

## Un nuovo strumento per la valutazione del bisogno: l'Indice di copertura assistenziale

Alessandro Pompei, Antonio Bavazzano,  
Maria Bezze, Maurizio Corsi,  
Carlo Vergani e Tiziano Vecchiato

Dal guarire  
al prendersi cura

Nuovi problemi e bisogni ci trovano spesso impreparati ad affrontarli. Fra questi, l'aumento della speranza di vita sposta in avanti, nell'età adulta e anziana, l'impegno di risposta ai bisogni; gli investimenti professionali, economici, strutturali concentrano perciò nella fase finale della vita i maggiori sforzi di aiuto, assistenza e cura.

Nel contempo, l'enfasi sul «guarire» lascia il passo a una maggiore capacità e attenzione al «curare», al prendersi cura, al farsi carico di domande assistenziali, proprie della cronicità e della lungo assistenza.

Se il passaggio da «cure» a «care» pone problemi inediti ai servizi alle persone - nella loro valenza sanitaria, sociale e fra loro integrate -, è necessario che i saperi professionali possano fruire di strumenti idonei a gestire le domande emergenti da questi cambiamenti.

In particolare, un tema dominante nel dibattito attuale è quello della complessità dei bisogni umani da affrontare. Con il termine «complessità» non si intende solo la difficoltà tecnica di valersi di soluzioni per ora

poco disponibili, in quanto non sufficientemente sviluppate. Significa soprattutto porre maggiore attenzione alla natura dei problemi da affrontare, definiti «multidimensionali», «a eziologia multifattoriale», e quindi compositi per dimensioni e concause che li rendono meno dominabili e gestibili da singoli saperi professionali.

**Comporre i saperi professionali**

La prospettiva da privilegiare è necessariamente quella della «composizione» dei saperi professionali, da integrare in modo da rendere più semplice quello che oggi appare complesso, non tanto per i contenuti da governare, ma per i confini attuali del bagaglio tecnico di ogni professione.

Un modo per ridurre e ricondurre la complessità è quello di configurare meglio il rapporto tra «lavoro di cura» e «prendersi cura», favorendo l'incontro di responsabilità e competenze, necessario per qualificare l'aiuto possibile.

**La necessità di una base conoscitiva verificabile**

Questo contributo nasce da tale esigenza e si concentra sull'insufficiente capacità della valutazione professionale sociale di garantire una base conoscitiva verificabile e confrontabile nel tempo, relativamente alla condizione socioambientale e relazionale. Sono state esplorate le domande che più frequentemente ricorrono quando, insieme alla valutazione delle condizioni organica, funzionale, cognitiva, si esaminano altri fattori che, nello spazio di vita, incidono sulle condizioni della persona e della famiglia.

Da qui la messa a punto di alcuni strumenti; l'Indice di copertura assistenziale (Ica) è fra questi. L'Ica è finalizzato alle misure assistenziali e tutelari, differenziando tra diverse fonti di risorse implicate, componendole in un indice sintetico, a sua volta scomponibile in sotto-indicatori.

L'utilizzo dell'Ica è raccomandato nell'ambito della metodologia di lavoro per progetti, dove esplica meglio le sue funzionalità valutative e di supporto alle decisioni, integrando l'apporto descrittivo della quantità di copertura assistenziale con quello più propriamente decisionale e progettuale sulla natura, quantità e qualità delle risorse da utilizzare.

## Il lavoro per progetti

L'incremento della complessità dei bisogni e la conseguente necessità di garantire forme di assistenza di lungo periodo attribuiscono maggiore rilevanza alla metodologia di lavoro per progetti. A questo fine l'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (Dpcm del 14 febbraio 2001) fornisce utili indicazioni su contenuti e modalità per utilizzarla a scopi assistenziali. In particolare, l'articolo 2, comma 3, afferma che «ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a: funzioni psicofisiche; natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; modalità di partecipazione alla vita sociale; fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento».

### Appunti normativi

L'articolo 4, comma 3, aggiunge che «per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare i bisogni assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti».

Queste indicazioni normative privilegiano, tra gli elementi costitutivi del lavorare per progetti (Pompei A., 2004): il problema e i bisogni di salute che si intendono affrontare (il *contenuto*), precisati dopo l'analisi della domanda di aiuto; gli obiettivi da raggiungere (il *prodotto*), definiti avendo presente i soggetti e le risorse che si assumono responsabilità rispetto al problema; le prestazioni e le azioni (gli *strumenti*) da adottare per raggiungere gli obiettivi rispetto alle risorse disponibili; infine, il *sistema di valutazione* dei risultati raggiunti.

