici: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
19. si pulisce da solo: Punteggio _____ 6 mesi fa _____
20. è autonomo con il vestiario prima e dopo l'uso del gabinetto:
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
21. indossa da solo gli indumenti normalmente necessari:
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
22. si sveste degli indumenti normalmente necessari:
Punteggio _____ 6 mesi fa _____
23. Eventualmente segnare qualche punto aggiuntivo se l'operatore deve intervenire a supplire qualche altra mancanza di autonomia non specificata sopra; utilizzare la rating scale come sopra e specificare:.....
..... Punteggio _____ 6 mesi fa _____

PUNTEGGIO Educativo:

6 mesi fa

(Punteggio max totalizzabile = 88)

Data, _____

Firma compilatore _____

punteggio assegnato _____

• **VALUTAZIONE RETE SOCIALE: massimo attribuibile punti 7 (da zero a 7 punti)**

- anziano solo (senza alcun riferimento familiare presente o non presente nel nucleo anagrafico convivente) punti: 5
- presenza nel nucleo di altro anziano ultra sessantacinquenne punti: 3
- anziano convivente in nucleo familiare fragile punti: 4
- presenza di familiari caregiver (anche non conviventi nel nucleo anagrafico) adulti in età attiva, che riducono l'impegno professionale per assistere l'anziano non autosufficiente oppure
- presenza continuativa di personale esterno addetto all'assistenza punti: 2

punteggio assegnato _____

• **VALUTAZIONE ECONOMICA massimo punteggio assegnabile punti 3**

Valore ISEE:

- DA ZERO A € 7.241,00 **punti 3**
- DA € 7.242,00 A 9.632,00 **punti 2**
- Oltre € 9.633,00 **punti 1**

punteggio assegnato _____

VALUTAZIONE SANITARIA *punteggio massimo attribuibile: 4*

Scala di valutazione
(VEDI SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE pag. 3)

SPMSQ (max punti 2): _____

DMI (max punti 2): _____

punteggio sanitario _____

TOTALE PUNTEGGIO VALUTAZIONE SOCIALE: _____

TOTALE PUNTEGGIO VALUTAZIONE SANITARIA: _____

Data, _____

Firma compilatore: _____



PROGETTO

ANZIANI FRAGILI

Redatto da
Ufficio di Piano



PROGETTO "ANZIANI FRAGILI"

ENTI PROMOTORI

C.I.S.S. Ossola , C.I.S.S. Cusio , C.S.S.V. Verbanò , A.S.L.14 , Equipe dei MMG, Ordine dei Medici, Patronati, Associazioni di Volontariato, Associazioni di Promozione Sociale.

PREMESSA

L'analisi territoriale ha verificato come anche nella Provincia del VCO sia in crescente aumento il numero (assoluto e percentuale) di persone anziane in terza e quarta età. Tale fascia di popolazione necessita di supporti ed informazioni di diversa natura, vista la fragilità sanitaria e di contesto sociale.

Le necessità evidenziate, che hanno indotto a formulare la proposta, sono:

- A) sostegno della Domiciliarità quale diritto di cittadinanza oltre che elemento di benessere e di economia sociale e sanitaria;
- B) Riduzione della frammentazione delle risposte dei servizi socio-sanitari, di patronato, ecc. rivolti alla popolazione anziana;
- C) Sviluppo di servizi e prestazioni anche per i cittadini che vivono le realtà territorialmente più marginali e deprivate (dove peraltro gli indici di vecchiaia ed invecchiamento presentano i valori più alti ed i servizi risultano più carenti);
- D) Promozione della prevenzione per il rallentamento dei processi di decadimento biologico, psicologico e sociale della persona anziana;
- F) Informazione e formazione per una adeguata gestione degli spazi abitativi in connessione ai deficit e alle disabilità che possono subentrare nei processi di senescenza;

OBIETTIVI

Il progetto vuole raggiungere alcuni obiettivi:

- AUMENTARE LA PERCEZIONE DI SICUREZZA SOCIALE /SANITARIA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA, IN PARTICOLARE NELLE AREE MONTANE O DISTANTI DAI PRESIDII OSPEDALIERI.
- ACQUISIRE DI STRUMENTI E ABILITA' UTILI ALL'AUTOGESTIONE DELLA PROPRIA SALUTE
- FORMARE I CAREGIVER PER LA GESTIONE DELL'ANZIANO FRAGILE
- SVILUPPARE PERCORSI DI SOLIDARIETÀ ORIZZONTALE
- MONITORARE L'ANZIANO FRAGILE COME MOMENTO DI CARATTERE PREVENTIVO SIA DAL PDV SOCIALE CHE SANITARIO (INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E PREVENZIONE);
- UTILIZZARE TECNOLOGIE INNOVATIVE PER FACILITARE L'OPERATIVITÀ DELLE EQUIPE PROFESSIONALI

Anche l'OMS ha individuato per la patologia cronica un approccio educativo di tipo multidisciplinare mirato ad una migliore **autogestione** della malattia, con conseguenze positive in termini di qualità di vita per i pazienti ma anche in termini di riduzione dei costi sociali ed economici per la collettività.

Il Progetto “Anziani fragili” si pone come obiettivo ultimo il coordinamento di una serie di azioni già in atto o in fase di progettazione:

- medicina di gruppo o medicina associata
- esperienza del “Group Care” (unità operativa di specialistica ambulatoriale ASL 14 e S.O.C. di Malattie metaboliche e Diabetologia)
- esperienza dell’Ambulatorio infermieristico territoriale
- esperienza dei Corsi informativi per i familiari dei pazienti affetti da demenza (S.C. di Geriatria)
- esperienza del Segretariato Sociale
- esperienza dei Patronati
- Consulenza psico- geriatrica (da progettare)
- Consulenza ausili (da coordinare)

Nel Progetto è previsto un percorso nel quale l’attività ambulatoriale quotidiana viene svolta sotto forma di **educazione terapeutica per gruppi**, mentre la visita medica individuale tradizionale resta è riservata a situazioni specifiche. Sono previste inoltre azioni di consulenza/monitoraggio individuale al domicilio dell’anziano.

Il progetto prevede la costituzione di un **Equipe mista di progetto**, che ha il compito di progettare, coordinare e monitorare le azioni specifiche del progetto.

La fase sperimentale vedrà il coinvolgimento di **tre aree territoriali**, una per ogni CISS/Distretto, omogenee per organizzazione dei servizi socio sanitari.

TEMPI E SVILUPPO DEL PROGETTO

Il progetto avrà uno sviluppo biennale:

i primi dieci mesi verranno dedicati alla definizione accurata del progetto (coinvolgimento partner, definizione strumenti, censimento anziani fragili, formazione personale).

Verrà in seguito avviata una fase sperimentale, in **tre aree sperimentali** individuate dai Distretti Sanitari, dai CISS e dalle Equipe dei MMG. La fase sperimentale durerà 1 anno.

Nei due mesi di fine sperimentazione si procederà alla sistematizzazione dei dati e alla verifica dei risultati, per un’eventuale riproposizione del progetto in altre realtà territoriali.

La rilevazione del monitoraggio confluisce nell’Osservatorio delle Politiche Socio Sanitarie perché studi la rilevanza degli interventi realizzati in termini di prevenzione, riduzione dei ricoveri ospedalieri/strutture socio sanitarie o assistenziali.

RISORSE

Le risorse saranno messe a disposizione dagli Enti che parteciperanno al Progetto e saranno relativi sia alle risorse umane che finanziarie che alle competenze professionali necessarie.

E’ prevista la presentazione del progetto a tutti gli enti pubblici e privati (fondazioni), che dovessero bandire azioni inerenti il progetto. In questo caso la richiesta deve indirizzarsi al finanziamento della dotazione tecnologica (palmare e collegamento con i sistemi informativi ambulatoriali dei MMG).

PERCORSO PROGETTUALE "ANZIANI FRAGILI"

FASI	• CONTENUTI	SOGGETTI COINVOLTI
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Costruzione dello strumento socio-sanitario di rilevazione degli Anziani Fragili 	<p>Individuazione delle caratteristiche utili alla definizione di "Anziano Fragile" (tipologia di patologie, utilizzo/frequenza farmaci, rischio cadute, ricoveri ospedalieri, rete familiare, ecc...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Territoriale Medici di Medicina Generale • Equipe Servizio Assistenza Domiciliare • Equipe Infermieristica Territoriale
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Censimento degli anziani fragili presenti sul territorio attraverso la rilevazione dei dati incrociati 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione dell'elenco nominativo per aree territoriali omogenee dal punto di vista organizzativo (Equipe territoriali MMG, Equipe SAD, Equipe Infermieristica Territ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Distretto • CISS • Medici di medicina generale • Ambulatori specialistici (Geriatria – Fisiatria -Diabetologia - Infermieristica territoriale) • Unità Valutativa geriatrica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formazione degli operatori per la gestione dei gruppi di "terapia educativa" ➤ Costruzione Gruppi di anziani fragili con patologie croniche /Caregiver 	<p>"Terapia educativa - Educazione per gruppi":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione di medicazioni semplici • Somministrazione di terapie • Gestione catetere vescicole • Formazione gestione demenze • Consulenze psico-geriatriche • Consulenze Ausili • Consulenze pratiche amministrative, fiscali, pensionistiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Territoriale Medici di medicina generale (esistente) • Gruppo di lavoro "Group Care" (esistente) • Gruppo di lavoro "Ambulatorio Infermieristico Territoriale" (esistente) • Gruppo di informazione Geriatria (esistente) • Gruppo di Consulenza psico- geriatrica (da creare) • Gruppo Consulenze Ausili (da creare: Ufficio distrettuale Ausili ASL, Ufficio distrettuale abbattimento barriere architettoniche ASL, Segretariato Sociale, Geriatria, Fisiatria) • Gruppo Consulenze pratiche amministrative, fiscali, pensionistiche. (da creare: Patronati, Segretariato Sociale)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoraggio sistematico (almeno due volte sett.) degli utenti fragili in SAD ➤ Trasmissione in via telematica del monitoraggio domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione parametri vitali (temperatura, pressione battito cardiaco, respirazione) • Rilevazione/prevenzione delle cadute • Rilevazione/prevenzione piaghe da decubito • Rilevazione dei parametri vitali attraverso palmare collegato con gli ambulatori dei MMG 	<ul style="list-style-type: none"> • Operatori Socio Sanitari del SAD • Medici di Medicina Generale



Proposta di regolamento unico per il Servizio di Assistenza Domiciliare

Redatto da
Ufficio di Piano



REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PROPOSTO DALL'UFFICIO DI PIANO A MODIFICA O INTEGRAZIONE DEI REGOLAMENTI SAD ESISTENTI NEI TRE CONSORZI DEL VCO.

**PROPOSTA DI REGOLAMENTO DEL
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

- ART. 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il presente regolamento disciplina l'attività di assistenza domiciliare di cui all'art. 50 della L.R. n° 1 del 08.01.2004.

- ART. 2 - DEFINIZIONE DEL SERVIZIO -

Il servizio di assistenza domiciliare è un servizio di sostegno alle persone e ai nuclei familiari; può essere rivolto a tutte le fasce di età e categorie di bisogno, pur con priorità d'intervento alle persone anziane e ai cittadini (minori, disabili, adulti) che a causa di una situazione di ridotta o compromessa autonomia possono essere a rischio di istituzionalizzazione.

