

## 1 Premessa

Nell'ambito della gestione dei percorsi di tipo prevalentemente domiciliare della Asl Toscana Nord Ovest – Zona distretto Apuane, il RTI composto da G. Di Vittorio Società Cooperativa e Compass Società Cooperativa, aggiudicatario del servizio, intende proporre la sperimentazione delle seguenti proposte progettuali. Le prime due proposte hanno carattere trasversale e sono dedicati sia agli utenti ADI sia agli utenti SAD, mentre la terza proposta è dedicata agli utenti affetti da Alzheimer e/o demenze.

Proposta 1- Sperimentazione di rilevazione dati

Proposta 2- Rischio clinico

Proposta 3- Terapie non farmacologiche a domicilio

## 2 Proposte progettuali

### 1. Proposta 1- Sperimentazione di rilevazione dati

Una dimensione di rilevazione sicuramente critica per i servizi che si sviluppano nel territorio e nei contesti abitativi dell'utenza è quella della rilevazione degli accessi e delle prestazioni. Un fattore di criticità riteniamo possa essere individuato nella rilevazione delle prestazioni e nella trascrizione delle stesse da un sistema ad un altro. Pertanto, proponiamo in questa fase la sperimentazione di schede allineate al programma Astercloud che faciliteranno gli operatori asl nella trascrizione delle prestazioni.

La scheda sarà composta da 4 sezioni:

Anagrafica – contiene i dati anagrafici dell'utente (nome, cognome, data di nascita); nominativi delle persone di riferimento contattabili in caso di bisogno e/o per comunicazioni; nominativi delle figure ASL di riferimento (MMG e Assistente sociale)

Piano Assistenziale- indicante la data di Pianificazione, il nominativo del responsabile, la descrizione del piano con gli obiettivi e la data di possibile conclusione

Piano degli accessi – nella sezione sono riportate le prestazioni, codificate, con indicata la frequenza di cui si riporta una sintesi

Cod	Prestazione	Data inizio	Data fine	Frequenza	Op. esecut	Modalità- int
SOC 19	Addestramento care giver					
SOC 16	Assistenza alla persona					
SOC 30	Bagno assistito					
SOC 03	Colloquio con altri operatori					
SOC 02	Colloquio con					

SOC 22	Disbrigo pratiche					
.....						
.....						

Verifiche- una sezione sarà dedicata alle verifiche dei piani con indicazione del raggiungimento degli obiettivi o meno ed una eventuale rimodulazione del piano.

Dopo 6 mesi di sperimentazione, si valuteranno i risultati e potrà essere prevista una implementazione informatizzata della scheda nei successivi 12 mesi.

## 2. Un corretto handover come modalità di prevenzione del rischio clinico

### 3.

*La “casa come luogo di salute e di cura” diventa il luogo dove la persona assistita, soprattutto se fragile, può sviluppare maggiori possibilità di guarigione o di recupero funzionale, ed in questo senso è strategico l’approccio multidimensionale e multidisciplinare integrato fra tutti gli attori del sistema sanitario, sociale, sociosanitario, pubblici e privati (Delibera n. 1508 della Regione Toscana).*

Totalmente in linea con quanto riportato nella suddetta Delibera, il RTI ha presentato, nei mesi scorsi, la proposta di realizzare alcune azioni che mirino ad una presa in carico integrata della persona in ottica proattiva, finalizzata ad una migliore gestione del Rischio, proposta che nasce in seno all’osservazione di alcuni aspetti cruciali in relazione al servizio di assistenza domiciliare integrata della Zona Distretto Apuane.

Il nostro progetto prevede, nello specifico, il rafforzamento della presa in carico degli utenti, insistendo su due specifici processi: → implementazione dell’handover all’attivazione del Pap → implementazione di un sistema comunicativo che sia fruibile, collegiale, continuo tra personale infermieristico e OSS per la gestione delle criticità assistenziali, attraverso diverse modalità quali i momenti di riunione e la condivisione della modulistica.

