

## LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO SOCIALE ... la pratica

L'A.S. del Comune riceve un fax dal distretto socio-sanitario relativo ad una convocazione di Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) la cui richiesta di attivazione sarebbe avvenuta ad opera del reparto di lungodegenza dell'ospedale in vista di una prossima dimissione di un'anziana.

**ULSS n. 34**  
 Azienda ex DD.LL. gg.ss. 502/92 e 517/93  
 Sede legale: via Martutto 74, 30035 Mirano (Ve), tel 041.5795349, fax 5795269 - CF e p. IVA 02799530270  
**Dipartimento per i Servizi Territoriali**  
 Distretto di .....

**Richiesta di valutazione dell'UOD**

minori  
 handicap  
 problemi psichiatrici  
 tossicodipendente  
**X ANZIANI**

**dati anagrafici:**

Cognome ROSSI Nome MARIA

data di nascita 1/05/1929 numero di codice sanitario ..... sesso  M  F

Indirizzo  VIA VERDI 5 Comune di PADOVA  049-...

referente BIANCHI ROSA relazione .....

del referente  del referente 049-...

**Descrizione sintetica del problema**

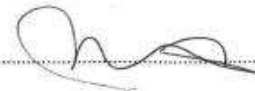
**X Casa di Riposo**

Non sussistono più i presupposti per la degenza ospedaliera  
L'anziana vive sola e non vuole tornare a casa  
Difficoltà economiche - Il Comune valuta contributo per notte

**Servizi e/o specialisti già coinvolti**

strutture residenziali     SIL     servizio di.....  
 strutture semiresidenziali     psichiatria     reparto di.....  
 CEOD     SERT     Altro.....

Data .....

FIRMA 

11010. 02799 CENTRO STANPA ULSS 3 DOLO

Mettendosi nei panni dell'A.S., il/la candidato/a illustri in quale modo procederebbe, indicando in particolare quale progetto d'aiuto, alternativo a quello indicato (casa di riposo) potrebbe essere ipotizzato in vista della dimissione dell'anziana.

Il primo contatto che l'A.S. ha relativamente alla situazione segnalata è costituito da una richiesta di prendere parte ad una valutazione multidimensionale (UVMD), la cui proposta d'intervento è già stata formulata (casa di riposo). In quanto prima proposta può anche non essere l'alternativa progettuale più adeguata.

La richiesta pervenuta all'A.S. legittima il/la professionista stesso/a a procedere negli interventi che seguiranno, in quanto la valutazione dell'A.S. rappresenta una componente necessaria nell'ambito dell'UVMD.

### **(Quali le prime valutazioni che l'A.S. elabora?)**

Una prima verifica da effettuare consiste nell'accertarsi che l'utente segnalata sia residente nel Comune di competenza dell'A.S. (competenza territoriale). Infatti la maggior parte degli interventi di Servizio Sociale sottendono al criterio di residenza dell'utente nel Comune che procederà nella realizzazione degli interventi.

Attraverso il controllo anagrafico l'A.S. potrà verificare la veridicità dei dati segnalati e raccogliere ulteriori informazioni: è coniugata? Con chi vive? Vive davvero sola?

Si possono dunque prefigurare due situazioni:

Ipotesi 1: l'anziana è conosciuta dall'Ufficio Serv. Sociali (anche se non dall'A.S. che ha ricevuto la convocazione dell'UVMD, è comunque presente una cartella sociale);

Ipotesi 2: l'anziana non è conosciuta dall'Ufficio Serv. Sociali.

Nel primo caso (ipotesi 1) l'A.S. disporrà già di alcune informazioni, mentre nel secondo caso (ipotesi 2) l'A.S. disporrà delle informazioni contenute nel fax-segnalazione e delle informazioni acquisite mediante il controllo anagrafico ... tutte queste informazioni sono da verificare, integrare e approfondire.

Percorrendo la seconda ipotesi (l'anziana non è conosciuta dall'Uff. Serv. Sociali),

### **(Quali le informazioni mancanti? A chi e come chiederle?)**

l'A.S. si attiverà per acquisire le informazioni utili al fine di conoscere nel complesso la situazione, individuando le fonti da contattare (depositari dell'informazione) e gli strumenti per raccoglierle (in quale modo l'A.S. arriva all'informazione).

