Mappatura
della fragilità in valle

Territorio di riferimento

- Valle Infernotto e Bronda
- Valle Po
- Valle Varaita
- Valle Grana
- Valle Maira
- Valle Stura

Definizione condivisa di fragilità

(26/5/2020): *«Condizione caratterizzante persone, in particolare anziani, residenti in territorio montano la cui permanenza al domicilio e conseguentemente la possibilità di invecchiare bene risulta essere particolarmente a rischio a causa di problemi di salute (patologie croniche) e condizioni di isolamento territoriale e relazionale»*

Strumenti

Questionario online:

- *Identificazione compilatore*
- *Identificazione fragile*
- *Stato invalidità*
- *Condizione di criticità*
- *Quadro sanitario*
- *Contesto di vita della persona fragile*
- *Interventi a favore della persona fragile*

Compilatori

- Assistenti sociali
- Infermieri/e
- Operatori/trici socio sanitari/e

Mappatura della fragilità in valle

Periodo di rilevazione

Dal 26/5/2020

al 28/2/2021

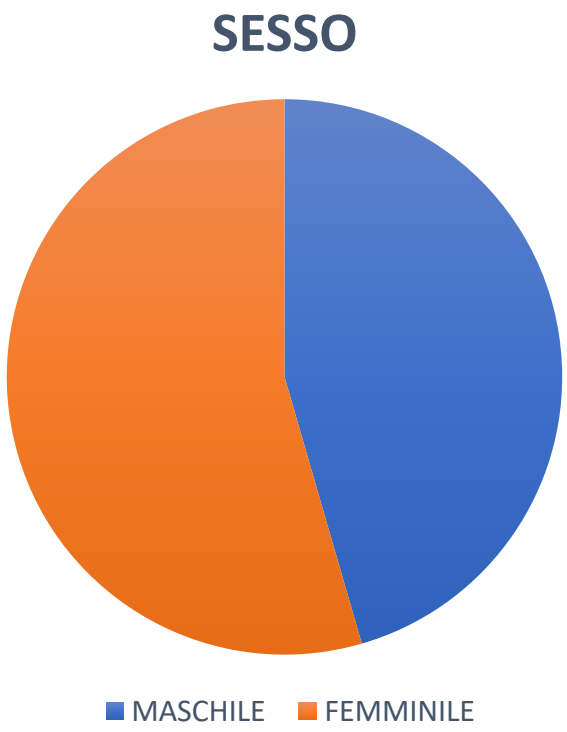
Mappatura
della fragilità in valle

RISULTATI

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

- **Sesso**: 91 femmine/ 76 maschi
- **Età media** femmine: 82 anni
- **Età media** maschi: 79 anni

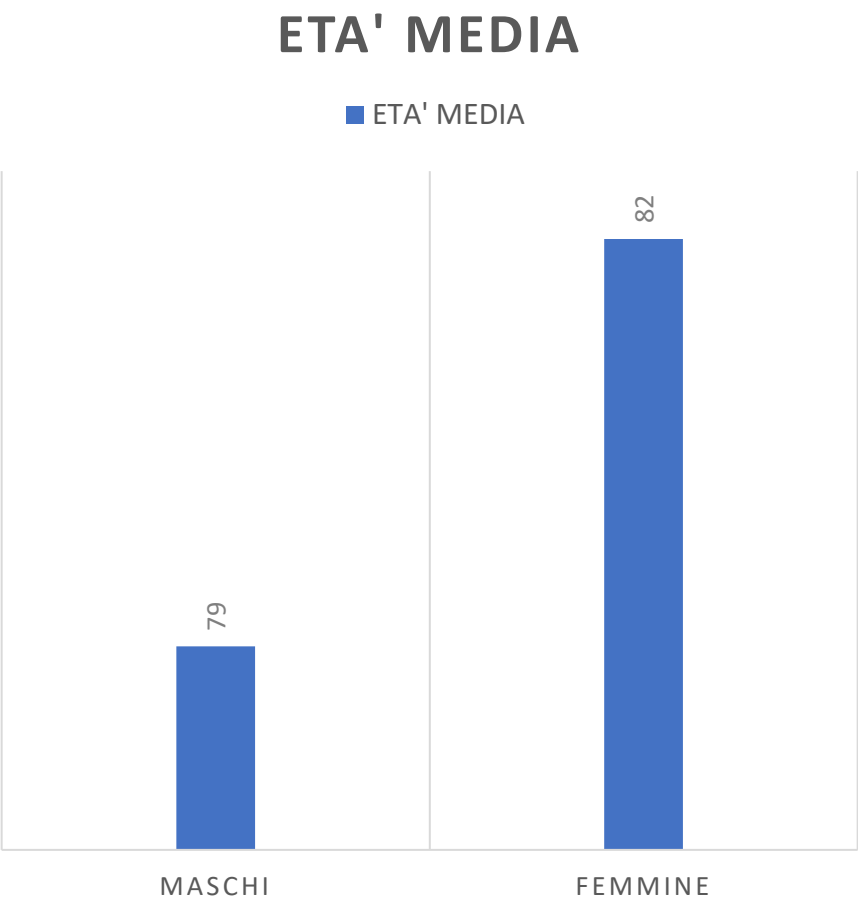


Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

- **Sesso**: 91 femmine/ 76 maschi
- **Età media** femmine: 82 anni
- **Età media** maschi: 79 anni



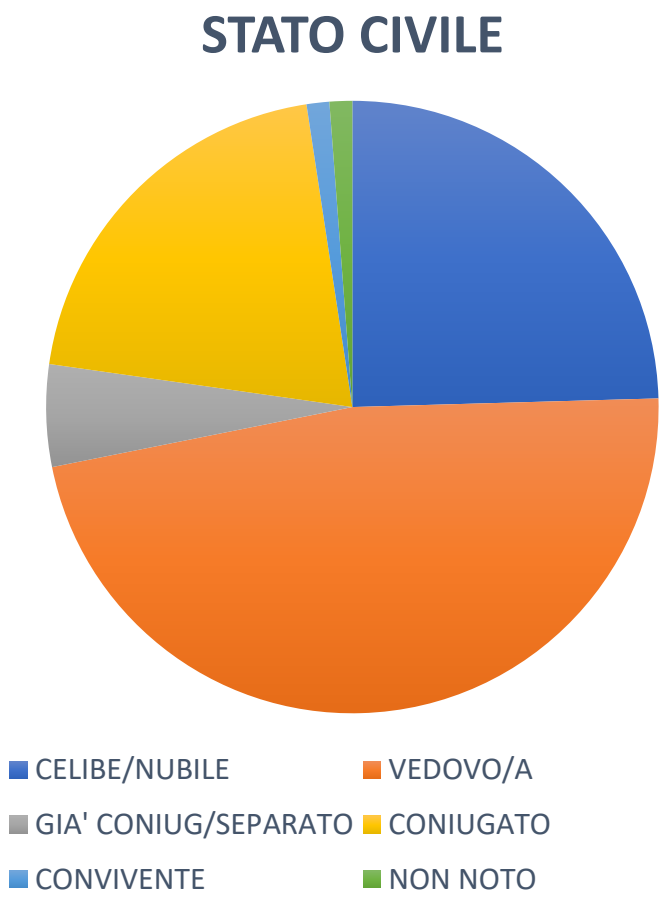
Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Stato civile:

- celibe/nubile: 41
- vedovo/a: 79
- già coniugato/separato: 9
- coniugato: 34
- convivente: 2
- non noto: 2



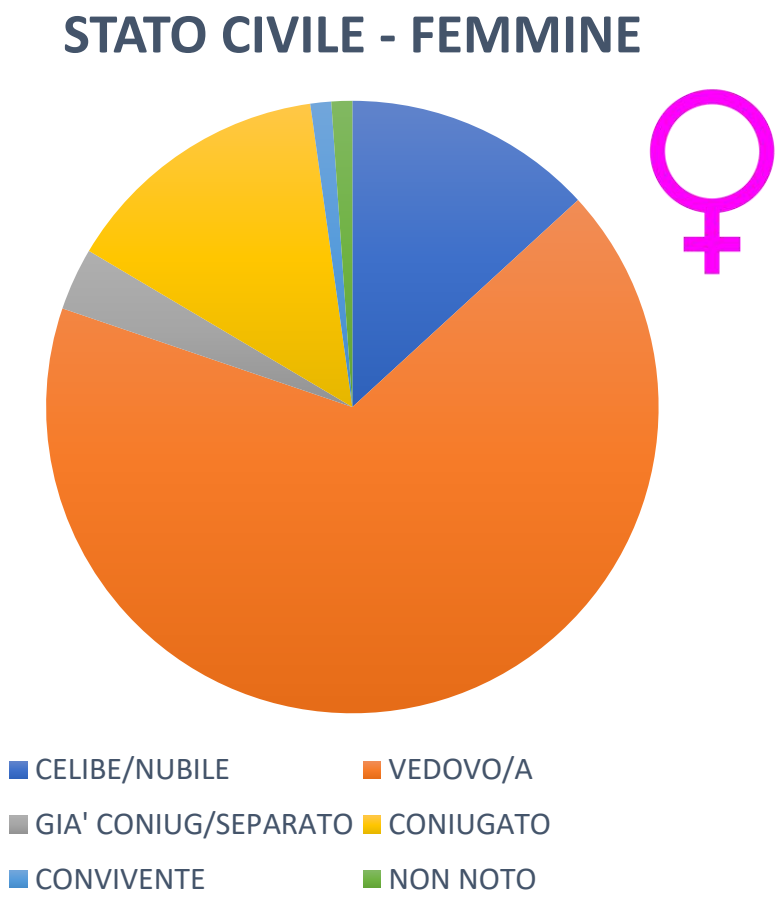
Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Stato civile:

- celibe/nubile: 41
- vedovo/a: 79
- già coniugato/separato: 9
- coniugato: 34
- convivente: 2
- non noto: 2



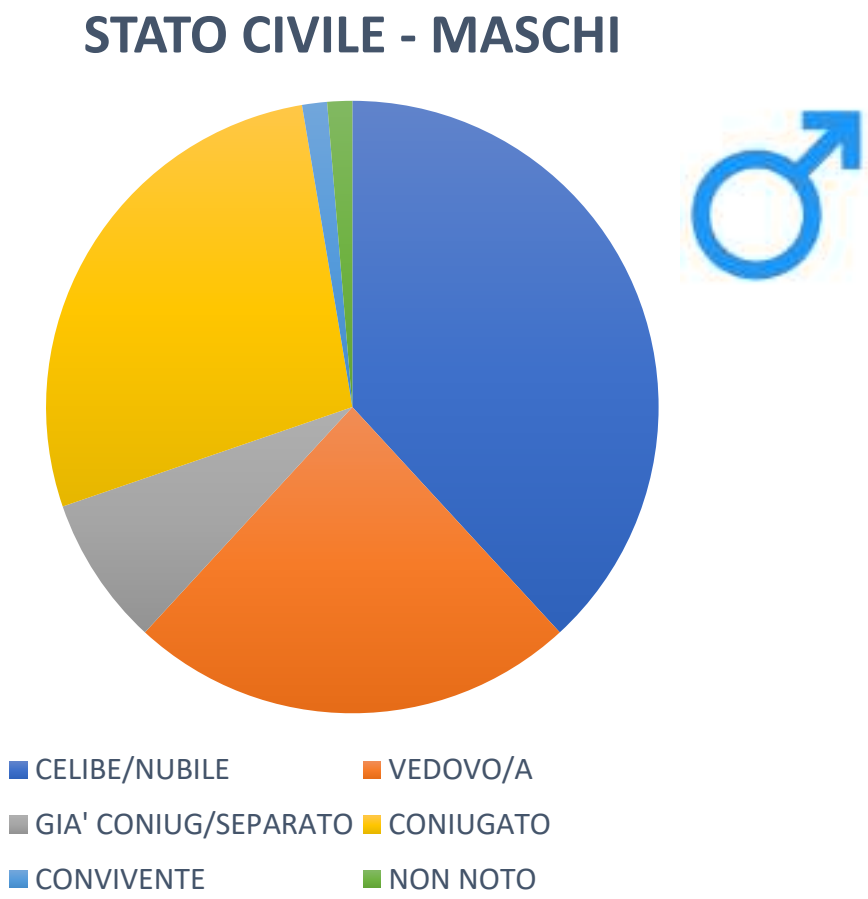
Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Stato civile:

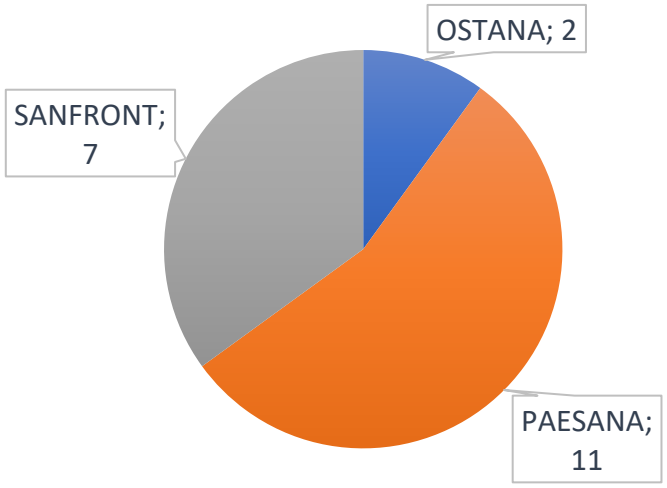
- celibe/nubile: 41
- vedovo/a: 79
- già coniugato/separato: 9
- coniugato: 34
- convivente: 2
- non noto: 2



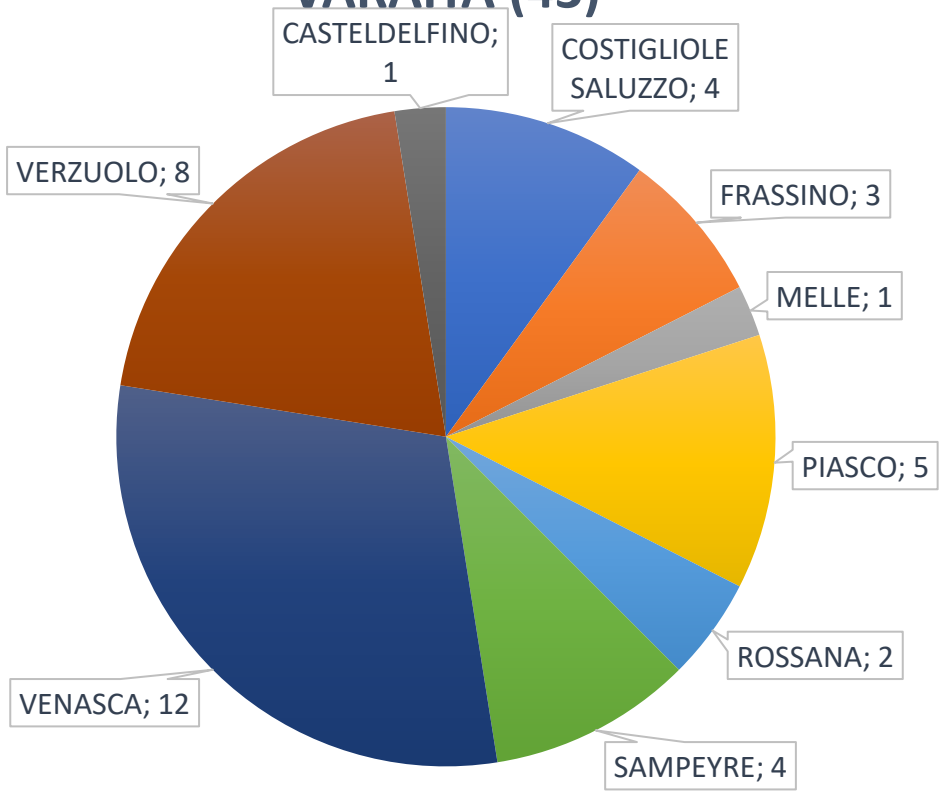
Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI: LOCALIZZAZIONE VALLI DEL CMS:

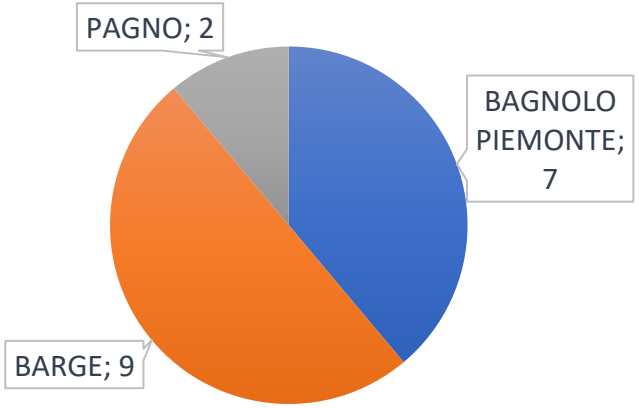
PO (20)



VARAITA (43)



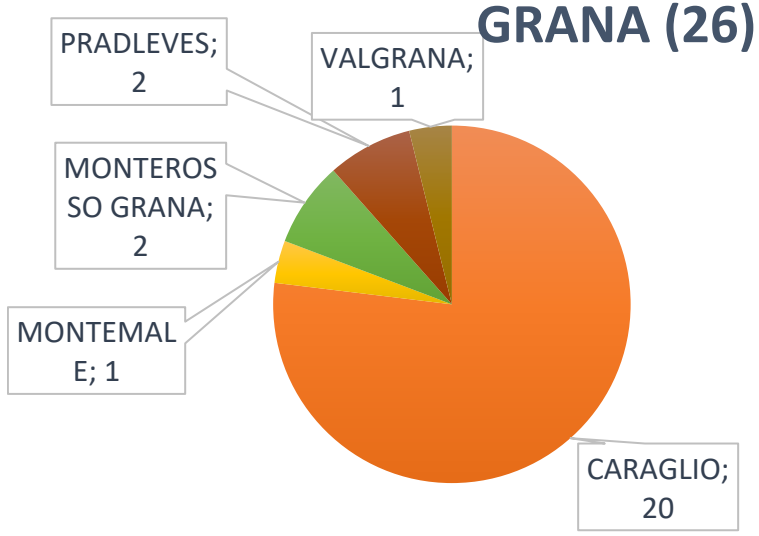
BRONDA INFERNOTTO (18)



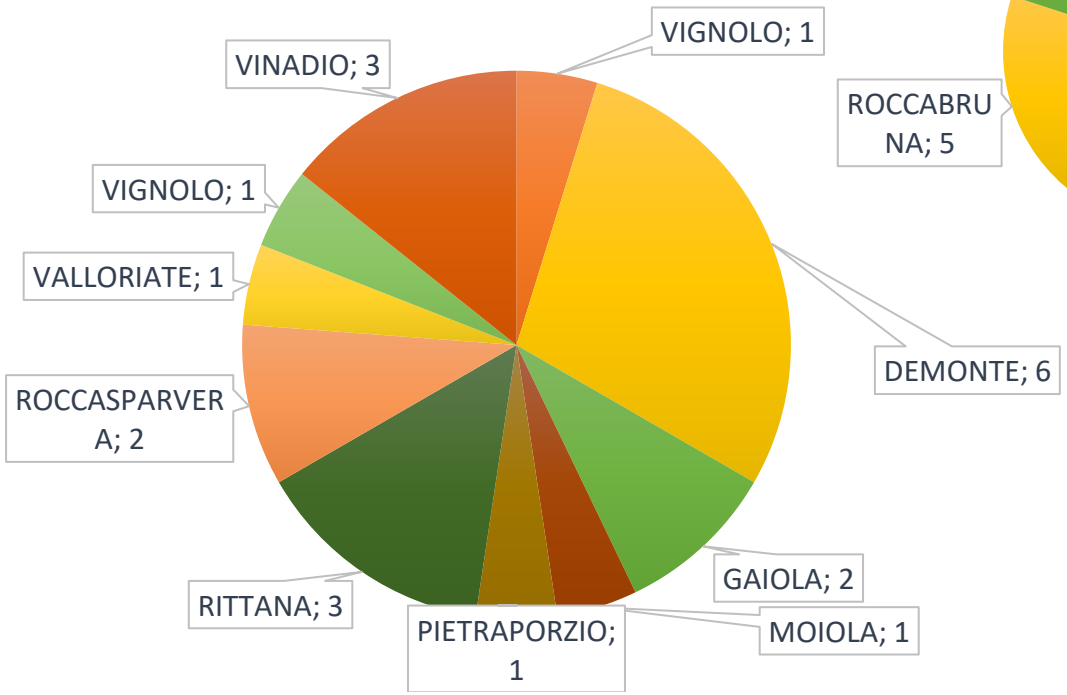
Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI: LOCALIZZAZIONE VALLI DEL CSAC:

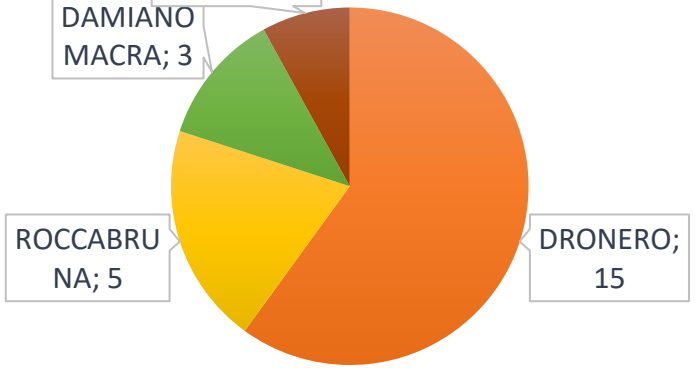
GRANA (26)



STURA (21)



MAIRA (25)

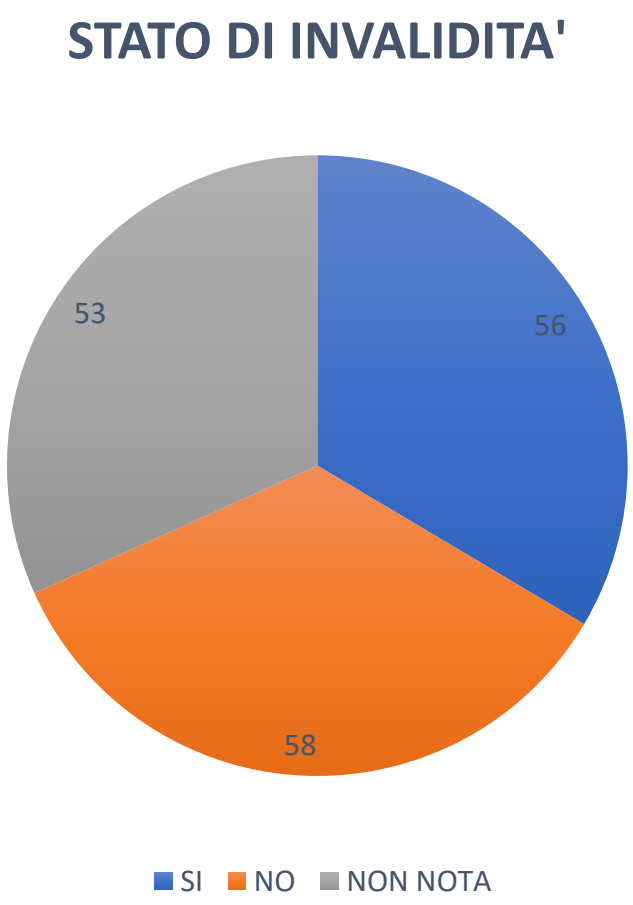


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizione di invalidità:

- Si/No/Non nota
- Si; percentuale

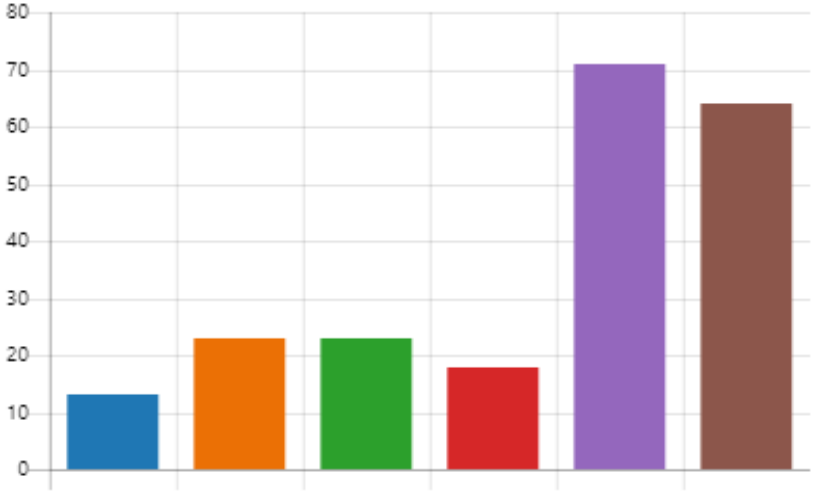


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizione di cronicità:

BPCO - BroncoPneumopatia C...	13
DIABETE MELLITO TIPO 2	23
SCOMPENSO CARDIACO Clas...	23
RISCHIO SCOMPENSO CARDI...	18
PATOLOGIE SANITARIE NON N...	71
Altro	64

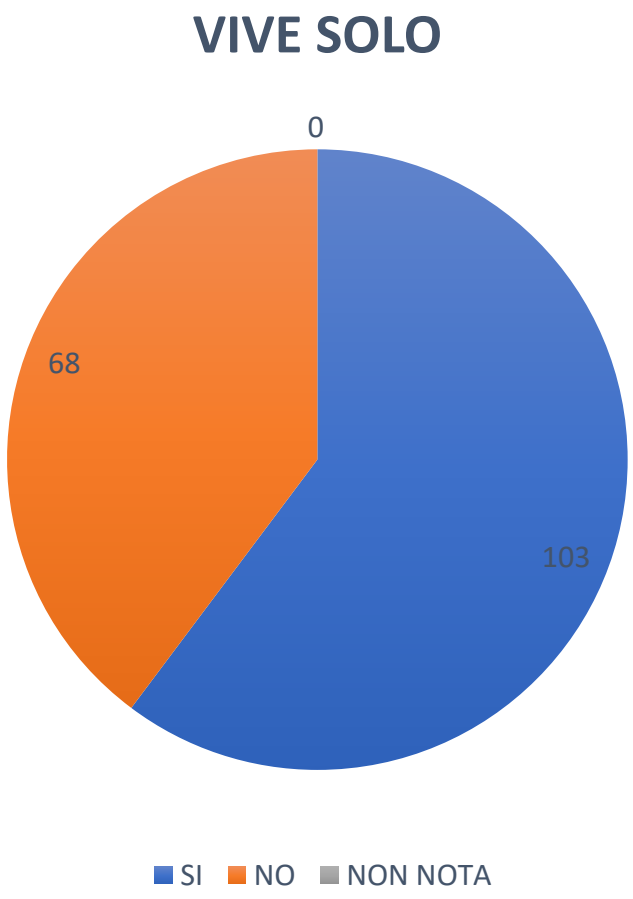


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- **Vive solo**: 103 SI, 68 NO



Mappatura della fragilità in valle

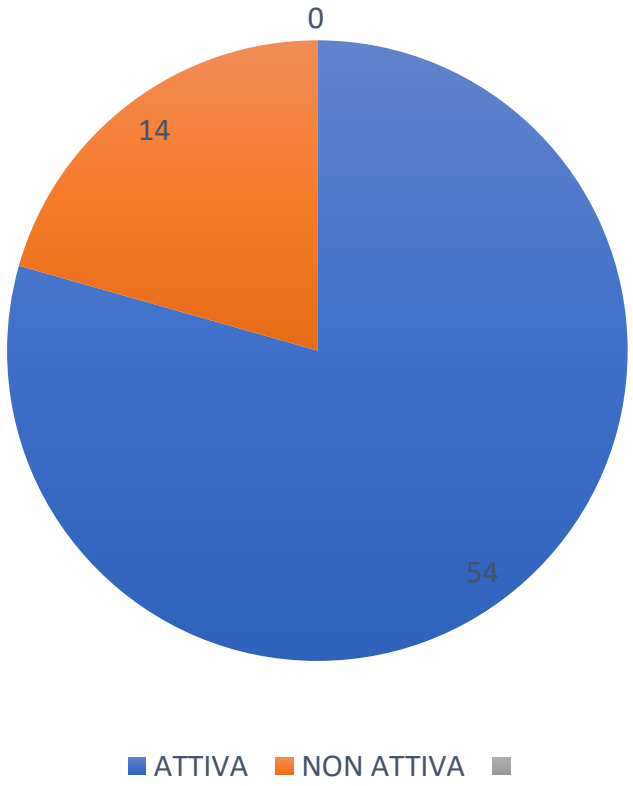
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- **Vive solo**: 103 SI, 68 NO
- Se NO: la rete famigliare è attiva?

RETE FAMIGLIARE CONVIVENTE

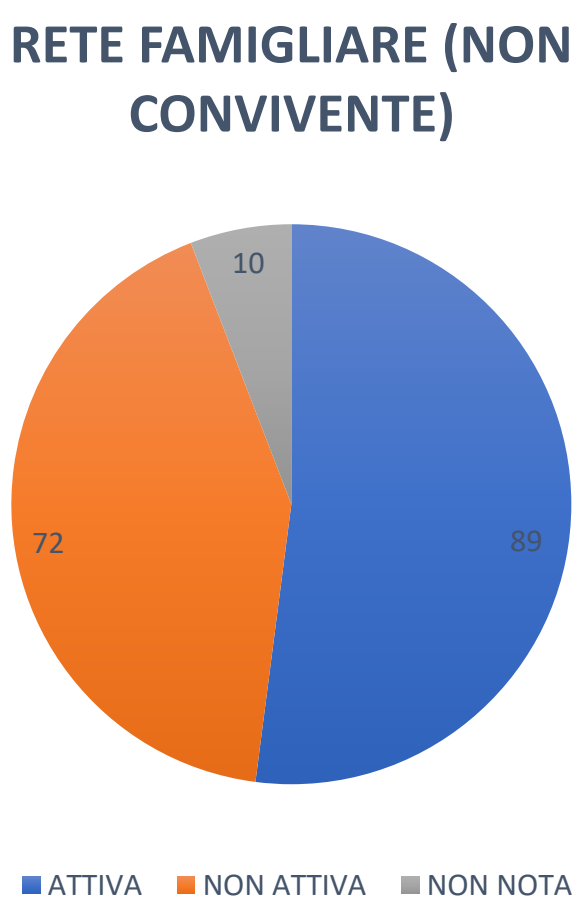


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- E' attiva una **rete famigliare di supporto** (non convivente): 89 SI



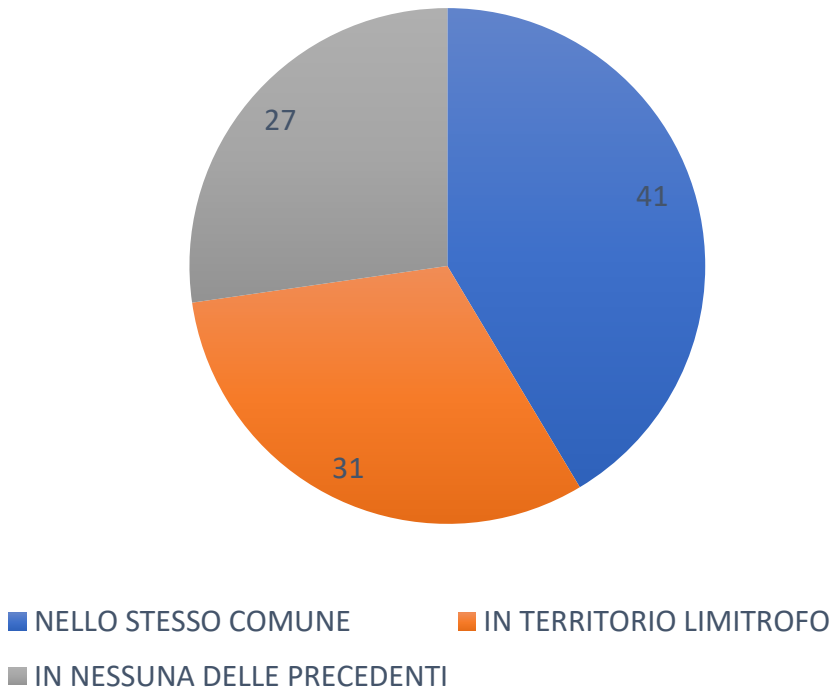
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- E' attiva una **rete famigliare di supporto** (non convivente): 89 SI
- **Dove è collocata**?

COLLOCAZIONE RETE FAMIGLIARE (NON CONVIVENTE)



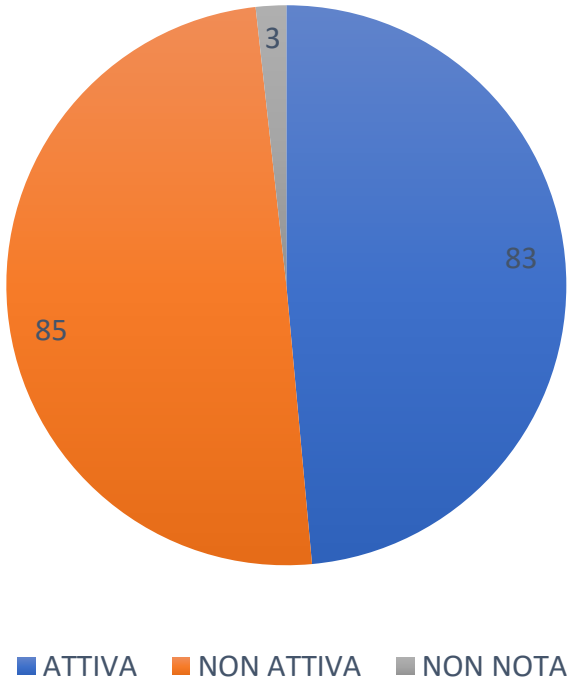
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- E' attiva una **rete territoriale di supporto**? SI 83

COLLOCAZIONE RETE FAMIGLIARE (NON CONVIVENTE)



Mappatura della fragilità in valle

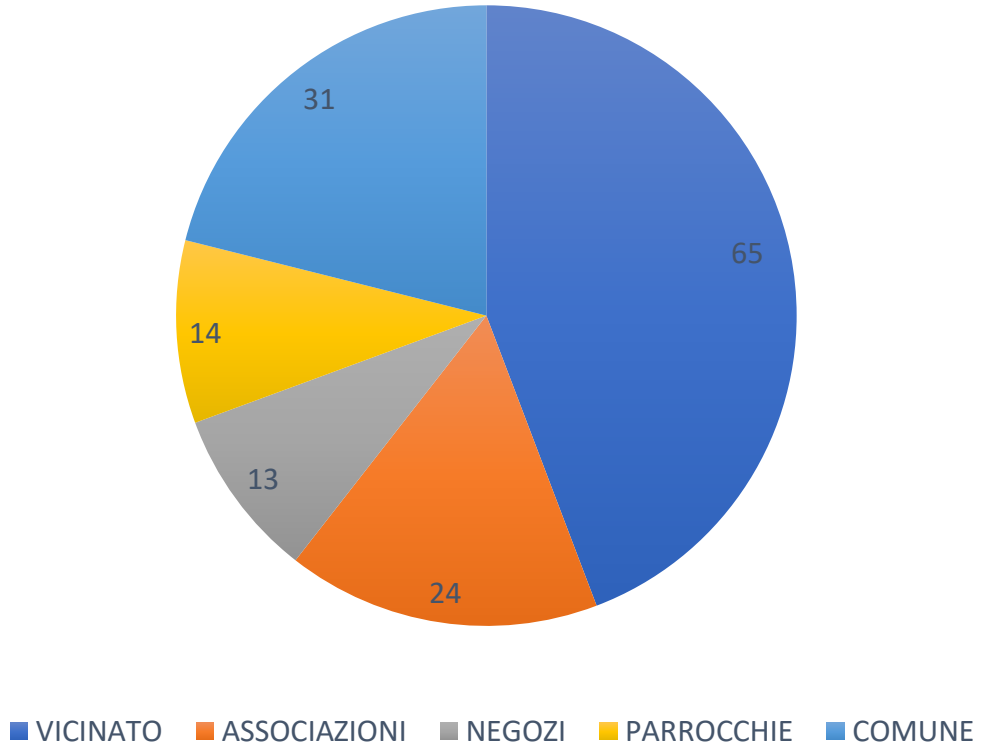
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

RISORSA TERRITORIALE PREVALENTE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- E' attiva una **rete territoriale di supporto**? SI 83
- Qual è la **risorsa prevalente**?

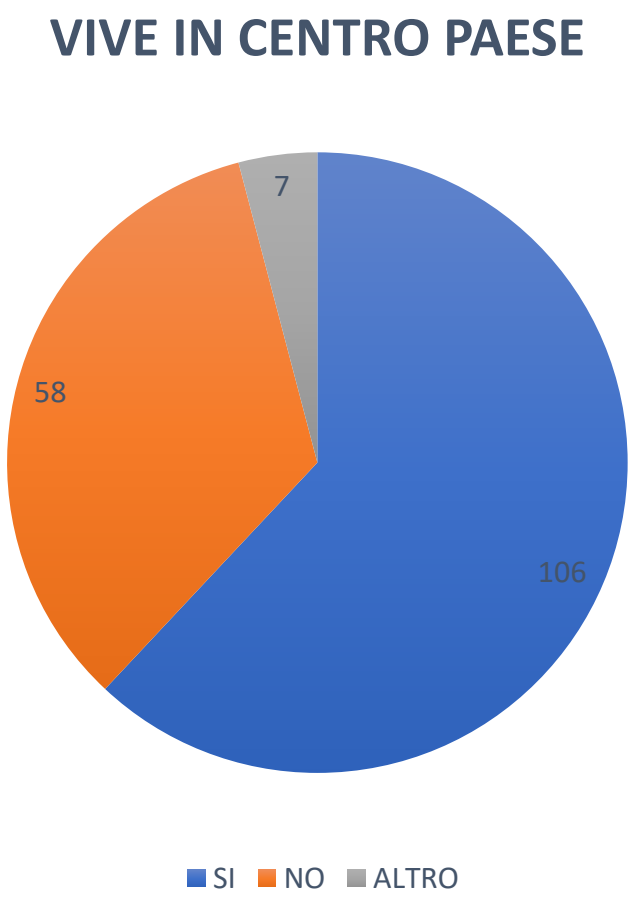


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- **Vive in centro paese**?



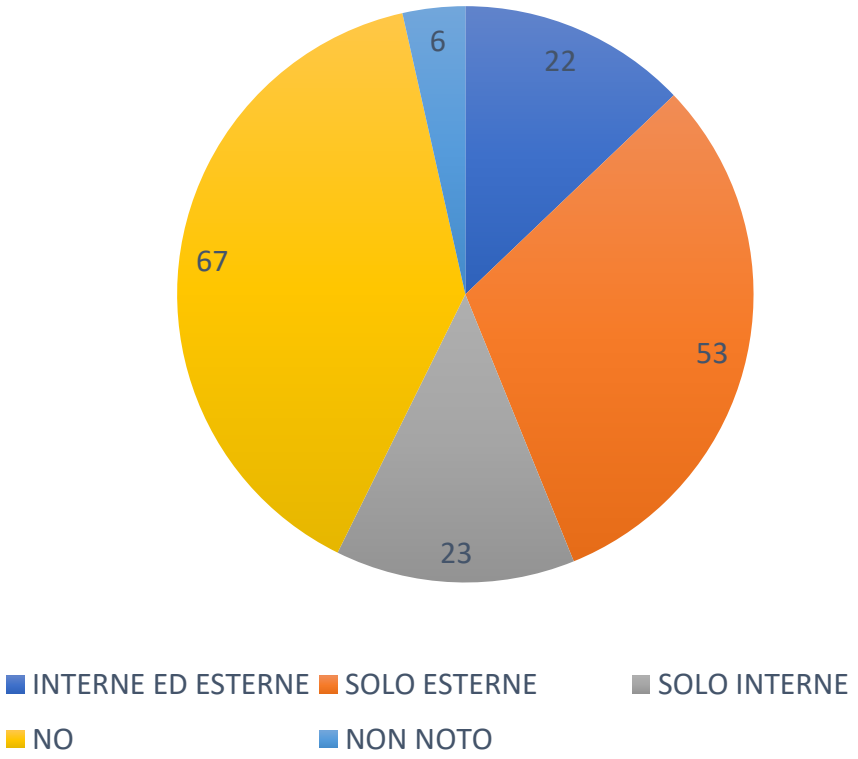
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Condizioni di vita:

- **Vive in centro paese**?
- **Sono presenti barriere architettoniche**?

BARRIERE ARCHITETTONICHE



Mappatura della fragilità in valle

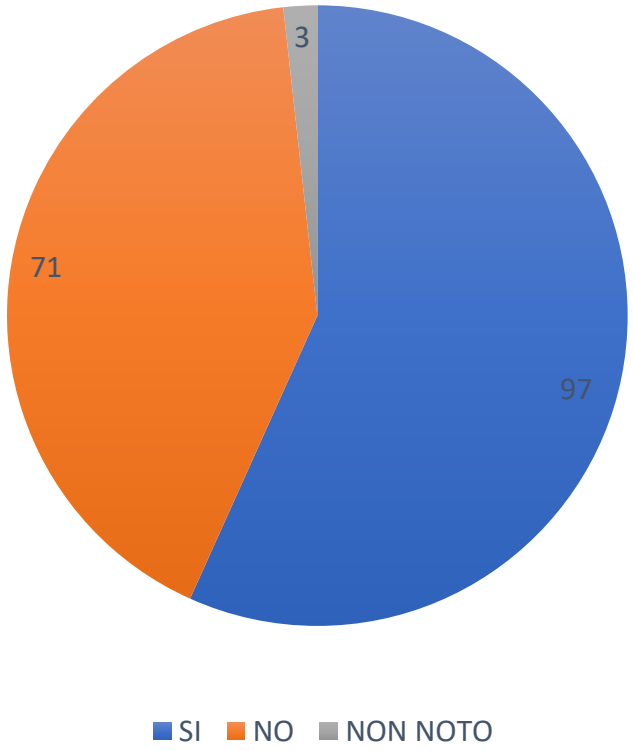
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Interventi professionali attivi:

- di **rilievo sociale**

INTERVENTI DI RILIEVO SOCIALE



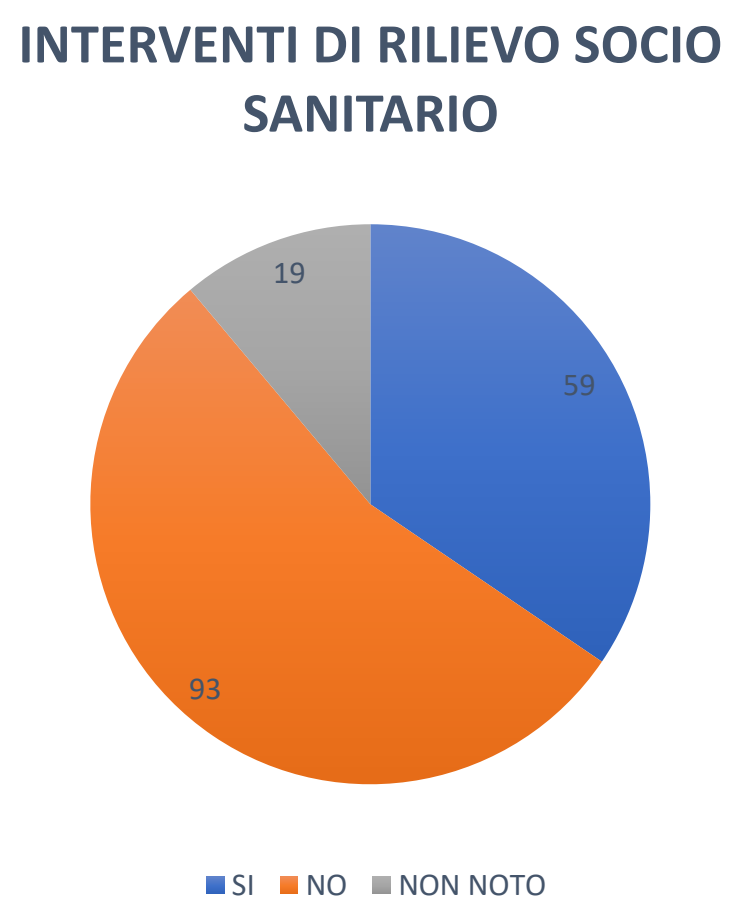
Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Interventi professionali attivi:

- di rilievo sociale
- di **rilievo socio sanitario**



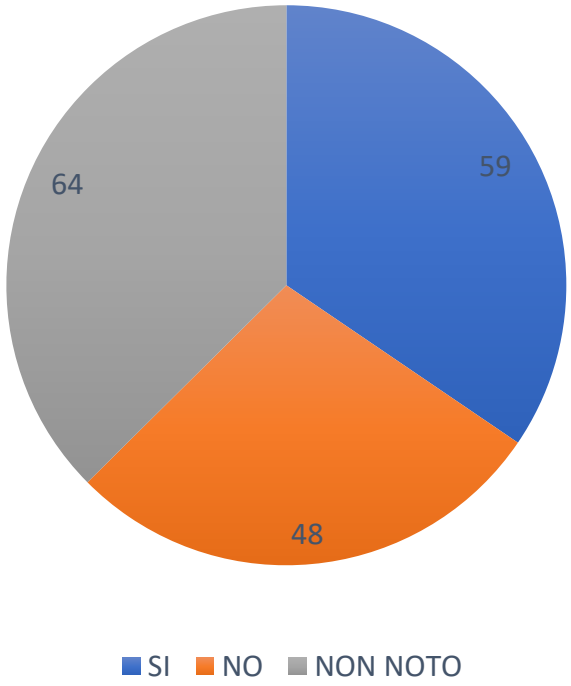
Mappatura della fragilità in valle

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Interventi professionali attivi:

- di rilievo sociale
- di rilievo socio sanitario
- di **rilievo sanitario**



Mappatura della fragilità in valle

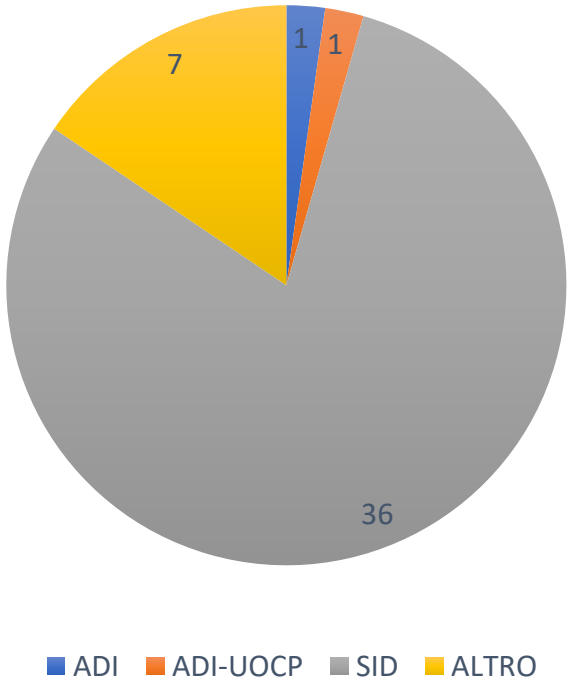
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Interventi professionali attivi:

- di rilievo sociale
- di rilievo socio sanitario
- di rilievo sanitario, **quali**?

INTERVENTI DI RILIEVO SOCIO SANITARIO – DOMICILIARE



Mappatura della fragilità in valle

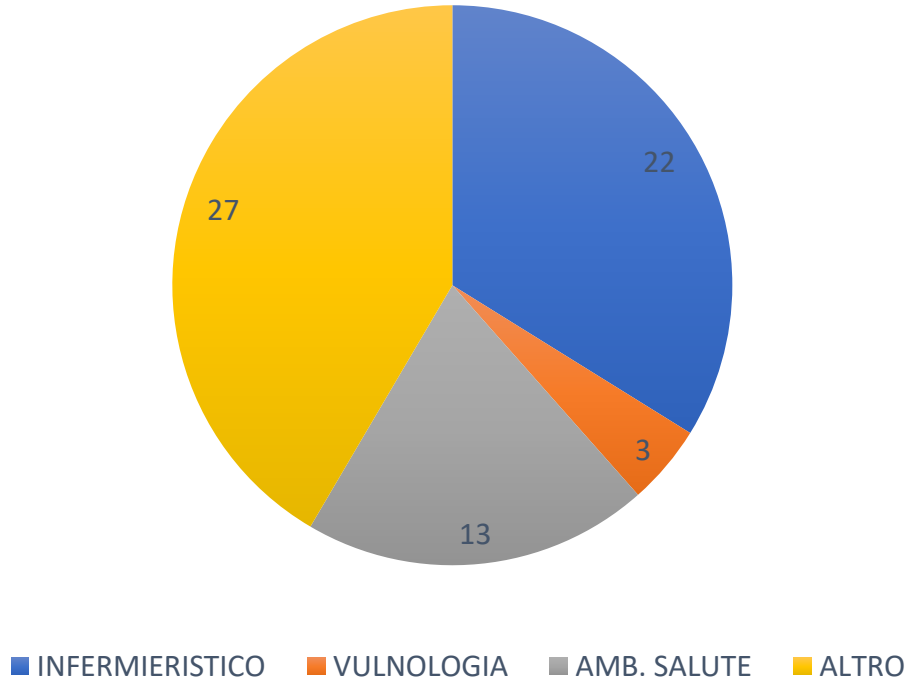
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

167 persone – caratteristiche:

Interventi professionali attivi:

- di rilievo sociale
- di rilievo socio sanitario
- di rilievo sanitario, **quali**?