Il servizio è finalizzato al mantenimento della persona in difficoltà nel suo ambiente di vita e di relazione, in condizioni di massima autonomia e benessere possibili, nel rispetto della diversità e delle caratteristiche individuali.

Nel raggiungimento di tale obiettivo va tenuto presente che la famiglia e la rete parentale allargata vanno considerate come risorse ed essere aiutate a mantenere al proprio interno la persona che si trova in condizioni di bisogno.

La non autosufficienza e la dipendenza personale devono essere considerate e valutate in rapporto all'individuo, alla sua famiglia e al suo contesto ambientale, compreso il vicinato ed il volontariato, organizzato e informale.

In questo senso il servizio di assistenza domiciliare si pone come uno strumento importante, all'interno della rete di servizi offerti dalla comunità locale (*ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA, ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA, CENTRI DIURNI, RICOVERI TEMPORANEI DI SOLLIEVO, DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE, ETC.*).

Per questa specifica funzione il servizio deve avere caratteristiche di flessibilità tempestività, deve essere efficacemente e funzionalmente diversificato e

personalizzato per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone e alle situazioni di urgenza.

- ART. 3 – DESTINATARI DEL SERVIZIO -

Ogni persona o nucleo, al cui interno vi è un componente che necessita di assistenza, può presentare domanda per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare.

In ogni caso il servizio viene assicurato, in via prioritaria, alle situazioni caratterizzate dalla gravità di problematiche legate alla presenza di minori, adulti disabili, adulti con problemi psichiatrici, anziani soli o dipendenti dal contesto familiare e/o parentale allargato. Un ulteriore criterio di priorità è rappresentato dalla situazione di difficoltà economica.

Ai cittadini ed ai nuclei familiari, che non possono essere presi in carico, viene comunque garantito, se necessario, un supporto tecnico-consulenziale ed un'attività informativa da parte del servizio sociale al fine di poter individuare ed utilizzare, nel modo più idoneo, le risorse territoriali.

- ART. 4 – ACCESSO AL SERVIZIO E PRESA IN CARICO

Le sedi territoriali del Consorzio forniscono, in orario d'ufficio, ogni informazione sul Servizio di Assistenza Domiciliare, provvedendo a consegnare, ai cittadini interessati, i moduli di richiesta del servizio, con valore di autocertificazione, e l'elenco della documentazione da allegare alla domanda:

- *DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA SITUAZIONE REDDITUALE, COME PREVISTO DA APPOSITA REGOLAMENTAZIONE; LA DOCUMENTAZIONE DOVRA' ESSERE AGGIORNATA ANNUALMENTE.*
- *STATO ANAGRAFICO O AUTOCERTIFICAZIONE*
- *VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE O COPIA DELLA DOMANDA PRESENTATA ALLA MEDICINA LEGALE;*
- *DOCUMENTAZIONE MEDICA DELLA PERSONA CHE NECESSITA DI ASSISTENZA.*

L'Assistente Sociale competente per territorio provvede, non oltre dieci giorni dalla presentazione della domanda, a:

- *FISSARE UN APPUNTAMENTO CON LA PERSONA RICHIEDENTE IL SERVIZIO;*
- *EFFETTUARE LA VISITA DOMICILIARE INFORMANDO L'UVG O L'UVD PER LE NECESSITÀ CONNESSE AL CASO;*
- *VERIFICARE, ANCHE ATTRAVERSO L'ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA, LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI CHE DANNO DIRITTO AL SERVIZIO;*
- *DEFINIRE CON L'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE DISTRETTUALE IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.) E CONDIVIDERNE IL CONTENUTO CON L'UTENTE E LA SUA FAMIGLIA;*
- *COMUNICARE, ALLA SEGRETERIA DEL CISS, LA SITUAZIONE REDDITUALE DEL RICHIEDENTE, PER LA DEFINIZIONE DELLA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE*

L'avvio del percorso assistenziale avviene quando l'Equipe multiprofessionale distrettuale (composta da: Medico di famiglia, medico del Distretto Sanitario, Assistente Sociale, OSS e Infermiere cui si può aggiungere ogni altro operatore specializzato ritenuto opportuno per il caso in questione) provvede alla stesura del Piano Assistenziale Individualizzato, strumento che fornisce le notizie utili sulle condizioni di vita del soggetto, rilevando la presenza di una rete di sostegno parentale e/o amicale, la condizione abitativa ed economica, il livello di non autosufficienza, il deterioramento cognitivo, le condizioni di salute e i bisogni di cura.

Il Piano Assistenziale Individualizzato indica gli obiettivi assistenziali, le figure professionali coinvolte, la frequenza e l'impegno orario settimanale di assistenza, la verifica e il monitoraggio del percorso.

L'utente deve sottoscrivere per accettazione il Piano, che comprende anche la quota di compartecipazione alla spesa.

Sia l'UVG sia l'Equipe multiprofessionale utilizzano schede di valutazione e modelli di PAI definiti e concordati con i servizi sanitari e omogenei per tutti i territori dei CISS.

Il Piano assistenziale individualizzato viene sottoscritto da tutti i contraenti:

- *ASSISTENTE SOCIALE;*
- *UTENTE O SUO FAMILIARE;*
- *MEDICO DI FAMIGLIA;*
- *OPERATORE SANITARIO DISTRETTUALE (SE IL PROGETTO PREVEDE PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI)*

-ART. 5 - ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Il S.A.D. è un servizio organicamente collegato con i Servizi e le Strutture sociali e sanitarie presenti sul territorio. In particolare opera in collaborazione con l'U.V.G. (Unità Valutativa Geriatria) in sede di valutazione della domanda e con l'équipe multiprofessionale distrettuale per la definizione del P.A.I..

Gli interventi sono caratterizzati dall'adozione di una metodologia finalizzata al mantenimento e allo sviluppo dell'autonomia personale e della vita di relazione

Ogni intervento deve essere personalizzato al fine di rispettare le diverse caratteristiche di ogni utente e, pertanto, per ogni situazione, viene predisposto uno specifico progetto nel quale devono essere coinvolti, se possibile, la famiglia, la rete parentale, il vicinato, gli operatori sanitari etc.

Il S.A.D. è coordinato dalla figura dell'Assistente Sociale che opera nelle sedi territoriali.

Il servizio prevede gli interventi contenuti nel profilo professionale dell'O.S.S. e cioè:

- *AIUTI A FAVORIRE L'AUTOSUFFICIENZA NELLA VITA QUOTIDIANA;*
- *CURA E IGIENE DELLA PERSONA;*
- *PULIZIA, GOVERNO E RIORDINO DELLA CASA;*
- *ACCOMPAGNAMENTO, ANCHE MEDIANTE IDONEO MEZZO DI TRASPORTO, PER L'ACCESSO AI SERVIZI O PER ALTRE NECESSITÀ;*
- *SVOLGIMENTO DI PRATICHE AMMINISTRATIVE;*

- *INTERVENTI IGIENICO SANITARI DI SEMPLICE ATTUAZIONE, IN COLLABORAZIONE CON IL SERVIZIO SANITARIO;*
- *AIUTO E APPOGGIO PER LA CORRETTA ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI FARMACOLOGICHE PRESCRITTE;*
- *COLLABORAZIONE IN ATTIVITÀ VOLTE A FAVORIRE LA SOCIALIZZAZIONE;*
- *COINVOLGIMENTO DEI PARENTI, DEI VICINI E DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO;*
- *RAPPORTI CON LE STRUTTURE SOCIALI, RICREATIVE E CULTURALI DEL TERRITORIO.*

Al fine di consentire un migliore utilizzo delle risorse ed aumentare l'efficacia delle prestazioni a favore degli assistiti, si garantisce inoltre, l'erogazione dei seguenti servizi, gestiti direttamente o affidati all'esterno o gestiti direttamente dai singoli Comuni:

- 1. SERVIZIO PASTI A DOMICILIO;*
- 2. SERVIZIO LAVANDERIA;*
- 3. SERVIZIO DI TELESOCORSO;*
- 4. SERVIZIO DI TRASPORTO;*
- 5. INTERVENTI DI PICCOLA MANUTENZIONE.*

Si promuovono laddove è possibile, specifiche iniziative atte a coinvolgere le organizzazioni di volontariato, disponibili a svolgere con continuità attività programmate e concordate con il servizio sociale nell'ambito di un piano di lavoro, pervenendo alla stipula di apposite convenzioni.

- ART. 6 - CESSAZIONE DI SERVIZIO

Il servizio di Assistenza Domiciliare cessa:

- *CON IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREFISSATI NEL P.A.I. ;*
- *QUALORA VENGANO MENO LE CONDIZIONI ED I REQUISITI CHE HANNO DATO ORIGINE ALL'INTERVENTO;*
- *SE MANCANO I PRESUPPOSTI E LE CONDIZIONI PER UNA CORRETTA ATTUAZIONE DEL SERVIZIO.*

In caso di cessazione degli interventi domiciliari decisa dal Servizio, viene data comunicazione scritta all'utente e all'ufficio amministrativo.

In caso di rinuncia, degli interventi domiciliari, da parte dell'utente, il Servizio ne richiede formalizzazione scritta.

-ART.7-SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SABATO/DOMENICA E FESTIVI

Il Consorzio sulla base di specifiche regolamentazioni e delle risorse disponibili, garantisce le prestazioni domiciliari anche nel fine settimana e nelle festività agli utenti in carico al SAD quotidianamente, per garantire loro continuità assistenziale e sulla base di valutazione specifica in quanto persone allettate o non autosufficienti, sole o con rete familiare inadeguata e/o sottoposta a stress assistenziale con necessità di raddoppio per effettuare l'igiene personale e/o le manovre di mobilitazione.

L'attivazione del SAD nei festivi e prefestivi è autorizzata dal Servizio Sociale, qualora l'utente/nucleo familiare non sia nelle condizioni di provvedere autonomamente a garantirsi un'assistenza personale.

Per ogni utente inserito, l'Assistente Sociale del distretto di residenza compila una scheda informativa messa a disposizione degli operatori in servizio.

-ART.8- URGENZE

A cura dell'Assistente Sociale è possibile disporre l'inserimento provvisorio ed urgente di utenti in situazioni di particolare emergenza (per es.fratture, malattie del care-giver o dell'utente).

Tale procedura verrà successivamente regolarizzata.

-ART. 9 –FASCE DI COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA DA PARTE DELL'UTENTE

All'utente viene richiesto di contribuire al costo del servizio in misura proporzionale al reddito individuale, secondo i parametri definiti nel presente regolamento e indicati nell'Allegato A).

Per situazioni particolari, da documentare e valutare attentamente tramite apposita relazione dell'Assistente Sociale, il Consorzio, previa decisione del CDA, può derogare in tutto o in parte dalla richiesta di contributo da parte dell'utente.

