

## Le Case della Comunità

MAGGIO 2022



### Il ruolo dell'assistente sociale della Sanità all'interno delle Case di Comunità

#### Premessa

Nel disegno in corso di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale avviato nel nostro paese a livello normativo ed istituzionale a seguito della crisi pandemica, assume particolare rilevanza e significato la prevista attivazione dei nuovi presidi territoriali quali: Case della Comunità (CDC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Ospedali di Comunità (ODC).

Gli indirizzi di programmazione convergono su un disegno di SSN vicino alla Comunità, che pone al centro la persona e la salute della stessa, intesa come bene comune, pubblico e non come mera assenza di malattia. Tale approccio si realizza "attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, utilizzando modelli di servizi per l'integrazione della rete professionale (MMG, IFeC, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali)" avvalendosi della "valorizzazione di tutte le risorse della Comunità nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (ASST, Comuni, UDP, Terzo Settore, Associazioni e altri professionisti)".

Relativamente alla CDC tutti gli atti programmatori e attuativi a partire dal PNRR - Missione 6, propongono la CDC quale luogo di facile accesso e di prossimità dove la Comunità di riferimento può trovare le risposte ai bisogni di salute ma anche spazio per progettualità partecipate.

L'obiettivo prioritario della **Missione 6 del PNRR** è quello di superare un sistema settoriale e frammentato dei servizi, promuovendo approcci e valutazioni interdisciplinari in un processo dinamico volto ad identificare la natura e l'entità dei bisogni di salute della persona fragile e/o non autosufficiente in tutte le dimensioni (fisica, sociale, psichica e funzionale), ma anche le risorse e le potenzialità della comunità.

Come Ordine Regionale degli Assistenti Sociali ci riconosciamo pienamente nelle finalità contenute nella normativa nazionale e regionale che rendono innovativa la struttura della CDC. Nel convincimento che progetti di salute efficaci derivino da interventi precoci e integrati dalle componenti professionali sanitarie e sociali, **sosteniamo, per il suo specifico professionale, la presenza dell' assistente sociale (AS) della sanità nella CDC per concorrere, fin da subito, alle fasi di accoglienza, valutazione dei bisogni e definizione degli interventi**, curare i passaggi tra Servizi e di comunicazione, costruire e mantenere le connessioni tra operatori e Unità d'Offerta e tra rete di cura e di prossimità. Si evidenzia che la L.R. 22/2021 prevede espressamente nell'art. 9 c. 1 lettera p) la presenza del Servizio Sociale del SSR nelle Case della Comunità,

recepando specifico emendamento presentato da questo Ordine. Si ritiene anche che l'integrazione socio sanitaria venga notevolmente facilitata nel suo processo, laddove le figure professionali delle Case della Comunità abbiano una unica dipendenza istituzionale e, pertanto, possano condividere metodologia e strumenti di lavoro della medesima ASST (ad esempio: accesso alla cartella della persona, condivisione degli interventi effettuati, definizione di progetti individualizzati in raccordo con gli altri professionisti sanitari, partecipazione a spazi di riflessione/formazione sulla traduzione operativa dei modelli organizzativi individuati dalle ASST).

Nel caso in cui, invece, la figura dell'Assistente Sociale **venisse messa a disposizione dagli Enti Locali**, è di fondamentale **importanza il lavoro di raccordo tra Enti** sulle funzioni, sulle modalità di collaborazione, sull'accesso alle cartelle e agli strumenti di registrazione ed ai dati e infine ma non ultimo sulla progettazione dei Piani Individualizzati (PI).

In considerazione del processo di attivazione e implementazione delle CDC recentemente avviato sul territorio regionale, desideriamo pertanto porre l'attenzione sul nostro specifico professionale che **può e deve entrare nella costruzione di modelli organizzativi** coerenti con i principi e gli obiettivi fondanti della CDC che, prevedono, oltre alla dimensione di servizio, anche la promozione e la cura delle reti comunitarie. L'agire professionale dell'assistente sociale infatti, **può e deve**, all'interno della CDC in integrazione con le figure sanitarie, **costituire uno strumento strategico per l'attivazione di processi di cambiamento**, connettere sistemi, leggere ed interpretare la complessità, favorendo la connessione tra l'utente, il suo ambiente di vita e la Comunità.