INTERVENTI DI RILIEVO SOCIO SANITARIO – AMBULATORIO

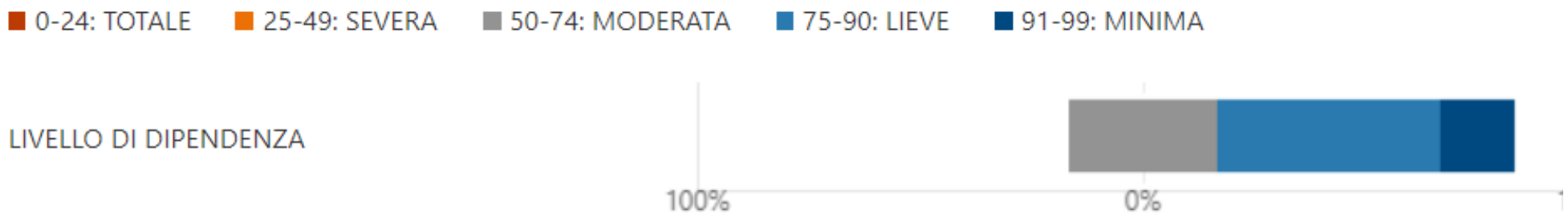


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- Barthel index (6)

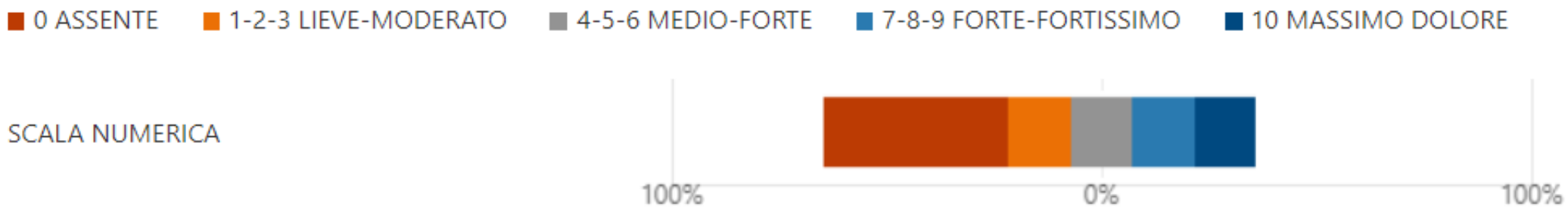


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- Valutazione del dolore (7)

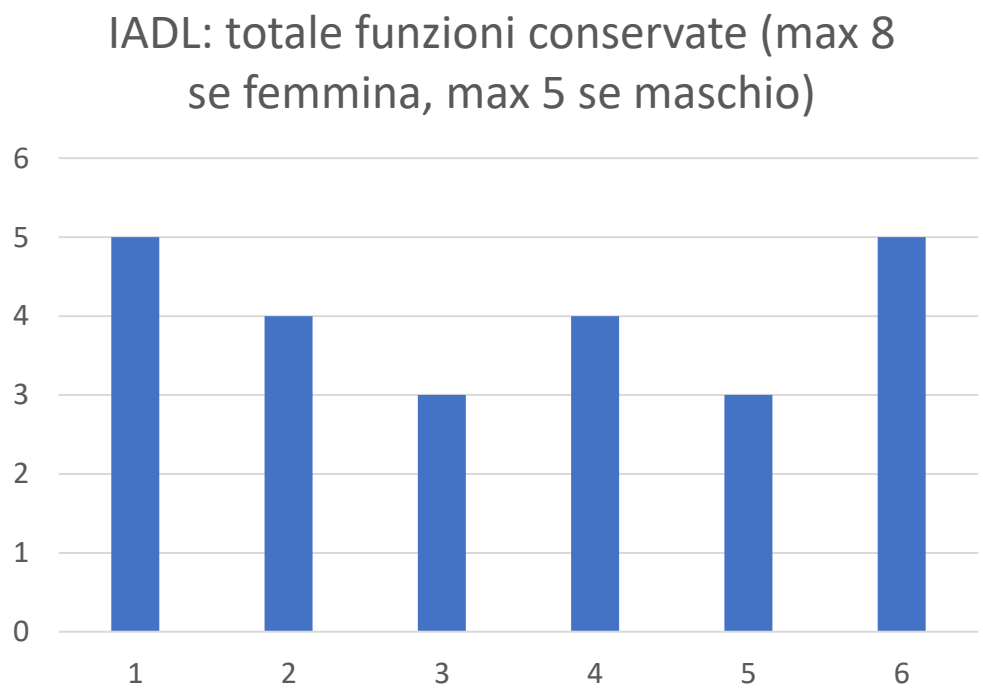


PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- IADL (6)



PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- SCALA DI BRADEN (5)

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- WOUND BED SCORE (3)

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

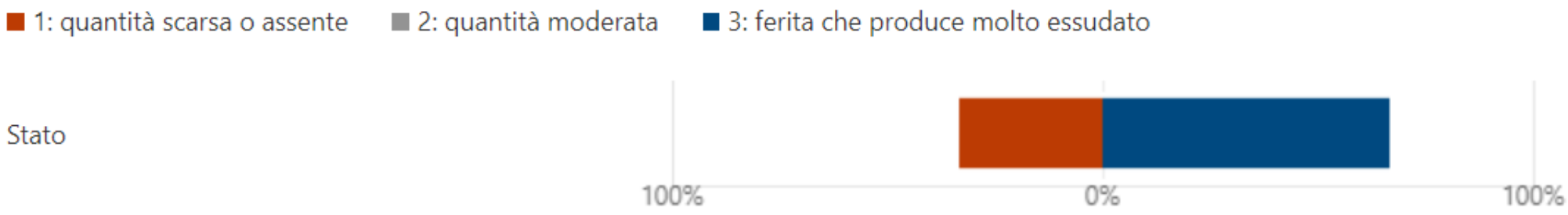
- WOUND BED SCORE (3)

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- WOUND BED SCORE (3)



PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- TEST DI FAGERSTORM (2)

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- SCALA DI MORISKY (8)

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

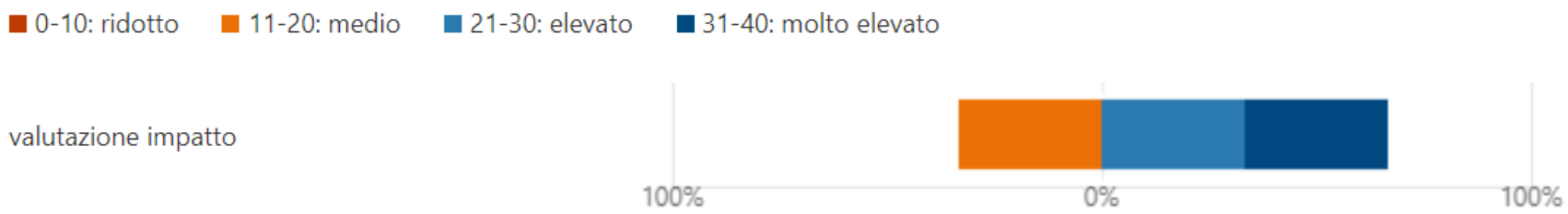
- SCALA CONLEY (4)

PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

20 persone – approfondimenti:

Scale di valutazione:

- CAT TEST BPCO (3)



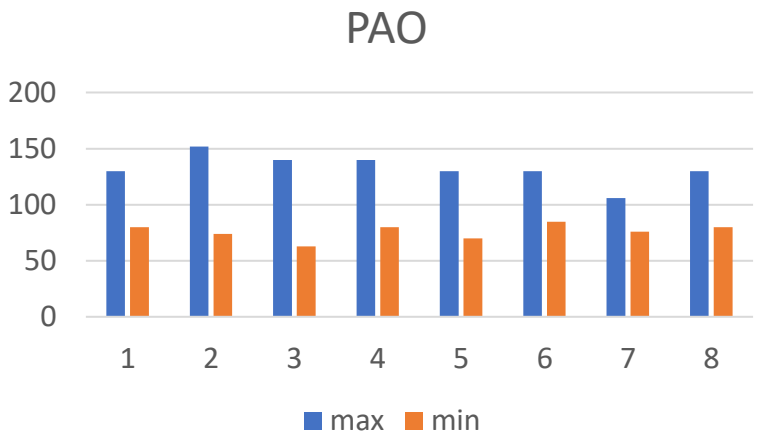
Mappatura della fragilità in valle

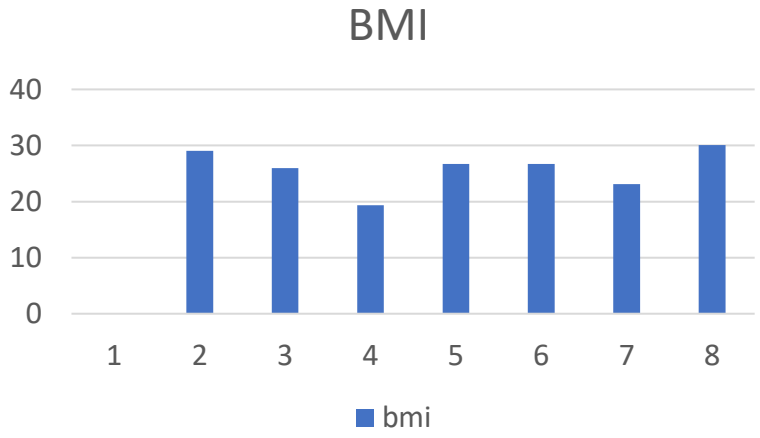
PERSONE FRAGILI INDIVIDUATE

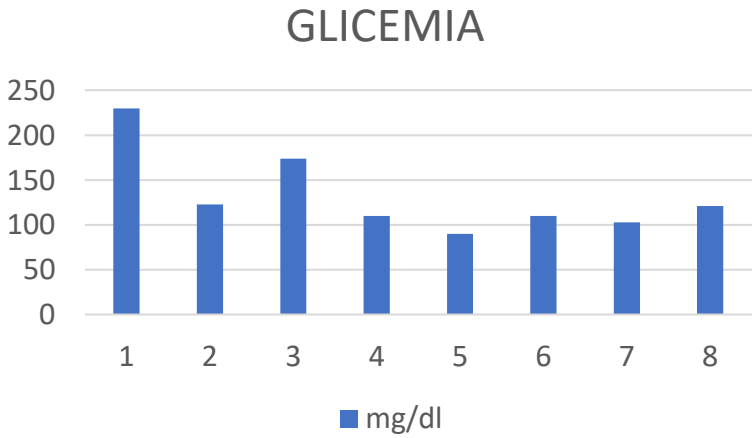
20 persone – approfondimenti:

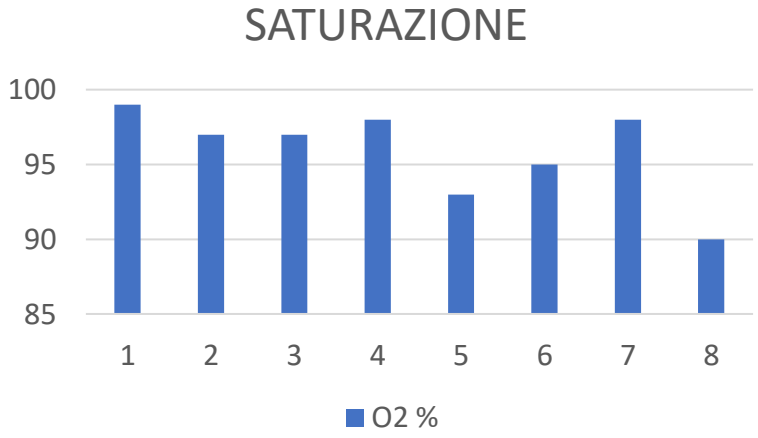
Scale di valutazione:

- RILEVAZIONE PARAMETRI (8)







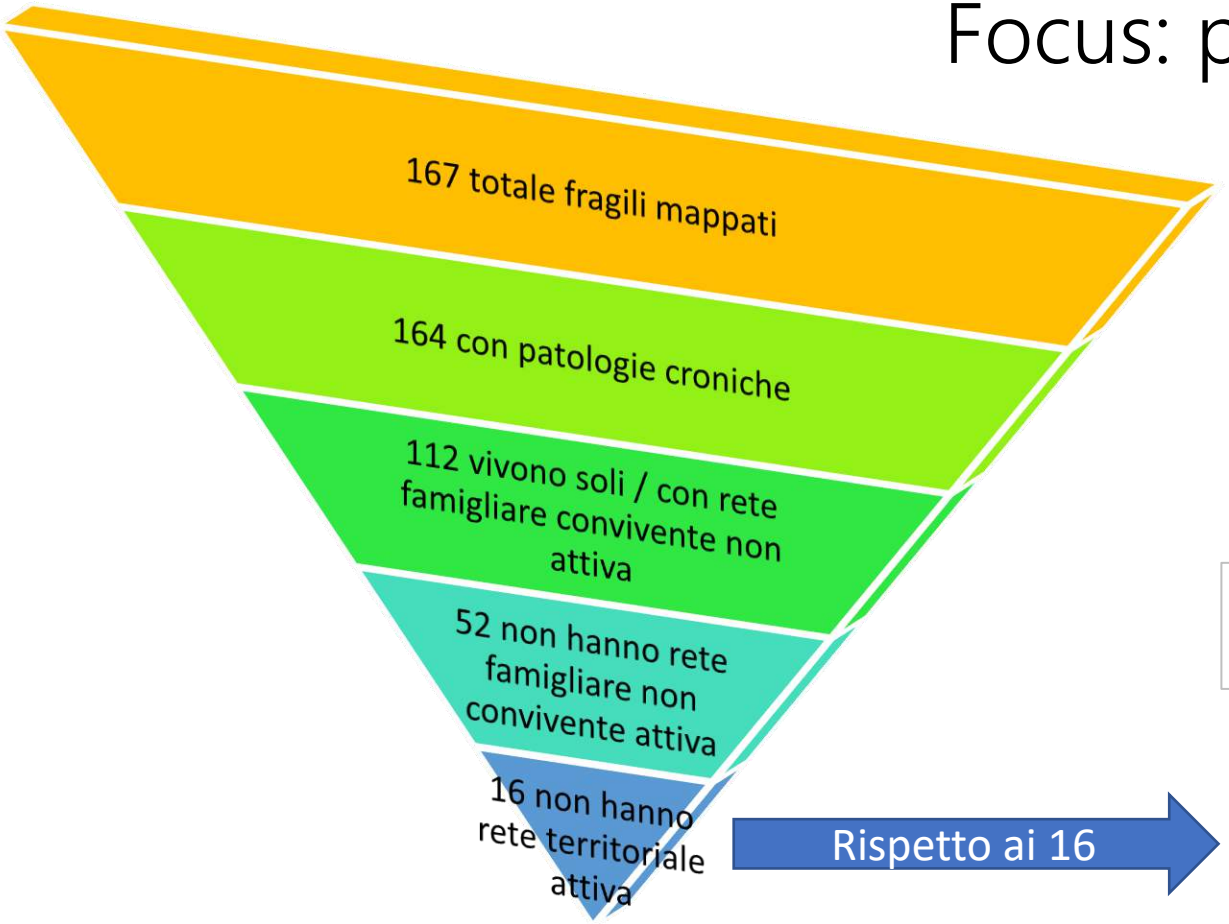


Mappatura
della fragilità in valle

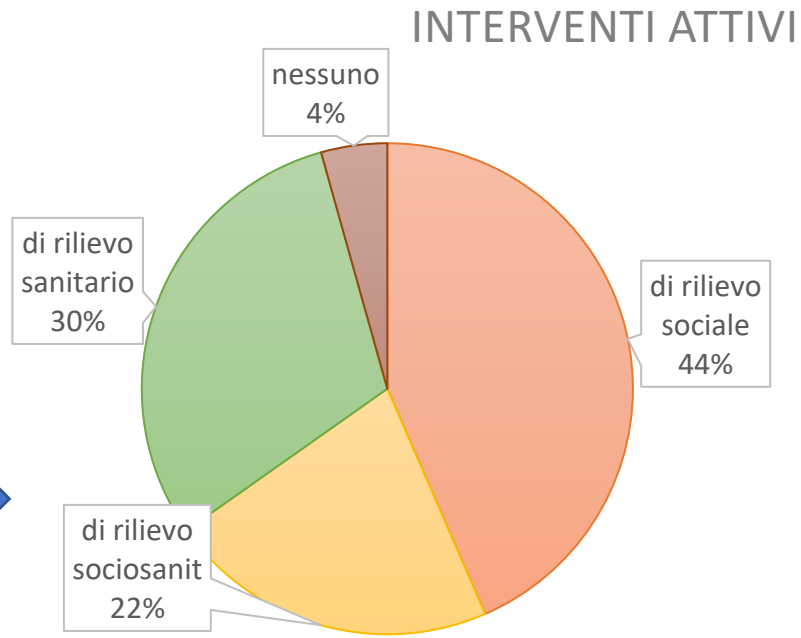
ALCUNE ANALISI

Mappatura della fragilità in valle

Focus: prese in carico integrate

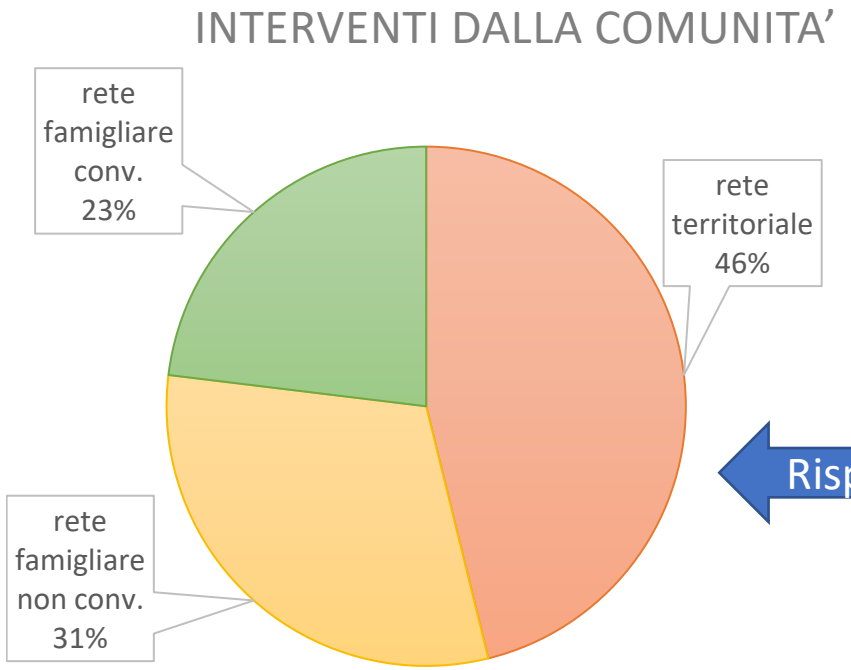


Rispetto ai 16



Mappatura della fragilità in valle

Focus: prese in carico integrate

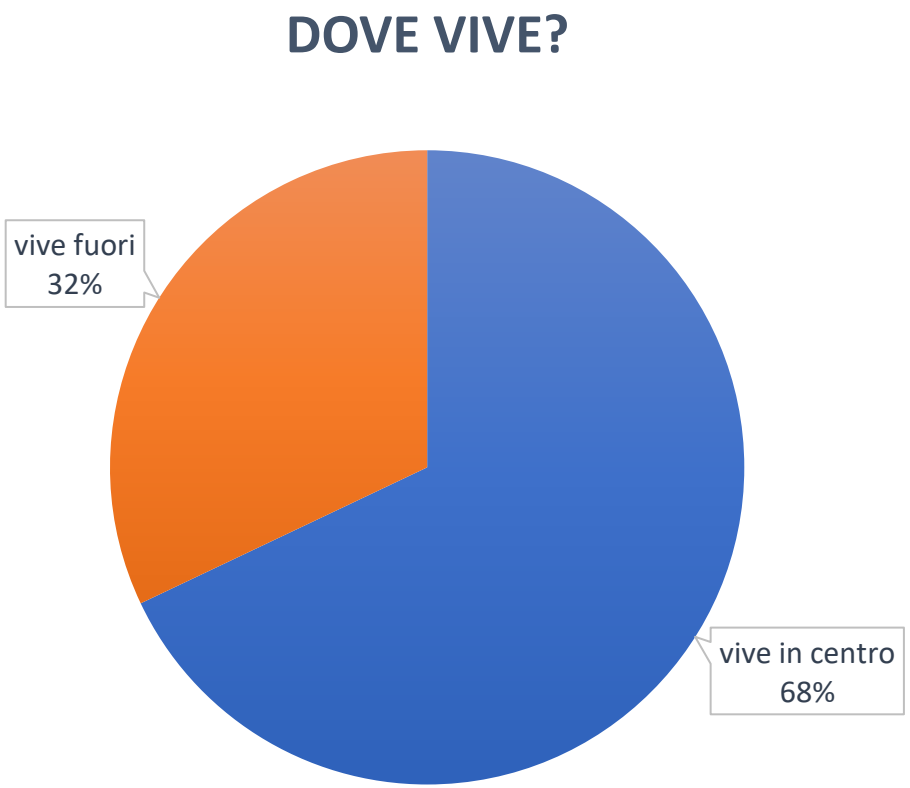


Rispetto ai 10

Focus: rete territoriale

78 persone fragili sono supportate dalla rete territoriale:

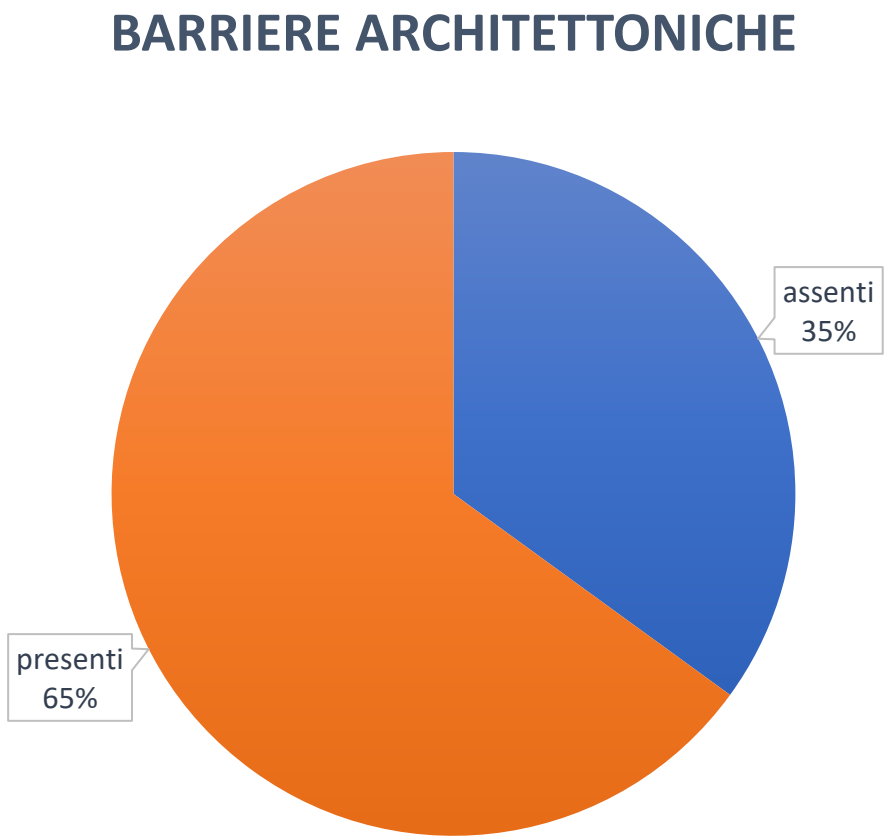
- Vivono in centro paese?