La condizione economica viene analizzata insieme ad altre variabili che interagiscono in ogni singola situazione:

- *I BISOGNI DELL'UTENTE;*
- *LA PRESENZA O MENO DEI FAMILIARI;*
- *L'URGENZA;*
- *LE CONDIZIONI SANITARIE;*
- *LA NECESSITÀ DI INTERVENIRE ANCHE IN ASSENZA DI UNA RICHIESTA DA PARTE DELL'UTENTE, QUALORA CI SIANO CONDIZIONI DI GRAVE PREGIUDIZIO.*

La deroga può essere prevista pertanto sulla base di una specifica valutazione professionale, contenuta nel progetto di intervento, fatta salva la possibilità di rivalsa ai sensi della normativa in vigore.

ALLEGATO A)

FASCIA ISEE	QUOTA COMPARTICIPAZIONE
DA ZERO A € 7.241,00	ESENTE
DA € 7.242,00 A 9.632,00	€ 2,00 / prestazione
DA € 9.633,00 A € 12.810,00	€ 4,00/ prestazione
DA € 12.811,00 A € 17.037,00	€ 8,00/ a prestazione
OLTRE € 17.038,00	TARIFFA PIENA APPLICATA DALLA COOPERATIVA SOCIALE CONVENZIONATA CON I SINGOLI CISS MAGGIORATA DEL 10% A COPERTURA DELLE SPESE GENERALI DI AMMINISTRAZIONE OPPURE, IN MANCANZA DI CONVENZIONE, COSTO ORARIO DEL PERSONALE DIPENDENTE DI QUALIFICA OSS CON MAGGIORAZIONE DEL 10%

Le cifre sopra riportate vengono annualmente rivalutate con Deliberazione del CDA in base ai dati ufficiali di inflazione monetaria e con gli opportuni arrotondamenti ai decimali.



PIANO DI ZONA DEL VERBANO CUSIO OSSOLA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE
GERIATRICA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE
DELLA DISABILITA'

Redatto da
Ufficio di Piano





PIANO DI ZONA DEL VERBANO CUSIO OSSOLA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE
GERIATRICA

Redatto da
Ufficio di Piano





REGIONE PIEMONTE
UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.)

*

Presidente dr. Fabio Di Stefano

Data della valutazione ____/____/____ Cartella U.V.G. n° ____/____

____ valutazione Sede della valutazione _____

Sede operativa di Domodossola Omegna Verbania

Dati anagrafici

Cognome e nome _____

Sesso M F

Data di nascita ____/____/____ Età. (anni) _____

Luogo di nascita _____ (____)

Residenza

Via _____ n° _____

Località _____ (____)

C.A.P. _____ Telefono _____/_____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Via _____ n° _____

Località _____ (____)

C.A.P. _____ Telefono _____/_____

Recapito di parenti, amici o vicini (specificare):

1. Cognome _____ Nome _____

Rapporto con il/la paziente: _____ Tel. n° _____

2. Cognome _____ Nome _____

Rapporto con il/la paziente: _____ Tel. n° _____

Medico di famiglia

Dottor _____ Tel. n° _____

Richiedente intervento dell'U.V.G

- Valutando Parenti Servizio Sociale
 Medico di Famiglia Istituto per Anziani Altri _____

Anamnesi Patologica Remota:

Malattie Cardiovascolari no sì

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ipertensiva | <input type="checkbox"/> Valvulopatie (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica cronica | <input type="checkbox"/> Pgresso IMA | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco congestizio | <input type="checkbox"/> PaceMaker | <input type="checkbox"/> ATS carotidea dx _____% <input type="checkbox"/> ATS carotidea sx _____% |
| <input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale (F.A.) cronica | <input type="checkbox"/> F.A. parossistica | <input type="checkbox"/> Claudicatio arti inferiori |
| <input type="checkbox"/> Pgresso TIA _____ | | <input type="checkbox"/> Pgresso ictus _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

Emopatie no sì

- Anemia _____ Altro _____

Malattie Respiratorie no sì

- BPCO Insufficienza respiratoria cronica Altro _____

Malattie Gastro-Enteriche no sì

- Gastrite _____ Ulcera _____ Epatite virale cronica _____ Cirrosi epatica
- Litiasi biliare Altro _____

Malattie Genito-Urinarie no sì

- Insufficienza renale cronica Ipertrofia prostatica benigna Litiasi renale
- Altro _____

Malattie Muscolo-Scheletriche no sì

- Osteoartrosi Osteoporosi Pgressa frattura di femore _____
- Altro _____

Malattie Endocrino-Metaboliche no sì

- Diabete mellito _____ Ipotiroidismo Ipertiroidismo Dislipidemia
- Altro _____

Malattie Neurologiche no sì

- Demenza M. di Parkinson Parkinsonismo vascolare
- Epilessia Altro _____

Malattie Psichiatriche no sì

- Ansia Depressione Psicosi Altro _____

Malattie oncologiche no sì (specificare) _____

Interventi Chirurgici no sì

- Appendicectomia Tonsillectomia Ernioplastica _____ Colectomia Altro _____

Altro: _____

Cognome e Nome _____ Data ____/____/____ *

Sintesi clinico-anamnestica

Anamnesi farmacologica

- Allergie o intolleranze a farmaci **no** **si** (*specificare*) _____

- Terapia in corso:

Cadute negli ultimi 6 mesi **no** **sì**

N° cadute negli ultimi 6 mesi _____

Ultima caduta il _____ Probabile causa **accidentale** **patologica** _____

Conclusioni: _____

Note: _____

Cognome e Nome _____ Data : ____/____/____

ADL (Index of Activities of Daily Living)

Katz S. et Al. Gerontologist, part I, 20-30 Spring 1970 (modificato).

Per ciascuna delle funzioni elencate contrassegnare la descrizione meglio corrispondente. (La parola "assistenza" significa sorveglianza, guida, oltre che assistenza personale diretta). La doppia linea separa l'autonomia (a sinistra) dalla dipendenza (a destra) in ogni funzione esplorata.

<p><u>Fare il bagno</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fa il bagno (entra ed esce dalla vasca da solo) o la doccia da solo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Riceve assistenza per lavare solo una parte del corpo (es. dorso o una gamba).</p>	<p><input type="checkbox"/> Riceve assistenza per lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato).</p>
<p><u>Vestirsi:</u> prendere i vestiti dall'armadio e dai cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate.</p> <p><input type="checkbox"/> Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.</p>	<p><input type="checkbox"/> Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.</p>
<p><u>Uso dei servizi:</u> andare nella stanza da bagno per la minzione, l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi.</p> <p><input type="checkbox"/> Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare supporti come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte, pappagallo o comoda svuotandoli al mattino).</p>	<p><input type="checkbox"/> Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi oppure per l'evacuazione nell'uso del vaso da notte, del pappagallo o della comoda.</p>	<p><input type="checkbox"/> Non si reca in bagno per i bisogni corporali.</p>
<p><u>Spostarsi</u></p> <p><input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto e si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone, il deambulatore, ecc.).</p>	<p><input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto e si siede e si alza dalla sedia <u>solo</u> con assistenza.</p>	<p><input type="checkbox"/> Allettato: non si alza dal letto.</p>
<p><u>Continenza di feci ed urine</u></p> <p><input type="checkbox"/> Controlla completamente e da solo minzione ed evacuazione.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ha incidenti "occasionalmente".</p>	<p><input type="checkbox"/> Il controllo della minzione e/o dell'evacuazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente.</p>
<p><u>Alimentazione</u></p> <p><input type="checkbox"/> Si alimenta da solo senza assistenza.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necessita di assistenza solo per tagliare la carne, sbucciare la frutta o imburrare il pane.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ha bisogno di assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa.</p>

Numero di funzioni nelle quali il soggetto valutato è dipendente: 0 1 2 3 4 5 6.

Punteggio 0 =	Autonomo in tutte le funzioni.	Punteggio 4 =	Dipendente in 3 o 4 funzioni
Punteggio 2 =	Dipendente in 1 o 2 funzioni	Punteggio 6 =	Dipendente in 5 o 6 funzioni

PUNTEGGIO PER FASCIA: 0 2 4 6

Valutazione effettuata da (medico o infermiere): _____

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living scale)

Lawton M.P., Brody E.M., Gerontologist 9, 179 -186, 1969 (modificato).

A) Capacità di usare il telefono

- (3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc. (2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti. (1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare. (0) Non è capace di usare il telefono.

B) Movimenti per acquisti nei negozi

- (3) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi. (2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi. (1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi. (0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi.

C) Mezzi di trasporto

- (4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto. (3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici. (2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno. (1) Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri. (0) Non si sposta per niente.

D) Responsabilità nell'uso dei medicinali

- (2) E' in grado di assumere i medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo. (1) E' in grado di assumere i medicinali se preparati in anticipo in dosi separate. (0) Non è in grado di assumere le medicine da solo.

E) Capacità di gestire le proprie finanze

- (2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca), raccoglie e tiene nota delle entrate. (1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.. (0) E' incapace di maneggiare il denaro.

Le informazioni richieste nei 5 items possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservato le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.

Risultato	14 – 13 – 12 – 11 – 10	9 – 8 – 7 – 6 – 5	4 – 3 – 2 – 1 – 0
Valutazione funzionale	Autonomo	Parzialmente autonomo	Non autonomo
Punteggio	0	1	2

SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Pfeiffer E.: J.A.G.S., 23, 433-441, 1975

Test somministrabile? Sì No*

Scolarità (anni): _____	Corretto = +	Errato = -
1. Quale è la data di oggi (giorno, mese, anno)?		
2. Che giorno della settimana è oggi?		
3. Quale è il nome di questo posto?		
4. Quale è il suo numero di telefono (o indirizzo di casa)?		
5. Quanti anni ha?		
6. Quando è nato?		
7. Chi è il Papa attuale (o il Presidente della Repubblica)?		
8. Chi era il Papa precedente (o il Presidente della Repubblica)?		
9. Qual'era il nome di sua madre prima di sposarsi?***		
10. Faccia "20 - 3" e ancora -3 fino a 2		
Numero totale di errori		
Punteggio corretto***		

- 0 - 2 = assenza di deterioramento.
- 3 - 4 = deterioramento lieve.
- 5 - 7 = deterioramento moderato.
- 8 - 10 = deterioramento grave.

Errori (punteggio corretto)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* Se il test non è somministrabile per decadimento cognitivo grave o coma va assegnato il punteggio massimo. Se il test non è somministrabile per disturbi del linguaggio (afasia, ecc.) o dell'udito (sordità) va assegnato il punteggio sulla base di un giudizio clinico rilevato al momento della valutazione e sulla scorta dei dati eventualmente forniti da familiari o personale di assistenza.

** Se non è possibile verificare esattamente il dato richiesto la risposta si considera corretta se il soggetto indica un nome di donna con un cognome differente dal proprio. Ovviamente se per il cognome è nota un'omonimia (casuale o per parentela) fra il padre e la madre la risposta con lo stesso cognome del soggetto esaminato è da intendersi corretta.

*** Se il numero di errori è 0 non si apporta nessuna correzione per scolarità.
 Se la scolarità del soggetto è < 8 anni si sottrae 1 punto al risultato grezzo (*numero totale di errori*).
 Se la scolarità del soggetto è = 8 anni non si modifica il risultato grezzo.
 Se la scolarità del soggetto è > 8 anni si aggiunge 1 punto al risultato grezzo.