### La valutazione nel processo assistenziale

Nell'ambito del processo assistenziale, la valutazione può riguardare:

- gli esiti (*outcome*), che scaturiscono dal confronto tra gli obiettivi di salute raggiunti e quelli attesi, fissati in fase di definizione del piano operativo, tenuto conto

della situazione in cui si trova la persona prima dell'intervento;

- gli *output*, derivanti per esempio dal rapporto fra attività e prestazioni previste in fase di programmazione del piano operativo e quelle realizzate;

- l'efficienza, che considera il rapporto fra i risultati raggiunti e le risorse impiegate.

La valutazione è un'attività che deve accompagnare l'intero processo assistenziale, coinvolgendo tutti i soggetti che si assumono responsabilità nel processo di aiuto.

#### La classificazione Icf

La metodologia del lavoro per progetti è ricorrente anche nelle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, non ultime quelle relative all'Icf (*International Classification of Functioning Disability and Health*, Oms, 2001), dove si chiede di valutare i bisogni con riferimento alle principali dimensioni che li caratterizzano: cognitiva comportamentale, funzionale e organica, socioambientale e relazionale. La metodologia indicata dall'Icf è particolarmente utile perché invita a osservare, identificare e classificare i domini e le categorie a diversi livelli, considerando non solo gli aspetti negativi (la malattia, le menomazioni, le limitazioni), ma anche quelli positivi (abilità, potenzialità e competenze). Essa indirizza a una visione globale della persona, guardando al bisogno nei suoi fattori psicofisici e relazionali, contestualizzati nello spazio di vita in cui la persona agisce quotidianamente.

Nel lavoro per progetti il *problema* è il denominatore che spiega i diversi aspetti evidenziati nei tre ambiti di osservazione, individuando chiavi di lettura da trasformare in strategie di aiuto.

## L'Indice di copertura assistenziale

La descrizione della situazione al tempo basale, prima degli interventi, la definizione degli obiettivi e la comparazione del modificarsi della situazione nei tempi successivi, come risultato delle azioni e delle presta-

**Una mappa del  
grado di copertura**

zioni messe in atto, permette di valutare l'esito di quanto si è fatto.

L'Indice di copertura assistenziale (Ica) contribuisce a tutto questo, rilevando le misure assistenziali che in una settimana vengono assicurate dai diversi soggetti (professionali e di altra natura) che si prendono cura della persona in condizione di bisogno.

Per determinarlo, si utilizza una mappa dove giorni, ore, soggetti che si prendono cura sono disposti in modo da quantificare i rispettivi apporti sulla base di indici misurabili (tabella 1). In particolare:

- nella prima colonna sono riportati i giorni della settimana, dal lunedì alla domenica, ognuno dei quali è suddiviso in 4 righe dove è riportato il soggetto che presta assistenza: «F» indica un familiare<sup>1</sup>, «S» un operatore del servizio pubblico, «V» un volontario, «P» un operatore a pagamento<sup>2</sup>;
- sono previste ulteriori 24 colonne a ognuna delle quali corrisponde un'ora del giorno dalle 7 del mattino alle 6 del giorno dopo: come unità di misura vengono utilizzati i quadratini corrispondenti alle ore di assistenza effettuate nella riga del soggetto che le presta<sup>3</sup>;
- per ogni giorno della settimana è previsto il totale di ore di assistenza effettuato dai diversi soggetti, non considerando eventuali compresenze.

---

<sup>1</sup> Se è ritenuto necessario, i familiari possono essere ulteriormente dettagliati con sigle specifiche: F1 per *caregiver* familiare, F2 per altro familiare, Fn per altro familiare, f1 per parente non convivente, f2 per parente non convivente, fn per altro parente non convivente ecc.

<sup>2</sup> «L'operatore a pagamento» viene retribuito direttamente dalla famiglia che vi ricorre. L'onere economico non va confuso con l'eventuale corresponsione di un ticket o di una quota di compartecipazione alla spesa per servizi prestati direttamente o per conto dell'ente pubblico competente all'erogazione.

<sup>3</sup> Per le mezze ore, si annerisce diagonalmente metà quadratino.

Tab. 1 - Mappa per quantificare la copertura assistenziale

		Ore																							
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
Lunedì	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
<b>Totale</b>																									
Martedì	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
<b>Totale</b>																									
Mercoledì	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
<b>Totale</b>																									
Giovedì	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
<b>Totale</b>																									
Venerdì	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
<b>Totale</b>																									
Sabato	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
<b>Totale</b>																									
Domenica	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
<b>Totale</b>																									

Il computo dell'Indice di copertura assistenziale si realizza sommando le ore di copertura di ciascun giorno (massimo 168 ore settimanali) diviso i 7 giorni della settimana. L'indice è un valore compreso fra 0 (nessuna copertura assistenziale) e 24 (massima copertura assistenziale).