Focus: abitazioni e rischi

100 persone fragili vivono sole:

- La loro casa ha barriere architettoniche?



Mappatura
della fragilità in valle

REVISIONE DELLA DEFINIZIONE DI FRAGILITA’

Definizione condivisa di fragilità

(13/5/2021): *«Condizione caratterizzante persone, in particolare anziani, residenti in territorio montano la cui permanenza al domicilio e conseguentemente la possibilità di invecchiare bene risulta essere particolarmente a rischio a causa di problemi di salute (patologie croniche), dell' ambiente di vita e/o di isolamento territoriale e relazionale»*

PITER TERRES MONVISO

PROGETTO N. 5 INCL/BIEN VIEILLIR

Definizione del Modello di rete

(azione 3.1)

Report Prima fase

CHINTANA s.r.l.
Sviluppo e finanza di progett

PREMESSA

Nell'ambito della attuazione del Progetto Alcotra INCL – Invecchiare bene, promosso dal **Consorzio Monviso Solidale** in partenariato con **l'ASL CN 1** ed il **Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese**, è prevista la definizione di un modello di rete da mettere in atto sul territorio coinvolto dall'iniziativa (Valli Po, Bronda, Infernotto, Varaita, Maira, Grana, Stura) che preveda la costituzione di un gruppo multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti (GIPIC), individuati in soggetti fragili, anziani, con patologie croniche, residenti in valle presso il proprio domicilio.

Al fine di definire l'approccio e il modello organizzativo di rete della presa in carico, è stato istituito un gruppo di studio, all'interno del quale è stata condivisa la necessità di avviare un'azione di indagine che coinvolga gli operatori ad oggi attivi sui territori interessati, ed in particolare le figure di: Assistenti sociali, Operatori Socio-Sanitari ed Infermieri di territorio.

Al fine di recepire i loro contributi diretti, alla luce della loro esperienza, della loro azione *sul campo* e della loro conoscenza diretta dei casi assistiti, sono stati organizzati incontri one to one, realizzati tramite contatto telefonico o videochiamata.

Intervistate n. 30 persone
-
Tracce di intervista in allegato

I soggetti coinvolti in questa indagine sono stati individuati all'interno del gruppo di studio e designati dai referenti dei diversi partner di progetto (i due Consorzi e l'ASL).

Al fine di rendere efficace il nuovo modello e di contestualizzarlo sulla base delle caratteristiche e delle esigenze dei territori di ricaduta dell'iniziativa, sono stati affrontati i seguenti temi:

- ⇒ ESIGENZE E PROBLEMATICHE CONNESSE ALLO SVOLGIMENTO OPERATIVO DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI
- ⇒ ESIGENZE E PROBLEMATICHE CONNESSE AI SOGGETTI FRAGILI DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI
- ⇒ RETI DI RELAZIONI PRESENTI SUI TERRITORI: OPPORTUNITA' E CARENZE
- ⇒ ESPERIENZE GIA' IN ATTO O REALIZZATE RELATIVAMENTE AD ALTRI PROGETTI LOCALI: BUONE PRATICHE ED INSUCCESSI

⇒ L'IMPATTO GENERATO SULLE ESIGENZE DEI SOGGETTI FRAGILI, SULLA TIPOLOGIA E MODALITA' DI EROGAZIONE DEI SERVIZI E SULLE CONDIZIONI DI CONTESTO DA PARTE DELL'EMERGENZA SANITARIA GENERATA DAL COVID 19.

Gli operatori socio-sanitari coinvolti, per ciascuna valle, ai quali è stata sottoposta la traccia di intervista, sono stati i seguenti:

- VALLE VARAITA:

-Simone Ferrua, assistente sociale
-Silvana Garino, OSS
-Irene Forniglia, OSS

- VALLE INFERNOTTO (BARGE-BAGNOLO)

-Denisio Bonetto, assistente sociale
-Elena Conti, OSS

- VALLE BRONDA

-Paola Melchio, assistente sociale
-Anna Peiretti, OSS

- VALLE PO

-Rita Margiotta, assistente sociale
-Livia Beltramo, OSS

- UVG SALUZZO

-Gemma Bertola, assistente sociale
-Lauretta Ferrua, OSS

- VALLE GRANA

-Alberto Caccia, assistente sociale
-Gloria Dalmasso, coordinatrice OSS Grana e Maira
-Raffaella Mocchiolo, OSS casa di riposo di Monterosso Grana
-Beata Hadrzynska, OSS casa di riposo di Monterosso Grana
-Paola Luciano, direttrice casa di riposo di Monterosso Grana
-Salem Smari, OSS casa di riposo Don Dalmasso di Bernezzo

- VALLE MAIRA

-Carlotta Vaudagnotto, assistente sociale
-Gloria Dalmasso, coordinatrice OSS Grana e Maira

- VALLE STURA

-Federica Dotta, assistente sociale

-Ornella Occelli, coordinatrice OSS di territorio.

INDAGINE CONOSCITIVA SUI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Al fine di facilitare la lettura delle informazioni fornite e restituire un quadro completo in merito allo scenario attuale nel quale opera il servizio socio-assistenziale sul contesto oggetto di analisi, i contenuti emersi saranno trattati sotto due aspetti principali: territoriale e tematico.

La prima chiave di lettura consente di individuare le peculiarità di ciascuna valle, nell'ottica di organizzare ciascun GIPIC coerentemente con le dinamiche e le esigenze del contesto nel quale andrà ad operare.

La seconda, intende focalizzare l'attenzione su alcuni temi prioritari, in grado di apportare contributi utili ed indirizzare le modalità operative dei gruppi di lavoro che si intendono organizzare.

a. I contesti vallivi: esperienze, relazioni e luoghi a confronto

Molteplici sono gli elementi che determinano gli scenari delle 5 valli coinvolte nell'attuazione del progetto e che generano realtà localmente differenti.

⇒ I contesti vallivi più pronti ed organizzati (sotto il profilo del personale coinvolgibile, delle esperienze realizzate e delle relazioni esistenti) ad attivare la fase di sperimentazione sono la Valle Varaita e la Valle Grana, ossia contesti contraddistinti da:

-Esperienze progettuali caratterizzate da programmi, obiettivi e risorse dedicate alla *Domiciliarità* e *all'Animazione sociale*, che hanno sensibilizzato e coinvolto attivamente i soggetti fragili locali ed hanno contribuito a formare gli operatori socio-sanitari del territorio.

-Relazioni di comunità attive e radicate, che rafforzano i legami fiduciari, l'impegno sociale e servizi concreti a favore dei più fragili, coinvolgendo, oltre alla rete del volontariato e dell'associazionismo locale, anche la stessa cittadinanza.

-La maggiore partecipazione e il coinvolgimento da parte dei soggetti fragili, che si dimostrano essere meno chiusi e isolati di altre aree territoriali, più interessati a prendere parte ad iniziative comuni, soprattutto per quanto attiene i soggetti autosufficienti, perché già inseriti in iniziative di rete. In queste aree l'interruzione delle attività a causa del lockdown rende più

pressante la richiesta di riprendere le iniziative interrotte e l'esigenza della socialità è più sentita.

-La presenza di OSS fortemente radicate al territorio, da anni operative sulla stessa area, al centro di forti relazioni sociali consolidate, che rappresentano un punto di riferimento per le comunità locali.

-Le iniziative di socializzazione e di animazione sono presenti in maniera costante, pianificata ed organizzata, e tali attività rientrano tra le richieste dei soggetti fragili.

Nei luoghi in cui queste attività sono state meno presenti, il Covid ha accentuato l'isolamento delle persone ed ha sviluppato ulteriormente il sentimento della paura del contagio e la rinuncia ai contatti sociali.

Laddove erano più presenti e radicate, anche durante la pandemia, tali servizi sono stati richiesti, mantenendo un forte interesse verso la socialità e le relazioni umane.

"La situazione di emergenza, la paura del contagio e l'isolamento, accentuano il bisogno di relazioni"

La **Valle Stura** si distingue per una forte ed estesa rete del volontariato, attivo soprattutto nel centro valle presso i comuni di Demonte e Vinadio, dove sono attive da diversi anni le associazioni, come quella storica "Insieme diamoci una mano", e dove le stesse amministrazioni comunali sono molto partecipi fornendo servizi particolari, quali l'utilizzo gratuito di auto e navette.

Durante il periodo della pandemia, la rete del volontariato si è ulteriormente rafforzata, grazie alla partecipazione attiva dei cittadini e al lavoro di rete dei vari enti preposti.

In media e alta valle sono anche sviluppate le relazioni sociali e di comunità, che garantiscono la presenza costante del monitoraggio dei soggetti a rischio fragilità e della presenza di figure di riferimento importanti, al centro delle relazioni locali (medici, farmacisti,…)

In generale, **su tutte le valli** si rileva che:

- Le relazioni di comunità e di vicinato sono più presenti ed efficaci nei piccoli centri e nelle zone di alta valle, dove tutti i membri della comunità si conoscono e si attua un costante monitoraggio della situazione dei soggetti più fragili e soli. Le figure di riferimento sono i medici, i farmacisti, le OSS, ma anche i vicini ed i parenti sono pronti a segnalare situazioni di criticità o disagio.
- Nei grandi centri (Barge, Borgo San Dalmazzo, Bagnolo,…) o nelle aree di bassa valle, scarseggiano le reti sociali: prevale la frammentarietà e la dispersione, c'è maggiore diffidenza tra le persone, i soggetti sono

generalmente più chiusi ed isolati. In genere i medici, che dovrebbero rivestire il ruolo di punti di riferimento del territorio, sono tanti, poco vicini alla rete locale dei servizi sociali e non segnalano le situazioni a rischio se non quando i casi risultano già essere gravi e problematici da trattare a domicilio.

In queste aree inoltre sussistono diverse importanti problematiche a livello sociale, anche più pressanti, che coinvolgono anche direttamente i servizi sociali preposti, come l'immigrazione, la povertà, il disagio economico, che mettono spesso in secondo piano l'attenzione verso i più anziani.

Il volontariato presente in queste aree solitamente è quello istituzionale (Caritas, Protezione civile, ….).

b – Le esigenze di socializzazione

Il tema relativo alla socializzazione e alle attività di animazione quali servizi complementari da erogare ai soggetti fragili nell'ambito della presa in carico integrata, genera tra i soggetti intervistati **tre tipi di approccio:**

- Nei territori dove i servizi erogati dagli operatori socio-sanitari non hanno mai contemplato attività pianificate e programmate di socializzazione e di animazione (**Valle Po e Bronda soprattutto**), questo genere di attività non viene richiesto dagli anziani né è proposta dagli operatori.

  Gli operatori riportano le seguenti motivazioni in merito:

  -la carenza di ore a disposizione, già impiegate totalmente *"nella soddisfazione dei bisogni primari"*

  - la prevalenza di anziani non autosufficienti, con importanti disturbi di tipo cognitivo e demenza, e di anziani molto chiusi, diffidenti, che non hanno interesse ad interagire con altri soggetti e che non richiedono di partecipare ad iniziative di socializzazione

  - la carenza di spazi comuni e di attività pianificate da promuovere, in quanto non rientrano tra le mansioni prioritarie delle proprie competenze.

> *"Sono attività difficili da realizzare, inoltre non saprei né a chi proporle, né in quale modo, né in quali spazi"*

- Nei contesti nei quali alcune attività di animazione erano promosse prima della emergenza sanitaria, soprattutto presso strutture dedicate (case di riposo, centri diurni, circoli,…) ed in maniera organizzata, (ad esempio con il contributo di associazioni locali), si manifesta un discreto interesse da parte degli operatori a riproporle (**Valle Stura**).

  Tuttavia, rappresentano iniziative complementari, che vengono proposte solo al presentarsi di alcune condizioni:

- la disponibilità di ore di lavoro da parte delle OSS, per lo più assorbite dai *bisogni primari intesi quali servizi alla persona*
- la possibilità di utilizzare spazi definiti, condivisi e dedicati esclusivamente alla socializzazione
- la presenza di idee, iniziative e programmi ben definiti, proposti da altre figure professionali, che definiscano indirizzi, contenuti e modalità.

In questi contesti, l'organizzazione di iniziative di socializzazione con la presa in carico integrata desta ulteriori preoccupazioni: la necessità di mantenere - anche dopo la fine della fase di sperimentazione - le eventuali attività proposte, (in termini di disponibilità di risorse economiche ed umane), per non alimentare aspettative – una volta coinvolti i soggetti anziani – che poi si traducano in disillusione per l'impossibilità di mantenerle.

Ciò porta alla considerazione che *"prima si debbano soddisfare i bisogni primari, e poi, solo in un secondo tempo, si possa proporre anche la socializzazione".*

"L'animazione è qualità di vita per i soggetti fragili, è benessere ed è soprattutto prevenzione"

- Nei contesti nei quali invece l'attività di socializzazione era diffusa, organizzata e radicata, grazie anche alla presenza di iniziative sperimentali (**Valle Varaita e Valle Grana**), è caldamente richiesta – soprattutto in emergenza sanitaria – sia dagli operatori socio-sanitari che la proponevano che dai soggetti fragili che ne fruivano.

In questi contesti si ritiene che sia fondamentale il coinvolgimento della figura dell'**Educatore**, per la definizione di metodi, iniziative e proposte, in stretta collaborazione con gli operatori socio-sanitari che conoscono i destinatari, le loro inclinazioni e le loro esigenze.

"Noi OSS abbiamo bisogno delle idee dell'Educatore, che sa come coinvolgere e come fare gruppo"

Conseguentemente, di fronte alla riflessione proposta di valutare quali siano le tipologie di attività promuovibili sui contesti territoriali oggetto di indagine, le iniziative indicate sono piuttosto variegate, ma generalmente riconducibili ad alcuni **temi prioritari.**

Si indicano innanzitutto come ***"attività complementari", "di supporto" o "integrative",*** assegnando chiaramente una minore rilevanza rispetto ai servizi socio-sanitari volti a soddisfare quelli che sono comunemente indicati come *"bisogni primari"* dei soggetti fragili.

Gli operatori meno orientati a promuovere iniziative di socializzazione e con meno esperienza nel settore, indicano tipologie di iniziative meno strutturate e di carattere più generale a favore dei soggetti fragili:

- Aumentare le visite di cortesia agli anziani, accompagnarli ad uscire di casa per fare passeggiate, visitare i conoscenti o i parenti, andare in biblioteca o al circolo. **Ad oggi, in nessun contesto vallivo, il volontariato locale svolge questo genere di accompagnamento, ad eccezione della Valle Stura.**
- Accompagnare gli anziani presso strutture dedicate, (come centri ricreativi e case di riposo), laddove sussistano, grazie al coinvolgimento dell'associazionismo locale e della rete del volontariato, iniziative di aggregazione sociale. In questi casi, il volontariato locale contribuisce sia con il trasporto che – a volte – con l'organizzazione delle attività.

Tra i temi principali indicati e le attività che ne derivano, prevalgono i temi connessi alla **prevenzione:**

- EDUCAZIONE ALLA SALUTE

In correlazione con le patologie prevalenti (diabete, ipertensione, …) promuovere incontri con esperti che forniscano informazioni in merito alla corretta alimentazione, alle migliori modalità di preparazione degli alimenti, a come fare la spesa, affinché questa azione migliori alcune delle azioni quotidiane svolge generalmente dai soggetti fragili.

- ATTIVITA' FISICA E FISIOTERAPIA

Correlata alla precedente attività, offrire la possibilità di partecipare allo svolgimento di attività fisica, (come lezioni di ginnastica dolce presso case di riposo o centri diurni), o fruizione di alcune ore settimanali di fisioterapia, individuale o di gruppo, sul modello delle case di riposo della Val Grana.

L'opinione più diffusa e che occorre selezionare temi comuni a tutta la valle sui quali organizzare e definire attività congiunte, sondando l'interesse dei destinatari finali, la disponibilità delle strutture presenti e la possibilità di effettuare spostamenti con la rete del volontariato.

In questo modo – per non disperdere risorse e facilitare l'attuazione delle diverse iniziative – sarebbe opportuno riunire i soggetti interessati in un unico spazio comune (che può essere una casa di riposo) all'interno della valle.

In periodo di lockdown e in Valle Varaita, ad esempio, è emersa la necessità da parte dei soggetti fragili di imparare **l'utilizzo delle nuove tecnologie**: inviare

sms, fare videochiamate, inviare mail, sia mediante l'utilizzo dei tablet che dei telefonini. Questo genere di iniziativa contribuisce certamente a ridurre l'isolamento degli anziani ma in alcune contesti montani, a causa delle difficoltà di connessione, potrebbe risultare di difficile attuazione.

c- L'adesione alla sperimentazione da parte dei fragili

I diversi operatori intervistati hanno espresso alcune considerazioni in merito alla adesione al progetto da parte dei soggetti fragili residenti sui loro territori, che offrono spunti utili per determinare i criteri di scelta e le modalità di coinvolgimento.

"Con alcuni fragili, che vivono soli, è già difficile la presa in carico da parte dei servizi sociali, figurarsi la partecipazione ad un progetto"

- ✓ *"La più parte degli anziani sono chiusi, abituati a vivere soli e isolati, per lo più diffidenti:* ***non è detto che siano interessati e disposti a prendere parte a questa sperimentazione".*** Questo confermano diversi operatori relativamente soprattutto a certe zone: i comuni di Barge e Bagnolo e la Valle Bronda.
  Questa è una problematica da tenere in considerazione, in quanto su alcuni contesti vallivi i soggetti autosufficienti e già presi in carico dai servizi sociali sono presenti in numeri contenuti – sotto la decina di persone – e potrebbero crearsi squilibri tra le diverse valli, se diversi di loro non fossero disposti a prendere parte al progetto.

"Molti anziani soli richiedono le visite di cortesia da parte dell'OSS, come si svolgevano anni fa, con più ore a loro disposizione"

- ✓ Per incentivare la partecipazione al progetto, senza spaventare gli utenti finali, sarebbe utile presentare la presa in carico integrata come una <u>implementazione dei servizi attuali a loro disposizione</u>: ciò si tradurrebbe quindi in più ore di assistenza, più servizi (ad esempio la socializzazione ed il monitoraggio sanitario) e più visite di cortesia da parte delle OSS.
  In tal senso sarà più facile coinvolgere i soggetti fragili già presi in carico.

"Coinvolgere al progetto Domiciliarità gli anziani grazie alle OSS che già conoscevano è stato certamente un fattore di successo"

- ✓ E' certamente necessario, in tutti i contesti oggetto di indagine, <u>intercettare e</u> <u>coinvolgere i soggetti fragili tramite le OSS</u> che operano localmente, in quanto persone di fiducia con una chiara e consolidata conoscenza dei casi e dei contesti locali.
  Introdurre operatrici nuove significa destabilizzare i rapporti di fiducia già in essere, e per gli anziani equivalgono a degli estranei.
  Laddove saranno coinvolti operatori nuovi nella fase della sperimentazione (come ad esempio in valle Maira), sarà opportuno l'intervento delle coordinatrici di territorio delle OSS per agganciare i soggetti fragili locali.

- ✓ In alcuni contesti la presentazione dell'ISEE, è un elemento che può condizionare la presa in carico da parte dei servizi sociali, in quanto i soggetti anziani non intendono presentare informazioni in merito alla propria condizione economica (Valle Varaita e Valle Grana). In altri casi, le cartelle di alcuni anziani già presi in carico, non hanno effettuato gli opportuni aggiornamenti ai parametri ISEE, e potrebbero non rientrare più nei servizi a titolo gratuito (Valle Stura).
  A tal proposito, è necessario fornire le dovute informazioni in merito alla possibilità di concedere deroghe ed effettuare le dovute verifiche, sui singoli casi.

- ✓ Secondo diversi operatori (Valle Varaita e Valle Grana) occorre non limitare il coinvolgimento dei soggetti fragili a chi è già preso in carico dai servizi sociali. Alcuni anziani residenti sulle valli vivono completamente soli o sono sulla sedia a rotelle con gravi problemi di mobilità: è chiaro che in questi casi particolari, la possibilità di monitorare le loro condizioni di salute rappresentano un elemento importante, considerando come le condizioni psico-fisiche degli anziani evolvano rapidamente nel tempo.
  Inoltre diversi anziani sono già stati coinvolti in attività progettuali o di sperimentazione (Animazione sociale in Valle Varaita e *Domiciliarità* in Valle Grana), e sono certamente disponibili ad essere coinvolti dalla fase di sperimentazione.

"Coinvolgere anziani fragili non ancora presi in carico, è una opportunità per agganciare nuovi casi, dopo il Covid"

Da più parti infatti si segnala l'estrema rilevanza delle azioni di prevenzione e di monitoraggio e le opportunità che concede INCL in questo senso, in termini di ore lavoro, professionalità coinvolte e attività di progetto.

Generalmente infatti non si fa prevenzione e monitoraggio, per mancanza di tempo e di risorse, e si intercettano i soggetti fragili quando le loro condizioni sono già critiche e si tende ad intervenire solo in emergenza.

"Nel normale lavoro di routine, finiamo per intervenire quando è già tardi, nei casi gravi, quando possiamo solo più tamponare situazioni critiche, ma non agire per la prevenzione"

L'avvio della sperimentazione in questo momento storico, legato alla emergenza sanitaria in corso, è una ulteriore risorsa a vantaggio dei soggetti fragili che sono stati soli e privi di monitoraggio per diversi **mesi, è un** chiaro investimento per intercettare anziani soli e recuperare le loro condizioni di salute.

Secondo altri operatori, gli anziani coinvolti devono presentare entrambe le necessità: sociali e sanitarie, e pertanto è preferibile coinvolgere innanzitutto soggetti fragili parzialmente non autosufficienti o clinicamente instabili.

A tal proposito, sulla base dei dati forniti, è utile tuttavia riportare che il numero di questi soggetti, è piuttosto limitato sui diversi contesti vallivi e non tutti potrebbero essere disposti a partecipare alla fase di sperimentazione del progetto.

Sarà infatti un elemento da tenere in considerazione il numero minimo di soggetti coinvolgibili indicati nel progetto, e pari a 36 persone, e la equa distribuzione di questi soggetti sui diversi contesti vallivi.

"Gli autosufficienti soli, non sono poi così fragili"

- ✓ Da diverse parti emerge la necessità di condurre una riflessione sul mantenimento del sistema di presa in carico integrata al termine del progetto INCL, per non abbandonare l'approccio adottato e soprattutto non abbandonare i destinatari finali coinvolti.
  E' opportuno garantire la continuità dell'iniziativa, valutando già sin da ora la possibilità, durante la fase di attuazione, di coinvolgere gli enti locali – a livello economico-finanziario – e la rete del volontariato.

d- Le relazioni tra servizi sociali e sanitari

Elemento comune su tutti i territori vallivi oggetto di indagine è la carenza di comunicazione, scambio e confronto tra gli operatori dei servizi sociali e dei servizi sanitari, attivi sulle medesime aree di competenza.

Non sussistono procedure codificate di comunicazione neanche quando gli operatori sanitari e le OSS erogano servizi ai medesimi soggetti regolarmente presi in carico.

In alcuni casi, è la OSS, che monitora i casi e individua l'emergenza, a segnalare la necessità dell'intervento dell'infermiere di territorio, prima ancora del medico di base.

L'intervento è comunque puntuale e sporadico, non continuativo, come può essere il caso di una medicazione.

Accade, anche in contesti diversi, che l'infermiere intervenga al domicilio di un soggetto fragile preso in carico dai servizi sociali, ma OSS e assistente sociale non ne siano a conoscenza.

I casi seguiti regolarmente da entrambe le figure professionali sono pochi e generalmente si tratta di casi gravi o in ADI, che difficilmente possono essere considerati target della fase di sperimentazione.

Solitamente sussiste una collaborazione costante e continua qualora:

- si sia parte di uno stesso progetto comune, come è stato il caso di CONSENSO
- si abbiano i rispettivi uffici nella stessa struttura; ma anche in questo caso i rapporti sono informali e solo per conoscenza diretta delle persone, ma certamente facilitati dalla vicinanza.

Sino ad alcuni anni fa, era prassi comuni organizzare momenti di confronto a cadenza mensile o trimestrale tra gli operatori dello stesso ambito territoriale.

Rapporti diretti e costanti sussistono invece su tutte le aree territoriali tra assistenti sociali e OSS.