Queste le azioni per la realizzazione di tali obiettivi: Ω la creazione di una procedura condivisa di un corretto handover all’attivazione del Pap; Ω l’impiego di facilitatori che, una volta ravvisato il rischio su un determinato utente, concorderanno con l’equipe che ha in carico il caso (Servizi Inviati, Personale Infermieristico, OSS) l’attivazione di specifiche azioni.

In seguito all’approvazione di tale proposta da parte dell’Azienda Sanitaria, siamo ora a presentare le persone che sono state individuate dalla nostra Coordinatrice – Dott.ssa Francesca Poletti – quali utenti per la sperimentazione di questo impianto metodologico.

►XX (utente in carico al servizio di assistenza specialistica e non specialistica di Massa, seguito dalla Dott.ssa XY quale Assistente Sociale). In seguito ad attente osservazioni si rileva un Rischio caduta, correlato a problematiche oculari – con evidenti ricadute sulla mobilità - di cui si occupa il figlio, che, tuttavia, anche in seguito a numerose riunioni avvenute, risulta non molto collaborante. È attualmente seguito dal servizio infermieristico per la cura di lesioni al viso dovute a forme tumorali della pelle. Ci proponiamo, pertanto, una **presa in carico collettiva per una attenta osservazione sul senso visivo**.

► **VP** (utente in carico al servizio specialistico di Carrara, seguito dalla Dott.ssa P. quale Assistente Sociale). In seguito ad attente osservazioni si rileva un Rischio Ldd. La famiglia è poco collaborante e risulta esserci una comunicazione “complicata” con gli Infermieri. Ci proponiamo, pertanto, quali obiettivi specifici sul caso, un **Focus Hand Over ed azioni di educazione sanitaria ai care giver**.

► **BG** (utente in carico al servizio specialistico di Carrara, seguito dalla Dott.ssa B. quale Assistente Sociale). Attualmente seguito da personale infermieristico per un trattamento di ulcere agli arti inferiori a seguito di incidente, ulcere che creano dolori e disturbi del sonno. Ci proponiamo, pertanto, quali obiettivi specifici sul caso, un **approfondimento sugli aspetti del sonno notturno, delle posizioni antalgiche per migliorare il livello del ritmo sonno/veglia, dell'utilizzo di ausili opportuni (cuscini, materassi, ecc.), delle abitudini urinarie notturne, degli orari di somministrazione della terapia antalgica**.

### 1. Proposta 2- Terapie non farmacologiche a domicilio

#### **“Terapie non farmacologiche” Rivolta ad anziani affetti da demenza nel setting assistenziale domiciliare**

La Cooperativa aderisce al modello Dementia Friendly Community e ne segue con attenzione le applicazioni concrete e le sperimentazioni in atto; il modello ha l'obiettivo di alzare il livello di consapevolezza pubblica sulla demenza, facendo in modo di creare una presa in carico diffusa e dar vita ad un contesto protesico, privo di barriere cognitive, non solo all'interno dei servizi, luoghi preposti alla cura ed all'accoglienza, ma a tutta la comunità. Proficue e costanti sono infatti le collaborazioni con AIMA Firenze, AMAL (Associazione Malati Alzheimer Livorno), la Rete MTA (Musei Toscani per l'Alzheimer) e Associazione Alzheimer Fest. Queste collaborazioni sono spunto di miglioramento ed aggiornamento continuo in ambito di presa in carico delle persone affette da demenze.