In particolare ci preme evidenziare il ruolo dell'assistente sociale quale professionista della CDC facendo emergere i possibili modelli di integrazione con i servizi sociali degli ambiti territoriali e gli attori sopra indicati.

### **Funzione dell'assistente sociale della Sanità all'interno della CDC**

L'assistente sociale all'interno della Casa della Comunità è chiamata, mediante un percorso definito "processo di aiuto" ad assicurare l'efficacia e l'efficienza degli interventi relativamente ai percorsi di ascolto, di accompagnamento della persona e del suo nucleo familiare al fine del raggiungimento del benessere sia individuale (rivolto alla persona/famiglia) che alla collettività. Per la specifica competenza professionale l'assistente sociale svolge funzioni sia di carattere preventivo e di contrasto alla vulnerabilità che di raccordo con il territorio per la promozione di reti solidali e di prossimità.

E' importante quindi che presso la Casa della Comunità, la figura dell'assistente sociale svolga **una funzione di "raccordo e congiunzione" tra l'area sanitaria e quella sociale** e che sia la referente della valutazione sociale e delle risposte ai bisogni sociali e socio assistenziali, che incidono sullo stato di salute e di benessere della persona del paziente e della sua rete relazionale attraverso il lavoro di rete e la tutela dei diritti.

L'analisi del bisogno mediante **la valutazione sociale svolta in tempi precoci**, può, soprattutto in quelle situazioni di maggior fragilità sociale e relazionale, garantire migliori e idonei percorsi di assistenza e cura, evitando possibili ricadute o aggravamenti, accessi a servizi e/o ricoveri impropri.

Pertanto si evidenziano le seguenti funzioni:

- accoglienza, chiarificazione e valutazione della domanda dell'utenza;
- valutazione della fragilità e delle risorse della persona e del contesto familiare;

- segretariato sociale (informazioni sui servizi del territorio in collaborazione con il servizio sociale comunale/di ambito, informazione e accompagnamento alla fruizione delle misure socio sanitarie e previdenziali ecc.);
- accompagnamento delle persone ad altri servizi (laddove ritenuto necessario);
- costruzione e manutenzione della rete dei servizi socio sanitari e socio assistenziali;
- conduzione di gruppi tematici e di promozione della salute;
- elaborazione e gestione di progetti di sviluppo di comunità;
- interventi di prevenzione primaria e secondaria sul territorio.

## Il percorso socio-sanitario di presa in carico integrata

**PRIMA IPOTESI:** *Presenza dell'assistente sociale in tutte le fasi dell'intervento di presa in carico, sin dall'Accoglienza(PUA).*

Il percorso integrato prevede la presenza anche **della figura professionale dell'assistente sociale sin dal primo colloquio di accoglienza nel Punto Unico di Accesso/Accoglienza (PUA)**. Il percorso dovrebbe seguire le fasi di Accesso, Accoglienza, Valutazione (primo e secondo livello), Monitoraggio, Verifica, esito.

FASE DI ACCESSO alla CDC: può avvenire o telefonicamente o di persona su invio e/o spontaneamente. All'interno della CDC, in base ai modelli organizzativi dell'Ente, è presente un punto informativo/spazio Front Office che orienta gli ingressi ed invia ai Servizi e al PUA.

P.U.A.

Il Punto Unico di Accoglienza è un luogo fisico in cui vengono raccolte le richieste e analizzati i bisogni socio-sanitari espressi (legati per es. ad una condizione di fragilità e/o di non autosufficienza) in cui viene tutelata la privacy della persona. Si auspica che debba essere gestito da figure professionali con competenze specifiche: un IFeC e un Assistente sociale.



Primo colloquio di  
Accoglienza  
(AS-IFeC)

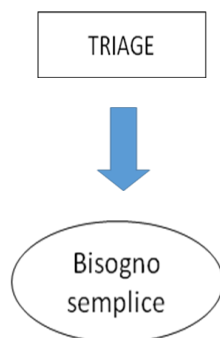
**La co-presenza della figura socio- sanitaria**, sin dal primo colloquio risulta sostanziale dato che permette un'analisi del bisogno e una presa in carico integrata riducendo i tempi di attesa di una risposta al bisogno decodificato.

Raccolta Anamnestica  
socio sanitaria/valutazione  
del bisogno espresso

La raccolta dell'anamnesi comprende sia i dati anagrafici che di contesto di vita della persona oltre che aspetti di carattere sanitario ritenuti significativi. Costruire una cartella socio sanitaria informatizzata consente di avere uno strumento efficace per la stesura e l'individuazione di percorsi di cura integrati e idonei.