Tutti gli operatori intervistati auspicano maggiore collaborazione e comunicazione.

"Se si conoscono le altre professionalità si mettono in valore e si è in grado di operare in rete"

e-La presa in carico: proposte e considerazioni

Tutti gli operatori intervistati hanno suggerito alcuni accorgimenti da tenere in considerazione per l'avvio della presa in carico integrata o sollevato questioni che saranno oggetto di confronto e dibattito all'interno del tavolo di lavoro che definirà le modalità operative della fase di sperimentazione.

Di seguito le considerazioni fatte sui temi più trattati:

⇒ *Coinvolgimento dei soggetti fragili:*

- ✓ Informare e sensibilizzare adeguatamente con una azione capillare i destinatari finali, e laddove sussiste, anche la rete parentale. Al fine di incentivare la partecipazione ed instaurare un rapporto di fiducia, in totale trasparenza e sicurezza, è necessario coinvolgere attivamente la rete sociale, a partire dal medico di base, il sindaco, i famigliari, i volontari locali, gli enti che operano in valle quale Caritas, Parrocchie e Protezione civile, con i quali il soggetto fragile è già in relazione.
  Se tutta la comunità è consapevole, informata e coinvolta si rafforza la rete solidale e l'anziano è rassicurato dal suo "*intorno*": curare questo aspetto significa operare in rete, supportare e stimolare le sue relazioni, facilitare le occasioni di incontro nei luoghi comunitari" (*La Bottega del possibile*).

In Valle Grana il progetto "Domiciliarità" ha coinvolto anche la stampa locale e le Forze dell'Ordine

"La presa in carica realmente integrata necessita di una intera comunità curante"

- ✓ Specificare che il coinvolgimento nella fase di sperimentazione, non comporta alcun costo a carico dei soggetti fragili destinatari.

- ✓ Valutare la necessità di avviare un percorso di accompagnamento per i destinatari della sperimentazione, sia per sensibilizzarli ad aderire che per essere coinvolti in azioni di socializzazione, soprattutto nei contesti nei quali non si è mai sviluppata. In questi ambiti, gli anziani tendenzialmente soli, schivi e diffidenti, non ne sentono l'esigenza, anche perché non hanno mai sperimentato iniziative di aggregazione sociale.
  Secondo alcuni soggetti intervistati, ai più restii che non sono mai stati presi in carico potrebbe essere proposta una pre-adesione, una partecipazione limitata a qualche settimana di prova che successivamente potrà essere confermata e validata.

- ✓ Tarare la presa in carico sulle necessità e sulle caratteristiche distintive delle persone beneficiare. Le abitudini e le esigenze di un anziano che vive in bassa valle sono diverse da quelli residenti in frazioni sparse dell'alta valle; l'età differente determina una autonomia e uno stato di salute differente; la tipologia di abitazione incide sul loro quotidiano (vivere in un condominio è diverso da una casa indipendente con orto o giardino a disposizione); le patologie che li contraddistinguono determinano necessità diverse di intervento. Per comprendere il vissuto e le esigenze di ciascuno è quindi determinante il coinvolgimento di più professionalità così come della rete del volontariato e della comunità locale (il vicinato, la famiglia, l'associazionismo locale).

"L'obiettivo deve essere aiutarli a casa loro, perché quelle sono mura che parlano; noi OSS e infermieri siamo ospiti, non estranei, che miglioriamo la loro qualità di vita"

⇒ *Gruppo di lavoro ed organizzazione dell'operatività:*

- ✓ Pianificare chiaramente le ore di lavoro degli operatori coinvolti che rientrano nella sperimentazione, con indicazione precisa delle attività da svolgere, degli spazi a disposizione, dei servizi da erogare, a fronte di un monte ore settimanale definito.
- ✓ Programmare e condividere con linee di indirizzo e tematiche comuni le attività inerenti la socializzazione e le forme di aggregazione.
  E' preferibile organizzare tali attività in spazi comuni, chiaramente identificati, da condividere, affinché siano facilmente riconoscibili e rappresentino spazi belli, luminosi ed accoglienti.
- ✓ Identificare all'interno del GIPI
- ✓ C la figura di un coordinatore, che funga da riferimento del gruppo, che mantenga le relazioni con gli altri GIPIC delle valli limitrofe, che si interfacci con i Consorzi e l'ASL e coordini le attività dei diversi operatori.
  Ogni GIPIC può individuare una figura diversa, a seconda della propria esperienza, della conoscenza dei casi e dell'attività svolta sul territorio.

Il coordinatore deve essere riconosciuto da tutto il gruppo e non può essere una figura esterna al GIPIC.

Alcuni operatori riconoscono più facilmente questo ruolo all'assistente sociale, in quanto è considerato il *trait d'union* tra servizi sociali e sanitari ed è già il coordinatore delle OSS.

- ✓ Inserire nel GIPIC la figura dell'educatore, in quanto operatore necessario per impostare e indirizzare l'attività inerente la socializzazione che sarà più o meno sviluppata nei diversi territori vallivi. L'educatore possiede le idee e conosce le modalità più consone per coinvolgere ed animare i destinatari della presa in carico, operando in collaborazione con le OSS.
- ✓ A questa figura, a seconda delle esigenze dei destinatari finali e dei programmi di attività, attivare collaborazioni costanti e puntuali con altre professionalità di supporto, quali ad esempio **fisioterapisti, dietologi,…**
- ✓ Attivare una piattaforma comune e condivisa tra gli operatori che metta in rete le informazioni inerenti i soggetti fragili, le strutture presenti dedicate (centri diurni, centri ricreativi, ambulatori,…), la rete del volontariato locale, i punti di appoggio presenti sul territorio, le iniziative sociali e culturali locali.

f- L'impatto dell'emergenza Covid 19

L'indagine condotta evidenzia chiaramente come l'emergenza sanitaria in atto abbia condizionato e modificato le modalità di erogazione dei servizi socio-assistenziali e al tempo stesso abbia influenzato l'atteggiamento da parte dei destinatari finali.

Evidentemente il rispetto delle disposizioni in materia di sicurezza e di distanziamento sociale hanno determinato in ciascun territorio:

- La riduzione dei servizi, in quanto alcune attività non si possono svolgere in sicurezza e/o il soggetto fragile per paura del contagio non le richiede più
- L'impossibilità ad accompagnare fuori casa gli anziani per il disbrigo di pratiche e/o per gli acquisti; generalmente la soddisfazione di questi bisogni primari, viene svolta solo dall'OSS
- La chiusura delle case di riposo, dei centri diurni e degli spazi di aggregazione, quali punti di riferimento sui vari contesti, limita la fruizione di diverse tipologie di servizi (dalle attività di socializzazione, alla somministrazione dei pasti all'interno delle strutture, all'igiene personale presso i bagni assistiti,…)
- La riduzione dell'operatività delle badanti, perché malate, o perché allontanante dalle famiglie dei soggetti fragili per paura del contagio
- L'aumento di due tipologie di servizi principali: la consegna dei pasti a domicilio e la consegna della spesa. Le difficoltà legate agli spostamenti, le

"La consegna dei pasti e della spesa rappresentano per i soggetti fragili soli e isolati l'unica modalità di monitoraggio quotidiano."

regole inerenti al distanziamento sociale, la paura ad uscire e l'invito a *restare a casa*, riducono anche fortemente i contatti con la rete famigliare e di conseguenza aumentano le necessità quotidiane correlate ai pasti per le persone sole e isolate.

Queste esigenze hanno determinato:

- ✓ un notevole incremento dell'operato del volontariato locale nello svolgimento delle consegne, coinvolgendo soprattutto la Protezione civile, ma anche privati cittadini
- ✓ la fornitura dei servizi a nuovi soggetti, (anche non presi in carico dai servizi sociali), ma rimasti improvvisamente soli e privi della rete di prossimità, o perché positivi al Covid e posti in quarantena, o malati di Covid post ricovero o soggetti in isolamento fiduciario
- ✓ la richiesta da parte dei famigliari di soggetti fragili, lontani fisicamente dai luoghi di residenza dei propri cari e impossibilitati a raggiungerli, della fornitura dei pasti quotidiani, determinata dalla necessità di garantire in tal modo un monitoraggio costante e continuo da parte dei volontari locali o delle OSS di territorio che tutti i giorni *entrano nelle case* dei loro cari.

La reazione di fronte all'emergenza sanitaria da parte dei soggetti fragili, rileva in maniera omogenea sull'area che una minima parte di loro ha rinunciato ai servizi domiciliari, (spesso su richiesta della famiglia, laddove sussista una rete parentale).

La maggior parte dei soggetti fragili richiede il mantenimento dei servizi, anzi generalmente aumentano le istanze in merito ad alcuni bisogni primari, per ovvie necessità, a causa dell'isolamento forzato e della solitudine (acquisto della spesa e dei farmaci, disbrigo pratiche, visite mediche,…).

Per sopperire alla riduzione o assenza delle visite a domicilio, in alcune aree, viene effettuato il sostegno telefonico, contattando regolarmente gli anziani al fine di mantenere un monitoraggio costante delle loro condizioni psico-fisiche (in bassa Valle Varaita e alta Valle Grana).

Lo scenario attuale correlato alla emergenza sanitaria lascia emergere forte una considerazione: l'isolamento forzato e la paura del contagio costringono l'anziano fragile a chiudersi nella propria casa.

"Ridurre tutte le occasioni di contatto e rimanere a casa quanto più possibile"
I.S.S.

La casa diventa il luogo più sicuro, è il luogo della prevenzione: lo *stare a casa* diviene un imperativo per i soggetti fragili, e non solo, perché qui si argina la possibilità del contagio e lo spazio domestico diviene sinonimo di sicurezza.

Non solo, in pandemia proprio la casa diventa ***il luogo di cura prioritario,*** e non solo per i soggetti fragili, ed emerge prepotentemente la necessità di investire sulle cure domiciliari e sulla medicina di territorio, anche per preservare gli ospedali.

In tal senso curare *a casa* e *la casa*, significa preservare le condizioni di salute dei più fragili.

Ma al tempo stesso, e soprattutto per le persone più anziane, e più sole, la propria casa si trasforma in una **prigione** e si azzerano, o si indeboliscono, le relazioni sociali e la rete di prossimità.

"La casa è il luogo più sicuro, il luogo della cura: state a casa".

In linea generale, l'emergenza sanitaria, determina infatti le seguenti conseguenze dirette secondo quanto riferito dalle OSS:

- aumento dell'isolamento e minore socialità dei soggetti fragili
- stravolgimento della loro routine quotidiana
- riduzione degli stimoli emotivi, sociali e fisici
- riduzione dell'azione di monitoraggio svolta a domicilio da parte delle OSS, dei medici e degli infermieri di territorio
- aumento del rischio di non rilevare in maniera tempestiva situazioni di rischio o di peggioramento delle condizioni di salute
- riduzione dell'individuazione dei nuovi casi, poiché si allenta la presenza sul territorio
- peggioramento delle condizioni di salute, sia psicologici (depressione, apatia, ansia, disturbi dell'umore,…) che fisiche (ingrassamento o dimagrimento, sedentarietà e riduzione della mobilità, aumento del deficit cognitivo, peggioramento delle malattie croniche per la difficoltà al mantenimento delle terapie farmacologiche e l'acceso regolare ai servizi di cura e assistenza,…)

"Occorre ripensare al nostro modo di lavorare e intervenire il prima possibile, perché sono i soggetti fragili che subiscono le maggiori conseguenze e vivono le peggiori difficoltà"

Al tempo stesso e uniformemente su tutte le aree, la pandemia ha generato un maggiore coinvolgimento del volontariato locale ed una maggiore collaborazione con i servizi sociali, soprattutto da parte dei Comuni, della Protezione civile, della Caritas, della Croce Rossa e anche della cittadinanza e dei privati cittadini.

Spesso i servizi sociali hanno dovuto sopperire alla carenza di un sistema locale di intervento in emergenza, del tutto assente, occupandosi anche della presa in carico dei malati di Covid o delle persone in isolamento fiduciario o in quarantena.

L'avvio della fase di sperimentazione della presa in carico integrata, proprio a seguito dell'emergenza sanitaria, potrebbe tuttavia apportare alcuni benefici alle

condizioni di fragilità che sono andate evidentemente peggiorando e rappresentare una rilevante OPPORTUNITA' per:

- garantire il riaggancio della presa in carico di tutti coloro che avevano rinunciato o ridotto i servizi in periodo di pandemia, assicurando loro *un ritorno alla normalità ed alla socialità*
- intercettare nuovi casi di soggetti fragili che non erano rilevati dai servizi sociali, le cui condizioni psico-fisiche durante il periodo di isolamento sono inevitabilmente peggiorate
- intercettare nuovi soggetti che prima del Covid non volevano essere coinvolti, ma che lo sconvolgimento della quotidianità e l'aggravarsi delle condizioni di vita possono rendere più sensibili e quindi coinvolgibili
- soddisfare le esigenze latenti – sempre più pressanti - di socialità, aggregazione e condivisione, attraverso nuove modalità relazionali, nel rispetto delle regole ancora vigenti, al fine di migliorare la qualità della vita e del quotidiano
- aiutare i soggetti fragili soli a superare (o a convivere) con la paura del contagio e del contatto con gli altri, in quanto possibili portatori del virus.

"Il Covid ha generato nei soggetti fragili una nuova paura, che vivono quotidianamente e che resterà a lungo condizionando tutta la loro vita"

Poiché la situazione attuale di emergenza sanitaria non avrà fine nel breve periodo e poiché la pandemia genera le maggiori conseguenze negative proprio nei confronti dei soggetti fragili, perché più vulnerabili, rappresenta una opportunità ed un evidente valore aggiunto poter attivare la fase di sperimentazione in questo momento storico, attivando nuove modalità operative di rete e di presa in carico socio-sanitaria, non circoscritta alla sola prestazione, ma attivando un modello di cura integrato.

Ad integrazione e completamento, la comunità locale è uno degli attori del processo, grazie al coinvolgimento attivo del terzo settore, che mai come in questo momento risulta omogeneamente presente ed attivo su tutta l'area di ricaduta del progetto.

INDAGINE CONOSCITIVA SUI SERVIZI SANITARI

Gli infermieri coinvolti, per ciascuna valle di ricaduta del progetto, ai quali è stata sottoposta la traccia di intervista, sono stati i seguenti:

- SALUZZO:
  -Ferrero Matilde (referente)
  -Rolfo Giovanna (Ambulatorio di Salute)

- BARGE:
  -Giaime Marisa (referente UTB)
  -Besso Gabriella (Ambulatorio di Salute)

- PAESANA:
  -Bottero Pierfranca (referente UTB e Ambulatorio della salute)

- VERZUOLO:
  -Operti Ornella (referente)

- VENASCA:
  -Fuso Daniela (infermiera UTB)

- VALLE STURA:
  -Cristina Giraudo

- VALLE MAIRA:
  -Veronica Perrone (CONSENSO)

- VALLE GRANA:
  -Cappello Elisa (CONSENSO)

INDAGINE CONOSCITIVA SUI SERVIZI INFERMIERISTICI

Le due indagini vengono analizzate separatamente, sia per consentire due trattazioni distinte dell'attività svolta per professionalità coinvolte (socio-assistenziali e infermieristiche), sia perché le interviste sono avvenute in due momenti distinti.

Intervistati n. 10 operatori

-

Tracce di intervista in allegato

Gli operatori sociali son stati intervistati nell'autunno del 2020, quando la situazione pandemica era in lieve fase di miglioramento; il personale invece infermieristico nel pieno della terza ondata ed a seguito della vaccinazione anti

Covid 19, periodi che hanno determinato e contraddistinto scenari quindi diversi, generando punti di vista differenti in risposta alla emergenza sanitaria in corso.

Allo stesso modo della sezione precedente, i contenuti emersi sono stati trattati sotto due aspetti principali: territoriale e tematico, al fine di individuare le caratteristiche e le esperienze distintive di ciascun contesto vallivo e focalizzare l'attenzione su alcune tematiche in grado di apportare maggiori contributi al modello di rete, indirizzando le modalità operative dei gruppi di lavoro che si intendono organizzare.

a. I contesti vallivi: esperienze, relazioni e luoghi a confronto

Anche il punto di vista del personale infermieristico delinea scenari distinti tra le cinque valli oggetto dell'indagine.

Ad integrazione di quanto emerso nella prima sezione (pag.3), si sottolinea:

Attività descritte nella traccia di intervista dell'infermiera Cristina Giraudo

- ⇒ La presenza in Valle Stura di un **radicato volontariato sociale** legato alle Associazioni "Insieme diamoci una mano" e "Eclettica" e le peculiari iniziative correlate ai "Custodi di comunità" e ai "Ragazzi della terza età", che proseguono anche in periodo di emergenza sanitaria con iniziative on line e contatti telefonici.
- ⇒ Le difficoltà correlate agli **spostamenti logistici** nelle valli più estese (come Maira e Stura) soprattutto laddove la rete del volontariato sociale è meno radicata ed offre quindi minore supporto (Valle Maira, Valle Bronda, ……). Questo porta a preferire l'erogazione dei servizi a domicilio, piuttosto che ad esempio, in spazi comuni, come potrebbe accadere per iniziative di socializzazione e di aggregazione da organizzarsi presso case di riposo e/o centri sociali e culturali. A meno che non si attivi il volontariato locale.
  Da rilevare che lo svolgimento dei servizi infermieristici ed assistenziali in queste aree, contemplando la visita a soggetti residenti in alta valle e in zone decentrate così come il raggiungimento degli ambulatori nei centri di bassa valle, comporta un ulteriore dispendio di tempo a carico dell'operatore. Da sottolineare anche che alcuni anziani si sono trasferiti in comuni di media e bassa valle per avere una maggiore accessibilità ai servizi.
- ⇒ La carenza di strutture pubbliche a supporto dei servizi domiciliari (ad esempio bagni assistiti) e la carenza di collaborazione da parte delle strutture esistenti private (soprattutto in Valle Maira). In compenso, in questa valle, durante il periodo di attuazione del Progetto CONSENSO, ampia è stata la collaborazione da parte delle Amministrazioni locali.

"I fragili che vivono sui territori di nostra competenza li conosciamo già, ci sono già noti: alcuni sono seguiti dai servizi sociali, presentano problematiche cliniche"

- La presenza di figure professionali fortemente radicate sul territorio, perché da anni operative sulla stessa area (Grana, Stura e Varaita), fa si che siano un punto di riferimento per le comunità locali e che abbiamo una chiara percezione della presenza e delle condizioni dei soggetti fragili residenti nelle rispettive aree.
- Comune è la riflessione sul fatto che nei grandi centri di bassa valle (Barge, Bagnolo, Borgo San Dalmazzo) sussista maggiore frammentarietà e diffidenza, in queste città si segnalano ordini diversi di priorità, la fragilità degli anziani non è al primo posto, emergono altre problematiche quali l'immigrazione, le difficoltà economiche delle famiglie, il disagio giovanile. In queste cittadine si rilevano nuove tipologie di fragili: cittadini di origine straniera, anziani e soli, con patologie importanti che presentano notevoli difficoltà, sia a livello sociale - per difficoltà economiche e la scarsa conoscenza della lingua italiana – sia sanitario, per l'accesso alle cure.
- In alcuni contesti vallivi, anche in relazione ad esperienze pregresse che sono state portate avanti, la collaborazione con i medici di base è costante e proficua (soprattutto Valle Stura); in altri contesti (Maira e Grana, ove si è realizzato il progetto CONSENSO, o Varaita), il rapporto è stato molto difficoltoso, a volte del tutto assente. In diverse aree, si sono registrate difficoltà nel rapportarsi con medici di base, soprattutto se anziani, così come poca collaborazione si è rilevata nei confronti delle attività promosse dagli Ambulatori della Salute (situazione segnalata nei comuni di Barge e Paesana). Generalmente è più proficua la collaborazione con i medici più giovani, i quali sono anche più propensi alle segnalazioni di casi critici.

"In questi contesti urbani, gli anziani non rappresentano la priorità di intervento"

Gli ambulatori della salute

Tutti i pazienti presi in carico a livello ambulatoriale erano stati segnalati dai medici di base o dagli ambulatori ospedalieri (ad es. i diabetici).

Le patologie prevalenti erano cardiologiche, come lo scompenso cardiaco, il diabete o BPCO.

Dopo la prima visita, si apriva una cartella che veniva costantemente aggiornata; si seguivano i pazienti ad appuntamenti fissi per svolgere esami strumentali e monitoraggio della terapia, rapportandosi costantemente col medico di base.

Si svolgevano anche molte attività di prevenzione, educazione alla salute, sui temi della alimentazione e del rischio cadute.

Con la pandemia son stati chiusi nel marzo 2020.

Presso Saluzzo sono in 60 in lista di attesa. Spesso l'adesione passava anche attraverso il passaparola di conoscenti o parenti, quindi su rapporti e relazioni di fiducia; pochi sono stati costretti dai loro medici.

A Barge si è cercato di mantenere il contatto telefonico con alcuni pazienti. Ora si sta pensando di riprendere i contatti con i più fragili, ma non si sa ancora come e quando. I pazienti presso la sede di Barge erano circa 200.

Il progetto Fragilità

Destinato agli anziani soli residenti in Valle Stura, privi della rete famigliare e di caregiver, garantiva il monitoraggio costante dei parametri principali e il controllo delle terapie mediche. Le attività si svolgevano in stretta relazione col medico di base. Al termine del progetto si è rilevato – tra i risultati ottenuti – una netta riduzione degli accessi al Pronto Soccorso grazie al monitoraggio soprattutto dei pazienti affetti da scompenso cardiaco: si rilevavano sul nascere le nuove problematiche o eventuali peggioramenti delle condizioni generali, subito comunicate al medico.

b- Le esigenze di socializzazione

Il tema della socializzazione e aggregazione è stato affrontato in maniera più approfondita nell'ambito delle interviste realizzate con Oss e assistenti sociali. Tuttavia il tema è emerso anche col personale infermieristico, soprattutto in relazione al nuovo scenario che si è venuto a delineare con la pandemia. La più parte delle infermiere ritiene infatti che per superare il lungo periodo di solitudine e paura che ha costretto gli anziani fragili all'isolamento, sarà necessario promuovere anche iniziative di questo tipo, in quanto:

- sono attività richieste dagli stessi pazienti, soprattutto da parte di coloro che erano inseriti in percorsi, iniziative e progetti di domiciliarità, i quali chiedono quando potranno tornare ad uscire, ad incontrarsi a svolgere le attività intraprese prima del Covid (dalle camminate, ai corsi di fitwalking, alla ginnastica dolce)
- la solitudine diviene sempre più una condizione di fragilità, facilitare gli incontri e le relazioni significa anche sostenere e favorire il benessere fisico e psicologico delle persone. La solitudine peggiora la qualità della vita e contribuisce al manifestarsi di patologie come il decadimento cognitivo, la riduzione degli stimoli emotivi, la depressione, i disturbi dell'umore.

"La solitudine è una nuova condizione di fragilità, soprattutto per chi vive isolato e lontano dai servizi essenziali"

Tuttavia, alcuni infermieri precisano che, a causa delle distanze e delle conseguenti difficoltà logistiche, sarà opportuno sollecitare il coinvolgimento del

volontariato locale per favorire il trasporto e gli spostamenti verso gli spazi comuni preposti alla socialità (ad es. case di riposo, circoli culturali,…) o attivare iniziative anche a domicilio.

In alcuni casi si rileva infatti la difficoltà a far uscire dalla propria abitazione, borgata o comune l'anziano. Occorre quindi attivare un percorso graduale che faciliti la partecipazione dei soggetti fragili, magari cominciando col coinvolgerne alcuni, per poi estenderne il numero, col passaparola, e adeguandosi ai tempi di adattamento degli stessi fragili, avvalendosi del supporto della rete famigliare – quando esiste – degli operatori sociali locali, dei volontari,…

Tra le iniziative da promuovere in piccoli gruppi si propone anche il coinvolgimento di specialisti che possano operare a supporto dell'equipe multidisciplinare e connessi alle patologie prevalenti. L'educazione sanitaria ad uno stile di vita sano, ad un invecchiamento attivo e alla prevenzione passano anche tramite momenti di informazione, confronto e dialogo con *geriatri, dietologi, psicologi, fisioterapisti.*

c- L'adesione alla sperimentazione da parte del personale infermieristico e dei fragili

I diversi operatori sanitari intervistati hanno espresso considerazioni differenti in merito all'avvio dell'attività di sperimentazione in questo particolare momento storico.