Il modello Person Centred Care, sviluppato dal RTI, è caratterizzato da un approccio bio-psico-sociale dove ogni persona ha una personalizzazione di interventi con combinazioni differenti di attività (cognitive, sociali, assistenziali, sensoriali, emotive) e dove la relazione è lo strumento di cura da privilegiare. In questa prospettiva l'operatore qualificato svilupperà a domicilio interventi che si ispirano ai diversi modelli teorici (Gentle Care, Metodo Validation, Approccio capacitante) integrato nella quotidianità da una metodologia che riprende anche i principi di indipendenza e autonomia. La proposta prevede l'utilizzo di terapie non farmacologiche, storicamente utilizzate nell'ambito di strutture residenziali, nell'ambito delle cure realizzate al domicilio dell'utente. La casa per ciascun individuo rappresenta un luogo protetto, che richiama il senso della famiglia oltre che i ricordi della propria storia personale, un luogo vissuto e accudito con cura, denso di ricordi, emozioni e di oggetti cari che se valorizzati e mantenuti divengono “strumenti terapeutici” di evocazione, coinvolgimento, riabilitazione.

#### **Obiettivi e modalità di svolgimento del servizio**

Gli obiettivi principali della sperimentazione rientrano nell'ambito di: un mantenimento e recupero (ove possibile) delle funzioni cognitive, comunicative, relazionali residue; una prevenzione della istituzionalizzazione; supportare il più possibile il care giver attraverso azioni di formazione/informazione; assicurare progetti davvero personalizzati dove attività riabilitative, cure domiciliari e attività socializzanti siano realmente integrate ed integrabili tra loro. Il servizio sarà svolto presso il domicilio anche temporaneo dell'utente, nell'ambiente di vita e nel contesto sociale di riferimento della persona o della famiglia.

Elementi focali della metodologia di intervento: centralità attribuita alla persona nel modello di intervento proposto: sottolineiamo l'importanza del sostenere la persona nelle capacità, abilità, autonomie residue o parzialmente compromesse, impostando come obiettivo del Servizio la volontà di realizzare "con" e "per" le persone che ne usufruiscono, le condizioni di "vita assistita" che garantiscono il benessere psicofisico più completo e duraturo possibile; °attenzione alla personalizzazione dell'intervento e alla singola persona attraverso precisi ambiti di osservazione, valutazione e riformulazione per modulare gli interventi attraverso una presa in carico dello stato di bisogno multi-dimensionale dell'utente definito dall'UVM e dal CDCD, dimensionando gli interventi in base agli obiettivi peculiari della singola persona con il suo "fabbisogno" assistenziale e riabilitativo, ma anche con il bagaglio affettivo, sociale e culturale ° nel rispetto della sua storia, delle sue abitudini, interessi, bisogni espressi e latenti ° integrata con le indicazioni dei servizi socio-sanitari. Nei soggetti con demenza, il decadimento patologico delle funzioni cognitive determina in breve tempo il completo o parziale disorientamento dell'individuo con gravi conseguenze nella vita di relazione. Nel decorso della demenza lo spazio di adattamento positivo si restringe, parallelamente all'aumentare della dipendenza. Pertanto, le sollecitazioni (sia dirette che ambientali) devono essere rapportate al grado di abilità residue della persona ed essere solo di poco superiori al livello di domanda al quale il soggetto si è adattato.

## FASI DI SVILUPPO DEL PERCORSO 1. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

L'intervento viene attivato da una segnalazione in forma scritta da parte della Committenza cui segue l'invio del PAP e un incontro con l'assistente sociale responsabile del caso per l'approfondimento delle informazioni ricevute. Questo è finalizzato a definire nel dettaglio il Progetto di Intervento individuale coerente con il PAP. È all'interno di tale dualismo coord. - assistente sociale che saranno individuati gli utenti presso cui sperimentare le terapie farmacologiche. Valutate le caratteristiche delle informazioni raccolte rispetto al piano complessivo degli interventi, il Coordinatore individuerà l'operatore più idoneo a seguire l'utente, presentandogli il caso e la natura dell'intervento.

