

## **SISTEMA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ**

Il Sistema di Servizi a Sostegno della Domiciliarità intende garantire servizi strettamente integrati a favore delle persone anziane non autosufficienti e di coloro che sono impegnati nella rete di sostegno al domicilio. Il Sistema di Servizi a Sostegno della Domiciliarità prevede, mediante valutazione multidimensionale, l'ammissione ad un'unica linea d'intervento sulla domiciliarità che comprende diversi servizi: assistenza domiciliare e servizi connessi, in particolare servizio pasti, centro diurno e ricovero temporaneo di sollievo.

### **FINALITÀ**

L'istituzione di tale Sistema di Servizi a Sostegno della Domiciliarità è finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- SEMPLIFICAZIONE dei processi nella fase di valutazione e ammissione alle prestazioni, focalizzando l'attenzione sul bisogno e sulle conseguenti risposte possibili, piuttosto che sulla singola prestazione;
- PERSONALIZZAZIONE degli interventi sia in fase di definizione del Piano Individualizzato degli Interventi, sia, soprattutto, in fase di adeguamento dell'intervento in relazione al mutare del bisogno (aggravamento, necessità di ricovero di sollievo, ecc.);
- INTEGRAZIONE degli interventi dei servizi sociali territoriali con quelli erogati dal Servizio Infermieristico e con quelli acquistati privatamente dal cittadino.

### **ELEMENTI CARATTERIZZANTI LA STRUTTURA DEL SISTEMA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ**

- 1) Valutazione socio-sanitaria mediante Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) semplificata effettuata dall'assistente sociale responsabile del caso e dall'infermiere;
- 2) introduzione dei Profili Assistenziali come strumento di valutazione integrata in caso di ammissione ai servizi a sostegno della domiciliarità;
- 3) definizione del Piano Individualizzato degli Interventi tramite i Nuclei per la domiciliarità in capo all'ASP Città di Bologna composti da operatori (assistenti sociali e RAA) che gestiscono l'erogazione personalizzata degli interventi previsti dal Profilo Assistenziale;
- 4) integrazione degli interventi effettuati da Assistenti famigliari nel Sistema di Servizi a Sostegno della Domiciliarità attraverso funzioni di orientamento, supporto alla ricerca, monitoraggio e contributi per l'assunzione;
- 5) attribuzione al Servizio Sociale Ospedaliero di funzioni inerenti le prestazioni al domicilio per le dimissioni protette.

#### **1) L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) semplificata**

Elemento cruciale dell'integrazione socio-sanitaria è la valutazione congiunta del caso a partire dai livelli di conoscenza maturati dai diversi servizi. La valutazione, nel caso si ravvisi l'esigenza di presa in carico congiunta, conduce a una progettazione sociosanitaria condivisa ricorrendo all'utilizzo di Profili Assistenziali. Gli attori principali della valutazione congiunta e della progettazione sociosanitaria condivisa sono:

- a) l'assistente sociale responsabile del caso;
- b) l'infermiere di riferimento per il caso.

Questi professionisti costituiscono l'UVM semplificata e possono coinvolgere, o acquisire informazioni, da altri operatori che dispongano di dati e/o informazioni sul caso (Medici di Medicina Generale, Operatori Socio Sanitari). La valutazione può essere effettuata sul territorio o in ambito ospedaliero.

In sede di valutazione è attribuito il Profilo Assistenziale e viene definito il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) con la specificazione dei servizi cui il beneficiario è ammesso, degli obiettivi e delle strategie di intervento.

Quando la valutazione è effettuata a livello territoriale l'ammissione al Sistema di Servizi a Sostegno della Domiciliarità è seguita dalla stipula del "contratto assistenziale" che definisce il valore delle quote di contribuzione dell'interessato per ogni singolo servizio previsto nel PAI.

