

Due nuovi strumenti per la valutazione del bisogno sociale: la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita

Alessandro Pompei, Maria Bezze,
Maurizio Corsi e Tiziano Vecchiato

Nell'articolo «Un nuovo strumento per la valutazione del bisogno: l'Indice di copertura assistenziale» (Pompei A. e altri, 2004), pubblicato sul n. 5/2004 di «Studi Zancan», è stato presentato uno strumento in grado di rilevare le misure assistenziali che in una settimana sono assicurate dai diversi soggetti (professionali o di altra natura) che si prendono cura della persona in stato di bisogno (indice di copertura assistenziale, Ica). Questo contributo presenta altri due strumenti di valutazione del bisogno socioambientale: la scala di responsabilizzazione, che misura la capacità della famiglia e della comunità di condividere responsabilità rispetto al problema della persona, e il livello di protezione nello spazio di vita, che misura la capacità della famiglia e del-

la comunità di farsi carico dei bisogni della persona e della sua famiglia¹.

L'opportunità di dotare il settore socioambientale di propri strumenti di valutazione nasce sia dall'esigenza di offrire agli operatori sociali autonomi strumenti di verifica utili per la valutazione di bisogno e di *outcome*, sia dalla necessità di costruire una mappa descrittiva della situazione della persona che rappresenti le condizioni della famiglia nella sua globalità. La capacità delle professioni sociali di garantire una base conoscitiva verificabile e confrontabile nel tempo è stata infatti fino ad ora poco integrabile con la valutazione dello stato di salute rispetto all'area organico funzionale e a quella cognitiva comportamentale, che, nello spazio di vita, incidono sulle condizioni della persona e della sua famiglia.

L'utilizzo di questi strumenti, quali ad esempio il tracciato di base (Pompei A., 2004), è inoltre necessario per corrispondere all'Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (Dpcm del 14 febbraio 2001), che fornisce utili indicazioni sui contenuti e sulle modalità per determinare la natura del bisogno, la sua intensità, la sua durata e i risultati ottenuti.

Le successive proposte si iscrivono nelle strategie delineate dallo schema polare e dalla metodologia del lavoro per progetti personalizzati. Non è infatti sufficiente che i diversi operatori utilizzino strumenti affidabili, ma è anche necessario che essi siano compatibili tra loro, cioè in grado di dialogare e di evidenziare i guadagni di visione globale che, insieme, riescono a garantire a livello interprofessionale.

Strumenti che si iscrivono nelle strategie delineate dallo schema polare e dal lavoro per progetti personalizzati

¹ Questi strumenti sono stati sviluppati nell'ambito di alcuni progetti di ricerca e sperimentazione coordinati dalla Fondazione Zancan, in collaborazione con il Ministero della Salute, la Regione Toscana, la Provincia Autonoma di Trento, la Regione Campania, la Regione Abruzzo e numerose unità operative territoriali distribuite in dieci regioni. La scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita sono utilizzati nell'ambito della metodologia «S-P» (si veda Bezze M., De Leo D., Vecchiato T., 2005).

La mappa dei soggetti e delle risorse

Funzioni della mappa

La metodologia del lavoro per progetti personalizzati (Pompei A., Costanzi C., Risso A., 2000) si articola in fasi: analizzata la domanda della persona e della sua famiglia e definito il problema, si decidono gli obiettivi perseguibili e si scelgono gli interventi più opportuni per ottenerli. A questo fine sono individuati i soggetti e le risorse che possono essere coinvolti nel progetto. La scala di responsabilizzazione e il raggiungimento del livello di protezione nello spazio di vita sono strumenti – unitamente all'Ica – per valutare come il progetto, da un punto di vista quantitativo e qualitativo, garantisce i risultati attesi.

Ai nostri fini le risorse e i soggetti considerati sono esclusivamente quelli umani. È importante individuarli sulla base del livello di responsabilizzazione che essi assumono rispetto al problema della persona e rappresentarlo in una mappa di supporto alle decisioni. La definizione della mappa dei soggetti e delle risorse ha ricadute strategiche per la definizione degli obiettivi, facilita le scelte operative per individuare chi si impegna a fare che cosa e organizza la raccolta delle informazioni necessarie per costruire la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita, cioè i due strumenti oggetto del presente articolo.