## FASE 2. CONOSCENZA, PRESA IN CARICO ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Il "primo ingresso" dell'operatore domiciliare a casa dell'Assistito è una fase che viene molto attenzionata e preparata nel dettaglio nella consapevolezza della delicatezza del momento che vede l'operatore accedere a tempi, ritmi, spazi, azioni, riferite alla dimensione più privata ed intima della persona, quella della casa e del corpo; inoltre questo incontro si realizza perché il beneficiario degli interventi ha perso autonomia, abilità, capacità ed è quindi (o può sentirsi) in una posizione non paritaria rispetto all'altra; a seconda delle caratteristiche personali dell'utente ciò può tradursi in un'accentuazione della delega e della dipendenza, o in reazioni di diffidenza, chiusura, rifiuto. La nostra esperienza ci dice che ci vuole professionalità e competenza per destreggiarsi nello spessore di queste implicazioni, di questo rapporto che sembra nascere come rapporto "obbligato" per ambedue (per l'operatore è un lavoro, e per l'utente una necessità); abbiamo quindi identificato tutta una serie di buone prassi utili a gesti-re professionalmente distanza e intensità della relazione a cui le persone coinvolte sono esposte, sintetizzandole in un codice deontologico (regolamento REGDOM) e una serie di protocolli operativi per le pratiche assistenziali, ad uso del personale addetto ai servizi domiciliari, adottato sul servizio e volto a rafforzare negli operatori un'azione etica e professionale. Tutto ciò affinché gli operatori del servizio siano in grado di: ► avvicinarsi agli utenti e alle loro famiglie in modo

autentico e non standardizzato, che dia all'utenza la certezza di essere realmente considerata, rispettata nella sua peculiarità individuale, di sentirsi considerata nelle sue esigenze e soprattutto nelle sue risorse: da questo punto di vista le modalità verbali e comportamentali che accompagnano l'esecuzione operativa delle prestazioni (il saluto all'arrivo, le parole con cui partecipare all'utente e/o ai familiari la propria pre-senza e la propria operatività, le modalità di commiato) hanno una pregnanza analoga a quella delle concrete prestazioni di cura. ► Rispettare – attraverso l'irreprensibilità del proprio operato e atteggiamenti di coinvolgimento, negoziazione, piena disponibilità – i tempi e le difficoltà dell'utenza a costruire il rapporto di fiducia e nell'ammettere "un estraneo" nella propria casa e nell'intimità di un rapporto molto ravvicinato. ► Tenere conto che l'utenza è soggetto attivo del lavoro di cura e non destinatario passivo di prestazioni.

Durante il primo accesso l'operatore è dotato di una check list con elencate una serie di azioni al fine di ridurre i rischi legati ad una poca conoscenza della persona. In tale documento vengono raccolte le informazioni ed è strumentale alla verifica degli obiettivi, anche in ottica di restituzione ai servizi invianti.

### **Le Attività previste dal servizio:**

Il personale assicurerà le prestazioni di natura assistenziale come descritte nell'offerta tecnica per ciò che attiene: alla cura della persona, vestizione e svestizione, gestione ausili per l'incontinenza alla mobilitazione come sostegno e aiuto alla corretta deambulazione all'alimentazione come sostegno all'assunzione dei pasti, al controllo della dieta e al mantenimento di una corretta alimentazione. Saranno inoltre garantite le attività di accompagnamento e segretariato sociale.

Nei confronti delle persone affette da demenza, viene data attenzione a coinvolgere il care-giver per azioni di stimolo legate all'orientamento spaziale e temporale: individuazione e definizione, in accordo con i care-giver, di adattamento dell'ambiente domestico alle difficoltà incontrate, ad es. evitare di modificare la disposizione degli spazi e degli arredi ma anche dell'oggettistica; facilitare il malato nel riconoscere e ritrovare autonomamente tutti gli oggetti/ausili ancora riconosciuti ed utilizzati, utilizzare strategie per impedire le vie di fuga, creare un ambiente che contenga l'anziano durante il wondering.

