

ANNO XXXVI n. 9 15 maggio 2006

# Prospettive Sociali e Sanitarie

**Una riforma radicale**

**Una sostenibile funzione sociale dei servizi**

**Le politiche di conciliazione  
per un nuovo welfare**

Editoriale	Una riforma radicale	<i>E. Ranci Ortigosa</i>	1
Politiche sociali	Una sostenibile funzione sociale dei servizi	<i>F. Olivetti Manoukian</i>	2
Politiche sociali	Le politiche di conciliazione per un nuovo welfare	<i>M. Piazza</i>	4
Anziani	Le Unità di valutazione multidimensionale	<i>F. Pesaresi M. Simoncelli</i>	6
Professioni sanitarie	Cure primarie: quale governo della domanda?	<i>G. Belleri</i>	13
Aids	Genitorialità, migrazione, infezione da Hiv	<i>AA. VV.</i>	17

## Prospettive Sociali e Sanitarie

anno XXXVI - n. 9 - 15 maggio 2006

**Emanuele Ranci ripropone, all'avvio della nuova legislatura, l'esigenza di una radicale riforma del sistema di welfare e specificamente delle politiche sociali.**

**Prosegue poi la pubblicazione dei contributi frutto della giornata di studio di PSS del 20 gennaio scorso: Franca Manoukian propone una nuova cultura dei servizi sociali mentre Marina Piazza si sofferma sulle politiche di conciliazione.**

**Di seguito, Franco Pesaresi e Marina Simoncelli propongono un'analisi delle unità di valutazione multidimensionale per gli anziani nelle varie regioni italiane.**

**Sulla scia del dibattito attorno al governo clinico anche nel nostro paese è sorto un diffuso interesse per il "governo della domanda". Ne scrive Giuseppe Belleri nell'ambito delle cure primarie.**

**In chiusura, la presentazione dei risultati della parte italiana della ricerca "African families affected by HIV; a social/cultural comparative study in immigrant European as well as in African Communities": uno studio sull'ambiente familiare e sociale in cui crescono i bambini nati da genitori africani sieropositivi.**

### Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa  
(direttore responsabile)  
Alessandro Battistella, Ugo  
De Ambrogio, Cristiano Gori  
(vice direttori)

### Caporedattore

Francesca Susani

### Referezione

Alfonso Gambino, Vittorio  
Glasser, Francesca Merlini,  
Sergio Pasquini, Paolo  
Peduzzi, Dela Ranci Agnoletto,  
Edoardo Re, Giorgio Sordani,  
Patrizia Taccani

### Comitato scientifico

Paolo Barbeta, Paolo Bosi,  
Maria Dal Pra Ponticelli, Maurizio  
Ferrera, Antonio Guaita,  
Francesco Longo, Gavino  
Maciocco, Marco Musella,  
Franca Olivetti Manoukian,  
Nicola Negri, Fausta Ongaro,  
Valerio Orinda, Marina Piazza,  
Costanzo Ranci, Chiara  
Saracono, Maria Chiara Setti  
Bassanini, Antonio Tosi

### Impaginazione

Riccardo Sartori

### Abbonamenti

Letizia Quochi  
e-mail: pss.abbo@hsn.it

### Contatti

Via XX Settembre 24  
20123 Milano  
Tel. 0246764276  
Fax 0246764312  
e-mail: pss@hsn.it  
<http://pss.hs-online.it/>  
c.c.p. n. 36973204

### Abbonamento 2006

Euro 49,00 (privati)  
Euro 54,00 (associazioni di  
volontariato e coop. sociali)  
Euro 70,00 (enti)  
Euro 80,00 (estero)  
L'abbonamento decorre dal 1°  
gennaio al 31 dicembre. Chi  
si abbona nel corso dell'anno  
riceverà i numeri arretrati.

### Prezzo per copia

Euro 3,30

### Stampa

La Fenice Grafica  
Via Roma 71  
26812 Borghetto Lodigiano (LO)  
Tel. 037180864

### Registrazione

Tribunale di Milano  
n. 83 del 5-3-1973.

È vietata la riproduzione dei  
testi, anche parziale, senza  
autorizzazione.

# Le Unità di valutazione multidimensionale

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE È UN PROCESSO DINAMICO E INTERDISCIPLINARE, VOLTO A IDENTIFICARE LA NATURA E L'ENTITÀ DEI PROBLEMI DI SALUTE DI NATURA FISICA, PSICHICA E FUNZIONALE DI UNA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE, ED A CARATTERIZZARE LE SUE RISORSE E POTENZIALITÀ. TALE APPROCCIO CONSENTE DI INDIVIDUARE UN PIANO DI INTERVENTO SOCIO SANITARIO COORDINATO E MIRATO.

Franco Pesaresi \*  
Marina Simoncelli \*\*

## DEFINIZIONE E RUOLO

Le norme nazionali e regionali generalmente prevedono che, l'accesso degli anziani alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, deve essere stabilito dall'Unità di valutazione multidimensionale (Uvm). L'unica eccezione nel panorama regionale è data dalla Regione Lombardia dove le Unità di valutazione geriatrica (Uvg) svolgono un ruolo residuale e l'accesso alle principali prestazioni per gli anziani viene stabilito da altri soggetti. Infatti, in Lombardia, è il medico di medicina generale che determina l'accesso al voucher socio sanitario (titolo di acquisto che dà diritto a ottenere prestazioni di assistenza domiciliare socio sanitaria), mentre l'accesso alle Rsa avviene attraverso una domanda specifica della persona che viene valutata ed eventualmente accolta dalla stessa Rsa ricevente.

L'Uvg è stata messa per la prima volta in campo nel 1992 dal "Progetto-obiettivo per la Tutela della salute degli anziani", quale strumento di valutazione globale del singolo caso e di definizione del relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità terapeutica assistenziale all'anziano non autosufficiente. Con il passare del tempo l'Uvg si è rivelata uno strumento fondamentale di integrazione fra servizi sociali e sanitari, nonché fra interventi ospedalieri e territoriali, acquisendo il duplice ruolo valutativo ed operativo. Infatti, l'Uvg deve essere vista sia nella sua capacità di condurre una valutazione multidimensionale della condizione anziana, sia quale protagonista nella definizione e nel monitoraggio dei piani

di intervento sul soggetto anziano, con un ruolo pertanto strategico di filtro e canale di invio ai diversi servizi territoriali, residenziali e di degenza.