Le ore notturne vanno classificate come assistenza solo se la presenza del familiare o di altro soggetto è ritenuta indispensabile.

**Un esempio**

Nel caso esemplificato nella tabella 2, la persona è assistita dalle 7 alle 9 e dalle 18 alle 21.

Dalle 7 alle 9 l'assistenza viene assicurata dal familiare, dalle 18 alle 20 da un operatore assegnato dal Comune e dalle 20 alle 21 da un vicino di casa. Nella riga «Totale» sono anneriti i quadratini corrispondenti all'orario coperto dalle 7 alle 9 e dalle 18 alle 21. Il totale giornaliero di copertura assistenziale risulta pertanto di 5 ore.

Nell'esempio considerato, ogni altro giorno della settimana è uguale al lunedì, e quindi l'Ica risulta pari a 5.

Tab. 2 - Esempio di rilevazione con l'utilizzo della mappa

		Ore																							
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
Lunedì	F	■	■																						
	S											■	■												
	V													■											
	P																								
Totale		■	■									■	■	■											

Nell'ipotesi in cui di sabato non ci sia l'apporto del servizio pubblico e del vicino di casa, il totale di copertura di questo giorno risulta di 2 ore: l'Ica passa da 5 a 4,5 ( $32:7 = 4,5$ ).

**L'Ica auspicato**

È possibile calcolare l'Ica «auspicato»: è determinato dalla somma settimanale delle ore ritenute occorrenti dal gruppo di progetto per rispondere al bisogno nei diversi giorni della settimana. Nella mappa viene aggiunta, per ogni giorno della settimana, una riga che indica il bisogno assistenziale (tabella 3). Questo può essere diverso dalla copertura assistenziale che si riesce a garantire: nell'esempio riportato risulta inferiore, ma a volte si potrebbero verificare anche eccessi di assistenza da parte della famiglia, determinati da preoccupazioni e ansie che incidono sul livello di stress. Tale dimensione può essere valutata, oltre che con l'osservazione clinica, anche con la somministrazione del *Carer burden inventory* (Cbi).

Tab. 3 - Esempio di Ica «necessario» e Ica «effettivo»

		Ore																							
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
<i>Bisogno</i>																									
<i>Lunedì</i>	<i>F</i>																								
	<i>S</i>																								
	<i>V</i>																								
	<i>P</i>																								
<i>Totale</i>																									

**La possibilità di calcolare i costi**

La mappa per definire l'Ica può essere utile per verificare alcuni aspetti relativi alla tipologia dell'assistenza quando il problema è complesso e va data particolare attenzione alla qualità delle prestazioni. In questo caso si può annotare anche la professionalità dell'operatore che deve prestare assistenza. Ciò consente un ulteriore utilizzo dello strumento: calcolare i costi dell'intervento sulla base delle quantità di apporto professionale conteggiato ai fini della determinazione dell'indice. È possibile che in sede di programmazione degli interventi si verifichi un gap fra prestazioni «necessarie» e prestazioni erogabili. Può avvenire per esempio che a fronte di un programma riabilitativo non sia possibile assicurare l'intervento del tecnico della riabilitazione e che l'assistenza venga assicurata da un operatore sociosanitario o altro soggetto. Tuttavia, non è compito dell'Ica evidenziare queste differenze tra «auspicato» e «realizzato», ma del sistema di documentazione del progetto personalizzato.

L'Ica è uno strumento semplice, con diverse potenzialità di uso. La sua compilazione è veloce e utilizzabile per descrivere le diverse azioni di intervento sociale e sanitario, a domicilio delle persone e/o con risposte a regime diurno. Le sperimentazioni in corso con persone portatrici di bisogno a rilevante intensità assistenziale presso il loro domicilio evidenziano come dalla combinazione di diverse risorse (professionali, volontarie, familiari) si possono ottenere traguardi positivi per promuovere la permanenza a casa delle persone. In sede sperimentale l'Ica è stato utilizzato all'interno di una strategia valutativa di più ampio respiro,