Punteggio 0 =	0 - 4 errori = deterioramento assente - lieve
Punteggio 1 =	5 - 7 errori = deterioramento moderato
Punteggio 2 =	8 - 10 errori = deterioramento grave

PUNTEGGIO: 0 1 2

Valutazione effettuata da (*medico, psicologo o infermiere + medico*):

INDICE DISCO
(Indice di valutazione dei disturbi cognitivi comportamentali)
(Morgagni S. e coll.: Sanitas Domi, 1999)

A	<input type="checkbox"/> Assenza o lievi disturbi del comportamento
B	<p>Almeno una delle seguenti condizioni:</p> <input type="checkbox"/> Orientamento spazio/temporale compromesso in modo significativo (1) <input type="checkbox"/> Allucinazioni/deliri (2) <input type="checkbox"/> Ripetuto abuso verbale (insolenze, minacce...) <input type="checkbox"/> Comportamento alimentare alterato (3)
C	<p>Almeno una delle seguenti condizioni:</p> <input type="checkbox"/> Alterazione totale del ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Aggressione fisica perpetrata o minacciata ripetutamente <input type="checkbox"/> Attività motoria aberrante (wandering, tentativi di fuga...) <input type="checkbox"/> Idee suicidarie manifeste o tentativi di suicidi <input type="checkbox"/> Comportamento alimentare gravemente alterato (4)
Punteggio =	A = 0; qualsiasi B =1; qualsiasi C = 2.

Le considerazioni di seguito esposte sono da intendersi semplicemente come esempio e non come unico motivo per segnalare le condizioni sopra riportate.

- (1) = il disorientamento S/T è di grado tale per cui usualmente il soggetto ha difficoltà ad identificare le stanze della propria abitazione o si perde all'interno del proprio domicilio o della struttura dove è ospite.
- (2) = quasi tutti i giorni sono presenti allucinazioni o deliri e sono di grado tale da provocare rilevante disagio al soggetto o ai familiari.
- (3) = l'alimentazione è difficoltosa per rifiuto del cibo o per eccesso di assunzione; necessita stabilmente di supervisione o stimolo per alimentarsi.
- (4) = tenta di ingoiare spesso oggetti; presenta coprofagia.

N.B.: ogni alterazione comportamentale indicata in B o C deve avere ricadute di maggiore impegno sull'assistenza da fornire al valutato, altrimenti rientrano in A come lievi disturbi del comportamento.

Punteggio 0 =	A
Punteggio 1 =	qualsiasi B
Punteggio 2 =	qualsiasi C

PUNTEGGIO: 0 1 2

Valutazione effettuata da *(medico o infermiere + medico):*

DMI

(Indice medico di non autosufficienza).

Fabris e coll., Min. Med. 80, suppl. 1, 1989 (modificato)

Criteri assoluti.

SA1: grave deficit di forza e/o movimento ad almeno 2 arti: questo criterio si riferisce ad un rilevante deficit di forza e motorio di 2 arti, per qualsiasi motivo. Ad esempio: persona in carrozzina, non in grado di deambulare oppure persona che effettua gli spostamenti per brevi tratti e solo se sostenuta da un assistente.

SA2: doppia incontinenza: si considera, in maniera estensiva: all'interno di questo criterio viene considerata anche la sola incontinenza urinaria, se presente *costantemente* e con necessità di utilizzo di pannolone (anche se solo durante le ore notturne) o catetere.

SA3: piaghe da decubito.

SA4: gravi disturbi di linguaggio e della comunicazione: questo criterio si riferisce al riscontro di difficoltà gravi di linguaggio e di comunicazione per qualsiasi motivo e che compromettono in maniera rilevante le possibilità di parlare e comunicare: ad esempio afasia o grave deficit cognitivo.

SA5: marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi.

SA6: malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi).

SA7: necessità di terapie multiple e complesse: rientra in questo criterio la necessità di nutrizione enterale o parenterale, terapia infusionale; terapia dialitica (dialisi peritoneale se ricoverato), utilizzo di farmaci che hanno bisogno di una particolare sorveglianza: ad esempio anticoagulanti orali/anticoagulanti/antipsicotici ad alto dosaggio, ecc.. Non rientra in questo capitolo la terapia insulinica se il paziente se la somministra autonomamente e per i pazienti in struttura ove è presente un infermiere (in questo caso quindi non incide se il paziente è ospite in struttura a valenza sanitaria).

Criteri relativi.

SR1: modesto deficit di forza e/o di movimento: questo criterio si riferisce ad esempio ad una deambulazione autonoma possibile, ma precaria o con utilizzo di ausili (bastone, tripode, deambulatore ecc.).

SR2: incontinenza saltuaria: *solo* saltuari episodi di incontinenza sfinterica.

SR3: confusione temporo-spaziale episodica: questo criterio si riferisce a periodi di confusione mentale e/o disorientamento spazio/temporale presenti durante l'intero giorno (almeno un episodio al giorno).

SR4: disturbi di linguaggio e della comunicazione moderati: questo criterio si riferisce al riscontro di difficoltà di linguaggio e di comunicazione per qualsiasi motivo e che compromettono in maniera moderata le possibilità di parlare e comunicare: ad esempio disartria o moderato deficit cognitivo.

SR5: deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili: con ausilio di protesi acustiche o visive la persona è in grado di sentire e/o vedere in maniera accettabile.

SR6: turbe vertiginose con tendenza alle cadute: rientrano in questo criterio *anche* il riscontro di andatura incerta con alto rischio di caduta o il rilievo anamnestico di precedenti cadute negli ultimi 6 mesi.

SR7: patologie croniche di rilievo in compenso labile: questo criterio si riferisce alla presenza di patologie croniche che hanno presentato uno scompenso negli ultimi 6 mesi o almeno 2 volte nell'ultimo anno, nonostante la terapia.

SR8: uso obbligato, ma autonomo della carrozzella: la persona si sposta autonomamente con la carrozzina almeno nell'ambiente in cui abita. Si accetta che possa aver bisogno di aiuto per i passaggi posturali da letto a carrozzina e viceversa o per l'uso dei servizi.

Numero criteri assoluti: _____ ;

Numero criteri relativi: _____ ;

Punteggio 0 =	nessun criterio
Punteggio 1 =	almeno 2 criteri relativi
Punteggio 2 =	almeno 3 criteri relativi e/o almeno un criterio assoluto

PUNTEGGIO: 0 1 2

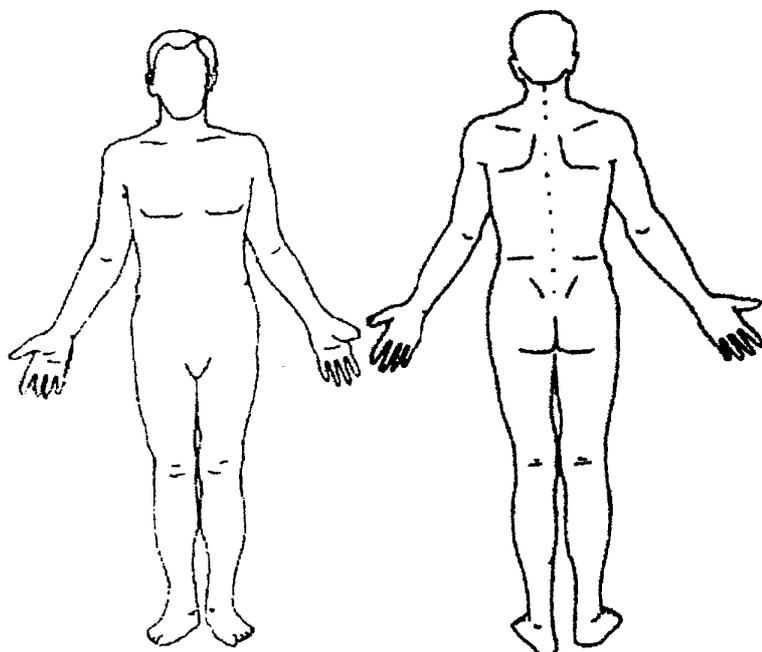
Valutazione effettuata da (medico o infermiere + medico):

Piaghe da decubito: No Sì

Scala di Exton – Smith <i>(non si esegue se vi sono già decubiti)</i>					
Condizioni generali	Stato mentale	Capacità di camminare	Capacità di muoversi nel letto	Incontinenza	Totale
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
4 Buone	4 Lucido ed orientato	4 Normale	4 Normale	4 Assente	
3 Discrete	3 Disorientato	3 Con difficoltà o solo con appoggio	3 Leggermente limitata	3 Occasionale	
2 Scadenti	2 Confuso	2 Costretto su sedia	2 Molto limitata	2 Abituale (solo urine)	
1 Pessime	1 Stuporoso/comatoso	1 Costretto a letto	1 Immobile	1 Abituale doppia	

Totale	16 – 20	11 – 15	5 – 10
Rischio decubiti	Assenza di rischio	Rischio lieve	Rischio grave
Punteggio	0	1	2

Classificazione delle lesioni cutanee da decubito - NPUAP <i>(National Pressure Ulcer Advisory Panel)</i>	
1° Stadio	Eritema su area di cute intatta, che non scompare alla digitopressione; può presentarsi anche come un'area bluastro o violacea.
2° Stadio	Parziale perdita di spessore della cute che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si presenta come un'abrasione, una vescica o un'ulcera di scarsa profondità.
3° Stadio	Lesione cutanea a tutto spessore con implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla sottostante fascia, ma senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può anche essere sottominata.
4° Stadio	Lesione a tutto spessore della cute con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es: tendini, capsula articolare, ecc). Anche la presenza di tessuto sottominato e tratti cavi può essere associata ad una lesione di stadio IV.



- Sulla sede ove è presente la lesione indicare, all'interno di un piccolo cerchio, lo stadio secondo la classificazione sopra descritta.

- Riportare di fianco al cerchio anche il diametro massimo *(per tutti gli stadi)* e la profondità *(solo 3° e 4° stadio)* della lesione.

Scheda conclusiva e Progetto di cure

*

Cognome e Nome _____ nato/a il ____/____/____					
Valutazione UVG effettuata il ____/____/____ Presso _____					
ADL	(funzioni perse) = ____/6	Punteggio per fascia	=	0 - 2 - 4 - 6	
SPMSQ	(errori) = ____/10	Punteggio per fascia	=	0 - 1 - 2	
DMI	risultato = 0 - 1 - 2	Punteggio per fascia	=	0 - 1 - 2	
DISCO	risultato = A - B - C	Punteggio per fascia	=	0 - 1 - 2	
Totale punteggio per fascia assistenziale →					_____/12

0 1 2 3 4

Bassa intensità assistenziale

5 6 7 8 9

Media intensità assistenziale

10 11 12

Alta intensità assistenziale

Note: _____

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Portatore di:

- protesi visiva
 protesi uditiva
 protesi dentaria mobile
 protesi dentaria fissa
 stomia: sede _____
 accesso venoso periferico
 accesso venoso centrale

Necessità di assistenza e/o supervisione per:

- Igiene personale
 Vestirsi
 Spostamenti a letto
 Passaggio da letto a carrozzina o poltrona
 Uso dei servizi
 Deambulazione
 Assunzione del cibo

Necessità dei seguenti presidi-ausili:

- Pannoloni (n°/die) ____
 Traverse monouso
 Catetere vescicale
 Letto articolato 1 snodo
 Letto articolato 2 snodi
 Materasso antidecubito
 Girello
 Tripode
 Carrozzina
 Cuscino antidecubito
 Altro _____

Problemi e interventi che richiedono assistenza medica: (indicare i problemi e gli interventi richiesti).