Nella sperimentazione della presente attività progettuale pensiamo di realizzare attività personalizzate, finalizzate all'attività cognitiva. ♦ **Attività di manipolazione e laboratori creativi, comprendono:** disegno, pittura, ritaglio, collage, creazione addobbi stagionali ed oggettistica, e prevedranno la realizzazione di prodotti/manufatti. ♦ **Att. di stimolazione** ► ROT formale e informale ► Laboratorio di lettura (giornale, libri, ecc.), pensato per ridurre l'isolamento culturale e la disinformazione verso un mondo che probabilmente agli anziani appare sempre più complesso. ► Laboratorio di cure estetiche e stimolazione multisensoriale, attività che combina cure corporee, dialogo e ascolto, per favorire le relazioni e stimolare il desiderio di sentirsi belli anche se invecchiati, attraverso una sollecitazione multisensoriale che coinvolge l'olfatto grazie ai profumi dei prodotti di bellezza, il tatto grazie al massaggio e l'udito grazie all'ascolto di musiche rilassanti. ► Costruzione, insieme all'assistita, di una scatola degli odori-profumi dove l'olfatto ha una funzione rievocativa. ► Progettino sulla valigia per capire le priorità e i desideri: si chiede all'assistito cosa porterebbe con sé in viaggio indicando 3 oggetti prioritari. ► Le carte emozionali, in cui ogni domiciliare crea una carta in cui rappresenta un'emozione. Questo crea



aggregazione di gruppo e valore ludico dell'assistenza ► Creazione di libro sensoriale con oggetti personalizzati/cuscini sensoriali ♦ **Doll Therapy**. Attività destrutturata, in cui la bambola è il bambino da accudire, curare, accarezzare, guardare e stringere in braccio, stimolando emozioni negli anziani, che riconoscono come vero l'oggetto inanimato. La sua cura favorisce la diminuzione dei gravi disturbi comportamentali

Tutti gli oggetti sono itineranti e le persone vengono scelte con condivisione da parte del gruppo e della famiglia, e ogni oggetto viene lasciato con descrizione inserita nel documento "la culla delle emozioni",

### FASE 3. MONITORAGGIO E VERIFICA

Nel corso dei prossimi mesi sarà implementata la rilevazione digitale delle prestazioni. Gli operatori provvederanno alla registrazione giornaliera del servizio svolto utilizzando, per la codifica degli accessi e la codifica delle prestazioni, il terminale portatile (palmare) di cui sono dotati. Tali apparecchi, oltre a consentire la trasmissione/recezione dati, funzionano come normali telefoni, agevolando quindi le possibilità di comunicazione degli operatori stessi sia con il Coordinamento che con i Servizi. Sono inoltre tenuti a comunicare in tempo reale al Coordinamento – che provvederà ad informarne il Servizio Sociale– eventi significativi e improvvisi che richiedano modificazioni delle prestazioni programmate o eventi che abbiano comunque ostacolato il regolare svolgimento delle prestazioni e qualunque altra informazione rilevante ai fini della qualità delle prestazioni svolte o da svolgere, siano essi legati allo stato emotivo, psico-fisico o comportamentale dell'utente o attinenti ad altre questioni legate alla casa, al vicinato, a questioni amministrativo/burocratiche ecc. Tali segnalazioni saranno comunque trascritte dall'operatore sul palmare e quindi immediatamente recepite nel software gestionale. In merito a questo punto la cooperativa Compass è in fase di implementazione del software per la digitalizzazione. Inoltre, gli operatori, insieme all'Assistente Sociale della Cooperativa, sono altresì tenuti a partecipare ai periodici incontri di verifica sull'adeguatezza del piano di intervento e sul grado di raggiungimento degli obiettivi con il Servizio Sociale.

Per questo progetto sono previste le ore delle prestazioni opzionali dei due percorsi dei tre anni di gara: 2022, 2023, 2024. Le ore rimanenti sui due percorsi sono:

- Percorso opzionale 1A: 15110 su 18000 ore previste da gara
- Percorso opzionale 1B: 19500 su 19500 ore previste da gara.

Un saluto

Direttore di Area Zona Costa



# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIAN LUIGI FERRI  
DATA FIRMA: 05/09/2024 16:48:14  
IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562