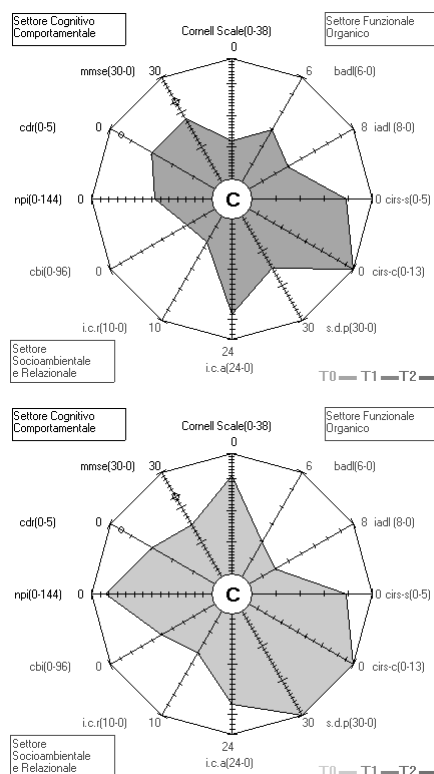


lo «schema polare», dove quindi i limiti costitutivi dell'Ica diventano potenzialità da integrare con una serie di altri strumenti facenti parte dello schema polare (Vecchiato. T. e altri, 2002; Vergani C. e altri, 2003; Vergani C. e altri, 2004).

**Ica e schema polare**

Lo schema polare considera complessivamente i tre ambiti di analisi del bisogno: cognitivo comportamentale, funzionale organico, socioambientale e relazionale. Per ognuno utilizza strumenti validati nella letteratura internazionale. Ogni raggio corrisponde a uno strumento di valutazione e ne orienta il criterio di lettura (situazione migliore a parete esterna, situazione peggiore al centro). Unendo i punteggi ottenuti, si ottiene una mappa descrittiva della condizione della persona relativa ai tre settori di osservazione sopra citati (figura 1). La sua analisi è finalizzata non solo al momento valutativo del bisogno, ma anche a facilitare la valutazione dei risultati di efficacia.

Fig. 1 - Esempi di schema polare



Negli esempi riportati nella figura 1 sono stati utilizzati i seguenti test di valutazione: *Ucla Neuropsychiatric Inventory* (Npi), *Clinical Dementia Rating Scale - Estesa* (Cdr), *Mini Mental State Examination* (Mmse), *Cornell Scale for depression*, Badl (Attività di base della vita quotidiana), Iadl (Attività strumentali della vita quotidiana) e *Cumulative Illness Rating Scale* (Cirs).

In particolare, per il settore socioambientale e relazione sono stati utilizzati: il *Caregiver burden inventory* (Cbi), l'Indice di copertura assistenziale (Ica); la Scala di responsabilizzazione (Sr), che misura la capacità della famiglia e della comunità di condividere responsabilità rispetto al problema evidenziato; il Livello di protezione dello spazio di vita (Lpsv), che misura la capacità della famiglia e della comunità di farsi carico dei bisogni della persona e della famiglia<sup>1</sup>.

## Prospettive di ricerca

L'esigenza di disporre di maggiori strumenti di valutazione del bisogno, per quanto riguarda l'area socioambientale e relazionale, ha sollecitato la ricerca e la sperimentazione di nuovi strumenti, idonei a integrare l'apporto dei professionisti implicati.

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

L'iniziale maggiore attenzione agli aspetti assistenziali e tutelari si è via via allargata alle sue condizioni di utilizzo ai fini gestionali (monitoraggio delle risorse per l'assistenza sulla base della loro natura). Ulteriori fasi di ricerca potranno dare migliori indicazioni sul rapporto tra misure di intensità di bisogno e misure di intensità assistenziale, senza cadere nel rischio di assimilare le une alle altre, anche grazie ai valori aggiunti con-

---

<sup>1</sup> La Sr e il Lpsv verranno presentati in un prossimo numero della rivista «Studi Zancan».

seguibili dal lavoro di cura e dal prendersi cura (Dal Pra Ponticelli M., 2004).

## Riferimenti bibliografici

Dal Pra Ponticelli M. (a cura di)(2004), *Prendersi cura e lavoro di cura*, Fondazione Zancan, Padova.

Oms (2001), *Icf, Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Erickson, Trento.

Pompei A. (2004), *La valutazione del processo d'aiuto con la persona e la famiglia*, in Maurizio R. (a cura di), *Progettare nel sociale*, Fondazione Zancan, Padova.

Vecchiato T., Bezze M., Bavazzano A., Corsi M., Vergani C. (2002), *Una strategia per la valutazione integrata dei bisogni delle persone anziane: lo schema polare*, in «Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone», n. 5, Fondazione Zancan, Padova.

Vergani C., Corsi M., Bezze M., Bavazzano A., Vecchiato T. (2003), *La valutazione multidimensionale dell'anziano. Lo schema polare*, in «Giornale di Gerontologia», 51.

Vergani C., Corsi M., Bezze M., Bavazzano A., Vecchiato T. (2004), *A polar diagram for comprehensive geriatric assessment*, in «Archives of Gerontology and Geriatrics», Volume 38, Issue 2, March-April.