Problemi e interventi che richiedono assistenza infermieristica e/o generica: (indicare i problemi e gli interventi richiesti).



Complessità in relazione alla terapia in corso:

Obiettivi:

Note:

In allegato: sintesi anamnestica e clinica, terapia in corso, scheda decubiti (rischio e stadio).

Valutazione effettuata da:

- Geriatra U.V.G. Dr. firma
- Ass. San o I.P. Sig. firma
- Ass. Soc. Sig. firma
- Altro componente firma

Il Presidente della Commissione U.V.G.
Dr.Fabio Di Stefano

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Ente gestore/Comune _____

Nome e cognome _____

1. CONDIZIONI ABITATIVE*Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura*

1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato (Negozi, Farmacia, Posta)	0	
2) Centro abitato con anche solo due dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti	1	
3) Isolata	2	

4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo

Si*

No

*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10; passare alla valutazione delle condizioni economiche

Condizioni igieniche:

5) Buone	0	
6) Scadenti	1	
7) Pessime	2	

Servizi Igienici:

8) Adeguati	0	
9) Interni non adeguati/esterni	2	

Riscaldamento:

10) autonomo / centrale	0	
11) Stufa a gas	1	
12) Stufa cherosene / legna	2	

Presenza di barriere architettoniche:

13) No	0	
14) Sì, con possibilità di superarle con dotazione di presidi	0	
15) Sì, permanenti esterne non superabili	1	
16) Sì, permanenti interne non superabili	1	

Sub condizione abitativa

2. CONDIZIONE ECONOMICA

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della l.r. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante ai fini della erogazione e della compartecipazione ai costi dei servizi socio-assistenziali, per graduare l'entità della contribuzione prevista dalla presente deliberazione (o per disporre l'esclusione da tali contribuzioni), si applicano le disposizioni vigenti in materia nei regolamenti degli enti gestori.

3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione
Esistono parenti o persone di riferimento:

SI NO

Descrizione dei conviventi:

Cognome e nome	età	grado di parentela/ altro

Descrizione dei non conviventi

Cognome nome	Grado di parentela/altro	età	residenza	telefono	vivono
					<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stesso comune <input type="checkbox"/> Altrove
					<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stesso comune <input type="checkbox"/> Altrove
					<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stesso comune <input type="checkbox"/> Altrove
					<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stesso comune <input type="checkbox"/> Altrove
					<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stesso comune <input type="checkbox"/> Altrove

A) Persona sola *

SI	
-----------	--

priva di parenti, conviventi, non conviventi: il punteggio della condizione familiare è 20.

Se persona sola non si compilano le domande da B1 a B13 e si passa alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (punto 4)

B) Persona non sola

--

Persone conviventi (compilare max 3 voci)

B1) Presenza del coniuge / altra persona convivente valutato UVG/UVH non autosufficiente o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici	4
B2) Problemi del coniuge/persona convivente, non valutato/a UVG/U.V.H (elevata età,,problemi sanitari,episodi acuti, ecc.)	3
B3) Grave affaticamento del convivente(care-giver) derivante dal lavoro di cura	3
B4) Problemi del convivente/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi	2
B5) Avvenimenti particolari che modificano radicalmente la situazione familiare del valutato (lutto, malattia, imprevisti nell'ambito lavorativo.....)	4
B6) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo	2

--

Familiari/parenti non conviventi

B7) Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti	9
---	----------

--

La rete familiare/parentale **NON convivente** presenta i seguenti problemi: (è possibile compilare max 3 voci)

B8) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosuff., disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	4
B9) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento...)	1
B10) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	1
B11) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	2
B12) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	2
B13) Avvenimenti particolari che modificano radicalmente la situazione familiare della rete (lutto, malattia,ecc.)	3

--

Sub totale condizione familiare

--

Note

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI*

(*La compilazione della scheda 4.A esclude la compilazione della scheda 4.B e viceversa)

4 A. Persona valutata a domicilio

I bisogni di assistenza sono soddisfatti dall' interessato e/o dalla rete (parente, amico, volontario, persona a pagamento)

Legenda: 0 = soddisfatto 1 = in parte 2 = non soddisfatto

	GIORNO			NOTTE			FESTIVI			Totale
	0	1	2	0	0	2	0	1	2	
1) Igiene personale compreso cambio pannolone	0	1	2	0	0	2	0	1	2	
2) Vestirsi	0	1	2	/	/	/	0	1	2	
3) Igiene ambientale	0	1	2	/	/	/	0	1	2	
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	0	1	2	/	/	/	0	1	2	
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	0	1	2	/	/	/	/	/	/	

6) Assenza di spazio adeguato per personale di assistenza	3
7) Assenza del care-giver	5
8) Espressa volontà di ricovero dell'interessato	3

Nel caso in cui siano barrate una o più domande (6,7,8) e con un punteggio totale oltre 18 (alle domande dalla 1 alla 5), verificare la reale possibilità di un progetto a domicilio.

Note:

4 B. Persona valutata in struttura residenziale

B9) Struttura non idonea al soddisfacimento degli attuali bisogni della persona	4	
B10) Difficoltà di pagamento della retta: ricoverato da meno di 6 mesi 0 da 6 mesi a 12 1 da 12 mesi a 24 2 oltre 24 mesi 3		
B11) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato	3	
B12) Ricovero concordato dal valutato e/o dai parenti con i servizi sociali per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio che permane al momento della valutazione	15	
B13) Non disponibilità di uno spazio abitativo	5	
B14) Assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarità	5	
B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	3	

Note

Sub totale condizione assistenziale

SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

1) Valutazione condizione abitativa:

0	Da 1 a 5	Da 6 a 10
0	1	2

2) Valutazione condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore)

0				
0	1	2	3	4

3) Valutazione condizione familiare:

0	1 - 6	7 - 12	13 - 16	17 - 20
0	1	2	3	4

4) Valutazione condizione assistenziale:

0 - 2	3 - 7	8 - 12	13 - 17	Oltre 17
0	1	2	3	4

Totale punteggio sociale	
--------------------------	--

Luogo e data _____

L'assistente Sociale referente del caso

firma

OGGETTO:utilizzo della scheda di Valutazione Sociale contenuta nella Cartella Geriatrica per la valutazione UVG.

Al termine del lavoro congiunto, effettuato dai Servizi Sociali dei tre CISS, che ha consentito la definizione di linee guida omogenee per la compilazione della scheda sociale contenuta nella Cartella Geriatrica per la valutazione UVG, si ritiene di poterne proporre l'adozione dal prossimo 1° dicembre 2007.

Al fine di adeguare, nel frattempo, il punteggio sociale delle cartelle, riferite alle persone già valutate ed attualmente in lista d'attesa, si è ritenuto di effettuare la rivalutazione procedendo come di seguito:

- considerare 10 come punteggio massimo, visto che la sperimentazione della scheda ha fatto rilevare un range tra i 5 e i 10 punti totalizzabili;
- procedere con la comparazione:

valutazione precedente punteggio attribuito	valutazione attuale punteggio attribuito
7	10
6	8
5	7
4	6
3	5
2	4
1	2

Questa operazione consentirà di avere al 30.11.07 tutte le cartelle con il punteggio aggiornato (operazione già avviata per le domande sino al 31.05.07).

Dal 1° dicembre verrà utilizzata la scheda sociale attivando l'istruttoria UVG, su tutto il territorio dell'ASL, come dettagliato nelle linee guida che si allegano per memoria.

OGGETTO:Linee guida per la compilazione della Scheda di Valutazione Sociale contenuta nella Cartella Geriatrica per la valutazione UVG

La compilazione della richiesta di valutazione UVG, effettuata presso le sedi territoriali del Servizio Sociale CISS compilando l'apposita modulistica, dovrà essere integrata dalla seguente documentazione:

- a. Impegnativa del medico curante che richiede la valutazione dell'Unità Valutativa Geriatrica;
- b. Relazione del medico curante o documentazione sanitaria recente (eventuale verbale della visita collegiale per invalidità civile);
- c. ISEE, rilasciato da un CAAF, relativo alla reddito personale dell'anziano.

Per la raccolta di informazioni sulla situazione sociale si chiede, alle Assistenti Sociali territoriali, di compilare, oltre all'attuale modulistica, la scheda regionale UVG, sulla quale potrà essere indicato il punteggio relativo alla condizione abitativa, familiare, economica ed assistenziale.

Questo permetterà all'Assistente Sociale, presente nell'UVG, di avere un quadro più completo.

Al momento della valutazione si verificheranno le condizioni descritte nella richiesta ed in caso di variazioni i punteggi attribuiti saranno modificati.

La scheda regionale andrà consegnata separatamente all'Assistente Sociale dell'UVG.

Si ricorda:

- l'importanza della data e della firma sulla pratica UVG;
- la consegna agli utenti dell'elenco delle strutture a valenza sanitaria e sociale con i recapiti telefonici;
- l'informazione agli utenti di comunicare, nel più breve tempo possibile, alla segreteria dell'UVG, l'accettazione o la rinuncia alle proposte individuate dall'unità valutativa, sia relativamente al ricovero in struttura che a sostegno della permanenza al domicilio;
- protocollare la domanda.

Si riportano di seguito alcune indicazioni al fine di pervenire ad una valutazione il più possibile omogenea:

1. In caso di anziano convivente di familiari, anche a periodi alterni, si applicherà il punteggio previsto al punto 4 della scheda B1 (***scheda di valutazione sociale —condizioni abitative***), pari a 10 punti (lo si considera, di fatto, come se non avesse più un'abitazione propria).
2. L'assistente familiare (badante), che si occupa da sola dell'anziano, va considerata come "un familiare convivente" e valutata, in caso di stress assistenziale, come previsto al punto B3 (***condizioni familiari — persona non sola***). Ovviamente potrà essere assegnato contestualmente il punteggio previsto al punto B4 qualora i parenti siano nella situazione lì descritta.
3. Nel caso in cui l'anziano valutato si trovi in struttura per un ricovero di sollievo, in assenza di un progetto assistenziale (chi si occuperà di lui, per quanto tempo, come, dove), si ritiene opportuno sospendere il giudizio sulla situazione sociale, rivedendo le condizioni al momento del rientro al domicilio o delle dimissioni. Sarà ovviamente garantito, se necessario, l'affiancamento ai familiari per reperire le risorse utili a costruire l'intervento più adeguato (SAD, assistenza privata, richiesta integrazione retta, volontariato, ecc.).

Qualora, sempre nella situazione di ricovero di sollievo, i familiari non sembrassero motivati o in grado di gestire il rientro, fatto salvo, quando possibile, il consenso dell'interessato al ricovero in struttura, si applica la valutazione prevista al punto B12 del quadro 4B (***condizioni assistenziali - persona valutata in struttura residenziale***).