Gli aspetti da chiarire sono di seguito schematicamente riportati:

<b>Informazione</b>	<b>Fonte</b>	<b>Strumento</b>
Lo stato di integrità psichica dell'anziana. E' sufficientemente lucida da esprimere la sua facoltà di autodeterminazione?	- l'anziana stessa - il medico di reparto che ha in cura l'anziana	- colloqui individuali - visite domiciliari c/o ospedale
Chi è la persona di riferimento? C'è un legame di parentela? E' da considerarsi davvero un punto di riferimento?	- l'anziana - la persona indicata come persona di riferimento - il medico di medicina generale (mmg)	- colloqui individuali - visite domiciliari c/o ospedale - contatti telefonici

<b>Informazione</b>	<b>Fonte</b>	<b>Strumento</b>
Qual è la rete familiare/parentale dell'anziana?	- l'anziana - la pers.di rif. - il mmg - l'Uff. Anagrafe del Comune	- colloqui individuali - visite domiciliari c/o ospedale - contatti telefonici - ricerca anagrafica approfondita
Quali sono le attuali condizioni di salute? Qual è il livello di autonomia nelle azioni della vita quotidiana?	- l'anziana - la pers. di rif. - Il medico di reparto - Familiari/parenti (se presenti)	- colloqui individuali - visita domiciliare c/o ospedale - contatti telefonici
L'anziana è a conoscenza della procedura messa in atto per l'accesso alla casa di riposo (CdR)? E' d'accordo (se lucida)?	- l'anziana	- colloqui individuali - visita domiciliare c/o ospedale
Se l'anziana è d'accordo sul progetto CdR, qual è la motivazione? Ha subito condizionamenti?	- l'anziana	- colloqui individuali - visita domiciliare c/o ospedale
Quali sono le disponibilità economiche dell'anziana? E dei familiari (se presenti)? Gode già dell'indennità di accompagnamento?	- l'anziana - Familiari/parenti (se presenti) - la pers. di rif. - mmg	- colloqui individuali - visita domiciliare c/o ospedale - contatti telefonici
Dispone di un'abitazione? Di proprietà, in affitto...?	- l'anziana - Familiari/parenti (se presenti) - la pers. di rif.	- colloqui individuali - colloqui individuali - visita domiciliare c/o ospedale - contatti telefonici

Per quanto possibile l'A.S. privilegerà sempre l'anziana nella raccolta delle informazioni (attraverso colloqui esplorativi), aiutandola nel contempo a rielaborare i vissuti e ad esprimere desideri e aspirazioni (attraverso colloqui di sostegno).

Le informazioni che l'A.S. raccoglierà andranno a completare la conoscenza della situazione su due ordini di contenuti:

- i BISOGNI del soggetto e/o del contesto (fam./servizi) – oggettivi e/o percepiti in quanto tali;
- le RISORSE del soggetto e/o del contesto (fam./servizi)

### **(Quali i bisogni emergenti e/o latenti non adeguatamente fronteggiati?)**

L'A.S. guiderà e parteciperà all'analisi dei bisogni indagando le principali aree di interesse di seguito raggruppate in tre livelli di bisogno:

#### **BISOGNI DI AUTOSUFFICIENZA:**

- **ALIMENTAZIONE:** è in grado di mangiare da sola? Di prepararsi i pasti? Di fare la spesa?...
- **IGIENE PERSONALE:** Riesce da sola a farsi il bagno? Ha cura della propria persona? Si veste adeguatamente? Da sola?...

- ABITAZIONE: dispone di un'abitazione? Sono presenti barriere architettoniche? Provvede l'anziana alla pulizia della casa?...
- SALUTE: necessita di assistenza sanitaria continuativa? Assume adeguatamente i farmaci? va autonomamente ad acquistarli? Rispetta i controlli periodici consigliati?...
- SICUREZZA PERSONALE: è incontinente? Raggiunge autonomamente il bagno? Si alza la notte? Sa chi contattare in caso di emergenza? Si sente sicura in casa?...

#### BISOGNI DI AUTOREALIZZAZIONE:

- STIMA DI SE': è contenta dell'attuale condizione di vita? si sente realizzata/soddisfatta?...
- RELAZIONI: intrattiene rapporti di amicizia significativi?...
- AFFETTIVITA': si sente amata? Percepisce l'affetto dei familiari/parenti? Si sente di peso agli altri?...

#### BISOGNI DI ETEROREALIZZAZIONE:

- AIUTO AGLI ALTRI: è in grado di aiutare altre persone? Si sente utile per gli altri?...
- STIMA DAGLI ALTRI: si sente socialmente considerata?...

Per ciascuno dei bisogni sopra citati l'A.S. andrà ad individuare quali sono i soggetti che sono coinvolti e collaborano nel processo di aiuto.

Essendo questi bisogni personali – ovvero che investono la sfera dei sentimenti, dei vissuti, delle percezioni, delle aspettative ma anche delle responsabilità... - tale valutazione non potrà essere elaborata "a tavolino fra operatore e carta&penna", ma dovrà necessariamente essere "partecipata", condivisa con l'anziana innanzitutto, con famiglia/parenti, servizi... Ciò vale anche per le fasi successive.