Quando il problema è sociosanitario, l'analisi dei soggetti e delle risorse va compiuta in modo integrato dall'Unità multiprofessionale (Um); quando il bisogno è sociale, dall'operatore che ha in carico il caso, coadiuvato, se necessario, da altri operatori della medesima area (assistente sociale, educatore, psicologo ecc.).

Per definire la mappa, vanno preliminarmente individuate le persone che hanno a che fare con il problema. Esse possono essere coinvolte perché prossime alla persona (familiari, parenti, amici, volontari, vicini di casa ecc.) o perché assunte a pagamento; oppure devono intervenire per loro appartenenza a enti o istituzioni che hanno competenza sulla materia.

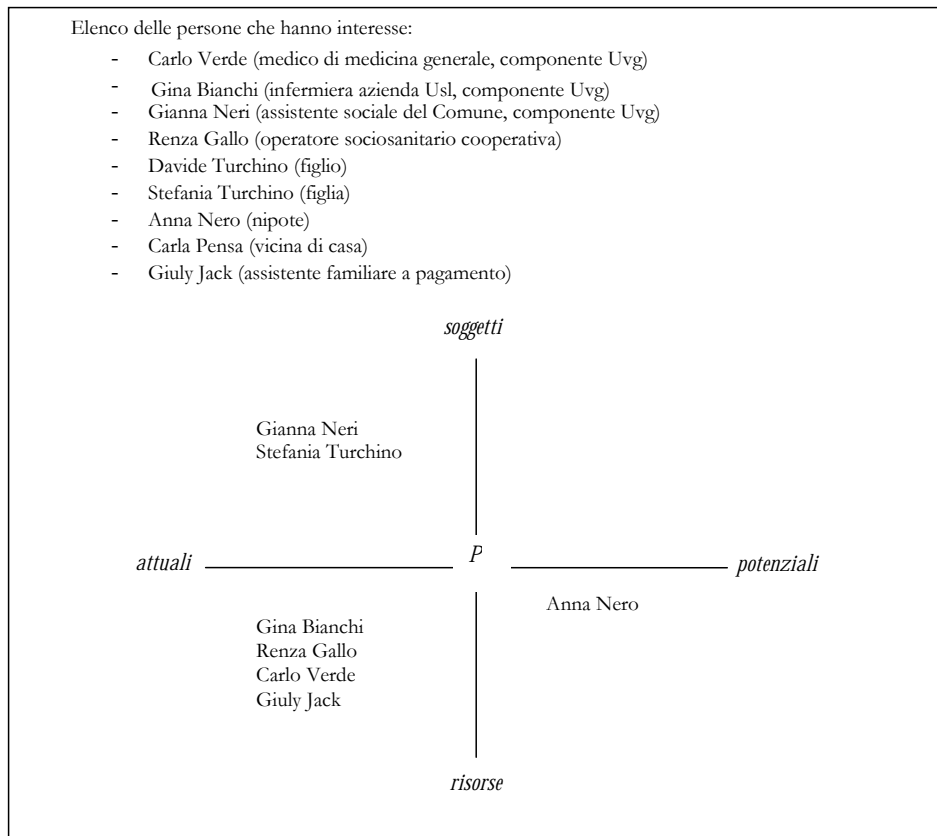
Descrizione del caso

Il caso si riferisce a una persona anziana che ha richiesto un intervento di assistenza domiciliare integrata (Adi). L'anziana vive in casa con la figlia Stefania, vedova, e la nipote Anna. Il figlio Davide, sposato con figli, vive in un'altra città con la moglie e la suocera non autosufficiente. La famiglia ha discrete possibilità economiche e può permettersi l'assunzione di un'assistente familiare (da alcuni chiamate «badanti»), Giuly Jack. Viene chiesto l'intervento del servizio di Adi per l'aggravarsi delle condizioni di salute dell'anziana. L'assistente sociale del Servizio anziani, Gianna Neri, cui è stata inoltrata la domanda, attiva l'Unità di valutazione geriatrica (Uvg), composta, oltre che da lei, dal medico di medicina generale (Mmg) e dall'infermiera. L'Uvg compie la valutazione multidimensionale che conferma la necessità dell'attivazione dell'Adi per stabilizzare le condizioni di salute e successivamente migliorarle. Viene rilevata la necessità di interventi finalizzati ad allargare i contatti sociali della signora.