4. Condizioni economiche (*scheda di valutazione sociale*):

si sono definite le seguenti fasce ISEE, ed il conseguente punteggio a cui daranno diritto:

4 punti	fascia ISEE	€ 0,00	a	€ 7.241,00
3 punti	fascia ISEE	€ 7.242,00	a	€ 9.632,00
2 punti	fascia ISEE	€ 9.633,00	a	€ 2.810,00
1 punto	fascia ISEE	€ 12.811,00	a	€ 17.037,00
0 punti	fascia ISEE	€ 17.038,00		



PIANO DI ZONA DEL VERBANO CUSIO OSSOLA

**SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE
DELLA DISABILITA'**

Redatto da
Ufficio di Piano





CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI DEL VERBANO

Consorzio Intercomunale dei
Servizi Socio-Assistenziali Cusio



UNITA' VALUTATIVA delle DISABILITA' (U.V.D.)

DISTRETTO TERRITORIALE _____

Cartella UVH n° _____

Data valutazione _____ Luogo valutazione _____

COGNOME E NOME _____

A - Dati ANAGRAFICI E PERSONALI

- Sesso: M _____ F _____
- Data di nascita _____ Età (anni) _____
- Luogo di nascita _____
- Cittadinanza _____
- Residenza _____
- Domicilio _____ Via _____ n° _____
- Recapito telefonico _____
- Codice fiscale _____ Stato civile _____
- Titolo di studio _____
- Medico curante: dott. _____
- Interdizione/inabilitazione (tutore/curatore sig. _____)
- Riconoscimento di Invalidità Civile 100% vero % del _____
- Tipologia domicilio:
 - nucleo autonomo
 - famiglia origine
 - comunità / struttura
 - altro _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

B - Informazioni su RICHIEDENTE INTERVENTO UVH

	COGNOME E NOME	RECAPITO
VALUTANDO		
MEDICO di famiglia		
SERVIZI SOCIALI		
MEDICO OSPEDALIERO		
SCUOLA		
ALTRO		

C - INFORMAZIONI GENERALI

Occupazione

- a : nessuna
 b : studente (dal nido in avanti)
 c : lavoratore
 d : frequentante servizi sanitari
 e : frequentante servizi socio assistenziali

SCOLARITA'

Scuola frequentata _____ di _____

Classe _____ Ins. sostegno SI/NO _____ Serv. Aiuto personale _____

Note _____

LAVORO

PERIODO	AZIENDA	TIPO RAPPORTO

Note _____

SERVIZI / INTERVENTI / ATTIVITA'

Servizio di riabilitazione ASL n° _____ spec. _____

medico dott. _____

Altri servizi sanitari (NPI, DSM)ASL n° _____ spec. _____

medico dott. _____

Centro di riabilitazione convenzionato / privati
(spec.) _____

medico dott. _____

Centro Diurno Socio Terapeutico Educativo (spec.) _____

Attività ludico – ricreative (spec.) _____

ALTRO
(spec.) _____

Impegni settimanali (indicare luoghi e ore impegnate):

	<u>mattino</u>	<u>pomeriggio</u>	<u>sera</u>
<u>L</u>			
<u>Ma</u>			
<u>Me</u>			
<u>G</u>			
<u>V</u>			
<u>S</u>			
<u>D</u>			

E' in atto un progetto integrato tra i Servizi? SI ____ NO ____

Servizi e Figure coinvolte: _____

D - VITA DI RELAZIONE / TEMPO LIBERO

	regolarmente	saltuariamente	mai	da solo	con supporto di altri
Frequenta amici					
Frequenta luoghi di ritrovo					
Legge					
Ascolta radio e guarda TV					
Coltiva hobby e interessi					
Fa passeggiate					
Altro					

Figure di riferimento

Nome e cognome	età	recapito	professione	Note

E - SITUAZIONE FAMILIARE

Composizione della famiglia d'origine:

n°	Nome	età	Grado di parentela	Professione	Convivente Si/No

E1) Persona sola ***SI**

priva di parenti, conviventi, non conviventi: il punteggio della condizione familiare è 20.

Se persona sola non si compilano le domande da E21 a E33 e si passa alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (punto F)**E2) Persona non sola****Persone conviventi** (compilare max 3 voci)

E21) Presenza del coniuge / altra persona convivente valutato UVG/UVH non autosufficiente o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici	4
E22) Problemi del coniuge/persona convivente, non valutato/a UVG/U.V.H (elevata età,,problemi sanitari,episodi acuti, ecc.)	3
E23) Grave affaticamento del convivente(care-giver) derivante dal lavoro di cura	3
E24) Problemi del convivente/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi	2
E25) Avvenimenti particolari che modificano radicalmente la situazione familiare del valutato (lutto, malattia, imprevisti nell'ambito lavorativo.....)	4
E26) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo	2

Familiari/parenti non conviventi

E27) Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti

9La rete familiare/parentale **NON convivente** presenta i seguenti problemi: (è possibile compilare max 3 voci)

E28) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosuff., disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	4
E29) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento...)	1
E30) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	1
E31) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	2
E32) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	2

E33) Avvenimenti particolari che modificano radicalmente la situazione familiare della rete (lutto, malattia, ecc.)	3	
---	---	--

Sub totale condizione familiare

Note e osservazioni _____

F – SITUAZIONE ABITATIVA

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura

1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato (Negozi, Farmacia, Posta)	0	
2) Centro abitato con anche solo due dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti	1	
3) Isolata	2	

4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo	Si*	No
---	-----	----

*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10; passare alla valutazione della situazione assistenziale (punto G)

Condizioni igieniche:

5) Buone	0	
6) Scadenti	1	
7) Pessime	2	

Servizi Igienici:

8) Adeguate	0	
9) Interni non adeguate/esterni	2	

Riscaldamento:

10) autonomo / centrale	0	
11) Stufa a gas	1	
12) Stufa cherosene / legna	2	

Presenza di barriere architettoniche:

13) No	0	
14) Sì, con possibilità di superarle con dotazione di presidi	0	
15) Sì, permanenti esterne non superabili	1	
16) Sì, permanenti interne non superabili	1	

Sub condizione abitativa

G – SITUAZIONE ASSISTENZIALE *

(*La compilazione della scheda G.1 esclude la compilazione della scheda G.2 e viceversa)

G.1 Persona valutata a domicilio

I bisogni di assistenza sono soddisfatti dall'interessato e/o dalla rete (parente, operatore servizio pubblico, persona a pagamento, amico, volontario)

Legenda: 0 = soddisfatto 1 = in parte 2 = non soddisfatto

	GIORNO			NOTTE			FESTIVI			Totale
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	
1) Igiene personale compreso cambio pannolone	0	1	2	0	1	2	0	1	2	
2) Vestirsi	0	1	2	/	/	/	0	1	2	
3) Igiene ambientale	0	1	2	/	/	/	0	1	2	
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	0	1	2	/	/	/	0	1	2	
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	0	1	2	/	/	/	/	/	/	

6) Assenza di spazio adeguato per personale di assistenza**3****7) Assenza del care-giver****5****8) Espressa volontà di ricovero dell'interessato****3**

Nel caso in cui siano barrate una o più domande (6,7,8) e con un punteggio totale oltre 18 (alle domande dalla 1 alla 5), verificare la reale possibilità di un progetto a domicilio.

Note:

G.2 Persona valutata in struttura residenziale

(il punto G12 è alternativo al punto G13)

G9) Struttura non idonea al soddisfacimento degli attuali bisogni della persona	4
G10) Difficoltà di pagamento della retta: ricoverato da meno di 6 mesi 0 da 6 mesi a 12 1 da 12 mesi a 24 2 oltre 24 mesi 3	
G11) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato	3
G12) Ricovero concordato dal valutato e/o dai parenti con i servizi sociali per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio che permane al momento della valutazione	15
G13) Ricovero di sollievo per rispondere a un'urgenza socio-sanitaria per impossibilità di rimanere a domicilio, che permane al momento della valutazione	15

G14) Non disponibilità di uno spazio abitativo	5
G15) Assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarità	5
G16) Espresa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	3

Note

Sub totale condizione assistenziale

H - SITUAZIONE ECONOMICA

TIPOLOGIA REDDITO PERSONALE	AMMONTARE MENSILE
Reddito da lavoro	
Pensione da lavoro	
Reddito da immobili	
Rendite finanziarie	
Assegno I.C./Ciechi/sordomuti	
Indennità di accompagnamento	
Assegno sociale	
Altro (es. rendite INAIL)	

H - FASCIA ISEE DEL NUCLEO ANAGRAFICO	PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
A - 0/5.000 €	4	
B - 5.001/7.000 €	3	
C - 7.001/9.000 €	2	
D - 9.001/15.000 €	1	
E - > 15.001 €	0	

La valutazione del punto H riferita al nucleo anagraficamente convivente viene considerata solo ai fini dell'assegnazione del punteggio relativo alla condizione economica dell'intero nucleo convivente.

A tale valutazione non corrisponde la definizione dell'eventuale compartecipazione dell'utente alla spesa dei servizi socio- assistenziali, per la quale si deve considerare invece la situazione economica-patrimoniale del diretto interessato.

SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

1) lett. E Valutazione situazione familiare:

0	1 - 6	7 - 12	13 - 16	17 - 20
0	1	2	3	4

2) lett. F Valutazione situazione abitativa:

0	Da 1 a 5	Da 6 a 10
0	1	2

3) lett. G Valutazione situazione assistenziale:

0 - 2	3 - 7	8 - 12	13 - 17	Oltre 17
0	1	2	3	4

4) lett. H Valutazione situazione economica

0				
0	1	2	3	4

Totale punteggio sociale	
---------------------------------	--

Luogo e data _____

L'assistente Sociale referente del caso

firma

SITUAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

(Tratto da: D.Ianes, "La valutazione iniziale delle abilità nell'handicappato" – Ed.Centro Studi Erickson, Trento 1984, 1999)

1) Controllo Motorio:

- **Deambulazione:** Punteggio
- Del tutto incapace di camminare p. 4
 - Cammina con il supporto di due persone p. 3
 - Cammina con il supporto di una persona p. 2
 - Cammina da solo, ma ha bisogno del supporto di sedie, mobili o altro p. 1
 - Cammina da solo, senza bisogno di aiuto p. 0
- **Uso Arti Superiori:** Punteggio
- Incapace di usare le braccia p. 4
 - Usa parzialmente solo un braccio/mano p. 3
 - Usa parzialmente entrambe le mani p. 2
 - Usa pienamente una mano ed in modo limitato l'altra p. 1
 - Usa perfettamente entrambe le mani p. 0

2) Epilessia – Grande Male:

- **Frequenza delle crisi:** Punteggio
- Più di 1 al giorno p. 4
 - 1 crisi al giorno p. 3
 - 1 crisi alla settimana p. 2
 - 1 crisi al mese p. 1
 - Meno di 1 crisi al mese p. 0
- **Uscita dalla crisi:** Punteggio
- Ha bisogno di un medico o di cure particolari p. 3
 - Ha bisogno di essere messo a letto e di osservazioni p. 2
 - Esce normalmente dalla crisi, solo bisogno di osservazione p. 1