## FASE DI VALUTAZIONE DI PRIMO LIVELLO

La scheda di valutazione Triage permette la tempestiva individuazione delle condizioni di vulnerabilità sia sociale che sanitaria. Viene effettuata durante la fase dell'Accoglienza. È uno strumento di valutazione di primo livello utilizzato in questa fase per differenziare il bisogno semplice da un bisogno più complesso. È possibile utilizzare anche altre scale validate (Svama, Sosia, Bina, Vaor -InterRAI, ecc.).



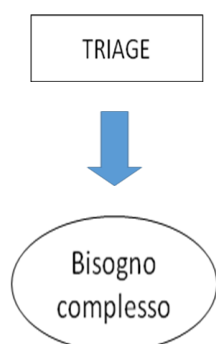
**Nel caso di bisogno decodificato come “SEMPLICE” (back office di 1° livello) i percorsi possono essere di due tipi:**

1. **Di orientamento e informativo:** i colloqui di valutazione sociale vertono a raccogliere informazioni specifiche per poter valutare la presenza di requisiti volti ad indirizzare la persona nel richiedere misure previste dal sistema dei servizi (es. Misura B1). L'assistente sociale attraverso l'attività di segretariato orienta e offre consulenza ai cittadini al fine della conoscenza e fruizione dei propri diritti esigibili e nell'accesso ai servizi, prestazioni e risorse territoriali, in percorsi di empowerment.

2. **Di accompagnamento ed aggancio:** i colloqui di valutazione sociale vertono ad individuare il bisogno socio-assistenziale della persona al fine di effettuare un invio mirato sia ai servizi territoriali (es. Comuni) che specialistici (es. SerD). In questo caso, una piattaforma informatica possibilmente condivisa o condivisibile in parti specifiche e utili alla valutazione, favorirebbe l'aggancio precoce ai Servizi attraverso la condivisione di “documenti di sintesi”.

La persona viene accompagnata ad un percorso di presa in carico specialistica (lavoro di rete); quando i Servizi attestano la Presa in carico, il PUA effettua con il case manager individuato una verifica dell'esito del percorso individualizzato (PI) e resta un punto di riferimento per la persona qualora dovessero modificarsi i bisogni; in tal caso si effettua una rivalutazione integrata per l'individuazione di un idoneo percorso di continuità assistenziale.

## FASE DI VALUTAZIONE DI SECONDO LIVELLO



**Nel caso di bisogno identificato come “COMPLESSO” (back office di 2° livello) i percorsi possono essere di due tipi:**

1. **Monitoraggio** della situazione: si prevede nel caso in cui dall’analisi del bisogno emergono dei rischi sociali e sanitari ma non vi sono i requisiti per l’attivazione di servizi oppure, nel caso in cui la persona non accetta l’intervento proposto. Strumenti utilizzati: colloqui di counseling mirati alla consapevolezza dei bisogni non espressi e colloqui di valutazione mirati all’esplorazione della rete familiare, rete informale e delle potenziali risorse attivabili partendo dall’ empowerment della persona; colloqui di monitoraggio sia di carattere sociale che sanitario per il controllo della stabilità clinica dove necessario. Nella costruzione del progetto di intervento vengono delineati sempre gli obiettivi, le azioni, gli strumenti e i tempi di realizzazione.

2. **Valutazione Multidimensionale:** nel caso di situazioni complesse e/o multiproblematiche vengono coinvolti più attori che conoscono o hanno in carico il paziente (MMG, servizi comunali, servizi specialistici, persone del contesto familiare e/o amicale se presenti). Dopo la fase di valutazione multidisciplinare, in équipe si delinea il progetto d'intervento individualizzato e integrato (sociale e sanitario).

In questa fase di secondo livello deve essere garantita un'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali coinvolti nella gestione del caso, attraverso équipe di monitoraggio e di verifica dell’esito dell’intervento individualizzato (lavoro di rete: rete intra CDC, rete inter CDC, rete territoriale e integrata). Necessario definire il case manager per coordinare gli interventi di assistenza domiciliare e eventuali passaggi tra diversi setting di cura.

