

Servizi per anziani:
sperimentare per un nuovo sistema di sostegno alla domiciliarità
a cura di Margherita Giusti, Ufficio fragilità, non autosufficienza, disabilità
Comune di Bologna

I **mutamenti sociali** che caratterizzano la società complessa contemporanea da tempo stanno mettendo in discussione le modalità di organizzazione e gestione degli interventi e servizi sociali e socio-sanitari a favore di persone anziane non autosufficienti.

L'allungamento della speranza di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione hanno provocato l'**incremento della domanda di aiuto** da parte degli anziani e dei loro *care givers*.

Il Comune di Bologna vuole privilegiare interventi a sostegno della domiciliarità riconoscendone il valore aggiunto rispetto all'istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente e sta avviando, a tal proposito, **sperimentazioni** sul territorio.

Gli **obiettivi** che si intendono raggiungere riguardano il miglioramento della qualità dei processi di:

- accoglienza e valutazione del bisogno del cittadino richiedente aiuto, attraverso la riduzione dei tempi di attesa e di inutili passaggi del cittadino da un servizio all'altro;
- attivazione degli interventi, attraverso la presenza di un professionista specifico di riferimento per la pianificazione e il monitoraggio degli stessi;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato attraverso il controllo della qualità dei servizi erogati.

In questo processo di innovazione, attraverso la collaborazione tra professionisti del sociale e professionisti dell'area sanitaria, si vuole privilegiare un approccio globale nella presa in carico della persona anziana. Questo emerge soprattutto nella fase di valutazione che vede coinvolti l'Assistente Sociale del Servizio Sociale Territoriale e l'Infermiere del Punto Coordinamento Assistenza Primaria che compongono l'**Unità di Valutazione Multidimensionale semplificata**. Questi professionisti, considerate la gravità delle condizioni della persona anziana e le risorse della rete familiare e/o della rete sociale allargata, valutano il bisogno del cittadino e propongono l'ammissione a servizi sociali e socio-sanitari quali l'assegno di cura, il centro diurno, l'assistenza domiciliare, il ricovero temporaneo di sollievo. Il medico viene coinvolto quando è richiesto l'accesso ad un centro diurno specializzato per persone affette da demenza senile o l'inserimento in struttura residenziale definitiva; assistente sociale, infermiere e medico coinvolti nella valutazione costituiscono l'**Unità di Valutazione Multidimensionale complessa**.

Risultati attesi dalla sperimentazione sono la riduzione delle liste di attesa per l'accesso e la valutazione del bisogno e la maggiore tempestività nell'attivazione degli interventi grazie all'attività di un gruppo di professionisti dedicato: il Nucleo per la domiciliarità.

Il **Nucleo per la domiciliarità**, gestito dall'Azienda di Servizi alla Persona Giovanni XXIII, è composto da Assistenti Sociali e Responsabili delle Attività Assistenziali e si occupa di:

- adattare gli interventi alle condizioni dell'anziano attivando servizi di assistenza domiciliare e servizi connessi;
- definire con l'utente il Piano degli Interventi nel dettaglio (per esempio il numero di ore di assistenza domiciliare);
- favorire l'integrazione del lavoro svolto dalle Assistenti Familiari all'interno del Piano degli Interventi;
- promuovere l'avvio di inserimenti semiresidenziali e ricoveri residenziali di sollievo.

L'attività del Nucleo per la domiciliarità si svolge in autonomia rispetto al Servizio Sociale Territoriale, perseguendo gli obiettivi definiti in fase di valutazione congiunta dall'UVM semplificata. In caso di mutamento delle condizioni della persona anziana presa in carico è competenza del Nucleo per la domiciliarità occuparsi tempestivamente della modifica del Piano degli Interventi. Il Servizio Sociale Territoriale verificherà il raggiungimento degli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato e, qualora necessario, potrà attivare nuova valutazione congiuntamente all'Infermiere.

Al fine di ridurre le criticità che il cittadino riscontra nelle fasi di passaggio dall'ospedale al territorio è avviato un ulteriore percorso di sperimentazione che prevede una presa in carico da parte del Servizio Sociale Ospedaliero per alcune settimane successive alle dimissioni. Questo permetterà di non far coincidere il passaggio fisico del rientro al domicilio con il passaggio di Assistente Sociale Responsabile del Caso, consentendo alla persona anziana e alla sua famiglia di avere un unico punto di riferimento nella fase post ospedaliera (l'Assistente Sociale del Servizio Sociale Ospedaliero) e di ridurre i tempi di valutazione del bisogno e ammissione ai servizi.

Fasi di sviluppo della sperimentazione

L'UVM semplificata è avviata a livello cittadino.

I Nuclei per la domiciliarità sono attivati presso i Quartieri Borgo Panigale e Reno (051/270333) e Quartiere Savena (051/6201434).

Il Servizio Sociale Ospedaliero effettua presa in carico e ammissione ai servizi per le dimissioni dagli Ospedali Maggiore e Bellaria.