Nelle varie esperienze regionali l'Unità valutativa, pur mantenendo alcune caratteristiche fondamentali, ha assunto una terminologia non uniforme (tavola 1), con diverse varianti nelle modalità organizzative. Poco meno della metà delle Regioni ha adottato la stessa denominazione di Uvg proposta dal Progetto obiettivo Anziani del 1992, mentre la maggioranza delle Regioni ha adottato una terminologia molto varia facente comunque esplicito riferimento alla valutazione multidimensionale e/o distrettuale rivolta non solo agli anziani (tavola 1).

In Basilicata sono previste sia le Uvg che le Unità di valutazione distrettuale territoriale (Uvd) anche se non sono state adeguatamente esplicitate le differenze.

Invece, per quanto riguarda il ruolo delle Unità valutative, si registra un

sostanziale accordo tra le diverse Regioni. L'Unità valutativa è un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari (Friuli-V.G., Marche, Piemonte, Trento), in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), per poter disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento del paziente (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), da attuarsi con il consenso della persona interessata e della sua famiglia (Trento). In sostanza, l'Uvg ha il compito di filtrare la domanda e quindi di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili, o indicare altri percorsi assistenziali (Marche, Provincia di Bolzano). Inoltre, essa costituisce lo strumento operativo per realizzare l'integrazione e il coordinamento delle prestazioni erogate (Friuli-V.G.) dalla rete dei servizi socio-sanitari (Trento).

Tutte le Regioni prevedono un'unità valutativa per ogni distretto, fatta eccezione per la Puglia che la ritiene necessaria per lo meno in ogni Asl.

La principale differenza fra l'Uvg e le altre unità di valutazione multidimensionali delle Regioni consiste nel fatto che, di norma, le prime valutano gli anziani, mentre le seconde prendono in esame persone non autosufficienti o con gravi disabilità, che presentano un elevato grado di dipendenza e che necessitano di essere assistite e sostenute nelle funzioni elementari della vita, e/o abbisognano di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie continuative (Trento, Veneto, ecc.).

In Piemonte, le Uvg possono valutare anche persone con meno di 65 anni, in presenza però di patologie invalidanti. Infine, è opportuno precisare che, generalmente le persone affette da disagio mentale sono valutate dal Dipartimento di salute mentale (Lazio, Puglia, ecc.).

TAVOLA 1 Denominazioni delle Unità valutative nelle Regioni italiane

Denominazione unità valutativa	Sigla	Regioni
Unità valutativa geriatrica	Uvg	Basilicata, Calabria, Abruzzo, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta
Unità valutativa distrettuale	Uvd	Basilicata, Friuli-V.G., Marche
Unità valutativa territoriale	Uvt	Lazio, Puglia, Sardegna
Unità valutativa multidimensionale	Uvm	Sicilia, Toscana, Bolzano
Unità valutativa multidisciplinare	Uvm	Trento
Unità valutativa multidimensionale distrettuale	Uvmd	Veneto
Unità di valutazione integrata	Uvi	Campania

Fonte: Bibliografia.



## LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

La valutazione multidimensionale (Vmd) è un processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere, o predire, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, che avviene attraverso l'utilizzo di scale e strumenti validati, consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato al singolo individuo (Ferrucci, 2001).

La valutazione multidimensionale si propone di ottenere un giudizio globale sullo stato funzionale dell'anziano, prendendo in considerazione oltre che la malattia acuta e cronica, le condizioni di disabilità che si ripercuotono sulle attività della vita quotidiana, la rete dei rapporti sociali del soggetto e le sue risorse economiche. Inoltre, la Vmd rappresenta uno strumento di equità, laddove consente di valutare secondo criteri espliciti e uniformi i bisogni dei soggetti che fanno richiesta di trattamento e su queste basi di fornire a tutti le risposte più appropriate.

Gli strumenti di indagine sono costituiti da questionari specifici, scale di valutazione e test per misurare la funzionalità. Le aree tematiche fondamentali, o "dimensioni", che configurano la natura multipla della valutazione, sono rappresentate da: salute fisica, abilità cognitive (o salute mentale), stato funzionale (le attività della vita quotidiana), condizione economica e condizione sociale.

La dimensione sicuramente più importante riguarda lo stato funzionale, che prende in considerazione la capacità di svolgere le attività della vita quotidiana (Adl) quali: fare il bagno, vestirsi, alimentarsi, spostarsi dal letto alla sedia, utilizzare i servizi igienici e la continenza. Un'altra dimensione frequentemente indagata è rappresentata dallo stato cognitivo, rilevante per le conseguenze che essa può avere sui rapporti sociali e sulla necessità di supporti specifici. Ancora, la valutazione della salute fisica prende in considerazione le malattie del soggetto, l'assunzione di farmaci e l'utilizzo di servizi sanitari. L'esame della condizione sociale viene invece condotta sui legami e i rapporti interpersonali, in particolare con il coniuge e con gli altri componenti del nucleo familiare, nonché sui rapporti di amicizia, sulle relazioni con associazioni e con il mondo del lavoro. Infine, la valutazione della condizione economica misura l'adegua-

tezza o meno del reddito in relazione alle esigenze del soggetto e della condizione abitativa (Laboratorio di epidemiologia Tor Vergata, 1997).

L'Unità valutativa può essere attivata, con il consenso informato della persona interessata o dei suoi familiari, su proposta:

- del medico di medicina generale (Campania, Marche, Puglia, Trento, Veneto);
- della struttura ospedaliera alla vigilia di una dimissione protetta (Marche, Puglia, Trento, Veneto);
- dell'assistente sociale o responsabile servizi sociali comunali (Campania, Marche, Puglia, Trento, Veneto);
- dei responsabili dei servizi sanitari operanti nel distretto sanitario (Marche, Puglia, Trento);
- della persona in stato di bisogno o suo tutore (Veneto);
- del familiare (Veneto);
- del pediatra di libera scelta (Campania).