Alla luce della situazione diffusa di stanchezza, correlata all'incremento del lavoro; alle maggiori deleghe affidate alla medicina del territorio, (non supportata da un conseguente aumento delle risorse); all'incremento dei pazienti post-ospedalizzati, (accanto ai malati Covid); alle misure da adottare in materia di sicurezza, che con le vestizioni, riducono il tempo a disposizione del paziente; alle mansioni che cambiano ogni giorno, lavorando spesso in emergenza unitamente alla necessità di occuparsi delle vaccinazioni; alla riduzione delle prestazioni ambulatoriali e al conseguente aumento delle cure domiciliari, emergono due indirizzi precisi:

- I SOSTENITORI DEL NO:
  alcune operatrici ritengono **che non sia il momento adatto per avviare la sperimentazione**, perché il tempo a loro disposizione è poco, perché non riescono a programmare le attività operando spesso in emergenza e perché le attività di prevenzione e di monitoraggio sono passate in secondo piano con la pandemia. Inoltre è difficile coinvolgere i fragili, timorosi del contagio, ed è complicato operare in sicurezza.

- I SOSTENITORI DEL SI:

  altre operatrici ritengono invece **che sia il momento più adatto per intervenire**, perché gli anziani fragili sono i più colpiti dalla emergenza sanitaria e le loro condizioni sono in netto peggioramento perché abbandonati e trascurati.

  Inoltre, anche in emergenza sanitaria, ormai si opera in sicurezza e il personale sanitario è stato sottoposto alla vaccinazione, riducendo i rischi a carico del paziente.

  La situazione di emergenza inoltre è in fase di miglioramento per quanto attiene i prossimi mesi.

  Si auspicano la riapertura degli Ambulatori della salute a supporto della sperimentazione e suggeriscono di avviare l'attività con un primo numero di anziani, via via implementabile.

  Questi operatori sanitari sono infermieri di famiglia e di comunità, che hanno operato presso questi Ambulatori o preso parte a progettualità legate alla domiciliarità e fragilità; spesso sono anche persone molto attive sui rispettivi territori in iniziative di volontariato.

Per quanto attiene i fragili, destinatari della sperimentazione, molti soggetti residenti sull'area sono abituati a vivere soli, in contesti isolati o comunque rurali e decentrati, sono molto diffidenti e restii a qualunque genere di presa in carico.

"Quando iniziano a peggiorare e stare male, diventano più disponibili ad accettare le cure"

In questi casi, dopo un periodo come quello vissuto in pandemia, potrebbero:

- ✓ chiudersi ancora di più e, dominati dalla paura del contagio, vivere ancor di più in isolamento
- ✓ risultare più disponibili a ricevere assistenza perché le loro condizioni fisiche sono peggiorate
- ✓ I soggetti che erano già inseriti in percorsi o presi in carico, è possibile che superata l'emergenza, abbiano voglia di tornare alla normalità e di riprendere le attività precedenti.

In tutti i casi è fondamentale:

- Una attenta e capillare informazione e il coinvolgimento della rete famigliare, qualora sussista, del medico di base, della comunità locale (volontari e associazioni).
- Puntare sull'azione degli operatori professionali che operano sulle valli e che la comunità riconosce.
- Valorizzare la gratuità del servizio.

Per l'adesione al progetto CONSENSO è stata distribuita una brochure, che presentava le foto degli operatori coinvolti, le attività proposte, richiamando chiaramente la gratuità del servizio, con alcuni testi riportati in occitano.

"La maison es lo pòst melhor per venir vielhs"

Il progetto della Valle Stura è stato presentato a casa dei soggetti fragili, regalando un fiore e consegnando un elenco di numeri utili del territorio e per l'emergenza.

d- Le relazioni tra servizi sociali e sanitari

Elemento comune su tutti i territori vallivi anche per quanto attiene gli operatori sanitari è la carenza di comunicazione, scambio e confronto tra gli operatori dei servizi sociali e quelli sanitari che operano sui medesimi contesti.

"Gli incontri tra operatori sociali e sanitari erano utili momenti di confronto e di scambio"

Riunioni periodiche (ogni 3 o 6 mesi) si svolgevano più o meno regolarmente sino a 3-4 anni fa in diversi territori, dedicate ai pazienti comuni e alle nuove segnalazioni.

In alcuni casi di compilava anche un verbale comune, ma non si condividevano cartelle.

Non sussistono comunque procedure codificate di comunicazione neanche quando gli operatori sanitari e le OSS erogano servizi ai medesimi soggetti regolarmente presi in carico.

I rapporti tra le *persone* comunque sussistono, si rilevano più collaborazioni laddove le diverse figure professionali condividono la stessa sede e gli operatori si conoscono personalmente.

Tuttavia non si seguono protocolli o procedure codificate, ma le comunicazioni sono informali, occasionali e avvengono al bisogno.

In altri casi, sono state più costanti quando si è preso parte a specifiche progettualità: è il caso di CONSENSO, dove il confronto era costante tra gli operatori sanitari che seguivano le diverse iniziative progettuali, anche in paesi diversi.

"Trascurare le difficoltà di tipo sociale o non riuscire ad intervenire in questo ambito in tempo, genera il peggioramento delle condizioni sanitarie dell'anziano"

Tutti gli operatori intervistati auspicano maggiore collaborazione e comunicazione interdisciplinare.

In alcuni casi, ad esempio soprattutto in Valle Varaita, si rileva una diffusa diffidenza ad accedere ai servizi sociali: se il personale infermieristico suggerisce la presa in carico di un paziente con la segnalazione all'assistente sociale, spesso si

rifiuta l'intervento, per paura di fornire alcune informazioni. Si opterebbe più facilmente a ricevere aiuto da parte di un volontario, che non segue procedure codificate per la presa in carico, rinunciando anche all'intervento della OSS.

In questo modo si riduce la possibilità di fare prevenzione nei confronti di un paziente in difficoltà, finendo per intervenire solo in emergenza quando le condizioni di salute sono inevitabilmente peggiorate.

e- La presa in carico integrata: proposte e considerazioni

Anche gli operatori sanitari intervistati hanno suggerito alcuni accorgimenti da tenere in considerazione per l'avvio della presa in carico integrata o sollevato questioni che saranno oggetto di confronto e dibattito all'interno del tavolo di lavoro che definirà le modalità operative della fase di sperimentazione.

Di seguito le considerazioni fatte sui temi più trattati:

⇒ *Coinvolgimento dei soggetti fragili*

- Informare e sensibilizzare adeguatamente con una azione capillare i destinatari finali, e laddove sussiste, anche la rete parentale, adottando strumenti informativi chiari ed efficaci. Al fine di incentivare la partecipazione ed instaurare un rapporto di fiducia, in totale trasparenza e sicurezza, è necessario coinvolgere attivamente la rete sociale, a partire dal medico di base, il sindaco, i famigliari, i volontari locali, gli enti che operano in valle quale Caritas, Parrocchie e Protezione civile, privilegiando i soggetti con i quali il soggetto fragile è già in relazione.

- Specificare che l'adesione alla fase di sperimentazione è gratuita e si traduce in maggiore assistenza.

- Valutare la possibilità di avviare la prima parte della fase di sperimentazione solo con un numero ristretto di anziani, quelli più inclini a prendervi parte, per poi ampliare la platea, grazie alla visibilità graduale delle iniziative, al passaparola, mentre al contempo ci si auspica che la situazione sanitaria torni ad una certa normalità.

- Pensare a definire nuovi approcci e nuovi accorgimenti per intercettare e coinvolgere gli anziani che non sono mai stati presi in carico, in quanto sarà certamente più difficile di prima del Covid, in quanto la lontananza dalla comunità e dai servizi essenziali (non solo ambulatori, ma il medico,

la farmacia,…) ha determinato un aumento dell'isolamento ed un aggravarsi delle condizioni di fragilità.

- Per quanto attiene gli anziani che già erano seguiti, bisognerà puntare sui rapporti di fiducia che si erano instaurati con OSS e infermieri di territorio: prevedere percorsi personalizzati di informazione e di accompagnamento, favorire il dialogo per avvicinarsi alle loro paure e conquistare la loro fiducia. Andare quindi oltre la semplice prestazione, instaurare un rapporto soprattutto in questo momento di estrema difficoltà mentre l'impegno anche da parte dei professionisti si fa maggiore. "Occorre privilegiare una attitudine ed una propensione al dialogo anche da parte degli operatori".

⇒ *Gruppo di lavoro ed organizzazione dell'operatività*

- Pianificare chiaramente il monte ore da dedicare all'attività di sperimentazione a livello settimanale per ogni operatore coinvolto, indicando un piano di lavoro con le attività da svolgere, il numero dei soggetti fragili da seguire, alla luce della mole di lavoro attuale.
  Tenere inoltre in considerazione l'ampiezza di alcuni contesti vallivi e il tempo notevole richiesto per gli spostamenti. Questo suggerisce la necessità di svolgere a domicilio la più parte delle attività o in alternativa attivare il volontariato locale o coinvolgere le case di riposo (es. Monterosso Grana). Non in ultimo spesso sono gli stessi anziani a non voler allontanarsi troppo da casa anche per fare esami di laboratorio o visite mediche, così come per svolgere attività di tipo sociale.
- E' utile - sulla base anche delle progettualità realizzate – il coinvolgimento a supporto dell'equipe multidisciplinare, di alcune figure di specialisti, correlati alle patologie più diffuse, per indirizzare l'attività di prevenzione, automonitoraggio e di educazione alla salute, e in particolare: dietologi, geriatri, psicologi, cardiologi e fisioterapisti
- Il lavoro in rete sulla stessa valle sarà facilitato dal fatto che le diverse figure professionali coinvolte già si conoscono e sono in buoni rapporti: occorre quindi privilegiare operatori che già operano sull'area e che hanno rapporti di fiducia consolidati con i soggetti fragili, che già conoscono, piuttosto che inserire nuovi operatori che risulterebbero loro estranei. Questo approccio sarebbe in grado di facilitare l'avvio dell'attività.
- Valutare quando e in quale modalità potranno riaprire gli Ambulatori della Salute e comprendere quale ruolo potranno assumere a supporto della sperimentazione della presa in carico.

- Per facilitare l'attività di rete anche sulla base della logistica e degli spostamenti su aree vallive di estese dimensioni, unitamente alla necessità di rapportarsi costantemente, è necessario poter accedere facilmente e in qualsiasi momento alle informazioni condivise, come i piani di lavoro degli operatori o i percorsi dei soggetti fragili. Occorre anche sottolineare la difficoltà di accedere alla rete in diverse zone delle alte valli e la carenza di dotazioni informatiche, ad es. in Valle Varaita.
- Sulla base di alcune progettualità pregresse, è indispensabile sin dall'avvio, il coinvolgimento diretto del medico di base come coinvolgere attivamente la famiglia e il caregiver dell'anziano, laddove sussista. Il coinvolgimento sarà più o meno impegnativo, anche a seconda delle condizioni dell'anziano preso in carico (bassa soglia-media soglia). Resta da sottolineare, tra le criticità rilevate, la difficoltà a collaborare con i medici di famiglia, soprattutto più anziani, restii alle segnalazioni, che limitano la propria azione alla prestazione sanitaria e non si occupano in alcun modo della presa in carico del paziente.
- Gli incontri in ciascuna valle tra le figure dell'equipe multidisciplinare potrebbero avvenire con una cadenza mensile o trimestrale.
- Non è da sottovalutare infine la necessità di valutare come dare continuità al progetto, per non deludere e abbandonare i destinatari finali dopo alcuni mesi di presa in carico. E' ad esempio opportuno pensare di attivare la rete del volontariato e gli enti locali, preparandoli a portare avanti le iniziative. Dopo il progetto CONSENSO si sta ad esempio operando per trovare nuove risorse dal progetto delle Aree interne; un importante supporto può venire dagli Ambulatori della salute e dal volontariato se adeguatamente strutturato.

f- L'impatto dell'emergenza Covid

L'indagine condotta evidenzia chiaramente come l'emergenza sanitaria in atto abbia condizionato e modificato le modalità di erogazione dei servizi socio-assistenziali e al tempo stesso abbia influenzato l'atteggiamento da parte dei destinatari finali, soprattutto per quanto attiene il personale sanitario.

I pazienti seguiti dagli infermieri contattati a domicilio rientrano principalmente in tre tipologie:

- Malati terminali ed oncologici, quindi pazienti in gravi condizioni con situazioni cliniche complesse, che richiedono cure palliative, terapie oncologiche ed endovenose, le cui condizioni spesso sono in peggioramento per le difficoltà ad effettuare visite e controlli ospedalieri

- Soggetti fragili seguiti più o meno regolarmente, che vivono soli con patologie croniche a carico, spesso in zone marginali, quindi impossibilitati ad accedere ai servizi territoriali/ospedalieri. Generalmente si stratta di scompenso cardiaco, ipertensione, diabete, morbo di Parkinson. Questi soggetti potrebbero essere i destinatari della sperimentazione.
- Soggetti che richiedono solo interventi occasionali per particolari esigenze (es. medicazioni post ricovero).

Generalmente ad ogni visita domiciliare, l'infermiere cerca di dedicare del tempo alla prevenzione e al monitoraggio dei parametri del paziente. In pandemia, con l'incremento del carico di lavoro, questo servizio passa spesso in secondo piano e a volte non si riesce ad effettuare.

Si trattano per lo più casi di media e alta intensità: le cure domiciliari si effettuano anche in emergenza sanitaria, soprattutto per questi casi più impegnativi che richiedono interventi più complessi. Poiché si sono ridotte le prestazioni ambulatoriali, sono anche aumentate le cure domiciliari in pandemia, anche perché si riducono i tempi dei ricoveri ospedalieri, andando a gravare ulteriormente sulla medicina di territorio.

A questi, si aggiungono anche i malati di Covid.

Solo la Valle Stura si distingue, in quanto i malati più gravi terminali o oncologici non sono seguiti a domicilio ma presso l'Ospedale di Comunità con sede in Demonte; pertanto le cure domiciliari riguardano generalmente attività quali medicazioni, prelievi venosi,… su casi di bassa / media soglia.

In alcuni casi, laddove erano presenti famigliari o caregiver, per ridurre gli accessi domiciliari, soprattutto durante la prima ondata, venivano ridotte le visite e delegati alcuni interventi ai famigliari.

"Con la pandemia, alcuni anziani sono deceduti; molti sono stati trasferiti in case di riposo, perché le condizioni di salute sono inevitabilmente peggiorate.

Quelli rimasti a casa, si sono trascurati, sono vissuti nell'isolamento e nella paura del contagio, evitando di effettuare visite e controlli per non accedere agli studi medici o agli ambulatori, o per allontanarsi da casa, trascurando le terapie e l'assunzione dei farmaci."

"A fine pandemia ci saranno nuovi fragili, e i fragili che già conoscevamo saranno ancora più fragili"

Questo comporta generalmente:

- ⇒ aumento della sedentarietà, rinunciano ad uscire e a fare passeggiate;
- ⇒ molti sono ingrassati, mangiano spesso perché da soli in casa, non seguono un regime alimentare corretto;

- ⇒ aumenta il consumo di alcool;
- ⇒ si trascura l'igiene personale e si vive in un contesto di trascuratezza e di abbandono;
- ⇒ aumentano i casi di decadimento cognitivo, molto e sempre più diffuso, difficile da gestire che richiede l'intervento dello psicologo, così come aumenta la depressione e cala l'autostima;
- ⇒ peggiorano le condizioni dei pazienti affetti da diabete, ipertensione e scompenso cardiaco, per il mancato monitoraggio della terapia farmacologica e dei parametri.

"Sarà necessario effettuare una nuova mappatura per verificare chi siano i fragili oggi e in quali condizioni si trovino"

Nei diversi periodi della pandemia, la relazione con il personale infermieristico da parte dei soggetti fragili, è stata diversa.

"Con la prima ondata, i pazienti erano molto spaventati: avevano paura di tutti, erano più che mai diffidenti, circolavano poche informazioni sul Covid ed era chiaro che proprio gli anziani erano i soggetti più a rischio; noi operatori non sapevamo ancora come operare, non avevamo il materiale adatto a disposizione e quando sono comparse le prime mascherine, queste incutevano ancora più timore."

"Questo periodo è stato molto duro psicologicamente: molti si son mostrati diffidenti nei nostri confronti, anche i parenti dei pazienti e i nostri stessi conoscenti ci ritenevano pericolosi per la nostra professione"

Col passare dei mesi, sono aumentate le informazioni, sono arrivati i dispositivi di sicurezza per tutti gli operatori e sono diventati famigliari anche ai fragili; loro stessi si sono abituati e "rassegnati" alla condizione. Molti hanno ancora paura anche se non si sono ammalati e il personale è più preparato e rassicurante nei loro confronti.

Secondo alcuni operatori inoltre, i pazienti seguiti regolarmente dal personale sanitario – generalmente in più gravi condizioni di salute - hanno sempre accolto gli infermieri durante l'emergenza sanitaria; i pazienti invece occasionali, che son stati seguiti solo per limitati periodi di tempo o per interventi occasionali, (come le medicazioni), si sono dimostrati molto più timorosi e restii ad accogliere in casa gli operatori sanitari.

Con l'arrivo del vaccino anti Covid somministrato al personale socio-sanitario, si è raggiunta una maggiore tranquillità e i soggetti fragili accolgono con maggiore disponibilità gli operatori in casa, segnale che si comincia ad uscire dal periodo più buio.

1-LA PIATTAFORMA TECNOLOGICA ICT DEL PROGETTO "LA CURA E' DI CASA".

Il progetto – durato circa tre anni – è stato finanziato dalla Fondazione Cariplo, la Regione Piemonte e la Compagnia di San Paolo.

L'iniziativa si proponeva di seguire gli anziani over 65 anni residenti sul territorio del Verbano – Cusio - Ossola a domicilio, fornendo servizi socio-assistenziali in collaborazione con l'Asl locale.

Sono stati contattati 800 anziani e se ne sono presi in carico contemporaneamente ben 450.

L'età media era di 81 anni; si sono fornite 12.000 ore di assistenza da parte di operatori professionali all'anno oltre a 9.000 ore da parte del volontariato locale. L'attività ha coinvolto infatti 126 operatori e 210 volontari.

Al centro dell'iniziativa è la piattaforma utilizzata che ha permesso lo svolgimento del progetto. Consentiva infatti la gestione dei servizi: si accedeva tramite pc, cellulare o i tablet, ed era condivisa tra tutti gli operatori a vario titolo coinvolti.

I dati dei pazienti erano integrati con l'anagrafica dell'ASL.

Sulla piattaforma erano caricati svariati dati utili allo svolgimento delle iniziative:

- la mappatura degli anziani coinvolti e le rispettive reti famigliari e sociali
- le strutture pubbliche e private collocate sul territorio di tipo sanitario e socio-assistenziali unitamente alle case di riposo, i centri diurni, le associazioni e gli enti
- I piani di lavoro degli operatori, con indicazione degli interventi, delle riunioni in programma, delle valutazioni in itinere
- I percorsi personalizzati dei diversi anziani.

Ciascuno, anche i famigliari dei pazienti, potevano accedere alla piattaforma, come gli operatori e gli 8 manager che seguivano ciascuno un ambito territoriale, ma ciascuno a livelli istituzionali differenti, pur condividendo le informazioni.

L'attività forniva servizi domiciliari di bassa soglia come accompagnamento e trasporto a visite e controlli, cura della persona, monitoraggio delle terapie farmacologiche, sostegno psicologico, mantenimento delle capacità motorie,…

Il progetto ha mosso energie di comunità e di alta partecipazione da parte delle associazioni, degli enti, delle case di riposo, ma soprattutto dei cittadini.

La tecnologia ha fornito un supporto indispensabile per la buona riuscita dell'esperienza.

LEGENDA

CRONOPROGRAM	FASE / ELEMENTI UTILI	CHI LO FA	DOCUMENTAZIONE

CRONOPROGRAM	FASE	ELEMENTI UTILI	CHI LO FA	DOCUMENTAZIONE	Note
MAGGIO – GIUGNO 2021	**COMPOSIZIONE DEL GIPIC DI VALLE**	COMPONENTI: ASSISTENTE SOCIALE INFERMIERA OPERATORE SOCIO SANITARIO EDUCATORE PROFESSIONALE VOLONTARIATO LOCALE	ENTI PARTNER	VERBALE - ORDINE DI SERVIZIO	Note: in ogni valle sarà attivo il GIPIC composto dalle figure professionale su indicate. Potranno essere invitate altre figure quando necessario (es. figure specialistiche...) Sarà individuata all'interno del gruppo dei componenti il coordinatore del GIPIC Ogni GIPIC dovrà avere una sede fisica per le riunioni e per la conservazione della documentazione. Gli operatori saranno reperibili nelle modalità consuete. Il ruolo dell'educatore professionale è quello di promuovere il ruolo della comunità locale nell'ambito della sperimentazione, in particolare aiutando l'équipe ad individuare nei singoli progetti un'azione che veda attiva la comunità locale. Il GIPIC si incontrerà mediamente ogni 3 settimane per lo svolgimento delle fasi indicate a lato. Nella fase iniziale è possibile immaginare incontri INTERVALLIVI tra GIPIC, coordinati dai referenti degli Enti Gestori e dell'ASL
GIUGNO LUGLIO 2021	**INDIVIDUAZIONE UTENZA PER SPERIMENTAZIONE**	CRITERI PER INDIVIDUAZIONE: - definizione condivisa di fragilità in carico/non in carico	GIPIC VALLE	MAPPATURA FRAGILI	Note: ogni valle dovrà individuare da 6 a 10 persone, potenziali utenti e/o utenti in carico, al fine di permettere il raggiungimento degli obiettivi di progetto (36). Si darà avvio ad almeno 6 progettazioni per valle. Nella scelta, oltre al criterio sotto indicato, si dovrà tener conto anche della compatibilità della persona con interventi sociali, sanitari e da parte della comunità locale.
LUGLIO AGOSTO 2021	**COINVOLGIMENTO E ADESIONE DELL'UTENZA**	INCONTRO AL DOMICILIO CON OPERATORE PRIVILEGIATO	OPERATORE	SCHEDA ADESIONE INFO PRIVACY	Note: I singoli utenti verranno coinvolti attraverso un incontro presso il proprio domicilio, effettuato dall'operatore ritenuto più vicino o confacente alla situazione (AS, OSS, INF, oppure volontario se si ritiene). L'incontro servirà per spiegare il progetto, i suoi tempi e acquisire le necessarie adesioni e autorizzazioni
AGOSTSO SETTEMBRE 2021	**DEFINIZIONE PROGETTO GIPIC**	INDIVIDUAZIONE CASE MANAGER DURATA PROGETTO	GIPIC VALLE	SCHEDA PROGETTO SCHEDA INDICATORI	Note: A seguito dell'adesione al progetto è definito il progetto GIPIC a favore dell'utente. Il progetto deve prevedere: - l'individuazione di un case manager (AS, OSS, INF, VOL) adeguato ai bisogni prevalenti - l'individuazione di interventi che possano contemplare la partecipazione dei tre ambiti (Sanitario, sociale, comunità locale) e di un tempo di realizzazione congruo (max 9-12 mesi) - Individuazione degli indicatori utili per verificare il soddisfacimento degli obiettivi dichiarati (selezionato entro un setting predeterminato e condiviso) EQUIPE DI PROGETTO Le figure presenti nella definizione del progetto e nella sua attuazione sono gli stessi operatori del GIPIC o, eventualmente, altri in aggiunta in base al caso e al tipo di interventi che si renderà opportuno realizzare. Per la stesura del progetto è necessaria la presenza (di almeno 1 operatore sociale e 1 sanitario), del coordinatore del GIPIC, del case manager individuato, dell'educatore professionale. Il progetto può essere definito in due fasi, la prima di bozza e poi quella definitiva in condivisione con tutte le professionalità coinvolte, compreso l'utente.
SETTEMBRE 2021 – SETTEMBRE 2022	**ATTUAZIONE PROGETTO**	REALIZZAZIONE COORDINATA DEGLI INTERVENTI INDIVIDUATI NEL PROGETTO	OOPP/VOL	DIARIO RILEVAZIONE	Note: IL CASE MANAGER del progetto coordina la realizzazione degli interventi, gli eventuali incontri di équipe e di monitoraggio periodico La compilazione del Diario è possibile per tutti i componenti dell'équipe
	MONITORAGGIO IN ITINERE	DURANTE LA RIUNIONE DI EQUIPE DI PROGETTO VALUTAZIONE INDICATORI	CASE M.	SCHEDA PROGETTO SCHEDA INDICATORI	Note: valorizzazione degli indicatori individuati nel progetto
	VALUTAZIONE FINALE AL TERMINE DEL PROGETTO GIPIC	AGG. SCHEDE INDICATORI INDIVIDUAZIONE ESITI	GIPIC VALLE	SCHEDA PROGETTO SCHEDA INDICATORI	Note: Nell'ambito del GIPIC di valle viene effettuata la valutazione finale del progetto e individuato eventuale esito per il beneficiario fragile del progetto: - CONCLUSIONE INTERVENTI / PROSECUZIONE IN MODALITA' SAD / AMB SALUTE / LUNGOASSISTENZA
SETTEMBRE 22-NOVEMBRE 22	**VALUTAZIONE GIPIC DI VALLE**	COMPONENTI: ASSISTENTE SOCIALE INFERMIERA OPERATORE SOCIO SANITARIO EDUCATORE PROFESSIONALE VOLONTARIATO LOCALE	ENTI PARTNER + ESPERTO ESTERNO	REPORT DI SINTESI	

Projet usages capteurs embarqués / zone rurale / Egalité d'accès aux soins / médecine générale.