Operata la ricognizione dei bisogni soddisfatti e/o insoddisfatti,

### **(Quali obiettivi si prefiggerà l'A.S. (e non solo) per la costruzione di un progetto d'aiuto?)**

Ripercorrendo i bisogni che sono risultati completamente o parzialmente non fronteggiati, l'A.S. individuerà gli obiettivi correlati. Tali obiettivi dovranno rispondere ai criteri di pertinenza, di condivisione allargata e di fattibilità. Alcuni obiettivi generali, dai quali poi verranno articolati quelli più specifici, potrebbero essere:

- ALIMENTAZIONE: Fare in modo che mangi regolarmente e che rispetti una dieta adeguata alle sue necessità;
- IGIENE PERSONALE: Fare in modo che venga garantita una minima igiene del suo corpo;
- ABITAZIONE: Fare in modo che l'anziana abbia un'adeguata collocazione abitativa;
- SALUTE: Fare in modo che l'anziana goda di una sufficiente supervisione/assistenza socio-sanitaria;
- SICUREZZA PERSONALE: Fare in modo che l'esposizione ai rischi (di caduta, di incendio...) sia nulla (o quasi);
- STIMA DI SE': Fare in modo che l'anziana affronti con serenità la sua situazione;
- RELAZIONI: Fare in modo che l'anziana mantenga le relazioni di amicizia già in essere;
- AFFETTIVITA': Fare in modo che l'anziana si senta ben voluta da familiari/parenti;
- AIUTO ALI ALTRI: Fare in modo che l'anziana si senta di poter "dare" oltre che "ricevere";
- STIMA DAGLI ALTRI: Fare in modo che l'anziana si senta ben considerata dagli altri.

### **(Quali possibili strategie/risposte?)**

L'A.S. (e non solo) illustrerà, con la tecnica del brainstorming, tutte le possibili strategie di risposta alla situazione. Di seguito si elencano alcuni progetti di intervento ipotizzando che il Comune nel quale opera l'A.S. disponga dei servizi indicati:

- inserimento temporaneo in casa di riposo;
- inserimento definitivo in casa di riposo;
- accesso al centro diurno, attivazione del servizio di telesoccorso/telecontrollo, sensibilizzazione dei vicini di casa;
- attivazione del servizio di assistenza domiciliare, pasti a domicilio, coinvolgimento dei volontari;
- affiancamento dell'anziana con una badante/assistente familiare e supervisione con il servizio di assistenza domiciliare;
- trasferimento presso un familiare/parente;
- trasferimento presso la persona di riferimento;
- ricorso per nomina di amministratore di sostegno;
- presentazione della domanda di "assegno di cura" e/o di contributo economico comunale

ecc...

E' possibile prevedere altre strategie con la combinazione di più progetti.

### **(Quale progetto è maggiormente perseguibile?)**

L'A.S. (e non solo) dovrà valutare e individuare un progetto da realizzare, considerando alcune variabili:

- volontà, desideri, aspettative dell'anziana: dove vorrebbe andare? Come vorrebbe essere assistita? Da chi?
- Disponibilità e motivazione dei familiari/parenti (se presenti) coinvolti e coinvolgibili.
- Accessibilità/disponibilità dei servizi: il SAD è attivabile tutti i giorni? Il centro diurno è raggiungibile agevolmente?
- Tempi di realizzazione: fra quanto l'anziana potrebbe eccedere alla CdR oppure al SAD?
- Sostenibilità economica: l'anziana possiede risorse economiche sufficienti per sostenere la spesa richiesta? Chi è disposto ad intervenire?
- La realizzazione concreta del progetto è realistica? Es. se si opta per l'assunzione di una badante vi è una stanza da assegnarle?
- Valutazione tecnica: quali ipotesi di successo avrà il progetto?

### **(Quale la valutazione formale?)**

Ripartendo dal motivo per cui l'A.S. è stata coinvolta nella valutazione della situazione (ovvero convocazione all'UVMD), contemporaneamente o successivamente all'analisi del caso della sig.ra Rossi l'A.S. parteciperà all'UVMD. Ciascuno dei professionisti presenti (presumibilmente mmg, geriatra del distretto socio-sanitario, ...) fornirà la propria valutazione tecnica e contribuirà al brainstorming sulle possibili strategie percorribili. L'A.S. al momento dell'UVMD avrà acquisito tutte le informazioni necessarie per formulare la sua valutazione tecnica che prenderà corpo nella "SVAMA sociale". Nel verbale dell'UVMD verrà pertanto indicato il progetto socio-sanitario formulato a favore della sig.ra Rossi. La valutazione dei singoli professionisti coinvolti nell'UVMD si tradurrà in un punteggio

(espresso in numero), attraverso il quale – se il progetto dovesse prevedere l'accesso alle strutture residenziali o semi-residenziali – l'anziana sarà inserita in una graduatoria unica, valida per tutto il territorio dell'azienda ULSS. La posizione in graduatoria determinerà l'ordine di accesso ai servizi.

**(...infine...)**

Poiché la complessità dei problemi umani è varia e varia nel tempo è necessario effettuare delle verifiche periodiche (es. visite domiciliari programmate a cadenza mensile), che valutino l'andamento del progetto in relazione ai risultati raggiunti e all'eventuale ridefinizione di obiettivi e interventi.