## LE FUNZIONI DELL'UV

Le Unità valutative secondo la normativa regionale italiana svolgono vari compiti, così sintetizzabili:

- Effettuare la valutazione multidimensionale di persone attraverso strumenti specifici che abbiano già dimostrato di possedere notevole attendibilità, riproducibilità ed efficacia. La suddetta valutazione, prevista da tutte le Regioni, è comprensiva anche della determinazione della condizione di non autosufficienza dell'anziano (Campania, Emilia Romagna, Marche, Trento, Veneto, ecc.).
- Elaborare i piani assistenziali individualizzati o i progetti assistenziali relativi ai soggetti da ammettere ad un percorso assistenziale (Campania, Emilia Romagna, Umbria, Lazio, Basilicata, Friuli V.G., Veneto, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trento, Veneto). Tale funzione deve svolgersi, come sottolineato dalla Regione Veneto, secondo una precisa metodologia di lavoro, in base alla quale l'Unità valutativa attraverso il metodo valutativo multidimensionale propone un progetto assistenziale e riabilitativo che può avvalersi di tutta la rete dei servizi presente nel territorio. Il progetto deve coniugare i bisogni della persona e della sua famiglia con la rete distrettuale dei servizi. Dunque, la risposta deve avvenire nel rispetto della libertà di scelta della persona e tenendo presente la reale offerta di strutture e servizi, cercando di essere la più efficiente possibile nel rapporto costi-benefici, e valutare non solo gli oneri finanziari, ma anche i vantaggi a lungo termine, riferibili a risorse

sia familiari che sociali. Inoltre, l'Unità valutativa è chiamata a verificare della qualità e dell'efficacia degli interventi o del piano assistenziale a scadenza fissa o per cambiamento improvviso delle condizioni iniziali, secondo criteri predefiniti e con indicatori che si avvalgono del metodo multi dimensionale (Basilicata Campania, Friuli V.G., Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Trento, Umbria, Veneto).

- Stabilire l'accesso ad almeno alcune delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali, residenziali e agli assegni di cura (Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Friuli-V.G., Campania, Lazio, Lombardia, Liguria, Marche, Molise, Veneto, Piemonte, Puglia, Sicilia, Trento, Umbria, Valle D'Aosta). In particolare, per l'accesso alle Rsa, oltre al grado di non autosufficienza, si valuta l'impossibilità anche temporanea, dell'utente ad usufruire di altre forme di assistenza, quali l'assistenza domiciliare o semiresidenziale, che ne consentano la permanenza al proprio domicilio (Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia). Per l'accesso ai servizi residenziali, semiresidenziali o diurni è stata prevista una specifica modulistica molto dettagliata che non deve essere compilata su richiesta o iniziativa personale dell'utente, ma nell'ambito di una valutazione multidimensionale (Valle D'Aosta).

- Promuovere l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. Molte Regioni hanno previsto questa funzione per le Unità valutative seppur senza esplicitarne i contenuti (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Umbria). Una sola Regione per agevolare, anche se solo formalmente questo aspetto, ha reso obbligatoria una apposita modulistica da utilizzare nei rapporti tra Uvg, coordinatori dei servizi per anziani e utenti, enti gestori e Assessorato regionale alla Sanità, salute e politiche Sociali (Valle D'Aosta).

- Individuare il *case manager*. In sei Regioni, l'Unità valutativa, al termine della valutazione multidimensionale individua il "responsabile del caso" o *case manager*, che costituirà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato (Emilia Romagna, Marche, Basilicata, Toscana, Trento, Veneto). In una sola Regione, la Campania, troviamo la definizione di "responsabile della presa in carico", di norma individuato nella persona del medico di medicina generale. Secondo la Basilicata, al *case*

### Note

\* Dirigente servizi sociali educativi e sanitari, Comune di Ancona.

\*\* Medico specialista in medicina riabilitativa Asur/Zona territoriale 3 di Fano (PU).



*manager*, in qualità di figura professionale addestrata alla somministrazione dei test, spetta il compito di effettuare la valutazione multidimensionale. Ancora, come vuole la Basilicata e la Toscana, al *case manager* è affidato il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, individuando le soluzioni concrete che meglio possono consentire, per l'attuazione dei progetti personalizzati, l'apporto integrato delle professionalità e l'attivazione dei servizi previsti. Il responsabile della presa in carico, segue le diverse fasi attuative del piano di intervento individualizzato, cura la valutazione di qualità e di efficacia ed è garante della continuità dei rapporti con la persona e con la famiglia che svolge un ruolo di cura (come indicato anche dalla Campania). Il responsabile del caso coincide di norma con il medico di medicina generale o altro professionista individuato contestualmente alla predisposizione del progetto personalizzato. Invece, la provincia di Trento ipotizza l'individuazione di due operatori responsabili del caso incaricati di seguire la realizzazione del progetto personalizzato d'intervento, rispettivamente per la parte socio-assistenziale e per quella sanitaria. Pertanto, gli operatori responsabili del caso sono individuati tra il personale socio-assistenziale e il personale sanitario operante a livello territoriale di riferimento per la persona sottoposta a valutazione. Questi, in accordo tra loro, provvedono ad informare la famiglia dell'utente e l'Uvm circa l'andamento del piano assistenziale e gli eventuali riscontri evidenziati. I responsabili partecipano all'Uvm ogni qual volta questa affronti nuovamente il caso per la verifica della situazione e del bisogno assistenziale. Invece, in caso di ricovero in Rsa, il responsabile del caso è individuato tra il personale della struttura con funzioni di responsabilità assistenziale o sanitaria.

## GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

La valutazione delle Unità valutarie si effettua sulla base della compilazione, cartacea o informatizzata, di "scale" di misurazione (liste di quesiti) che possono essere di natura monodimensionale o multidimensionale. Le scale di natura monodimensionale approfondiscono una singola area o una specifica articolazione di essa (come ad esempio le scale Adl, Activities of daily living, e le scale Iadl, Instrumental activities of daily living), mentre gli strumenti multidimensionali sono pensati e costruiti per valutare il soggetto nelle diverse aree di interesse (Marceca, 2004) e pertanto

contengono al loro interno diverse scale monodimensionali.

Nel panorama nazionale, tra gli strumenti multidimensionali troviamo: la Svama del Veneto e della Puglia; la Bina dell'Emilia Romagna e del Friuli-Venezia Giulia, la Vaor dell'Abruzzo e della Calabria e Svad del solo Abruzzo; l'Aged della Liguria; la Scheda di valutazione multidimensionale (Svm) delle Marche; la Cartella geriatrica del Piemonte; la Svm di Trento; la Valutazione del grado di autosufficienza della Toscana; la Scheda di valutazione sanitaria per le persone affette da demenza e la Scheda di rilevazione del fabbisogno sociale degli anziani e dei disabili della Campania e, infine, il Comprehensive geriatric assessment dell'Umbria.

Gli strumenti omnicomprensivi di valutazione multidimensionale utilizzati dalle Regioni pertanto sono numerosi e diversificati per le diverse necessità valutative e i vari *setting* assistenziali utilizzabili (tavola 2). Lo stesso strumento di misurazione viene impiegato solamente in Veneto e Puglia (la Svama), in Emilia Romagna e Friuli-Venezia Giulia (Bina) ed in Abruzzo e la Calabria (la Vaor); mentre in tutte le altre sette Regioni si utilizzano strumenti diversi tra loro.

La Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (Svama) include, sia la valutazione della situazione cognitiva (mediante lo Short Portable Mental Status Questionnaire), che la valutazione della situazione funzionale (mediante l'"Indice di Barthel", che prende in esame le attività di base, la mobilità) e di quella sociale.

Analogamente, la scheda di Valutazione dell'anziano ospite di residenza (Vaor), contiene più componenti: dati generali, diagnosi di malattia, anamnesi e problemi cronici in atto, trattamenti in atto, Indice di comorbidità, l'Indice di severità; livello di autonomia nelle Adl; determinazione del fabbisogno assistenziale (infermieristico, riabilitativo, ecc.). Tale scheda strutturata secondo la filosofia del *problem solving*, è appunto concepita per guidare il valutatore all'individuazione dei problemi dell'ospite e finalizzato alla formulazione di un piano di assistenza. In Abruzzo poi alla Vaor si aggiunge, con analoghe caratteristiche, la Scala di valutazione dell'anziano a domicilio (Svad).

Invece, in Liguria, la valutazione multidimensionale da parte dell'Uvg viene effettuata mediante la scheda Aged (Assessment of geriatric disabilities) volta a quantificare il livello di autonomia del soggetto che richiede l'ammissione in Rsa.

L'Emilia Romagna e il Friuli Venezia

Giulia impiegano la scala Bina (Breve indice di non autosufficienza) per definire il grado di non autosufficienza dei soggetti anziani.

Anche le Marche hanno approvato, ad uso delle Unità valutarie distrettuali, una scheda di valutazione multidimensionale di soggetti che necessitano di assistenza in Adl, che si compone di una prima parte contenente i dati anagrafici del paziente e, di una seconda parte in cui ritroviamo varie scale rappresentate dall'Adl, dalla Iadl, dall'Indice medico di non autosufficienza (Dmi), e dal Global evaluation functional index (Gefi).

In Piemonte, per la valutazione multidimensionale viene utilizzata la Cartella geriatrica che contiene:

- le scale di Vmd sanitarie (Adl, Iadl, Disco, Dmi, Spmsq), che quantificano il grado di salute ed autosufficienza del soggetto;
- la scheda di valutazione sociale, che analizza la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica ambientale e assistenziale dell'anziano anche in relazione alla sua famiglia.

Nella provincia di Trento, la valutazione della non autosufficienza in soggetti anziani ed adulti viene effettuata mediante la Svm. Per la valutazione di soggetti adulti e anziani la scheda è articolata nelle seguenti sezioni:

- area sanitaria, la scheda contiene i quadri rispettivamente per l'anamnesi clinico-farmacologica, per la registrazione di specifiche condizioni che richiedono l'assistenza infermieristica, per la raccolta di informazioni riguardo all'integrità sensoriale e alle capacità di comunicazione e per l'elenco delle principali patologie potenzialmente causa di disabilità;
- area cognitivo funzionale, la scheda contiene rispettivamente la scala di valutazione cognitiva Short portable mental status questionnaire (Spmsq), la scala di valutazione della situazione funzionale (Indice di Barthel) articolata in attività di base (Adl) e mobilità, la scala di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti e di quelli eventualmente esistenti;
- rete sociale, la scheda consente la raccolta di informazioni sull'attivazione della domanda, sulle persone coinvolte nell'assistenza (famiglia, parenti, eventuali altre persone), sull'eventuale assistenza pubblica attivata, sulle situazioni abitative, socio-ambientale ed economica;
- sintesi dell'attività valutativa e individuazione del profilo di autonomia, la valutazione del bisogno di assistenza per adulti e anziani fa riferimento a una classificazione della riduzione dell'autonomia del soggetto esaminato,

basata sulla combinazione dei risultati dei diversi test. La classificazione dei soggetti valutati in diversi profili di autonomia permette l'individuazione di una appropriata risposta assistenziale.

La scheda prevede l'utilizzo di scale di valutazione e test per ognuna delle aree esaminate. Ogni scala o test fornisce un risultato che illustra il livello di autosufficienza in termini quantitativi. Per la valutazione di soggetti con problematiche comportamentali o psichiatriche la valutazione sanitaria può essere integrata con il test Neuropsychiatric inventory, mentre la valutazione dell'area cognitiva può essere integrata dal test Mini mental state examination.

Anche, la Toscana utilizza uno strumento di valutazione multidimensionale contenente numerose schede, la scheda complessiva si chiama "Valutazione del grado di autosufficienza". Recentemente sono state aggiunte numerose altre scale che soddisfano i criteri raccomandati dall'Icf, che dovranno integrarsi, in un modo ancora non stabilito, con la precedente normativa.