Projet revu **15/10**/2018 et **17/11/**2018 pour intégration au PS5 Terres Monviso

Par Pierre Lutzler – GHT Alpes du Sud et Guillaume Plagnol – Europa développement

Budget **FRA** : 40 K€ TTC (20 k€ Personnels + 20 k€ location matériel) + 5K€ de frais communications scientifiques (participation colloques : frais de déplacement et inscription)

I. Contexte – Problématique.

Au sein d'une zone transfrontalière rurale et montagneuse – les Hauts des Terres Monviso sont un « modèle » d'isolement (Cf. annexe 1) :

- En matière de présence médicale, malgré l'implantation de MSP (Aiguilles/Guillestre et Barcelonnette) et les efforts des différents acteurs de santé – dont hospitaliers (CH d'Aiguilles -Embrun – Barcelonnette), les premiers et les seconds soutenus par les tutelles,
- Egalement du fait d'une couverture par réseau 2 ou 3 G limitée au regard du relief accidenté voire de zones blanches notamment en Italie,
- Enfin au regard d'une situation géoclimatique particulière générant des difficultés de déplacements.

Cela posé, depuis très longtemps les professionnels de ce territoire s'organisent à mesure des avancées technologiques pour préserver une égalité d'accès aux soins telle que préconisée dans la Loi Santé en France et ses récentes différentes déclinaisons ainsi qu'en Italie.

II. Objectifs de l'étude.

A Pathologies concernées :
Il s'agit des maladies ou grands syndromes pourvoyeurs de chronicité :

- Hyper ou hypotension artérielle,
- Insuffisances : cardiaque, rénale, respiratoire,
- Diabète I et II.

B Constantes physiologiques suivies :

De façon habituelle, les pathologies chroniques bénéficient d'un suivi des paramètres suivants (Cf. Annexe 2) :

- Tension artérielle – systolique et diastolique (TA)
- Fréquence cardiaque (FC)

- Saturométrie (Sat)
- Poids
- Hémoglucotest (HGT)
- INR pour les patients sous anticoagulants

De façon plus ponctuelle un relevé de la température peut s'avérer nécessaire, par exemple lors d'un épisode infectieux chez ces patients fragiles.

C Sélection des patients :

Les différents paramètres de sélection des patients :

- Présence d'une des pathologies chroniques faisant l'objet de l'étude,
- Autonomie < GIR 5-6. La Grille AGGIR permet de « classer » les personnes en 6 niveaux différents de dépendance : du niveau 6 (aucune dépendance) au 1 (dépendance pour tous les actes de la vie quotidienne). L'indice de Barthel sera recueilli lors de l'inclusion (Annexe 9).
- Ne bénéficiant pas de visite médicale de suivi au domicile,
- Pris en charge par un des SSIAD (Aiguilles –Embrun – Jausiers – l'Agentière-la-Bessée[1]) - et ses équivalents italiens (Consorzium – ASL) , les deux types d'organisation seront comparées.
- D'autres variables illustratives seront colligées, telles que : NSCA, MMS, éloignement en temps à la ressource médicale, afin de prendre en compte les facteurs d'inclusion sociale.

III. Déroulement de l'étude :

A Durée :

Au moins 12 mois sont nécessaires, d'une part pour bénéficier d'une remontée suffisante d'informations et d'autre part pour couvrir l'intégralité des saisons – fortement marquées sur le plan climatique.

B Inclusion :

L'inclusion initiale est de 12 patients répartis sur les quatre SSIAD, pour indication médicale en relation avec les pathologies ciblées. Le recueil des paramètres est poursuivi lors d'une hospitalisation intercurrente. Les patients sortis d'essai sont remplacés par d'autres répondant aux critères d'inclusion.

L'échantillon de 12 patients peut être réparti en groupes de 3 ou 4 patients suivis quadrimestriellement ceci afin d'augmenter la puissance d'analyse statistique – soit 36 sujets différents inclus.

Pour des raisons pratiques, les inclusions pourront être échelonnées – mois d'inclusions « glissants ». Ainsi, un premier groupe permettra de vérifier les modalités opérationnelles du protocole – phase pré test / pré assesment.

[1] En charge de Guillestre

De ce fait, la durée de recueil des données sera prolongée de 1 à 2 mois.

Les groupes Français et Italiens seront comparés avec les indicateurs communs (sexe ratio – classes d'âges – Autonomie – Pathologies – Entourage - NSCA).

C Consentement :

Un consentement éclairé est signé par le patient ou son représentant. Il y sera mentionné que le télé-suivi des paramètres n'engagera pas la responsabilité des soignants participants à cet essai.

D Suivi :

Après la première pose (Cf. annexe 2) des capteurs et l'apprentissage de l'utilisation, le suivi est assuré par les AS et IDE des SSIAD en France et les CMS et l'ASL Cn 3 en Italie (Cuneese).

E Sécurité – confidentialité :

Le transfert des données cryptées s'effectue en direction du médecin traitant et du médecin hospitalier via un site hébergeur et l'intégration des données dans le dossier informatisé du patient. L'intégralité du circuit de l'information – du recueil des données jusqu'à leur analyse par le médecin est sécurisé et anonymisé. (Cf. Annexe 5)

Pendant toute la durée de l'étude le fournisseur des capteurs devra rester disponible en permanence avec les pilotes opérationnels de l'étude afin de pallier tout éventuel dysfonctionnement. L'opérateur tiendra un journal des incidents et alertera l'établissement porteur du projet (Cf. Annexe 6).

IV : Analyse des résultats :

Objectifs principaux :

Trois dimensions d'usage seront analysées – ajustées aux organisations Italiennes et Françaises:

- Etude d'usage visant à mesurer la compliance des patients en termes d'acceptabilité et des soignants – y compris les destinataires finaux,

Nota : Indicateurs = questionnaire de satisfaction – rupture de suivis (causes, …) à construire en amont

- Analyse d'efficacité en quantifiant le nombre de réponses médicales apportées versus le nombre d'évènements anormaux significatifs (eg : modifications de traitements anti

hypertenseurs ou anti arythmiques ou traitement anticoagulant, adaptation de l'oxygénothérapie, suivi de l'hémoglobine glyquée, …),

Nota : Indicateurs : Nombre de réponses de soins / nombre d'évènements significatifs.

- Recueil des incidents ou dysfonctionnements technologiques à l'aide du journal de suivi des incidents, ainsi que les réponses à ces derniers (Cf annexe 6).

Les autres critèresquantifiés lors de l'inclusion et de la sortie de l'essai sont :

- Echelle de Qualité de vie
- Indice de Barthel
- Mesure de l'atteinte des objectifs de la prise en soins
- Poursuite ou non du maintien à domicile

Un suivi à distance - « follow-up », sera effectué 6 mois après la sortie d'essai des patients – soit à M+10 après l'inclusion. Ces paramètres seront binaires (décès – maintien à domicile) ou plus complexes / Point de **vigilance** – à définir - nécessité de temps évaluateurs / pilotes.

Objectifs secondaires : à définir par Italie et France.

V : Discussion - Perspectives - Conclusions. :

- Aspect organisationnel (circuit prescription de l'appareillage : modification des « conduites à tenir », réduction du nombre d'hospitalisations, …
- Acceptabilité patients et professionnels (Compréhension, ergonomie, …)
- Analyses comparées France - Italie
- Diffusion de la stratégie d'intervention médico-sociale ou définition des compléments nécessaires à mettre en œuvre.

VI : Publications des résultats :

Publications écrites :

- Revue de Gériatrie
- Revue Gérontologie
- Revue du Médecin coordonnateur
- Revue Télémédecine (langue Anglaise)
- Presse moins spécialisée (Quotidien du Médecin)
- ...

Communications :

- Congrès gérontologique national (SFGG - Société Française de Gériatrie et Gérontologie)

- Congrès régionaux - dont SPG (Société Provençale de Gérontologie / PACA) - existe aussi Rhône Alpes Auvergne ... et toutes régions
- Congrès internationaux (en général plus pour poster)
- Congrès de Télémédecine (SFTAG ou autre)
- Cours Faculté DU - Paris VI
- Téléconférences du CATEL : proposer également un site italien pour les prochaines éditions (Embrun 2016 – 2017 ; Briançon 2018 – 2019)
- ...

VII : Budget :

- Promoteur de l'étude ALCOTRA Terres Mont Viso :
    - Activités des agents des quatre SSIAD [2](Cadres de santé – Médecins coordonnateurs : 1 visite (30') hebdomadaires / patients (13 visites) - lissées sur 12 mois : 8000 Euros (pour 4 SIAD) - potentielles compressions des couts par mutualisation – notamment collation des données
        - Recrutement des patients
        - Suivi opérationnel de l'étude (équipement des patients, transmission des données, …) – contacts médecins traitants

    - Temps paramédical et médical GHT : 12 000 Euros (0.1 ETP médecin sur 16 mois).
        - Modalité d'inclusion des patients
        - Collation et analyse des données
        - Interprétation des résultats
        - Synthèse –publications

- Devis de développement en annexe 7 : 19 992 € TTC (arrondi à 20 K€) lissés sur 12 mois glissants. **Nota et point de vigilance** : le matériel utilisé en France et en Italie devra être commun – à défaut comparable point à point.

- Participation à la divulgation des résultats (cf. supra) : 5000 € de frais de déplacement et de frais de colloque (temps RH pur mémoire).

[2] **Nota** : seul le temps GHT est valorisable dans les limites autorisées par le programme Alcotra. Pour les autres, passer une convention de moyens avec les SIAD et mise à disposition de temps de personnel en respectant les règles européennes de justification.

ANNEXES

Annexe 1 : Densité de population des hautes Alpes et du territoire concerné par le projet

Annexe 2 : Matériel

Annexe 3 : Procédure spécifique applicable aux ECG et INR

Annexe 4 : Procédure retenue pour l'installation des outils et pour l'apprentissage de leur utilisation par les AS et IDE du SSIAD d'Aiguilles

Annexe 5 : Cheminement et sécurité des données sensibles de santé

Annexe 6 : Support utilisateur assuré par Serviligne

Annexe 7 : Devis de la prestation de Serviligne

Annexe 8 : Grille AGGIR

Annexe 1 :les Terres Monviso,

Les **Terres Monviso** couvrent une superficie de 5 137 km² située de part et d'autre du massif du Mont Viso (3 841 m), avec 116 communes (68 italiennes, soit la partie occidentale de la *Provincia di Cuneo* et 48 françaises situées sur les départements des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes), pour un total de 155 195 habitants (2013).Du point de vue historique et culturel, paysager et environnemental et socio-économique, il s'agit d'un territoire homogène.
Il y a longtemps, ce territoire a fait parti du Marquisat de Saluce, de la République des Escartons, de l'Archevêché d'Embrun dont il conserve de nombreux témoignages artistiques, urbanistiques et architecturaux jusque même dans son parlé local.
La langue et la culture occitane sont très fortes coté italien (renforcé par la reconnaissance constitutionnelle de l'Etat italien) et le provençal alpin est encore parlé en France par les générations les plus vieilles.

Le **Terres Monviso**comprende un'area pari a ben 5.137 kmq, che si estende nella regione transfrontaliera collocata intorno al massiccio del Monviso (3.841 m), contando ben 116 Comuni (di cui 68 italiani che comprendono tutta la parte occidentale della Provincia di Cuneo e 48 francesi situati nei dipartimenti Alpes de Haute-Provence e Hautes Alpes), per un totale di 155.195 abitanti (2013). Il territoriorappresentauna zona omogenea dal punto di vista storico-culturale, paesaggistico-ambientale e socio-economico.
Quest'area, nellontanopassato, ha fatto parte delMarchesato di Saluzzo, della Repubblica degliEscartons, dell'Arcivescovato di Embrun e conserva ancoraogginumerosevestigia di questafasedella sua storia, siasotto il profilo artistico, urbanistico e architettonico, che in relazione alla tradizionelinguistica locale.
E' infattiprofondamentesegnato, (soprattuttonelleValliitalianeoggicostituzionalmentericono sciutedalloStato italiano), dalla presenzadella lingua e dellacultura occitane, in Francia dal dialetto di tipoprovenzalealpino, parlatoancoradaglianzianidelluogo.

L'accès au haut débit est inégal selon les territoires et constitue un fait marquant utile à souligner. Dans les hauts de vallée son absence ne permet pas de garantir l'accès aux services publics dématérialisés et aux téléconsultations. Ce défaut d'offre limite également la gestion des activités touristiques (promotion et commercialisation) pour les structures situées dans les hauts de vallées.

Ulteriore dinamica da rilevare è legata al persistere del **digital** divide che rileva una situazione di svantaggio per i residenti nelle aree marginali più in quota ai quali è spesso precluso anche l'accesso ai nuovi servizi telematici e digitali. Questa carenza limita fortemente la gestione delle attività turistiche (promozione e commercializzazione), per le imprese ricettive collocate in alta valle.

Comme toutes les zones de montagnes de l'arc alpin ce territoire a subi ces dernières années un lent mais progressif **changement de sa structure démographique** caractérisé par un dépeuplement des hautes vallées qui sont devenues de fait à la marge géographique des deux territoires de montagne, en termes d'emplois et d'activités économiques et de sous équipement en services à la population. Ce constat, même si égal de part et d'autre de la frontière, ne se décline pas de la même façon :

- Côté italien, la population même si globalement relativement stable (123 599 habitants en 2010 pour 123 445 en 2013) est descendu dans les piémonts et la plaine en devenant progressivement résidente des commune de Barge, Bagnolo, Manta, Saluzzo, Bernezzo, Busca et Verzuolo ;

Come tutte le aree montane dell'arco alpino, anche questo territorio ha subito negli ultimi decenni un lento ma progressivo **indebolimento del proprio tessuto demografico**, determinato soprattutto dal costante spopolamento delle alte valli, dovuto essenzialmente alla marginalità geografica del territorio montano, alla carenza di possibilità occupazionali ed alla rarefazione dei servizi preposti alla popolazione residente nelle zone rurali.

- Per il territorio italiano, sotto il profilo demografico la popolazione residente si è mantenuta complessivamente piuttosto stabile (contando 123.599 abitanti nel 2010, 123.445 nel 2013), sebbene i comuni delle alte valli vedano ridursi i propri abitanti a vantaggio delle aree pedemontane e di pianura, che aumentano progressivamente i propri residenti (Barge, Bagnolo, Manta, Saluzzo, Bernezzo, Busca e Verzuolo);

- Côté français, la population est globalement en croissance (28 474 hbts 1999 vs 31 750 – 2013) - même si l'on observe une stabilité à partir de 2008 - au profit de la zone du lac de Serre-Ponçon où les conditions climatiques sont plus douces. Il faut également noter le phénomène très marquant de la résidence alternée (4-5 mois à la meilleure saison).

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 22,4% de la population française, italienne et transfrontalière quand le pourcentage des jeunes de moins de 15 ans est légèrement supérieur côté français (16,06% soit 1 point de plus)
Côté densité, la différence entre la France et l'Italie constitue un fait marquant sur les Terres Monviso comme sur la zone centrale d'Alcotra et cette différence est également altimétrique. Pour l'Italie les valeurs vont de 1,15 (commune de Marmora en vallée Maira) à 317 pour la commune de Manta, dans le Saluzzese et pour la France de 0,83 pour Ristolas à 169 pour Embrun (260 pour Mont-Dauphin, plus petite commune de France).
Entre les communes des hauts de vallée et celles les plus basses subsistent une différence notable : la capacité d'attraction des plus basses de nouveaux habitants principalement par transfert interne pour l'Italie et externe pour la France, ce que prouvent leurs soldes migratoires positifs.
La plupart des communes du PITER se tiennent dans des valeurs semblables portant la moyenne de la densité à 30,21 (12,94 en France et 46,02 en Italie). Bien entendu la situation de la plaine du Saluzzese est inconnue en France.

- Per il territorio francese, sotto il profilo demografico la popolazione residente aumenta (contando 28.474 abitanti nel 1999, 31.750 nel 2013), anche se si osserva una stabilità dal 2008 a vantaggio della zona del Lac de Serre-Ponçon, per le migliori condizioni climatiche. Si può anche notare il fenomeno diffuso dei residenti stagionali (4-5 mesi in estate).

L'incidenza della popolazione anziana con età superiore ai 65 anni è pari a 22,4% sul territorio transfrontaliero, mentre la percentuale di residenti giovani al 2013 con età inferiore ai 15 anni è leggermente superiore dal versante francese (16,06%. rispetto al 14,9% in Italia).
Per quanto attiene la densità abitativa, è evidente la disomogeneità nella distribuzione demografica tra le zone di alta e bassa valle (carta allegata), soprattutto per quanto attiene il versante italiano, spaziando da valori pari a 1,15 (comune di Marmora, in Valle Maira) a ben 317 del comune di Manta, nel Saluzzese. Per quanto attiene la Francia si passa da valori pari a 0,83 per Ristolas a 169 per Embrun (260 per Mont-Dauphin, il comune più piccolo di Francia).
Sussiste infatti una notevole discrepanza tra i piccoli comuni decentrati sulle valli e i centri del saluzzese, i quali spesso raccolgono nuovi residenti provenienti dalla media e alta montagna, manifestando trend demografici decisamente positivi, mentre in Francia risultano essere di provenienza esterna, dimostrando un saldo migratorio positivo.
La più parte dei comuni inclusi nell'area PITER, presenta tuttavia valori assai contenuti, determinando un valore medio pari a 30,21 (12,94 è la media francese, 46,02 quella italiana). Ben inteso la situazione specifica della pianura saluzzese, con valori elevati, che non si riscontra sull'area francese.

Annexe 2 : Matériel

Le matériel est contenu dans une valise aménagée selon les différents outils à mettre à disposition

Pour que la communication s'effectue sans la moindre anicroche, la personne équipée se voit fournir :

- Un boîtier communicant « Med-in-box » : Ce boîtier est muni de la technologie Bluetooth à des fins de réception des données des autres objets fournis, mais également d'un haut-parleur destiné à indiquer une étape après l'autre les différentes tâches à effectuer. Le boîtier communique les infos récoltées via le réseau GSM ou GPRS. Le boîtier est muni en local d'un espace de stockage limité permettant le report de l'envoi de la donnée en cas d'indisponibilité du réseau mobile.
- Un scanneur de code-barres et une feuille d'instruction : En scannant le code barre figurant sur la feuille d'instruction, le boîtier indique vocalement les étapes pour effectuer les mesures nécessaires.
- Les différents objets connectés demandés : Ils sont fournis déjà appariés avec le boîtier communicant lorsque cette étape doit être effectuée. Les données issues des équipements nomades (tel que l'ECG) emprunte le log affilié au concentrateur pour permettre l'identification du patient. Les informations sont envoyées dès la réalisation de l'étape effectuée indiquée par le boîtier communicant dans les règles préétablies avec l'hébergeur.

Les mesures à effectuer pour ce projet sont indiquées dans le corpus.

Aucune configuration n'est requise pour mettre en place la communication. Les objets peuvent librement être appariés avec une ou plusieurs autres plateformes s'il s'agit du souhait du détenteur de l'objet. Cette action devra cependant être opérée par ce dernier. Aucune compétence dans le domaine informatique n'est nécessaire pour envoyer ses données de santé.

Pour permettre l'envoi des données, la personne équipée n'a besoin d'aucun équipement personnel spécifique.

Au sujet de l'identification de la personne équipée, deux possibilités sont offertes :

- Un premier cas où le numéro d'identification correspond au boîtier communicant et non à la personne équipée. Ce premier cas permet de limiter les conséquences d'une éventuelle récupération de données. En effet, si les données sont récoltées dans un but malveillant, il sera impossible d'utiliser l'identifiant utilisé à des fins de rattachement à un patient. L'identifiant est ainsi transmis à l'hébergeur de santé qui se charge à son tour d'affilier l'identifiant à un patient équipé.

- Un second cas où le numéro destiné à identifier le patient est propre à sa situation (NIR, RPPS…). Dans cette situation, le rattachement de la donnée à un patient concerné peut se faire avant l'hébergement chez un HDS.

Annexe 3 : Procédure spécifique applicable aux ECG et INR

Contrairement aux autres équipements, l'ECG et l'INR sont mesurés par des outils nomades pouvant être utilisés sans que soit nécessaire l'appariement des outils de mesure classiques. Dans des objectifs d'optimisation des coûts, le boîtier situé à proximité de l'ECG ou de l'INR affilie un identifiant à la mesure fournie par l'objet. Cet identifiant ou « log » est ensuite couplé à la mesure puis transféré dans les mêmes conditions que les autres mesures récoltées par le même boîtier. Ces deux équipements ne sont pas présents au domicile des patients à toute heure de la journée, mais uniquement à l'occasion du passage d'infirmières/aides-soignantes prenant en charge ces patients.

Annexe 4 : Procédure retenue pour l'installation des outils et pour l'apprentissage de leur utilisation par les AS et IDE du SSIAD d'Aiguilles

Aucune configuration n'est requise pour mettre en place la communication. Les objets peuvent librement être appariés avec une ou plusieurs autres plateformes s'il s'agit du souhait du détenteur de l'objet. Cette action devra cependant être opérée par ce dernier. Aucune compétence dans le domaine informatique n'est nécessaire pour envoyer ses données de santé.

Une formation est toutefois dispensée à l'égard des intervenants de proximité de santé des patients. Dans le cadre de ce projet, il s'agit des IDE et AS du SSIAD d'Aiguilles. Les infirmières et aides-soignantes auront donc une formation sur le branchement des appareils, le caractère spécifique des ECG et INR mis à disposition et sur le fonctionnement de la feuille d'instruction en compagnie du lecteur de code-barres. Le lieu et le moment dédié à la formation serait à définir selon les espaces les plus opportuns (SSIAD, MSP, CH Aiguilles…).

Annexe 5 : Cheminement et sécurité des données sensibles de santé

Dans le domaine de l'informatique, la donnée est considérée comme sécurisée si est assuré :

- L'intégrité,
- La confidentialité,
- La disponibilité,
- La traçabilité

En matière d'intégrité, les données issues des objets connectés transitent en Bluetooth avec chiffrement. Ce chiffrement permet de garantir l'absence de corruption de la donnée par des pratiques de sniffing/man in the middle/spoofing. La transmission des données entre le boîtier communicant et le serveur s'opère via le réseau GSM/GPRS. Les données mobiles sont protégées par SSL (chiffrement asymétrique).

En termes de confidentialité, chaque donnée émise par un boîtier prédéfini est associé à un log. Ce log peut n'avoir aucun lien direct avec son utilisateur, mais uniquement un lien avec le boîtier communicant. Un fichier de correspondance peut ensuite être transmis à l'hébergeur qui se charge de suite à transformer automatiquement le log du boîtier en un log relié à une personne physique. Ce procédé a pour avantage de permettre la confidentialité de l'identité de l'utilisateur à l'égard des tiers, mais également de Serviligne même, dans l'éventualité où Serviligne ne connaît pas l'emplacement exact de ses propres boîtiers. Ce procédé rend donc impossible l'exploitation de ces données, celles-ci n'étant pas directement reliées à l'utilisateur, mais à l'équipement qui lui est confié. Cette protection ne porte pas atteinte à l'intégrité de la donnée, celle-ci étant contrôlée par l'hébergeur de données de santé avant possibilité de consultation.