**L’assistente sociale del PUA** nelle situazioni complesse ha una funzione di accompagnamento della persona e della sua famiglia nelle diverse fasi dell’intervento, mediante un approccio improntato all’ascolto ed al supporto relazionale, in un processo di aiuto dinamico e continuativo; dinanzi allo stress provocato dalla malattia grave (es. malato oncologico) sostegno nei confronti del paziente e della famiglia /caregivers.

#### FASE DI VERIFICA

Monitoraggio/  
Verifica

→ La verifica deve essere presente in tutte le fasi dell’intervento.

Dall’Accoglienza all’ esito e verifica del PI, le varie azioni vanno riportate e condivise nel portale informatico (Piattaforma Unica) a disposizione di tutti gli operatori coinvolti. I diari clinici aggiornati e le verifiche di équipe sono strumenti necessari per la circolarità delle informazioni e per permettere una idonea ed efficace integrazione tra servizi ma anche tra operatori sociali e sanitari operativi nel PUA. L'aggiornamento dell’esito degli interventi attivati al PUA, consente un'efficace presa in carico globale della persona.

La costruzione di équipe multidisciplinari all’interno della CDC permette di individuare precocemente la natura dei bisogni semplici e complessi, di offrire le risposte più appropriate alle necessità rilevate, riducendo i tempi di attivazione degli interventi e le prese in carico da parte di altri servizi quanto necessario, garantendo in sintesi una governance unitaria dei percorsi e dei processi assistenziali integrati.

**SECONDA IPOTESI:** *Presenza dell’assistente sociale su segnalazione del rischio sociale e non sin da subito nel PUA.*

Nel caso in cui la figura professionale dell’assistente sociale in sanità *non fosse presente fin dall’Accoglienza (PUA)* è necessario che l’operatore sanitario delegato ad effettuare la prima analisi del bisogno, sia

adeguatamente formato e, attraverso strumenti specifici (es. scheda di rilevazione rischio sociale) può richiedere una valutazione sociale (fase valutazione primo e secondo livello) specificando le motivazioni della richiesta. In questo caso, nel percorso sopra descritto, va aggiunta la fase “passaggio a valutazione sociale” dopo la compilazione della scheda triage, e a seguire le fasi di individuazione del bisogno semplice o complesso. In tal caso risulta necessario individuare strumenti di rilevazione del rischio sociale che possano fornire al professionista sanitario una indicazione sulla aree di fragilità/bisogni sociali da approfondire (ad es. fatica nella capacità di prendere decisioni quotidiane relative all’assistenza, relazioni familiari complesse, fragilità del caregiver fisica, psichica ed emotiva, ecc.).

Sicuramente la presenza di un “assistente sociale dedicato” che conosce le Unità di Offerta dei Servizi di ASST e le loro specifiche modalità di accesso **favorirebbe l’attivazione sin da subito, della rete dei servizi specialistici** e, attraverso una prima analisi del bisogno sociale **favorirebbe un aggancio mirato con i servizi sociali dei Comuni**.

## Lavoro di rete e Servizio sociale

*Da sempre il lavoro di rete costituisce uno specifico professionale dell’Assistente Sociale, che oltre ad essere garante dell’integrazione sociosanitaria* con il proprio specifico contributo tecnico metodologico basato sull’approccio alla complessità ed alla prossimità, attenzione a tutti i bisogni della persona (non solo quelli strettamente sanitari, ma anche legati al contesto e/o allo stile di vita, bisogni relazionali, ecc.) e verifica dell’accessibilità ai servizi del sistema sociosanitario e sociale, **ha un ruolo fondamentale anche all’esterno della struttura**.

Opera nel territorio costruendo reti, creando legami, connessioni, partnership con enti pubblici e/o privati, con il privato sociale ed il volontariato, **in una logica di co-progettazione partecipata**. E’, infatti, proprio dalla valorizzazione delle risorse, anche dei singoli soggetti che sono parte di una comunità (ad esempio i caregivers, risorsa fondamentale non solo per il paziente ma anche per i servizi, in quanto portatori di saperi ed esperienze) che **può attivarsi un processo di promozione della salute che supera il concetto di cura e passa a quello del prendersi cura**.

*Per concludere*, al fine di poter compiere quanto sopra indicato, è necessario che l’Assistente Sociale partecipi alle attività di progettazione al fine di costruire, attuare e verificare degli indirizzi ed obiettivi strategici per la materia di competenza, promuovendo e integrando la valutazione dei fattori sociali nella programmazione dei servizi. È necessario gestire in maniera efficace le risorse umane e i gruppi di lavoro, interagendo con tutte le altre professioni e organizzazioni, anche attraverso una conoscenza critica degli indirizzi di policy dell’orientamento normativo sui temi proposti.