La Regione Campania utilizza due strumenti: la Scheda di valutazione sanitaria per le persone affette da demenza e la scheda di rilevazione del fabbisogno sociale degli anziani e dei disabili. Il primo strumento è costruito in maniera tale da indagare 5 dimensioni: la mobilità, lo stato cognitivo, la nutrizione, la continenza e le lesioni da decubito. La suddetta scheda di valutazione sanitaria è divisa in due parti: la prima, valuta il livello di autonomia dell'assistito e determina l'ammissione alle Rsa ai centri diurni integrati con il raggiungimento di un determinato punteggio (almeno 25/40); mentre la seconda parte prende in esame le condizioni sociali (compreso l'Isce) e determina le priorità di accesso alle strutture. In aggiunta, sono state previste numerose altre scale, che dovranno integrarsi con la scheda di valutazione sanitaria, con modalità ancora non stabilite.

Infine, l'Umbria per la valutazione multidimensionale del paziente anziano fragile e dei suoi bisogni impiega il Comprehensive geriatric assessment, strumento validato, a livello nazionale ed internazionale.

Per contro, le restanti Regioni utilizzano scale di valutazione monodimensionali (come la scala Adl, Iadl, Mmse, Gds, ecc.) diversamente combinate tra loro, solo in pochissimi casi comuni nelle diverse realtà.

In questo panorama, la sfera delle capacità funzionali è la più indagata, essendo inserita all'interno di strumenti che valutano la disabilità per specifici

**TAVOLA 2 Strumenti di valutazione utilizzati dalle Unità valutarie**

Strumento	Regione
Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (Svama)	Puglia, Veneto
Scala di Valutazione dell'anziano ospite e di residenza (Vaor)	Abruzzo, Calabria
Breve indice di non autosufficienza (Bina)	Emilia Romagna, Friuli-V.G.
Scala di valutazione dell'anziano a domicilio (Svad)	Abruzzo
Assessment of geriatric disabilities (Aged)	Liguria
Scheda di valutazione multidimensionale	Marche
Cartella geriatrica	Piemonte
Scheda di valutazione multidimensionale (Svm)	Trento
Valutazione del grado di autosufficienza	Toscana
Scheda di valutazione sanitaria (per le demenze)	Campania
Scheda di valutazione sociale	Campania
Comprehensive geriatric assessment	Umbria
Icf	Campania
Scala Adl	Abruzzo, Campania, Lazio
Scala Iadl	Abruzzo, Campania, Lazio
Mini Mental State Examination (Mmse)	Abruzzo, Campania, Lazio
Scheda di depressione geriatrica (Gds)	Campania, Lazio
Scheda di valutazione socio-economica	Lazio
Scala di Swearer	Abruzzo
Mental deterior battery MDB	Campania
Fim	Campania
Scheda Geronte	Lazio
Neuropsychiatric inventory	Campania, Toscana
Clinical dementia rating score	Toscana
Cornell depression scale	Toscana
BAdl	Toscana
CIRS Severità	Campania, Toscana
Caregiver burden inventory	Toscana
Scala di responsabilizzazione	Toscana
Indice di copertura assistenziale	Toscana
Livello di protezione nello spazio di vita	Toscana

Fonte: Normativa regionale e bibliografia.

che condizioni patologiche (per esempio, Barthel index e Fim), nonché compresa negli strumenti di valutazione multidimensionale (per esempio, Bina, Geronte, Oars, Gefi, Aged, Laertes).

Ampiamente studiata è anche la sfera della salute mentale, intesa sia come capacità cognitiva che come tono dell'umore. Il questionario più utilizzato per indagare lo stato cognitivo è il Mini mental state test, soprattutto nella sua forma completa (Mmse) ed in minor misura nella sua versione ridotta (Spmsq). Invece, per l'esame del tono dell'umore viene utilizzata prevalentemente la Geriatric depression scale.

Naturalmente, è ben evidente che la molteplicità degli strumenti utilizzati rappresenta un limite significativo alla confrontabilità dei dati tra le diverse strutture, in particolare risulta difficile il confronto riguardo la tipologia ed i

livelli di non autosufficienza degli utenti, nonché la valutazione della qualità degli interventi.

## IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Pochissime Regioni descrivono il piano assistenziale individualizzato (Pai), chiamato anche progetto personalizzato di intervento (Trento), o progetto sociosanitario personalizzato (Campania). Il Pai tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito, del suo ambito familiare, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

I contenuti del Pai devono rispettare la libertà di scelta della persona, ed essere la risposta più efficiente nel rapporto costi benefici (Veneto).



Il Piano assistenziale individuale comprende:

- gli obiettivi assistenziali da raggiungere;
- le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
- la tipologia degli interventi;
- la frequenza degli accessi dei singoli operatori (Mmg, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario ecc.);
- la durata presumibile degli interventi assistenziali (Campania, Marche)

La Regione Campania, all'interno del progetto personalizzato ha previsto anche il piano esecutivo, concordato con la struttura individuata per eseguire il ricovero o la prestazione, declinato in:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate;
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (numero di accessi Mmg/Pls, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- disponibilità e quantità di presidi e materiali vari;
- durata e complessità del piano;
- strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed *ex-post*,

con particolare attenzione alla:

- valutazione periodica dei risultati,
- congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati,
- verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato), evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a questo ultimo.

#### LA COMPOSIZIONE DELL'UNITÀ VALUTATIVA

La composizione delle Unità valutative varia moltissimo da una Regione all'altra, anche se il suo nucleo fondamentale risulta sempre composto da: un medico, un infermiere professionale e un assistente sociale, così come indicato nel Progetto obiettivo nazionale.

Nella grande maggioranza delle Regioni, a queste tre figure stabili, si aggiunge il medico di medicina generale dell'assistito e, in dieci Regioni, il terapeuta della riabilitazione (tavola 3).<sup>1</sup>

Queste due ultime figure comunque, quando non sono previste come componenti di base dell'Unità valutativa, sono quasi sempre chiamate a farne parte come consulenti (tavola 4).