En matière de disponibilité, il est important de considérer le degré de disponibilité nécessaire pour un service de qualité. De ce fait, dans le cadre de projet de télésurveillance de données médicales, il est important de réceptionner l'ensemble des données dans un délai court (au plus 24h). Le système est conçu pour transmettre en temps normal la donnée dans un délai de moins d'une minute. Il est en revanche possible que sous certaines conditions spécifiques, le réseau mobile puisse présenter des difficultés. Le boîtier est conçu pour stocker temporairement la donnée jusqu'à ce que soit assurée la transmission dans cette éventualité. Une confirmation est envoyée au boîtier dès qu'est assuré la donnée dans son intégralité. La procédure menée par le boîtier permet donc d'assurer en temps normal une transmission rapide de la donnée et assurer les situations inhabituelles dans des délais raisonnables.

En ce qui concerne la traçabilité, les objets communicants ainsi que les boîtiers horodatent les mesures. Cet horodatage fait partie des informations fournies à l'hébergeur. Le boîtier peut communiquer avec le serveur sur ce point. Afin d'assurer que soit enregistrée l'heure exacte correspondant à la mesure, le boîtier effectue des tests cycliques établis quotidiennement. Ce test met en place une procédure de synchronisation de l'heure du

serveur et du boîtier. Dans l'hypothèse ou les heures ne correspondent pas à plus ou moins 30 secondes, le boîtier ajuste l'heure de son horloge interne au serveur.

Il apparaît très improbable de générer une attaque sur la communication Bluetooth du fait de sa connexion intermittente, de son champ d'action géographique très limité, puis de l'isolement du secteur, ces attaques étant en pratique ciblées sur des zones denses (métro parisien par exemple). De même la bande de fréquence utilisée pour le Bluetooth est la fréquence ISM, sans nécessité de licence, qui est reconnue pour subir très peu d'interférences.

A des fins de maintenance, certaines données techniques sont transmises à Serviligne lors de l'usage du boîtier communicant. Ces données ne concernent pas les données de santé et permettent de faciliter la gestion d'éventuels incidents. Ces données nous donnent des informations quant à l'effectivité de la connexion des objets, l'effectivité de l'envoi…

Annexe 6 : Support utilisateur assuré par Serviligne

Nos services sont associés à un support utilisateur à plusieurs niveaux pour limiter l'impact du coût de la main d'œuvre et répondre le plus rapidement possible à chaque incident pouvant éventuellement survenir. Ces niveaux d'intervention sont échelonnés afin de répondre au mieux aux besoins des utilisateurs. Nous recourons à une méthode recommandée par ITIL à ce sujet.

Au premier niveau, l'utilisateur se voit fournir un numéro de téléphone lui permettant de nous contacter. Il est invité à nous expliquer avec ses connaissances l'incident en question. Nous essayons dans un premier lieu de régler l'incident avec l'utilisateur par téléphone. L'intervenant dispose d'informations liées à la connectivité et à la disponibilité du réseau. Il peut envoyer un test de réception au boîtier. Si le premier niveau d'action ne suffit pas à corriger l'incident, le service technique invite les aidants à vérifier le bon usage des outils. Enfin, dans l'éventualité d'un échec de ces mesures, un technicien se déplace pour assister l'utilisateur. Ce deuxième niveau consiste donc à une vérification à domicile des questions d'ordre technique. Si l'intervenant n'est pas en mesure de résoudre l'incident, un matériel de rechange lui est fourni et le matériel confié au départ retourne en atelier pour résoudre l'incident. Actuellement, les accès dont dispose l'intervenant du support utilisateur ne concerne en aucun cas les données de santé. Il est prévu une prochaine version permettant au professionnel de santé de générer un mot de passe à usage unique pour accéder à de plus amples informations à titre de maintenance. Ce n'est que sous demande de l'intervenant que ne seraient disponible ces données pour un boîtier expressément spécifié et pour une période limitée à l'intervention.

Chaque action est notifiée dans un journal. Par action, il est compris la notification des incidents et la réponse à ce dernier. C'est ce journal qui permet au fil de l'eau de créer une analyse de risques plus élaborée et de modifier les protocoles soulevant le plus d'incidents. Les risques sont plus élevés en début de projets, ce qui nécessite une possibilité de réponse à un taux de remplacement plus important. Ce journal pourra être utilisé dans le cadre de l'évaluation du projet.

Annexe 7 : Exemple de devis - Serviligne développement

Par site:

12 équipements
- C WE: boîtier de communication
- Accès au réseau 3G.4G
- Tablette de com +questionnaire santé
- Tension artérielle – systolique et diastolique (TA)
- Fréquence cardiaque (FC)
- Saturométrie (Sat)
- Poids
- Hémoglucotest (HGT) – si Diabète

- 1 INR x 4 pour les patients sous anticoagulants

Déployés sur 4 SSIAD différents

Portés par groupes de 3 4 patients pendant 4 mois sur chaque site

Pour une durée totale d'étude de 12 + 2 mois (inclusions progressives)

Le tout x 2 : France et Italie.

Le tarif est calculé sur cette base de 24 patients sur 14 mois:
Soit 119€ TTC par mois et par patient, soit

France	Italie
19 993 € arrondis à 20 k€	Estimer

Annexe 8 : Grille AGGIR

Nom et prénom
M Sec.Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON) S	T	C	H	Code	final
		S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Code					
1. Transferts							
2. Déplacements à l'intérieur							
3. Toilette	haut						
	bas						
4. Élimination	urinaire						
	fécale						
5. Habillage	haut						
	moyen						
	bas						
6. Cuisine							
7. Alimentation	se servir						
	manger						
8. Suivi du traitement							
9. Ménage							
10. Alerter							
11. Déplacements à l'extérieur							
12. Transports							
13. Activités du temps libre							
14. Achats							
15. Gestion							
16. Orientation	dans le temps						
	dans l'espace						
17. Cohérence	communication						
	comportement						

Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.

Codage intermédiaire

Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).

Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.

- Si aucun adverbe n'est coché codez A.
(fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)
- Si tous les adverbes sont cochés codez C
(ne fait pas)
- SI une partie des adverbes seulement est cochée codez B.

Code final si sous-variables

- Cohérence :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Orientation :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Toilette :
- AA = A ;
- CC = C;
- Autres = B
- Habillage :
- AAA = A ;
- CCC = C ;
- Autres = B.
- Alimentation :
- AA = A ;
- CC, BC, CB = C ;
- Autres = B
- Élimination:
- AA = A ;
- CC, BC, CB, AC, CA = C ;
- Autres = B

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

Source AGGIR (CNSA) : https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf

Annexe 9 : Indice de Barthel.

Item	Description	Score	Dates	
1. Alimentation	Autonome. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable A besoin d'aide, par exemple pour couper	10 5		
2. Bain	Possible sans aide	5		
3. Continence rectale	Aucun accident Accidents occasionnels	10 5		
4. Continence urinaire	Aucun accident Accidents occasionnels	10 5		
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Autonome sur une distance de 50 m, éventuellement avec des cannes. Peut faire 50 mètres avec aide Autonome dans un fauteuil roulant, si incapable de marcher.	15 10 5		
6. Escaliers	Autonome. Peut se servir de cannes. A besoin d'aide et de surveillance.	10 5		
7. Habillement	Autonome. Lace ses chaussures. Attache ses boutons. Met ses bretelles. A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable.	10 5		
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5		
9. Usage des WC	Autonome. Se sert seul du papier hygiénique, de la chasse d'eau. A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique.	10 5		
10. Transfert du lit au fauteuil	Autonome, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant. Surveillance ou aide minime. Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert.	15 10 5		
	Score :			

Possibilité d'une autre présentation de plan :

Introduction - contexte

Matériel et méthode

- Type d'étude
- Sites d'expérimentation – modalités d'organisations
- Consentements des patients
- Objectifs principaux et secondaires
- Paramètres étudiés
- Échantillonnage
- Déroulement de l'étude
- Suivi à distance

Résultats - analyse

Discussion

Conclusion

PROGETTO INDIVIDUALE GIPIC

DATI UTENTE			
COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
RESIDENTE A		INDIRIZZO	
DOMICILIATO A		N° DI TELEFONO	
FAMIGLIARI DI RIFERIMENTO		GRADO DI PARENTELA E N° TEL.	
MMG		N° DI TELEFONO MMG	

ANALISI E VALUTAZIONE DEL BISOGNO ALLA DATA DEL

QUADRO INFERMIERISTICO E CLINICO (compilazione ambito sanitario)			
RIVALUTAZIONE – TEMPO	☐ TEMPO 0:__/__/____ ☐ TEMPO 3:__/__/____ ☐ TEMPO 6: __/__/____ ☐ TEMPO 9:__/__/____ ☐ TEMPO 12:__/__/____		
SCALE DI VALUTAZIONE	BARTHEL – Pt.0 __ Livello di dipendenza nelle ADL: _____ Pt.3 __ Pt.6 __ Pt.9 __ Pt.12 __	IADL – Pt.0 __ Autonomia nelle IADL: _____ Pt.3 __ Pt.6 __ Pt.9 __ Pt.12 __	BRADEN – Pt.0 __ Livello di rischio compromissione tissutale: _____ Pt.3 __ Pt.6 __ Pt.9 __ Pt.12 __
	CONLEY – Pt.0 __ Livello di rischio caduta: _____ Pt.3 __ Pt.6 __ Pt.9 __ Pt.12 __	MORISKY – Pt.0 __ Aderenza alla terapia: _____ Pt.3 __ Pt.6 __ Pt.9 __ Pt.12 __	NRS al tempo 0 – Dolore da 0 a 10: __ Altro: _____ Pt.3 __ Pt.6 __ Pt.9 __ Pt.12 __
	SUNFRAIL (v. allegato)		
LIVELLO DI COLLABORAZIONE DELL'ASSISTITO	☐ collaborante ☐ non collaborante ☐ presenza di deterioramento cognitivo e/o disturbi comportamentali Mini-COG T0 – alterato ☐ sì ☐ no T3: ☐ sì ☐ no T6: ☐ sì ☐ no T9: ☐ sì ☐ no T12: ☐ sì ☐ no		
PRESENZA CARE GIVER	☐ SI' ☐ NO		
PATOLOGIE E TERAPIA IN ATTO A CURA DEL MMG → VEDI SCHEDA ALLEGATA			

SINTESI VALUTAZIONE BISOGNO DI PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA	
TERAPIA IN ATTO:	☐ autogestione ☐ con supporto caregiver ☐ con supporto infermieristico
EDUCAZIONE ALLA SALUTE	☐ gestione/adesione terapia e cura ☐ automonitoraggio parametri (PAO, F.C, glicemia, SpO2) ☐ counselling su corretti stili di vita, specificare: _____ ☐ counselling caregiver per gestione a domicilio (prevenzione LDP, utilizzo ausili, rischio cadute, ecc.) ☐ gruppi di cammino/attività fisica adattata ☐ corso autogestione delle patologie croniche ☐ altro _____
☐ GIÀ IN CARICO al servizio sanitario con un progetto di	☐ SID ☐ ADI ☐ Ambulatorio della Salute ☐ Ambulatorio di Vulnologia
☐ Necessita di PRESA IN CARICO con attivazione di supporto attraverso:	☐ interventi dell'infermiere su richiesta MMG: SID, ADI, AMB SALUTE, amb. vulnologia (V. ALLEGATO)

QUADRO SOCIALE DESCRITTIVO (compilazione a cura servizio sociale)	
CON CHI VIVE?	☐ solo ☐ conviventi: _____
DOVE VIVE?	☐ centro ☐ periferia ☐ borgata ☐ altro: _____
CONDIZIONI DI FRAGILITA'	Descrizione della situazione di fragilità tenendo conto della scala sunfrail
CONDIZIONE ABITATIVA	Descrizione punti di forza e punti di debolezza
CONDIZIONE ECONOMICA	Descrizione punti di forza e punti di debolezza
SOLITUDINE	Descrizione della situazione di solitudine tenendo conto della scala sunfrail
RIDOTTA AUTONOMIA NEI BISOGNI DI BASE	Descrizione della condizione di autonomia tenendo conto della scala Barthel
TRASPORTO E SPESE	Descrizione della condizione tenendo conto della scala IADL

SINTESI VALUTAZIONE BISOGNO DI PRESA IN CARICO SOCIALE	
☐ GIÀ IN CARICO al servizio sociale con un progetto di	Tipologia progetto attuale: _____
☐ Necessita di PRESA IN CARICO con attivazione di supporto attraverso:	☐ interventi del servizio sociale professionale ☐ interventi dell'Educatore Professionale ☐ interventi dell'OSS ☐ interventi del volontariato ☐ altro: _____

PRESA IN CARICO	☐ Già assistito dal Servizio Infermieristico	☐ Già assistito dal Servizio Sociale	☐ Già assistito da entrambi i Servizi	☐ Si propone la presa in carico / prosecuzione da parte del/i Servizio/i _____ a far data da _____

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO INDIVIDUALE GIPIC

OBIETTIVI	INDICATORI DI VERIFICA
☐ Consentire il miglioramento della qualità di vita dell'assistito, agendo sulle capacità psico – fisiche relazionali dello stesso e della sua rete famigliare e con l'educazione agli stili di vita	☐ mantenimento/ miglioramento della qualità della vita ☐ avvio/potenziamento del processo di empowerment personale e familiare ☐ mantenimento/ miglioramento delle capacità comunicative ☐ livello di soddisfazione dell'interessato e della rete socio familiare ☐ altro: _____
☐ Supportare il caregiver nel lavoro di cura	☐ riduzione del livello di affaticamento del caregiver ☐ miglioramento della qualità della relazione di fiducia del caregiver con gli operatori ☐ altro: _____
☐ Prevenire le complicanze	☐ Utente/caregiver in grado di esporre le principali complicanze rispetto alla patologia e scale valutazione addestramento ☐ Utente/caregiver educato alla gestione di: ☐ Stomie ☐ T. EV e T.SC ☐ HGT ☐ PAO ☐ calze elastiche ☐ sollevatore ☐ prevenzione lesioni da pressione ☐ mobilizzazione ☐ sicurezza in casa ☐ rischio cadute ☐ altro: _____
☐ Favorire una corretta alimentazione e idratazione	☐ livello di Adeguatezza delle provviste alimentari ☐ livello di adeguatezza e regolarità dell'alimentazione ☐ normalizzazione del peso e dell'idratazione ☐ Pt. Barthel ☐ altro: _____
☐ Favorire un utilizzo corretto di procedure terapeutiche (assunzione farmaci, utilizzo ausili)	☐ Efficacia nello scambio di informazioni tra gli operatori ☐ mantenimento/potenziamento capacità dell'utente nell'assumere correttamente le terapie farmacologiche, e nell'usare gli ausili… ☐ aderenza terapeutica utente/caregiver in caso di necessità ☐ Pt. Morisky e scale valutazione addestramento ☐ altro: _____
☐ Favorire una adeguata Mobilità	☐ Mantenimento delle autonomie residue ☐ potenziamento delle sue capacità ☐ riduzione/assenza cadute ☐ spostamento in sicurezza ☐ Pt. Barthel e Conley ☐ altro: _____
☐ Promuovere una adeguata Igiene personale e ambientale	☐ livello di Adeguatezza igienico sanitari dell'abitazione ☐ livello di adeguatezza dell'abbigliamento ☐ livello di adeguatezza dell'igiene personale ☐ Pt. Barthel + ambientale?? ☐ altro: _____
☐ Sostenere il Disbrigo pratiche/commissioni/trasporti	☐ livello di successo nel disbrigo pratiche e/o le commissioni ☐ Pt. IADL ☐ altro: _____
☐ Favorire il recupero delle autonomie precedenti o residue in base alle potenzialità dell'assistito	☐ Pt. ADL e IADL ☐ altro: _____
☐ Promuovere la socializzazione riducendo il rischio di isolamento	☐ esplicitazione proposte di coinvolgimento individuali e/o di gruppo ☐ partecipazione dell'utente alle attività di animazione/ inclusione sociale proposte ☐ Maggiore coinvolgimento/presenza delle reti socio familiari di supporto ☐ partecipazione attiva al GIPIC ☐ Sunfrail ☐ altro: _____
☐ Favorire la sicurezza psico-fisica	☐ miglioramento della qualità della relazione di fiducia con gli operatori ☐ miglioramento esiti valutazione dei rischi e riduzione barriere architettoniche ☐ Riduzione barriere architettoniche, presenza caregiver ☐ altro: _____
☐ Favorire la capacità di orientarsi consapevolmente sul territorio attivando i servizi opportuni	☐ mantenimento/miglioramento del livello di informazione e orientamento dei servizi presenti sul territorio ☐ livello di adeguatezza nella formulazione di richieste di accompagnamento ai servizi da parte dell'utente ☐ Utente/caregiver in grado di orientarsi all'interno dei vari servizi ☐ altro: _____

ATTIVITA' GIPIC

PROGETTAZIONE INTEGRATA				
Obiettivo/i individuato/i				
INTERVENTI PREVISTI	DESCRIZIONE	OP. COINVOLTI	H/SETT	ALTRE PERSONE COINVOLTE
ASL				
SERVIZIO SOCIALE				
COMUNITA' LOCALE				
AVVIO INTERVENTI		NOTE		
FINE PREVISTA INTERVENTI				

Data: __/__/___

I componenti del Progetto: ruolo	Nome e cognome	Firma

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE IN ITINERE – scale di valutazione		
DATA RILEVAZIONE	RILEVAZIONE	FIRME

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE FINALE		
DATA RILEVAZIONE	ESITO	FIRME

Data: __/__/___

I componenti del Progetto (ruolo)	Nome e cognome	Firma leggibile

Depliant GIPIC.qxp_Layout 1 05/10/21 19:47 Pagina 1

Contatta il GIPIC della tua valle

Valle Stura
Coordinatore: Luca Tagliavia - Assistente Sociale
Sede: c/o Ospedale di Comunità, via Perdioni 2, Demonte.
Recapito: 0171.334647

Valle Grana
Coordinatore: Monica Persico - Assistente Sociale
Sede: via Valgrana 6, Caraglio.
Recapito: 0171.334308

Valle Maira
Coordinatore: Monica Bertarelli - Assistente Sociale
Sede: via Pasubio 7, Dronero.
Recapito: 0171.334312

Valle Varaita
Coordinatori: Simone Ferrua e Gemma Bertola - Assistenti Sociali
Sede: c/o UTB_ Venasca, via Favole 10, Venasca.
Recapito: 0175.567806

Valle Po-Bronda
Coordinatori: Rita Margiotta e Paola Melchio - Assistenti Sociali
Sede: c/o UTB_ Paesana, piazza Statuto 16, Paesana.
Recapito: 0175.945455

Valle Infernotto
Coordinatore: Denisio Bonetto - Assistente Sociale
Sede: c/o RSA Don Uberti, via Ospedale 1, Barge.
Recapito: 0175.343942

La rete dei GIPIC, Gruppi Integrati di Presa In Carico, viene promossa nelle 6 valli coinvolte dal Progetto (valle Stura, Grana, Maira, Varaita, Po-Bronda e Infernotto) e intende sperimentare un nuovo modello di presa in carico delle persone fragili che vivono nel territorio delle valli del Saluzzese e del Cuneese. La sperimentazione è guidata da **Consorzio Monviso Solidale**, **ASL CN1** e **Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese**, partner e soggetti attuatori italiani del progetto singolo n. 5163 IncL - Bien Vieillir / Invecchiare Bene, che fa parte del Piano Integrato Territoriale PITER Terres Monviso.

Il progetto IncL: Invecchiare Bene è un'opportunità offerta dal Programma ALCOTRA per migliorare l'approccio socio-sanitario su un territorio di media e alta montagna. Si sviluppa attraverso azioni concrete che favoriscono una maggior integrazione tra i servizi socio sanitari e la comunità locale del territorio montano.

Il Piter Terres Monviso coinvolge un territorio che comprende in Italia sei Unioni Montane e la pianura Saluzzese e in Francia le Comunità dei Comuni del Guillestrois - Queyras, Serre - Ponçon e Ubaye - Serre - Ponçon. Si articola su cinque progetti che riguardano ambiente, sicurezza e infrastrutture, sostegno alle fasce deboli.
Oltre al progetto IncL, coordinato in Italia dal Consorzio Monviso Solidale, i progetti sono:
- T(o)UR: miglioramento del posizionamento del sistema turistico trasfrontaliero sul mercato internazionale;
- Ris[K]: gestione associata transfrontaliera delle problematiche di sicurezza della mobilità (valanghe, sicurezza stradale, dissesto idrogeologico);
- EcO: sviluppo del patrimonio naturale e culturale del territorio attraverso la predisposizione di reti di attori, pubblici e privati per la crescita delle filiere verdi locali.
-CoCo: progetto di coordinamento e comunicazione dei 4 progetti semplici sopracitati.

Una nuova opportunità per la presa in carico socio sanitaria: i GIPIC

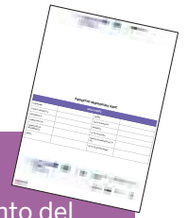
Gruppi Integrati di Presa in Carico

Depliant GIPIC.qxp_Layout 1 05/10/21 19:47 Pagina 2

A chi è rivolto il GIPIC

In ognuna delle vallate coinvolte nel progetto saranno individuate **persone anziane** in situazione di fragilità. Si darà avvio ad almeno sei progettazioni per vallata. Nella scelta si terrà conto della compatibilità tra i bisogni dei beneficiari e la possibilità di attivare interventi sociali, sanitari e da parte della comunità locale.

I singoli beneficiari verranno coinvolti con un incontro presso il proprio domicilio da parte di un operatore facente parte del GIPIC di Valle (Assistente sociale, Infermiere, Operatore Socio Sanitario, Volontario locale). L'incontro servirà per spiegare il progetto, i suoi tempi e acquisire le necessarie adesioni e autorizzazioni.



Il progetto individuale

Il GIPIC di Valle si avvale dello strumento del progetto individuale per la definizione degli obiettivi di sostegno al beneficiario, attraverso l'analisi dei bisogni, la rivalutazione periodica, la defizione di obiettivi condivisi e di interventi integrati.

Come si svolge il progetto del GIPIC?

A seguito dell'adesione all'iniziativa viene definito il progetto individuale a favore del beneficiario, che prevede:

- l'individuazione di un **coordinatore** che coordinerà gli interventi integrati, gli incontri di équipe e di monitoraggio periodico.
- l'individuazione di un **case manager** che gestirà il progetto individuale del soggetto fragile e sarà il professionista di riferimento per la persona assistita.
- l'individuazione di **interventi** che possano contemplare la partecipazione dei tre ambiti (sanitario, sociale, comunità locale) e di un tempo di realizzazione congruo (max 9-12 mesi).
- l'individuazione degli **indicatori** utili per verificare il soddisfacimento degli obiettivi dichiarati (selezionato entro un setting predeterminato e condiviso).

Come è composto il GIPIC

Ogni GIPIC di valle sarà composto da diverse figure professionali:

ASSISTENTI SOCIALI
INFERMIERI
OPERATORI SOCIO SANITARI
EDUCATORI PROFESSIONALI
VOLONTARI LOCALI

Potranno essere invitate altre figure quando necessario (ad esempio figure specialistiche). Gli operatori saranno reperibili nelle modalità consuete. Il GIPIC si incontrerà mediamente ogni tre settimane per lo svolgimento delle sue attività. Ogni GIPIC dovrà avere una sede fisica per le riunioni e per la conservazione della documentazione. Sarà individuata all'interno del gruppo dei componenti una figura di coordinamento del GIPIC.

per saperne di più

Il cuore della sperimentazione è la collaborazione tra le diverse professionalità e la comunità locale attraverso la presa in carico integrata. Lo scopo è migliorare la risposta ai bisogni e garantire a chi vive in montagna, in luoghi isolati e magari in solitudine, di invecchiare bene a casa propria, senza sentir venire meno l'appartenenza ad una comunità.

IL CRONOPROGRAMMA DELLA SPERIMENTAZIONE

2021

GIUGNO/LUGLIO — individuazione dell'utenza per la sperimentazione

LUGLIO/AGOSTO — coinvolgimento e adesione dell'utenza

AGOSTO/SETTEMBRE — definizione del progetto GIPIC

2022

FINO A SETTEMBRE — attuazione del progetto e monitoraggio in itinere. al termine, valutazione

SETTEMBRE/NOVEMBRE — valutazione finale GIPIC di valle