Il Servizio Sociale Territoriale mantiene la responsabilità generale sul percorso assistenziale dell'anziano grazie al ricevimento di aggiornamenti periodici da parte del Nucleo per la domiciliarità, potendo così verificare il raggiungimento degli obiettivi esplicitati nel PAI.

#### **2) Valutazione basata su Profili Assistenziali**

##### **2.1) La definizione del Profilo Assistenziale**

In sede di UVM semplificata avviene la valutazione del livello di bisogno assistenziale e della capacità della rete di prendersi cura della persona valutata, effettuata attraverso strumenti attualmente in uso ai Servizi sociali e sanitari.

Esito di tale valutazione è la definizione di un Profilo Assistenziale coerente con le caratteristiche della persona anziana e scelto tra i tre profili individuati, poi articolati in 9 sotto profili, in base ai tre livelli della scheda sociale.

PROFILO A: Anziano completamente dipendente, allettato/completamente non autosufficiente/con grave deterioramento cognitivo associato a disturbi del comportamento.

PROFILO B: Anziano non autosufficiente con rilevante e grave compromissione dell'autonomia funzionale e/o deterioramento cognitivo.

PROFILO C: Anziano lievemente non autosufficiente con necessità di supervisione e aiuto per l'espletamento delle attività della vita quotidiana.

Ogni profilo è suddiviso, al suo interno, in tre livelli rappresentativi della capacità della rete di prendersi cura della persona valutata tramite l'utilizzo della scheda sociale.

LIVELLO 1: assenza di rete familiare/sociale adeguata.

LIVELLO 2: presenza di rete familiare/sociale parzialmente adeguata (con difficoltà moderate/gravi).

LIVELLO 3: presenza di rete familiare/sociale adeguata.

## 2.2) Gli interventi rientranti nel Profilo Assistenziale

Ad ogni Profilo Assistenziale viene associato un pacchetto di interventi della rete dei servizi socio sanitari per anziani non autosufficienti:

- centro diurno;
- ricovero di sollievo per 30 giorni;
- assistenza domiciliare e servizi connessi, in particolare servizio pasti.

Il Nucleo per la domiciliarità potrà attivare anche altri interventi, quali contributi promozionali finalizzati alla regolarizzazione di assistenti familiari, servizio di telesoccorso, telecompagnia, ecc.

Il modello descritto è predisposto a favore degli anziani valutati dall'UVM non autosufficienti. In caso di persone autosufficienti (che pertanto non rientrano in alcuno dei Profili Assistenziali descritti) è il Quartiere ad ammettere agli specifici servizi destinati ad autosufficienti, con il contributo operativo del nucleo per la domiciliarità.

## 2.3) La quantificazione del Profilo Assistenziale in ore di Assistenza Domiciliare

La quantificazione del Profilo Assistenziale in ore di Assistenza Domiciliare è connessa al livello di gravità definito dall'UVM semplificata, e viene stabilita sulla base di indicazioni uniformi a livello cittadino.

La classificazione più di dettaglio in Profili e Livelli consente di dare generale indicazione al Nucleo per la domiciliarità della quantità di ore di assistenza domiciliare da erogare.

# 3) I Nuclei per la domiciliarità in capo all'ASP Città di Bologna

## 3.1) Composizione e funzione

Il nucleo per la domiciliarità è la struttura organizzativa che si occupa della gestione degli interventi al domicilio creando una relazione di prossimità con l'assistito e il caregiver, è composto da professionisti assistenti sociali e responsabili delle attività assistenziali.

È compito del referente appartenente al Nucleo per la domiciliarità, congiuntamente all'assistito e agli eventuali *care givers*, occuparsi della stesura del Piano Individualizzato degli Interventi (PII) rientranti nel Profilo Assistenziale assegnato (scelta di quali servizi, quantificandoli in dettaglio, distribuendoli nelle giornate e negli orari, tenendo conto delle liste d'attesa per l'inserimento in Centro Diurno e per i ricoveri di sollievo in Casa Residenza per Anziani) e dell'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare attivando i fornitori accreditati.