3) Vista:

- Punteggio
- Deficit totale: ha bisogno di completa assistenza p. 3
 - Deficit forte: ha spesso bisogno di aiuto p. 2
 - Deficit medio: ha talvolta bisogno di aiuto p. 1
 - Le sue condizioni di vista non richiedono aiuto nelle normali attività p. 0

4) Udito:

- Punteggio
- Deficit totale: ha bisogno di completa sostituzione del messaggio verbale con altre forme di comunicazione p. 2
 - Deficit medio: talvolta necessita di aiuto p. 1
 - Le sue condizioni di vista non richiedono aiuto nelle normali attività p. 0

5) Uso di Protesi, Ausili ed Apparecchi Speciali:

- Punteggio
- Necessita di protesi (acustiche, occhiali, ecc.), ausili (carrozzella, ecc.) o apparecchiature speciali (seggiola, ecc.)? Dare il punteggio in funzione dell'impegno richiesto all'operatore utilizzando le rating scale 0-1-2-3- dove:
 - Molto impegno particolare richiesto, molta cura p. 3
 - Nessun impegno particolare, come se non la avesse p. 0

6) Uso di Farmaci:

- Punteggio
- Il soggetto ha necessità di assumere farmaci o simili ? Dare il punteggio in funzione dell'impegno richiesto utilizzando le rating scale 0-1-2-3- come nell'item precedente
 - Tipo somministrazione e frequenza dei farmaci.....
 -

7) **Aggiuntivo:**

Punteggio

Eventualmente: segnare qualche punto aggiuntivo se, per motivi legati alla sua salute o stato fisico, l'operatore deve adattare attività o prendere precauzioni particolari che lo impegnano in modo costante (rating scale 1-2-3), specificando le motivazioni:

PUNTEGGIO Clinico-Funzionale : _____
(Punteggio max totalizzabile = 29)

SITUAZIONE COMPORMENTALE

(Tratto da: D.Ianes, "La valutazione iniziale delle abilità nell'handicappato" – Ed.Centro Studi Erickson, Trento 1984, 1999)

1) Comportamenti Etero-aggressivi:

- **Frequenza:** Punteggio 6 mesi fa
○ mai p. 0
○ qualche volta p. 1
○ abbastanza spesso p. 2
○ molto spesso p. 3

- **Prevedibilità:** Punteggio 6 mesi fa
○ si possono in generale prevedere p. 1
○ qualche volta si prevede p. 2
○ imprevedibile p. 3

- **Provvedimenti che è necessario prendere:** Punteggio 6 mesi fa
○ blando controllo, intervento solo verbale p. 1
○ blocco fisico di 1 operatore p. 2
○ blocco fisico di 2 operatori p. 3
○ interventi più impegnativi (specificare): p. 4

2) Comportamenti Auto-aggressivi:

- **Frequenza:** Punteggio 6 mesi fa
○ mai p. 0
○ qualche volta p. 1
○ abbastanza spesso p. 2
○ molto spesso p. 3

- **Prevedibilità:** Punteggio 6 mesi fa
○ si possono in generale prevedere p. 1
○ qualche volta si prevede p. 2
○ imprevedibile p. 3

- **Provvedimenti che è necessario prendere:** Punteggio 6 mesi fa
○ blando controllo, intervento solo verbale p. 1
○ blocco fisico di 1 operatore p. 2
○ blocco fisico di 2 operatori p. 3
○ interventi più impegnativi (specificare): p. 4

3) Distruttività di materiale:

- **Frequenza:** Punteggio 6 mesi fa
 - mai p. 0
 - qualche volta p. 1
 - abbastanza spesso p. 2
 - molto spesso p. 3
- **Prevedibilità:** Punteggio 6 mesi fa
 - si possono in generale prevedere p. 1
 - qualche volta si prevede p. 2
 - imprevedibile p. 3

4) Fuga improvvisa o altri scoppi intensi di attività non controllata:

- **Frequenza:** Punteggio 6 mesi fa
 - mai p. 0
 - qualche volta p. 1
 - abbastanza spesso p. 2
 - molto spesso p. 3
- **Prevedibilità:** Punteggio 6 mesi fa
 - si possono in generale prevedere p. 1
 - qualche volta si prevede p. 2
 - imprevedibile p. 3

5) Blocco, Opposizione, Rifiuto:

- **Frequenza:** Punteggio 6 mesi fa
 - mai p. 0
 - qualche volta p. 1
 - abbastanza spesso p. 2
 - molto spesso p. 3
- **Prevedibilità:** Punteggio 6 mesi fa
 - si possono in generale prevedere p. 1
 - qualche volta si prevede p. 2
 - imprevedibile p. 3

6) Forti Paure, Ansia intensa per qualche situazione:

- **Interventi:** Punteggio 6 mesi fa

Queste reazioni richiedono uno specifico intervento secondo la seguente rating scale?

 - nessun intervento p. 0
 - intervento blando p. 1
 - intervento abbastanza cospicuo p. 2
 - intervento molto impegnativo (specificare): p. 3

.....

7) Richieste problematiche di attenzione (urla o altro):

- **Frequenza:** Punteggio 6 mesi fa
 - mai p. 0
 - qualche volta p. 1
 - abbastanza spesso p. 2
 - molto spesso p. 3
- **Interventi:** Punteggio 6 mesi fa
 - nessun intervento p. 0
 - intervento blando p. 1
 - intervento abbastanza cospicuo p. 2
 - intervento molto impegnativo (specificare): p. 3

.....

.....

8) Comportamenti stereotipati-autostimolatori:

➤ **Frequenza:**

- mai
- qualche volta
- abbastanza spesso
- molto spesso

Punteggio 6 mesi fa
 p. 0
 p. 1
 p. 2
 p. 3

➤ **Interventi:**

- nessun intervento
- intervento blando
- intervento abbastanza cospicuo
- intervento molto impegnativo (specificare):

Punteggio 6 mesi fa
 p. 0
 p. 1
 p. 2
 p. 3

9) Comportamenti sessuali inappropriati:

➤ **Frequenza:**

- mai
- qualche volta
- abbastanza spesso
- molto spesso

Punteggio 6 mesi fa
 p. 0
 p. 1
 p. 2
 p. 3

➤ **Interventi:**

- nessun intervento
- intervento blando
- intervento abbastanza cospicuo
- intervento molto impegnativo (specificare):

Punteggio 6 mesi fa
 p. 0
 p. 1
 p. 2
 p. 3

10) Aggiuntivo: _____

Punteggio 6 mesi fa

Eventualmente: segnare qualche punto aggiuntivo se, per motivi legati a comportamenti particolarmente problematici, l'operatore deve intervenire in modo specifico o prendere particolari precauzioni che lo impegnano in qualche modo (rating scale 1-2-3), specificando le motivazioni:

.....

PUNTEGGIO Comportamentale:
(Punteggio max totalizzabile = 61)

6 mesi fa

SITUAZIONE EDUCATIVA

(Tratto da: D.Ianes, "La valutazione iniziale delle abilità nell'handicappato" – Ed.Centro Studi Erickson, Trento 1984, 1999)

- Per ogni item si darà un punteggio secondo la seguente rating scale:

- del tutto capace di farlo da solo ed in modo accettabile p. 0
- quasi del tutto capace, ha però bisogno di un po'di aiuto p. 1
- metà capace e metà dipendente p. 2
- quasi del tutto dipendente, capace da solo per un quarto p. 3
- dipendente al 100 % p. 4

1. usa in modo sicuro e non pericoloso oggetti ed attrezzature nelle attività (matite, ecc.):

Punteggio _____ 6 mesi fa _____

2. si comporta sicuramente, se lasciato solo, in diversi ambienti (aula, gabinetto, cortile, ecc.)
Punteggio ____ 6 mesi fa ____
3. è sicuro negli spostamenti nella sua città:
Punteggio ____ 6 mesi fa ____
4. inizia velocemente a fare una qualsiasi attività, senza apatia o necessità di essere sempre sollecitato:
Punteggio ____ 6 mesi fa ____
5. è attivo in modo costruttivo, per periodi sufficienti senza bisogno di aiuti ed incoraggiamenti continui:
Punteggio ____ 6 mesi fa ____
6. comprende e segue istruzioni verbali e/o gestuali, almeno per quanto riguarda le esigenze di routine:
Punteggio ____ 6 mesi fa ____
7. esprime i suoi bisogni fondamentali con qualche tipo di comunicazione:
Punteggio ____ 6 mesi fa ____
8. usa autonomamente il cucchiaino: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
9. beve da solo : Punteggio ____ 6 mesi fa ____
10. usa sufficientemente il tovagliolo: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
11. mangia ordinatamente senza sporcare o disturbare Punteggio ____ 6 mesi fa ____
12. si lava ed asciuga le mani/faccia: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
13. si lava i denti: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
14. si pettina: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
15. riconosce quando deve lavarsi: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
16. è autonoma durante le mestruazioni: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
17. va da solo al gabinetto, senza bagnarsi o sporcarsi (dare il punteggio senza considerare il pulirsi – item 19)
Punteggio ____ 6 mesi fa ____
18. ha episodi enuretici o encopretici : Punteggio ____ 6 mesi fa ____
- o mai p. 0
 - o raramente p. 1
 - o ogni settimana, minimo 1 volta p. 2
 - o ogni giorno, minimo 1 volta p. 3
 - o più volte al giorno p. 4
19. si pulisce da solo: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
20. è autonomo con il vestiario prima e dopo l'uso del gabinetto: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
21. indossa da solo gli indumenti normalmente necessari: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
22. si sveste degli indumenti normalmente necessari: Punteggio ____ 6 mesi fa ____
23. Eventualmente segnare qualche punto aggiuntivo se l'operatore deve intervenire a supplire qualche altra mancanza di autonomia non specificata sopra; utilizzare la rating scale come sopra e specificare:.....
.....
.....
Punteggio ____ 6 mesi fa ____

PUNTEGGIO Educativo: **6 mesi fa**
(Punteggio max totalizzabile = 88)

SINTESI VALUTAZIONE SANITARIA

Aspetti Sanitari

- PUNTEGGIO CLINICO-FUNZIONALE
 - PUNTEGGIO COMPORTAMENTALE
 - PUNTEGGIO EDUCATIVO
-

PUNTEGGIO SANITARIO:
(Punteggio max totalizzabile = 178)

➤	0 - 11	=	1
➤	12 - 23	=	2
➤	24 - 35	=	3
➤	36 - 48	=	4
➤	49 - 61	=	5
➤	62 - 74	=	6
➤	75 - 87	=	7
➤	88 - 100	=	8
➤	101 - 113	=	9
➤	114 - 126	=	10
➤	127 - 139	=	11
➤	140 - 152	=	12
➤	153 - 165	=	13
➤	166 - 178	=	14

PUNTEGGIO SANITARIO Totale:
(Range = 0 - 14)

Luogo e data _____

Il medico

firma

UNITA' VALUTATIVA delle DISABILITA' (U.V.D.)