**CONTESTO  
CONTATTI**

**IDEE  
PROPOSTE**

**RELAZIONI**

**AS ESPLORA**



**PERCORSI**



**PROBLEMI E BISOGNI**

**AS CO- COSTRUISCE: RETI DI PROSSIMITA’, RETI TERRITORIALI, RETI DI PROGETTO**

L’Ordine professionale vede nelle Case della Comunità, luoghi di partecipazione attiva dei cittadini e ritiene quindi che **le funzioni proattive** di analisi dei bisogni del territorio, di aggancio di soggetti fragili (che

faticano ad entrare in contatto con le Istituzioni e che necessitano di percorsi di sostegno-supporto-cura), di stimolo della cittadinanza a processi di inclusione sociale, **siano proprie dell'Assistente Sociale.**

Negli anni, infatti, la nostra professione ha saputo esprimersi a vari livelli, dalla collaborazione al coordinamento, mettendo in campo interventi ed azioni coerenti con i principi e i metodi della professione. Tra tutti richiamiamo il lavoro di comunità che implica la conoscenza del territorio, la cura delle relazioni con i diversi soggetti che lo abitano, l'attenzione ai processi di lavoro ed ai percorsi di accesso a servizi e risorse con uno sguardo ai bisogni delle persone ed all'empowerment del soggetto e della comunità nelle sue varie espressioni.

A titolo esemplificativo riportiamo **alcuni filoni di intervento sociale**, a partire dalla promozione dell'informazione e dall'accompagnamento alla fruizione delle risorse:

- messa in rete di conoscenze su servizi e risorse attivi e fruibili dai cittadini;
- orientamento e sostegno ai percorsi di accesso ai servizi, con accompagnamento e supporto a cittadini e caregivers;
- accoglienza e prima valutazione dei bisogni delle persone che esprimono disagi non ancora sfociati in patologie trattate dai servizi/presidi del sistema;
- raccordo con risorse e servizi territoriali per rafforzare la rete ospedale/territorio, raccordo con enti riferiti ad aree specifiche di intervento;
- lavoro di rete a livello territoriale con il volontariato, il privato sociale ed altri soggetti per lo sviluppo di azioni di supporto alla persona in condizioni di fragilità e vulnerabilità;
- coordinamento e raccordo con enti e soggetti del territorio per la promozione e lo sviluppo di progettualità.

**Lavorare in rete *nel* e *con* il territorio porta evidentemente ad identificare modalità di ascolto dei bisogni e di costruzione di percorsi. La modalità di lavoro che si condivide permette di uscire dalla cosiddetta "gabbia" dell'adempimento che spesso genera risposte meramente burocratiche (ad esempio: "non di competenza"). Non possono esserci all'interno della rete persone o bisogni "non di competenza", semmai si dovranno attuare percorsi di orientamento e di avvicinamento ad interlocutori che possono interagire portando contributi specifici.**

Il lavoro di rete, pertanto, si estrinseca in modo particolare nei tavoli di lavoro che vedono co-presenti Istituzioni Pubbliche e/o private, Terzo Settore, Volontariato, progetti territoriali che si confrontano per la programmazione degli interventi a partire da un'analisi mirata dei bisogni e delle risorse presenti sul territorio. Tale lavoro richiede un riconoscimento da parte delle Istituzioni ed un investimento in processi di sistematizzazione, riorganizzazione territoriale, non lasciandolo come opzione in capo al singolo professionista, ma garantendo in ATS e ASST una "regia" che per competenza può essere delegata all'Assistente Sociale con funzioni, tempi e spazi dedicati per la costruzione ed il coordinamento della rete e del lavoro di aggancio e valutazione di primo livello precedentemente descritto.

***L'avvio del lavoro nelle Case della Comunità a nostro parere, dovrà quindi, valorizzare in ogni territorio queste competenze, a garanzia di interventi non settoriali né parcellizzati.***

*Ordine Assistenti Sociali della Lombardia - A cura del Gruppo di lavoro:  
Maddalena Bellagente, Erica Cantelli, Paola Ferraguti, Clorinda Galluzzo, Morena Riggi*

- Maggio 2022 -