

TIPOLOGIE ADULTI FRAGILI: RESIDENZIALITA' E CONNESSIONI CON IL BUDGET DI SALUTE

Dato l'obiettivo di lavoro del tavolo la presente rilevazione intende fotografare le situazioni di persone in carico al Servizio Sociale Territoriale, al CSM, SERTDP attualmente in progetti afferenti alle tipologie sotto elencate, collocabili nell'asse dell'abitare (Budget di salute) e dell'accoglienza residenziale H24.

Sono state ipotizzate alcune tipologie riguardanti gli **adulti fragili** che richiedono un progetto integrato socio sanitario, che può essere proposto sia dai case manager di area sociale che di area sanitaria e che, a seguito di UVM, potrà essere avviato.

1. SOGGETTI PRIVI DELLE AUTONOMIE NECESSARIE PER UNA VITA INDIPENDENTE AL DOMICILIO

Persone non più competenti o abili a eseguire, senza assistenza, i compiti abituali quotidiani, nei diversi aspetti e funzioni di vita. Presentano deterioramento fisico e/o cognitivo, assente o deteriorata la rete familiare. Progetti presumibilmente di durata indeterminata.

richiedono

CURA SPECIALISTICA BASSA (SERDP, CSM) controlli periodici con frequenza ridotta e dilazionata nel tempo;

BISOGNO ASSISTENZIALE ALTO: richiedono presenza di personale assistenziale nelle **24 ore**;

OBIETTIVO: mantenere le autonomie residue, non praticabile nessun obiettivo riabilitativo, necessitano di garantire adeguate e dignitose condizioni di vita;

RISPOSTA PREVALENTE: necessitano di risorsa residenziale, si tratta dei casi inseriti in strutture del privato sociale o altri tipi di accoglienze residenziali (es. strutture protette, Case della carità, Case famiglia etc.).

2. SOGGETTI STABILIZZATI IN CONDIZIONI DI CRONICITA'

Persone che, a seguito della condizione di patologie o di stili di vita, nel tempo hanno conseguito una stabilizzazione del quadro clinico sanitario, ma l'esito delle patologie sulle competenze di vita quotidiana determina un bisogno di parziale assistenza, supervisione e vigilanza,

Se inseriti in contesti adeguati riescono a mantenere discrete autonomie personali. Se non sopraggiungono condizioni di aggravamento e/o di non autosufficienza si caratterizzano

come progetti di lunga durata

richiedono

CURA SPECIALISTICA BASSA (SERDP, CSM): garantendo regolarità del monitoraggio e controlli periodici;

BISOGNO ASSISTENZIALE: medio-basso (richiedono comunque supervisione e vigilanza quotidiana, con presenza variabile);

OBIETTIVO: mantenimento delle autonomie residue, non praticabili obiettivi di riappropriazione di ruoli sociali e lavorativi;

RISPOSTA PREVALENTE: i casi inseriti in Co-Housing stabili, non temporanei e con supporto dei servizi territoriali e invianti;

Se in possesso di case di proprietà o alloggio ERP, possono essere ipotizzati progetti domiciliari con interventi socio-sanitari intensivi con metodologia Budget di salute

3. SOGGETTI IN FASE EVOLUTIVA DELLA MALATTIA

3.1 Giovani e adulti in fase evolutiva di psicopatologia, non stabilizzati a rischio di scompensi e /o ricadute (il CSM è il servizio prevalente)

Richiedono alto investimento di cura nella relazione, possono presentare una scarsa rete familiare, o non abbastanza supportata rispetto alla complessità della situazione; possono risultare in uscita dall'area della tutela minori. Percorsi temporalmente da definire ma di lunga durata. Ancora da definire la possibilità e la misura della riabilitazione delle autonomie personali e dei ruoli sociali e lavorativi. C'è necessità di mantenere aperta la fase valutativa.

Richiedono:

CURA SPECIALISTICA: alta, prevedono regolarità e costanza nel rapporto clinico terapeutico con il CSM/SERDP ed attivazione al bisogno (per rischi di scompensi e ricadute), prevedono percorsi di cura complessi,;

BISOGNO ASSISTENZIALE: alto (richiedono presenza quotidiana e intensiva di personale educativo o di altro personale qualificato nell'area delle professioni di aiuto e sostegno alla persona, **inferiore alle 24 ore, generalmente H12**; possono prevedere la necessità di garantire anche i bisogni primari quando sono giovani/adulti sprovvisti di risorse economiche, personali, familiari e abitative);

OBIETTIVO: alto, prioritariamente di cura, sostegno e riabilitazione intensiva in tutti gli ambiti e le aree di vita indispensabili per un possibile e successivo progetto di vita indipendente;

RISPOSTA PREVALENTE: necessitano di risorsa residenziale con personale qualificato e adeguati programmi di intervento in tutte le aree di vita e in integrazione con il territorio;

3.2 Giovani e adulti con un quadro di deficit intellettivo ed innesto di patologia psichiatrica, non ancora stabilizzati nell'assetto clinico, con disregolazioni ed alterazioni comportamentali

Non è rilevabile nell'immediato la possibilità e la misura della riabilitazione delle autonomie e dei ruoli sociali e lavorativi, in queste situazioni anche pesantemente inficiate dal deficit intellettivo. Richiedono alto investimento di cura nella relazione, possono presentare una scarsa rete familiare, o non abbastanza supportiva rispetto alla complessità della situazione; possono risultare in uscita dall'area della tutela minori. Percorsi temporalmente da definire ma di lunga durata

richiedono

CURA SPECIALISTICA: alta, prevedono regolarità e costanza nel rapporto clinico terapeutico con il CSM e contestualmente con il Servizio Sociale Disabili ed attivazione al bisogno (per rischi di scompensi e ricadute), prevedono percorsi di cura complessi, c'è necessità di mantenere aperta la fase valutativa; si prevede il coinvolgimento del SerDP qualora vi sia una contestuale dipendenza da sostanze o alcool.