Gli operatori dell'Uvg ipotizzano che possano/debbero avere interesse al problema dell'anziana: Carlo Verde (medico di medicina generale, componente Uvg), Gina Bianchi (infermiera dell'azienda Usl, componente Uvg), Gianna Neri (assistente sociale del Comune, componente Uvg), Renza Gallo (operatore sociosanitario, cooperativa), Davide Turchino (figlio), Stefania Turchino (figlia), Anna Nero (nipote), Carla Pensa (vicina di casa) e Giuly Jack (assistente familiare a pagamento). Su questa base viene registrato l'elenco relativo.

L'assistente sociale Gianna Neri, in qualità di responsabile del caso, verifica quali, tra le persone che si ipotizza abbiano interesse, si responsabilizza rispetto al problema, e costruisce la mappa dei soggetti e delle risorse rappresentata nella figura 1.

Fig. 1 – Mappa dei soggetti e delle risorse a seguito dell'analisi valutativa delle persone che hanno interesse



Come si può vedere dalla figura, oltre all'assistente sociale, solo la figlia Stefania si rende disponibile alla partecipazione del processo d'aiuto in ogni sua fase. Il medico di medicina generale e l'infermiera intendono fare il loro lavoro al meglio possibile, ma non possono, per diversi motivi, partecipare alle attività di verifica intermedie e ai problemi che dovessero insorgere nella gestione del caso. Saranno di nuovo attivi, come membri dell'équipe, in fase di valutazione multidimensionale intermedia e al termine del progetto. Il figlio dice di «avere i suoi problemi a casa, e poi sto lontano»; la nipote afferma che si impegnerà appena finita la sessione degli esami che sta preparando (è studentessa universitaria) – e del resto la madre preferisce che

«studi e si laurei il più presto possibile» –; la vicina non intende impegnarsi: «non fate conto su di me, se non in casi d'urgenza»; infine, l'assistente familiare afferma che intende fare le cose che le verranno dette di fare anche modificando l'attuale impegno sia in termini d'orario che d'attività, ma senza impegni che non siano operativi.

Interventi programmati

Su questa base sono programmati gli interventi: visite programmate al domicilio dell'anziana da parte del medico di medicina generale, interventi infermieristici che verranno compiuti dall'infermiera Gina Bianchi e quelli assistenziali da parte di un operatore socio-sanitario dipendente dalla cooperativa che ha vinto l'appalto del servizio di assistenza domiciliare.

Si decide inoltre un diverso utilizzo dell'assistente familiare, cui fino a quel momento era richiesta la cura dell'igiene dell'anziana e qualche intervento di cura della casa. Si prevede di attivare un intervento riabilitativo appena le condizioni di salute dell'anziana lo permetteranno. L'assistente sociale contatta associazioni di volontariato che intervengono al domicilio di persone non autosufficienti per iniziare attività di animazione e di accompagnamento all'esterno dell'abitazione.

Tornando alla mappa: la prima analisi produce l'elenco delle persone coinvolgibili che possono/devono avere interesse per il problema. È importante registrare le persone con il loro nome e cognome piuttosto che con l'ente di appartenenza o con il loro ruolo, perché le responsabilità sono sempre personali anche se riferibili a un'istituzione, a un'associazione o a una parentela.

Distinzione tra risorse e soggetti...

Successivamente si verifica se il supposto interesse corrisponde o meno ad assunzione di responsabilità. La persona può infatti partecipare:

- come risorsa, in quanto è disponibile ad assumere responsabilità operative eseguendo gli interventi e le azioni programmate;
- come soggetto, in quanto assume responsabilità rispetto a tutto il processo d'aiuto, nelle diverse fasi di progettazione, di esecuzione e di valutazione.

...attuali e potenziali

Nella mappa i soggetti e le risorse sono:

- attuali quando sono disponibili da subito ad assumersi responsabilità;
- potenziali quando procrastino nel tempo, ma non oltre i confini temporali del progetto, la loro assunzione di responsabilità.

I soggetti e le risorse sono posizionati nella mappa in relazione al loro grado di «vicinanza» al problema: l'esempio evidenzia come la figlia Stefania e l'assistente sociale siano molto prossime al problema dell'anziana, mentre lo siano meno l'infermiera, il medico e, in maniera accentuata, l'assistente familiare. La nipote, al momento dell'analisi, sembra avere altro a cui pensare che la nonna.