Nel caso di cambiamenti sostanziali della situazione di non autosufficienza, il referente del Nucleo per la domiciliarità rappresenta la situazione, e le evoluzioni che la caratterizzano, al Responsabile del caso del Servizio Sociale che potrà rivalutare la situazione nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale semplificata o complessa.

Il referente appartenente al Nucleo per la domiciliarità, ricorrendo ad un set di indicatori qualitativi e quantitativi, aggiorna il responsabile del caso sull'andamento della situazione e sulla pertinenza fra le condizioni e il profilo assistenziale attivato. Al momento dell'aggiornamento il Nucleo per la domiciliarità propone le prospettive assistenziali che potranno essere necessarie per l'assistito.

## 3.2) Responsabilità nella gestione e nel monitoraggio degli interventi

È onere del Nucleo per la domiciliarità in capo all'ASP Città di Bologna mantenere una modulazione dei diversi interventi affinché sia possibile coniugare al meglio la risposta assistenziale con le disponibilità risorse programmate nell'ambito della gestione del FRNA dall'Ausl e dal Comune.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, la valutazione sull'impatto quantitativo/economico degli interventi è attribuita all'ASP Città di Bologna previa una specificazione nel contratto di servizio con l'ente gestore accreditato.

#### **4) Integrazione dei Profili Assistenziali con gli interventi di Assistenti Familiari**

La sperimentazione del Punto Unico d'Accesso (PUA) per la ricerca delle assistenti familiari collocato presso l'ASP Città di Bologna e la sperimentazione del Progetto Madreperla in ambito provinciale ci offrono la possibilità di costituire un Punto d'accesso pubblico in grado di coprire tutte le necessità collegate al reperimento e all'assunzione dell'Assistente Familiare: orientamento, formazione, incrocio domanda-offerta, aiuto nella definizione e sottoscrizione del contratto di lavoro. Per giungere a questo risultato è necessario strutturare le connessioni tra il PUA e lo Sportello Lavoro e/o il Centro per l'impiego che si occupano dell'incrocio domanda offerta.

L'integrazione delle attività del PUA con quelle del Nucleo per la domiciliarità rende inoltre possibile considerare l'Assistente Familiare come parte integrante del Piano Individualizzato degli Interventi e del Piano Assistenziale Individualizzato. Attraverso il monitoraggio effettuato dal Nucleo per la domiciliarità si intende garantire, in un'ottica promozionale e preventiva, il controllo della qualità del servizio reso alla famiglia e un intervento più tempestivo in caso di insufficienza dell'intervento dell'assistenza privata per aggravamento della situazione.

#### **5) Integrazione con il Servizio Sociale Ospedaliero**

L'integrazione con il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) prevede la condivisione della piattaforma informatica dello Sportello Sociale con il SSO per registrare le richieste presentate dal cittadino e per offrirgli tutte le informazioni utili per consentire il migliore orientamento nei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. In questo modo il SSO assumerebbe anche funzioni di Sportello Sociale.

Per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti il SSO si occupa di coloro che necessitano di assistenza al domicilio nell'ambito dei percorsi di dimissioni ospedaliere protette per un massimo di 8 settimane successive alle dimissioni. Nel caso in cui permangano oltre le otto settimane post dimissioni le condizioni di bisogno che hanno condotto alla presa in carico, il SSO accompagna il caso verso la presa in carico da parte del SST, senza che il cittadino debba presentarsi fisicamente allo sportello sociale per presentare la propria situazione e per prendere appuntamento per il primo incontro con l'assistente sociale.

Queste trasformazioni organizzative intendono ridurre le criticità che si riscontrano nelle fasi di passaggio dall'ospedale al territorio, dal servizio sociale ospedaliero al servizio sociale territoriale, grazie alla non coincidenza fra il passaggio fisico del rientro al domicilio e il passaggio di responsabile del caso sociale.