Alcune Regioni prevedono poi altri

operatori presenti stabilmente all'interno dell'Unità valutativa, tra questi figurano medici specialisti, preferibilmente geriatri (in particolare se si debbano valutare anziani), oppure medici del distretto o fisiatra; si aggiungono poi altre figure professionali quali logopedisti e persino amministrativi. La composizione minima dell'Unità valutativa passa così, nel panorama nazionale, da 3 ad 8 membri, con una conseguente notevole, e non sempre giustificata, diversificazione regionale.

In sintesi, le Unità valutative più agili sono quelle della Campania (medico, ass. sociale dell'ambito sociale e Mmg/Pls), della Sardegna (geriatra o fisiatra, infermiere e assistente sociale del comune) e del Veneto (responsabile del distretto, il Mmg e l'assistente sociale del Comune) che di base sono composte da soli tre membri. Per contro, in Piemonte ed in Sicilia l'Unità valutativa raggiunge il numero, davvero eccessivo, di 8 componenti. Precisamente, in Sicilia l'Unità valutativa risulta composta da: un dirigente medico responsabile (geriatra), un dirigente medico collaboratore specializzato in branca affine, un assistente sociale, un terapeuta della riabilitazione, un infer-

TAVOLA 3 Composizione dell'Unità di valutazione

Regione italiana		
Qualifica del responsabile dell'Unità valutativa	<b>Geriatra</b>	Basilicata (o esperienza geriatrica), Calabria, Molise, Piemonte (o esperienza geriatrica), Sicilia (o medicina interna), Umbria.
	<b>Responsabile del distretto o dell'unità operativa distrettuale</b>	Toscana, Trento, Veneto.
	<b>Medico responsabile delle cure domiciliari</b>	Marche
Qualifica operatori presenti stabilmente, oltre al responsabile	<b>Infermiere professionale</b>	Tutte. In Emilia Romagna può essere sostituito da un assistente sanitario; in Calabria e Lazio troviamo il capo sala o l'assistente sanitaria; nella Provincia di Bolzano si parla di Coordinatore dell'unità operativa infermieristica; in Umbria troviamo il responsabile infermieristico dell'Adi
	<b>Assistente sociale</b>	Tutte. Nelle Regioni Campania e Marche l'assistente sociale viene indicato dall'ambito territoriale sociale; in Friuli, Puglia, Sardegna e Veneto dagli enti locali; in Umbria oltre ad una AS referente dell'ambito territoriale sociale, abbiamo una AS dell'Azienda Usi; in Piemonte una AS è dell'Ente gestore dei servizi sociali e una della Asl; a Trento è il responsabile dei servizi socio assistenziali dell'ente gestore o AS suo delegato. Invece, nella Provincia di Bolzano troviamo il Coordinatore del distretto sociale.
	<b>Medico di medicina generale (o Pls in Campania)</b>	Basilicata, Bolzano, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Veneto.
	<b>Terapista della Riabilitazione</b>	Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta.
	<b>Geriatra (quando si valutano gli anziani)</b>	Basilicata, Calabria, Marche, Sardegna (o fisiatra), Toscana, Trento, Valle D'Aosta, Umbria
	<b>Medico dell'assistenza sanitaria territoriale</b>	Campania, Piemonte, Puglia.
	<b>Fisiatra</b>	Piemonte, Sardegna (o geriatra).
	<b>Operatore referente delle aree di tutela</b>	Marche, Toscana (operatore referente Adi).
	<b>Amministrativo</b>	Bolzano, Piemonte, Sicilia.
	<b>Medico specializzato patologia prevalente</b>	Sicilia
	<b>Logopedista</b>	Sicilia

Fonte: Norme regionali di riferimento.

**TAVOLA 4 Qualifica degli operatori presenti come consulenti dell'Unità di valutazione**

Qualifica operatori presenti come consulenti	Regione italiana
Fisiatra	Maggior parte. In Puglia quando si valuta un disabile
Neurologo	Maggior parte. In Puglia quando si valuta un disabile
Urologo	Maggior parte
Terapista della riabilitazione	Maggior parte, esclusa Calabria, Campania, Umbria, Puglia, Sicilia, Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Toscana
Psicologo	Calabria, Campania, Basilicata, Veneto, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Piemonte.
Medico specialista	Campania, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Veneto, Bolzano, Basilicata.
Ortopedico	Alcune Regioni
Oculista	Alcune Regioni
Neuropsichiatria	In Puglia quando si valuta un disabile
Audiologo, Logopedista, Dietista, Podologo, ecc.	Alcune Regioni
Educatore professionale	Lazio, Marche
Medico di medicina generale	Basilicata, Puglia
Geriatra	Marche, Puglia (quando si valuta un anziano)
Terapista occupazionale	Umbria
Medico ospedaliero del reparto che dimette	Marche, Puglia
Responsabile della struttura o servizio individuata per l'attuazione del progetto di assistenza	Veneto

Fonte: Norme regionali di riferimento.

miere professionale, un logopedista, un amministrativo e dal Mmg. Inoltre, sempre in questa Regione, l'Uvm viene integrata dallo specialista della patologia "prevalente" che in quel momento impegna maggiormente l'assistito, che assume di conseguenza la responsabilità della conduzione clinica del caso (tavola 3).

Inoltre, la maggior parte delle Regioni prevede la presenza episodica di operatori in qualità di consulenti. Si tratta soprattutto di medici fisiatri, neurologi, urologi in tutti i casi in cui la presenza dello specialista può essere utile per valutare le condizioni dei pazienti. Molto spesso oltre al medico sono previsti terapisti dell'abilitazione e psicologi, mentre molto rara (solo Marche e Puglia) è la previsione della partecipazione del medico del reparto ospedaliero che dimette l'assistito da valutare (tavola 4).