BISOGNO ASSISTENZIALE: alto. Richiedono presenza quotidiana e intensiva di personale educativo o di altro personale qualificato nell'area delle professioni di aiuto e sostegno alla persona, **inferiore alle 24 ore, generalmente H12**; possono prevedere la necessità di garantire anche i bisogni primari quando sono giovani/adulti sprovvisti di risorse economiche, personali, familiari e abitative;

OBIETTIVO: alto, prioritariamente di cura, sostegno e riabilitazione intensiva in tutti gli ambiti e le aree di vita indispensabili per valutare misura e possibilità di un progetto di vita indipendente o quali invece siano le necessità di tutela e sostegno persistenti;

RISPOSTA PREVALENTE: necessitano di risorsa residenziale con personale qualificato e adeguati programmi di intervento in tutte le aree di vita e in integrazione con il territorio;

4. SOGGETTI CON PREVALENZA DI DISAGIO SOCIALE

Persone in disagio sociale ed abitativo, relazionale, spesso prive di reddito e disoccupate/inoccupate, in condizioni di povertà, con problematiche sanitarie residuali per quanto riguarda pregresse dipendenze (SERDP) o l'area della psichiatria.(percorsi di durata variabile, ma definiti in contratti con scadenze temporali precise e orientati all'uscita)

richiedono

CURA SPECIALISTICA: media, necessitano di tenuta e presidio sulle problematiche sanitarie con chiari punti di riferimento interni ai servizi;

BISOGNO ASSISTENZIALE: medio;

OBIETTIVO: riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo, incremento della capacità economica. Recupero/abilitazione delle competenze personali nella cura del sé, nella gestione del denaro, nell'autonomia di spostamento ecc. Recupero delle relazioni familiari e comunitarie. Stabilizzazione e tenuta delle problematiche sanitarie;

RISPOSTA PREVALENTE necessitano di risorsa residenziale, spesso in co-housing con buoni margini di autonomia e supervisione di personale qualificato, con interventi settimanali variabili. Progetti integrati e coordinati fra CSM, SERDP, SST.

5. SOGGETTI IN COMPLETAMENTO di percorso terapeutico riabilitativo SERDP per i quali è necessario iniziare a progettare un reinserimento nel territorio con metodologia Budget di salute

A seguito di esito positivo del percorso in comunità terapeutica o in struttura riabilitativa e di cura sanitaria, necessitano di completare l'acquisizione di competenze personali in vista del possibile reinserimento sul territorio per il quale è necessario un precoce coinvolgimento nella progettazione del Servizio Sociale di riferimento.

Richiedono

CURA SPECIALISTICA MEDIO/ALTA, continuità e regolarità dei rapporti con servizi SERDP e con la Comunità;

BISOGNO ASSISTENZIALE MEDIO: richiedono presenza programmata e/o attivabile al bisogno, di personale educativo o altra professione di aiuto;

OBIETTIVO: stabilizzazione e tenuta di astinenza o di compenso, in previsione di una dimissione dalla condizione comunitaria e del rientro sul territorio;

RISPOSTA PREVALENTE: coabitano in fase iniziale in gruppo appartamento della comunità, investiti di compiti e funzioni di autonomia nella cura del sé e nella gestione della casa con la garanzia di supervisione di personale qualificato. In relazione alla specifica condizione personale, possono essere previsti ambiti di sperimentazione nell'area del lavoro tramite tirocinio, o contratti di lavoro. E' indispensabile che l'UVM definisca il progetto in integrazione tra servizi sanitari, servizi sociali, comunità.

Tabella A – Tipologie e ipotesi quote compartecipazione

Tipologie	Quota Sociale	Quota AUSL	Note
1 SOGGETTI PRIVI DELLE AUTONOMIE NECESSARIE PER UNA VITA INDIPENDENTE AL DOMICILIO	50%	50%	
2 SOGGETTI STABILIZZATI IN CONDIZIONE DI CRONICITA'	60%	40%	
3. SOGGETTI IN FASE EVOLUTIVA DELLA MALATTIA, di cui:			
<i>3.1 Giovani e adulti in fase evolutiva di psicopatologia, non stabilizzati a rischio di scompensi e /o ricadute (CSM servizio prevalente)</i>	15%	85%	
<i>3.2 Giovani e adulti con un quadro di deficit intellettivo ed innesto di patologia psichiatrica, non ancora stabilizzati nell'assetto clinico, con disregolazioni ed alterazioni comportamentali. Questa tipologia riguarda tutti gli inserimenti in strutture non accreditate per la disabilità</i>	60% comprende: Quota Sociale, FRNA, Compartecipazioni	40%	
4. SOGGETTI CON PREVALENZA DI DISAGIO SOCIALE	60%	40%	
5. SOGGETTI IN COMPLETAMENTO DI PERCORSO TERAPEUTICO RIABILITATIVO SERDP	15%	85%	