La scala di responsabilizzazione

La scala di responsabilizzazione (Sr) misura la capacità di partecipare, condividere e integrare le responsabilità di progettazione, esecuzione e valutazione delle cure promosse per risolvere il problema della persona e della famiglia.

Metodo di calcolo

Per determinare la Sr si considerano esclusivamente le persone posizionate nella mappa come «soggetti attuali»: la mappa viene costruita in tempo T0 quando si elabora il progetto personalizzato, e viene aggiornata nei diversi tempi T1, T2, T3, Tn corrispondenti alle verifiche intermedie, e infine in tempo Tf quando il gruppo di progetto compie la verifica e la valutazione finale a progetto ultimato. Questo permette di misurare la qualità del processo d'aiuto rispetto all'integrazione delle diverse responsabilità (professionali e non) lungo tutto il progetto, mettendo in relazione gli esiti conseguiti a questa modalità di operare.

La scala viene determinata considerando solo i «soggetti» presenti nella mappa suddivisi secondo la loro titolarità professionale (area sanitaria e sociale) o il loro essere familiari (area famiglia) o parenti o volontari (area solidale).

A ogni operatore (tab. 1) per la rispettiva area professionale, sanitaria e sociale viene attribuito il pun-

teggio di 0,5. Per l'area famiglia, ai primi due soggetti se conviventi con la persona utente vengono attribuiti 2 punti, ai successivi e ai parenti 1 punto ciascuno. Ai primi due soggetti considerati per l'area solidale vengono attribuiti 2 punti, ai successivi 0,5 punti ciascuno.

Il punteggio complessivo va da un minimo di 0 a un massimo di 10 punti, in quanto oltre questa soglia il punteggio perde di capacità esplicativa.

Tab. 1 – I punteggi per determinare la scala di responsabilizzazione

<i>Area</i>	<i>Profilo professionale</i>		<i>Punteggio massimo attribuibile</i>	<i>Totale punteggio attribuito</i>
Sanitaria	Geriatra o altro medico specialista	0,5	2	
	Infermiere	0,5		
	Medico di medicina generale	0,5		
	Altro operatore	0,5		
	Altro operatore	0,5		
Sociale	Assistente sociale	0,5	2	
	Operatore sociosanitario	0,5		
	Educatore	0,5		
	Altro operatore	0,5		
	Altro operatore	0,5		
Famiglia	Familiare 1	2	4	
	Familiare 2	2		
	Parente 1	1		
	Parente 2	1		
	Altro familiare/parente	1		
Solidale	Volontario 1	1	2	
	Volontario 2	1		
	Volontario 3	0,5		
	Volontario 4	0,5		
	Volontario 5	0,5		
Totale				

Se consideriamo la mappa del caso descritto, la scala di responsabilizzazione che ne risulta è pari a 2,5 punti. Infatti, le persone identificate come soggetti sono due: la figlia Stefania Turchino (punti 2) e l'assistente sociale Gianna Neri (punti 0,5).

Quando il valore della scala è zero

Il maggior peso attribuito ai soggetti delle aree solidale e famiglia è coerente con il principio della sussidiarietà orizzontale: si esprime nel valorizzare chi si prende cura del problema insieme ai professionisti e ne condivide le decisioni.

Non sono rari i casi per i quali la Sr risulta pari a 0 oppure è costituita esclusivamente da soggetti dell'area famiglia: ciò si verifica, in genere, quando chi ha cura della persona ha raggiunto alti livelli di stress, apprezzabili dalla *caregiver burden inventory* (Cbi)², e quando non viene individuato il «responsabile» del caso. Quando questo si verifica il processo d'aiuto è spesso un elenco di prestazioni la cui attivazione, da sola, non riduce la solitudine e i forti carichi emotivi di chi si prende cura.

Il livello di protezione nello spazio di vita

Il livello di protezione nello spazio di vita (Lpsv) misura la capacità della comunità di farsi carico dei bisogni della persona e della famiglia sia sul versante di programmazione del progetto personalizzato che in termini operativi. Mentre l'Ica è una fotografia della cura garantita alla persona e alla sua famiglia da un punto di vista quantitativo ed è utile a rappresentare nel dettaglio il punto di equilibrio raggiunto o raggiungibile fra bisogni e copertura assistenziale, il Lpsv misura la qualità delle cure prestate, determinata dalla pluralità di coloro che si assumono responsabilità rispetto al problema. Non è infatti indifferente se il grado di copertura assistenziale è assicurato esclusivamente da un membro della famiglia o anche con il concorso di operatori, parenti, volontari e personale a pagamento.