La funzione di coordinamento di queste diverse figure professionali all'interno dell'Unità valutativa è affidata prevalentemente al medico geriatra, in alcuni casi esplicitamente (Basilicata, Calabria, Molise, Piemonte, Sicilia, Umbria) ed in altri come opzione preferibile. Negli altri casi, soprattutto

quando l'Unità valutativa rivolge la sua attività verso tutta la popolazione adulta e gli anziani, la responsabilità del coordinamento viene data al responsabile del distretto o ad altro medico del distretto sanitario (tavola 3).

Da sottolineare che un'innovazione importante per quanto concerne la promozione dell'integrazione sociosanitaria, è data dal fatto che, ben 9 Regioni, hanno proposto che l'assistente sociale, componente stabile dell'unità valutativa, deve essere indicata dall'ambito territoriale sociale (Campania, Marche, Umbria), o dagli enti locali interessati territorialmente (Friuli-V.G., Piemonte, Puglia, Sardegna, Trento, Veneto).

## CONCLUSIONI

L'Unità valutativa, identificata per la prima volta nel "Progetto-obiettivo per la tutela della salute degli anziani" nel 1992, costituisce una modalità organizzativa ed assistenziale ormai codificata e sperimentata, in crescita in tutte le Regioni italiane. Essa consente da un lato, di garantire la presa in carico dell'utente, destinato con un progetto individualizzato al servizio più adatto a rispondere ai suoi bisogni, e dall'altro, di ottimizzare le risorse, rese

mobili e flessibili nelle varie direzioni di intervento.

La ricerca condotta evidenzia che, per quanto concerne il ruolo delle Unità valutative, si registra un fondamentale accordo tra le diverse Regioni, anche se la terminologia impiegata per caratterizzarle risulta assai diversificata; in quasi la metà dei casi viene impiegato il termine di Unità valutativa geriatrica rivolta all'anziano, mentre nei restanti quello di Unità valutativa multidimensionale o multidisciplinare o distrettuale ecc., per la valutazione non solo degli anziani ma di tutta la popolazione adulta.

Le Regioni italiane sono in buona sostanza concordi anche riguardo alle funzioni che le unità di valutazione sono chiamate a svolgere, che consistono essenzialmente nella valutazione multidimensionale e nella elaborazione dei piani assistenziali individualizzati che permettono l'accesso alle prestazioni integrate sociali e sanitarie. Inoltre, per garantire la continuità assistenziale e per migliorare la qualità e l'efficacia delle prestazioni, tra i compiti dell'Unità valutativa, un gruppo minoritario di Regioni ha incluso l'individuazione del "responsabile del caso" quale punto di riferimento costante dell'utente all'interno del percorso individuato. Figura questa che, proprio per questa sua capacità di facilitare l'accesso ai servizi e quindi di garantire la continuità assistenziale, andrebbe estesa a tutto il territorio nazionale.

Le Regioni italiane hanno previsto una composizione delle Unità valutative globalmente in linea con le indicazioni fornite del Progetto-obiettivo nazionale, sebbene con una pluralità eccessiva di variabili. Infatti, alcune Regioni, oltre alle figure "canoniche" del medico (spesso geriatra), dell'infermiere professionale, dell'assistente sociale e del medico di medicina generale dell'assistito, hanno arricchito eccessivamente l'unità valutativa con la presenza stabile di vari specialisti medici e/o del terapeuta della riabilitazione, ed in alcuni casi isolati, anche di altre figure.

Allo stesso tempo l'indagine condotta ha fatto emergere che, nell'ambito del territorio nazionale e talvolta anche all'interno di ciascuna Regione esaminata

## Note

3 La composizione dell'Unità valutativa relativa alla Toscana si riferisce a quanto contenuto nel Piano sociale regionale del 1998-2000. Recentemente (Dgr 402/05), la Regione Toscana ha affidato alle Asl d'intesa con i Comuni la definizione della composizione della Uvm, garantendo comunque la partecipazione di Mmg, assistente sociale, infermiere professionale e, quando si valutano gli anziani, del geriatra. La Lombardia non indica la composizione della Uvg, ma specifica soltanto che essa è composta da personale sanitario e psicosociale in grado di affrontare tutti i problemi valutativi, terapeutico-riabilitativi, socio-assistenziali dell'anziano.



ta, vi sono larghe differenze in termini di presenza, capillarità, organizzazione e funzionamento delle Unità valutative.

In particolare, non vi è alcuna omogeneità sugli strumenti di valutazione dei bisogni adottati dalle Unità valutative. In generale, prevale l'uso di strumenti di valutazione multidimensionali assai più completi ed efficaci di quelli monodimensionali ancora utilizzati da un circa un terzo delle Regioni.

Gli strumenti multidimensionali attualmente utilizzati dalle Regioni sono davvero numerosi, e tale notevole varietà di scale/schede rappresenta un limite significativo, sia alla qualità degli interventi, che alla confrontabilità e comunicabilità delle informazioni concernenti i differenti regimi assistenziali ed il diverso grado di "dipendenza" dei soggetti esaminati. Per superare tale problema sarebbe opportuno adottare su tutto il territorio nazionale un solo strumento multidimensionale validato e riconosciuto; oppure, in subordine, si potrebbero impiegare un numero limitato di strumenti multidimensionali aventi una base comune di dati confrontabili. In tale direzione un contributo sicuramente decisivo potrebbe essere offerto dal mondo scientifico e politico.

In sintesi, nonostante la diversa terminologia e composizione del team, la eterogeneità degli strumenti di indagine impiegati, le modalità di operare delle Unità valutative, basate su una costante collaborazione intersettoriale e un approccio integrato, hanno il merito di richiamare in qualche modo il modello biopsicosociale proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità attraverso l'Icf (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute). Nell'ambito di questo nuovo approccio che vede la disabilità non quale attributo dell'individuo quanto piuttosto come un insieme di condizioni, alcune delle quali create dall'ambiente stesso, risulta decisiva una costante interazione tra assistenza sanitaria ed azioni di tutela sociale, coinvolgente tutti gli ambiti di intervento delle politiche pubbliche, in particolare di quelle del welfare e della salute. In tal senso l'Unità valutativa attraverso la ricerca della continuità assistenziale, della appropriatezza delle cure, della integrazione tra cure sociali e sanitarie e tra interventi ospedalieri e territoriali, diviene uno strumento davvero decisivo. L'unità valutativa costituisce, infatti, attualmente, sebbene non completamente e uniformemente espressa su tutto il territorio nazionale, un fondamentale momento di raccordo tra le diverse unità di offerta capace di fungere da punto di governo della politica assistenziale per gli anziani.