DISTRETTO TERRITORIALE _____

Cartella UVD n° _____		
Data valutazione	_____	Luogo
_____	_____	_____

COGNOME E NOME _____	Età _____
-----------------------------	------------------

• **VALUTAZIONE SOCIALE:** **Punteggio:** _____ / 14

• **VALUTAZIONE SANITARIA:** **Punteggio:** _____ / 14

 ↑ **Disabilità a preval. Psico-Comportamentale**

 ↑ **Disabilità a preval. Clinico-Funzionale**

PUNTEGGIO Totale: (RANGE 0-28)/28

DATA PRESENTAZIONE RICHIESTA VALUTAZIONE U.V.D.

CONCLUSIONI

- Soggetto disabile adulto che mantiene potenzialità di recupero (RAF tipo A)
- Soggetto disabile adulto che necessita di elevato grado di assistenza per mantenere le abilità residue (RAF tipo B)
- Soggetto disabile adulto con elevato grado di disabilità (Ncl Disabili Motori)
-

I Componenti della Commissione UVD del _____ **:**

Dr. _____ - Medico di Distretto _____

A.S. _____ - C.I.S.S. zona Ossola _____

Educ. Prof. _____

Dr. _____ - Spec. _____

BISOGNI CLINICO ASSISTENZIALI

PRESENZA DI:

CATETERE VESCICALE :

LESIONI CUTANEE :

STOMIE : tipo _____

DRENAGGI : tipo _____

ACCESSO VENOSO: Periferico Centrale

Se centrale: tipo _____

TERAPIA ANTALGICA: Pompa Elastomero Altro _____

NUTRIZIONE ENTERALE: SNG PEG

NUTRIZIONE PARENTERALE:

PREVISIONE INTERVENTI

Visite periodiche del medico di medicina generale:

settimanale quindicinale mensile altro

Motivazioni e Note:

Prestazioni infermieristiche	Frequenza della prestazione (giornaliera, settimanale, ecc.)
Counseling ed interventi di educazione sanitaria	
Prelievi	
Sostituzione catetere vescicale	
Medicazioni	
Altro	
Altro	
Altro	

Intervento riabilitativo:

Allegare il progetto riabilitativo fisiatrico contenente:

- prestazioni del terapista della riabilitazione
- frequenza
- durata
- tempo medio mensile stimato

NECESSITÀ DI PRESIDI

TIPO DI PRESIDI	PRESENTI AL DOMICILIO	DA PRESCRIVERE
Letto articolato		
sponde		
trapezio		
materasso antidecubito		
cuscino antidecubito		
carrozzina		
deambulatore		
<u>Altro</u>		

NECESSITA DI OSSIGENOTERAPIA GIÀ IN USO A DOMICILIO DA PRESCRIVERE

NOTE:

A.D.L (Index of Independence in Activities of Daily Living)*

Fare il Bagno		
(1) Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno).	(2) Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena o una gamba).	(3) Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato).
Vestirsi		
(1) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza.	(2) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza tranne che per allacciare le scarpe.	(3) Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.
Uso dei servizi		
(1) Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda vuotandola al mattino).	(2) Riceve assistenza nell'andare ai servizi o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'usare la padella o la comoda.	(3) Non va ai servizi per i bisogni corporali.
Spostarsi		
(1) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore).	(2) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza.	(3) Non si alza dal letto.
Continenza		
(1) Controlla completamente da solo minzione e defecazione.	(2) Ha occasionali incidenti.	(3) Il controllo della minzione o della defecazione è condizionato dalla sorveglianza; se usa il catetere o è incontinente.
Alimentarsi		
(1) Si alimenta da solo senza assistenza.	(2) Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza nel tagliare la carne o nello spalmare il burro sul pane.	(3) Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa.
Valutazione		
<p>(A) Indipendente nell'alimentarsi, nella continenza, nello spostarsi, nell'uso dei servizi, nel vestirsi e nel fare il bagno.</p> <p>(B) Indipendente in tutte le suddette funzioni eccetto una</p> <p>(C) Iindipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno ed in un'altra funzione.</p> <p>(D) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi ed in un'altra funzione.</p>		<p>(E) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi, nell'uso dei servizi ed in un'altra funzione.</p> <p>(F) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi, nell'uso dei servizi, nello spostarsi ed in un'altra funzione.</p> <p>(G) Dipendente in tutte le sei funzioni.</p> <p>(Altro) Dipendente in almeno due funzioni ma non classificabile come C, D, E o F .</p>

*) Karz S., Downs T.D., Cash H.R., Grotz R.C., Gerontologist, part. I, 20-30 Spring 1970

Numero di funzioni nelle quali il soggetto è dipendente:
PUNTEGGIO: 0 1 2 3 4 5 6

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living scale)*

A) *Capacità di usare il telefono*

- (3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc. (2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti (1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare (0) Non è capace di usare il telefono

B) *Movimenti per acquisti nei negozi*

- (3) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi (2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi (1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi (0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi

C) *Mezzi di trasporto*

- (4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto (3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici (2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno (1) Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri (0) Non si sposta per niente

D) *Responsabilità nell'uso dei medicinali*

- (2) E' in grado di assumere i medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo. (1) E' in grado di assumere i medicinali se preparati in anticipo in dosi separate. (0) Non è in grado di assumere le medicine da solo.

E) *Capacità di gestire le proprie finanze*

- Le informazioni richieste nei 5 items possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservato le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.*
- (2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca), raccoglie e tiene nota delle entrate. (1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc. (0) E' incapace di maneggiare il denaro.

*) Modificata da: Lawton M.P., Brody E.M., *Gerontologist* 9, 179 - 186, 1969

Totale PUNTI	14 - 13 -12 -11 -10	9 - 8 - 7 - 6 - 5	4 - 3 - 2 - 1 - 0
	Autonomo	Parzialmente autonomo	Non autonomo
Punteggio	0	1	2

D.M.I. (Indice Medico di Non Autosufficienza) *

CRITERI ASSOLUTI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per “ragioni sanitarie” il riscontro di almeno una delle seguenti situazioni:

- Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Doppia incontinenza
- Piaghe da decubito
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione
- Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi
- Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)
- Necessità di terapie multiple e complesse

CRITERI RELATIVI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per “ragioni sanitarie” il riscontro di tre o più delle seguenti situazioni:

- Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Incontinenza saltuaria
- Confusione temporo-spaziale episodica
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
- Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
- Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
- Patologie croniche di rilievo in compenso labile
- Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

* F. Fabris e Coll., Min. Med. 80, suppl. 1, 1989.

Non dipendente

Dipendente per motivi sanitari

PUNTEGGIO**0 2**

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)*

0-4

Apparato cardiovascolare – respiratorio

- ACIR1 () Cuore
- ACIR2 () Distretto vascolare (sangue, cellule e vasi sanguigni, midollo osseo, milza, tessuto linfatico)
- ACIR3 () Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea)
- ACIR4 () Apparato oculare/ORL (occhio, orecchio, naso, laringe)

Apparato gastrointestinale

- ACIR5 () Primo tratto intestinale (esofago, stomaco, duodeno, pancreas, vie biliari)
- ACIR6 () Secondo tratto intestinale (intestino tenue, crasso, ernie)
- ACIR7 () Fegato

Apparato genito-urinario

- ACIR8 () Rene
- ACIR9 () Altri organi dell'apparato genito-urinario

Apparato muscolo-scheletrico e tegumenti

- ACIR10 () Muscoli, ossa, cute
Sistema nervoso-psiche
- ACIR11 () Patologia neurologica (cervello, midollo spinale, nervi periferici)
- ACIR12 () Patologia psichiatrica (turbe mentali)

Malattie sistemiche

- ACIR13 () Patologia endocrino-metabolica (incluse infezioni diffuse, intossicazioni)

*(LINN B.S. et al., Cumulative Illness Rating scale, J. Am. Geriatr. Soc. 1968)

ISTRUZIONI

Indicare per ogni apparato il punteggio che meglio esprime il grado di lesione. Per malattie che producono lesioni a più di un apparato vanno segnalate tutte le lesioni presenti. Per esempio, un incidente cerebrovascolare acuto (acuto) può danneggiare contemporaneamente gli apparati neurologico, vascolare, muscolo scheletrico e cutaneo. Un tumore metastatizzato va segnalato sia in corrispondenza dell'apparato sede del tumore primitivo, sia nel sistema vascolare, indicando l'entità dell'interessamento linfonodale. Se un apparato è interessato da più patologie va indicato il danno totale dalle diverse patologie.

Per ogni apparato il punteggio è così attribuito:

- 0 = nessuna patologia:** “nessuna lesione a carico dell'organo/apparato”.
- 1 = patologia lieve:** “il danno non interferisce con lo svolgimento delle normali attività; non è necessariamente richiesta terapia; la prognosi è favorevole (es. lesioni cutanee; ernie, emorroidi)”.
- 2 = patologie di media gravità:** “la lesione interferisce con le normali attività della vita; la terapia è necessaria; la prognosi è buona (es. calcolosi, diabete, fratture)”.
- 3 = patologia grave:** la lesione è invalidante; è richiesto un trattamento urgente; la prognosi è dubbia (es carcinoma operabile,; enfisema polmonare; scompenso cardiaco)”.
- 4 = patologia molto grave:** “la lesione può essere fatale; è richiesto un trattamento di emergenza, oppure non è più indicato alcun trattamento; la prognosi è grave (es. infarto miocardio; ictus; emorragia intestinale; embolia)”.

Punteggio da inserire nella valutazione complessiva	
0	Più di un 1 o un solo 2
1	Più di un 2 o un solo 3
2	Più di un 3 o un solo 4

SINTESI VALUTAZIONE SANITARIA

Aspetti Sanitari

- **A.D.L.** **0 - 6**
 - **I.A.D.L.** **0 - 2**
 - **S.P.M.S.Q.** **0 - 2**
 - **D.M.I.** **0 - 2**
 - **C.I.R.S.** **0 - 2**
-

PUNTEGGIO SANITARIO Totale:
(Range = 0 - 14)

Luogo e data _____

Il medico

firma

UNITA' VALUTATIVA delle DISABILITA' (U.V.D.)

DISTRETTO TERRITORIALE _____

Cartella UVD n° _____

Data _____
valutazione _____

Luogo _____

COGNOME E NOME _____ Età _____

• **VALUTAZIONE SOCIALE:** Punteggio: _____ / 14

• **VALUTAZIONE SANITARIA:** Punteggio: _____ / 14

↑ **Disabilità a preval. Psico-Comportamentale**

↑ **Disabilità a preval. Clinico-Funzionale**

PUNTEGGIO Totale: (RANGE 0-28) / 28

DATA PRESENTAZIONE RICHIESTA VALUTAZIONE U.V.D.

CONCLUSIONI

- Soggetto disabile adulto che mantiene potenzialità di recupero (RAF tipo A)
- Soggetto disabile adulto che necessita di elevato grado di assistenza per mantenere le abilità residue (RAF tipo B)
- Soggetto disabile adulto con elevato grado di disabilità (Ncl Disabili Motori)
-

I Componenti della Commissione UVD del _____ :

Dr. _____ - Medico di Distretto _____

A.S. _____ - C.I.S.S. zona Ossola _____

Educ. Prof. _____

Dr. _____ - Spec. _____