Soggetti da considerare

La scala viene determinata considerando i soggetti e le risorse attuali e le risorse potenziali se, e solo se, rientrano in un progetto che preveda la loro prossima

² La scala è utilizzata per misurare il livello di stress di chi si prende cura della persona non autosufficiente ed è stata validata a livello internazionale.

**L'utilità della
rappresentazione
grafica**

assunzione di responsabilità dentro i confini temporali del progetto personalizzato. A tal fine non basta una generica disponibilità della persona: è necessario che sia documentato un percorso finalizzato alla rimozione degli ostacoli che inibiscono la sua partecipazione immediata.

Indipendentemente dall'area di appartenenza, a ogni soggetto attuale (tab. 2) sono attribuiti 6 punti, a ogni risorsa attuale 3 punti e a ogni risorsa potenziale 1 punto.

Per facilitare la valutazione, è utile rappresentare il Lpsv con un supporto grafico formato da tre cerchi concentrici suddivisi per area familiare/parentale, sanitaria, sociale, solidale e degli operatori a pagamento: nel cerchio centrale sono collocati i soggetti attuali, in quello intermedio le risorse attuali e in quello esterno le risorse potenziali.

La somma dei diversi punteggi attribuiti costituisce il totale complessivo. Al fine dell'utilizzo del Lpsv per lo schema polare, il punteggio utilizzabile va da un minimo di 0 a un massimo di 30, anche se è possibile che la somma complessiva possa risultare superiore.

Tab. 2 – Punteggi per determinare il livello di protezione nello spazio di vita

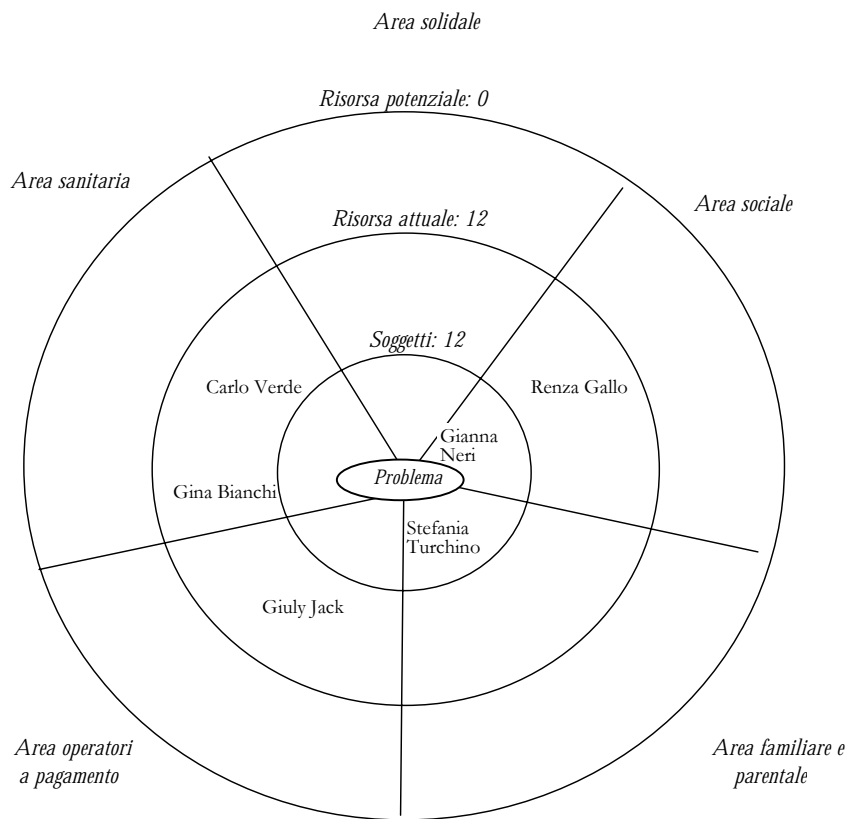
Per ogni soggetto	Punti 6	Cerchio di primo livello «centrale»
Per ogni risorsa attuale	Punti 3	Cerchio di secondo livello
Per ogni risorsa potenziale	Punti 1	Cerchio di terzo livello «esterno»