#### Bibliografia

Ferrucci L., Marchionni N., Gruppo di lavoro sulla valutazione multidimensionale, "Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi", *Giornale di Gerontologia*, 2001; 49: S1-S76.

Laboratorio di Epidemiologia Università degli studi di Roma Ter Vergata, *Tutela della salute dell'anziano. Le Unità di valutazione geriatrica*, Supplemento a *Panorama della Sanità*, 20, 1997.

Leonardi M., "Icf: la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute dell'Organizzazione mondiale della sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia", *MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa*, 2003, 17 (1), 53-59.

Marrocca M., Pasquarella A., "Valutazione multidimensionale", *Care*, 1, 2004.

Pesaresi F., Simoncelli M., "Le Rsa nelle Regioni italiane: modalità assistenziali e d'accesso", *Asi*, 2000, 6: 30-37.

Pesaresi F., Simoncelli M., "Le unità valutative geriatriche nelle normative regionali", *Appunti*, 2000, 3: 16-22.

Spi-Cgil/Asi (a cura di), *Progetto obiettivo anziani*, Ediesse, Roma, 1997.

World Health Organization, *International Classification of Functioning and Disability and Health*, Who, Geneva, 2001.

## SEGNALAZIONI

Gruppo Solidarietà (a cura di)

### DISABILITÀ

Dalla scuola al lavoro

Castelplanio 2006, pp. 112, € 10,00

I diversi contributi raccolti nel quaderno delineano un percorso che vede al centro una persona con le sue possibilità e potenzialità. Nessuna persona dovrebbe essere definita esclusivamente per sottrazione: non sa, non è in grado di fare, non può essere...; non è la carenza che dovrebbe contraddistinguere un profilo individuale; piuttosto, la capacità di sentire, di comunicare, di agire, di pensare, secondo la peculiare modalità personale. Accettare l'idea che la persona disabile sia innanzitutto persona significa concentrarsi sui bisogni di normalità piuttosto che sui bisogni stereotipati di una generica categoria. Una visione che costringe a concentrarsi su chi è la persona e non tanto su cosa ha. Costringe ad occuparsi più delle capacità e delle potenzialità e non solo dei limiti e delle debolezze. La qualità dell'integrazione scolastica degli alunni con disabilità è la qualità stessa dell'intero sistema scolastico e formativo. La qualità della vita dei cittadini disabili, in ogni sua espressione, è la qualità stessa di un Paese che deve garantire a tutti le pari opportunità sancite dalla Costituzione. Con i contributi di: Andrea Canevaro, Marisa Pavone, Dario Ianes, Salvatore Nocera, Carlo Lapri, Gabriella Papone, Antonio Saccardo, Orianna Zaltron. Per richiedere il volume: Gruppo Solidarietà, Via S. D'acquisto 7, 60030 Moie di Maiolati (AN). Tel. e fax 0731.703327, e-mail: grusol@grusol.it

## APPUNTAMENTI

Si apre la stagione formativa del Centro Madema di Stress (VB), attivo nella documentazione, formazione e ricerche sulla condizione anziana e nella promozione di una cultura dell'anziano attiva. I prossimi corsi in programma sono:

- Il Progetto assistenziale individualizzato (P.A.I.)

Sabato 10 giugno 2006

Rivolto a operatori di strutture ospitativo per anziani, il corso approfondisce argomenti quali l'ascolto, l'anamnesi e la storia dell'anziano; l'analisi del bisogno assistenziale; la conoscenza degli strumenti di base per la valutazione multidimensionale; l'analisi della rete formale e informale all'interno della struttura; la pianificazione e lo sviluppo del progetto assistenziale (P.A.I.); il rapporto con i familiari nelle decisioni operative.

- L'alleanza terapeutica fra équipe assistenziale, parenti e volontari

Sabato 24 giugno 2006

Il corso, richiedibile anche a committenza, affronta un argomento delicato ed attuale nel contesto dell'assistenza all'anziano: la comunicazione tra i vari soggetti (operatori, volontari e caregivers informali) coinvolti nella relazione d'aiuto con l'ospite e di una struttura residenziale.

Informazioni e iscrizioni:

Centro Madema, 0323.934663,  
e-mail: formazione@centromadema.it  
[http://www.centromadema.it/formazione\\_calendario.php](http://www.centromadema.it/formazione_calendario.php)

Si svolgerà in Abruzzo, a Montesilvano (Pescara), dal 14 al 16 dicembre 2006, il IV Congresso Nazionale del Cismai: "Dal trauma infantile all'età adulta. Esiti e percorsi di riparazione degli abusi all'infanzia", che intende porre al centro della riflessione gli effetti in età adulta di abusi e maltrattamenti subiti nell'infanzia e nell'adolescenza e le possibili strategie preventive e riparative. Il Congresso vuole offrire, inoltre, uno spazio di confronto e di interscambio fra gli operatori che lavorano con i bambini maltrattati e abusati e gli operatori che lavorano con gli adulti portatori di varie forme di disagio derivanti da esperienze infantili sfavorevoli, con particolare attenzione alle problematiche relative alla rilevazione di eventuali difficoltà genitoriali nei soggetti traumatizzati. Per il suo carattere interdisciplinare, si rivolge agli operatori psicosociali operanti presso enti pubblici e privati, agli educatori, ai medici e pediatri, al personale delle forze dell'ordine, agli avvocati ed ai giudici, agli studenti e specializzandi in materie di interesse. Per informazioni: [www.cismai2006.org](http://www.cismai2006.org). Segreteria Organizzativa Congresso, Centro Studi Sociali, piazza Unicef, 64020 Scerne di Pineto (TE), tel. 085.9463098, fax. 085.9463199, e-mail: segreteria@cismai2006.org