Se consideriamo la mappa del caso usato come esempio, il Lpsv che ne risulta è pari a 24 punti. Infatti, le persone identificate come soggetti attuali sono due – la figlia Stefania Turchino (area familiare) e l'assistente sociale Gianna Neri (area sociale) – per un totale di 12 punti; quelle identificate come risorse attuali sono quattro – il medico di medicina generale Carlo Verde e l'infermiera Gina Bianchi (area sanitaria), l'o-

peratore sociosanitario (Oss) Renza Gallo (area sociale) e l'assistente familiare Giuly Jack (area operatori a pagamento) – per un totale di 12 punti. Non è in corso nessun programma per coinvolgere attivamente la nipote Anna, e pertanto non viene attribuito alcun punteggio a questa risorsa potenziale.

Utilizzando il sistema di rappresentazione grafica, il Lpsv del caso portato ad esempio potrebbe essere visualizzato nel modo seguente (fig. 2).

Fig. 2 – Rappresentazione del livello di protezione nello spazio di vita



La sperimentazione del Lpsv ha evidenziato la tendenza a raggiungere facilmente il punteggio massimo: ma questo avviene spesso, quando si definiscono i «soggetti» con criteri estensivi. Non è sufficiente per essere considerato soggetto, infatti, esercitare responsabilità partecipando a qualche riunione o all'esecuzione

**Un insieme
di strumenti
per la lettura
multidimensionale
dei bisogni**

ne degli interventi di propria competenza con un alto livello di coinvolgimento emotivo. Per esempio, un membro dell'Um può essere considerato soggetto se oltre a partecipare alla valutazione multidimensionale è attivo nelle fasi di definizione degli obiettivi, di programmazione degli interventi, di stesura del contratto, di esecuzione delle attività definite e calendariate nel piano operativo, di verifica e valutazione del caso.

I due metodi di valutazione sociale qui considerati hanno un proprio autonomo significato, si prestano ad essere messi in relazione fra loro, con l'Ica e con la *care-giver burden inventory* (Cbi). Unitamente agli altri strumenti di valutazione utilizzati dallo schema polare per il settore funzionale organico e cognitivo comportamentale, contribuiscono alla lettura multidimensionale dei bisogni della persona e alla loro rivalutazione nel tempo, in conseguenza agli interventi attivati all'interno del progetto personalizzato.

Lo sforzo di sperimentazione e validazione dello strumento sta offrendo indicazioni interessanti non solo per un suo impiego sistematico, ma anche per meglio configurare il suo utilizzo, in modo integrato con altri strumenti.

Riferimenti bibliografici

- Bezze M., De Leo D., Vecchiato T. (a cura di) (2005), *La valutazione di efficacia degli interventi con le persone anziane*, Fondazione Zancan, Padova.
- Pompei A., Costanzi C., Risso A. (a cura di) (2000), *Il lavoro per progetti individualizzati. Linee guida per chi opera al servizio delle persone anziane*, Fondazione Zancan, Padova.
- Pompei A. (2004), *La valutazione del processo d'aiuto con la persona e la famiglia*, in Maurizio R. (a cura di), *Progettare nel sociale*, Fondazione Zancan, Padova.
- Pompei A., Bavazzano A., Bezze M., Corsi M., Vergani C., Vecchiato T. (2004), *Un nuovo strumento per la valutazione del bisogno: l'indice di copertura assisten-*

- ziale, in «Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone», n. 5, Fondazione Zancan, Padova.
- Vecchiato T., Bezze M., Bavazzano A., Corsi M., Vergani C. (2002), *Una strategia per la valutazione integrata dei bisogni delle persone anziane: lo schema polare*, in «Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone», n. 5, Fondazione Zancan, Padova.
- Vergani C., Corsi M., Bezze M., Bavazzano A., Vecchiato T. (2003), *La valutazione multidimensionale dell'anziano. Lo schema polare*, in «Giornale di Gerontologia», 51.
- Vergani C., Corsi M., Bezze M., Bavazzano A., Vecchiato T. (2004), *A polar diagram for comprehensive geriatric assessment*, in «Archives of Gerontology and Geriatrics», Volume 38, Issue 2, March-April.