

ASST CREMA – 13 MAGGIO 2023

**“Le contaminazioni nelle PROFESSIONI SANITARIE
E SOCIALI alla luce della riforma del SSN”**

**L'Assistente Sociale nella Casa di
Comunità: strumenti e proposte
operative**

A.S.S. Manuela Zaltieri

Presidente Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Lombardia



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

LA COMPLESSITA' DELLE VARIABILI IN GIOCO NELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

La proposta presentata dall'Ordine regionale degli AASS della Lombardia alle ASST offre lo spunto per segnalare il nostro pensiero **sulla costruzione di modelli e percorsi integrati** per affrontare e rispondere ai bisogni sociosanitari di salute/malattia.

UN WELFARE TERRITORIALE DI PROSSIMITA'

Nuove FORME DI GOVERNANCE che conducano a COPROGETTARE e gestire un WELFARE TERRITORIALE DECENTRATO, ACCESSIBILE e ATTENTO AI PROCESSI DI TRASFORMAZIONE IN ATTO per accompagnare lo sviluppo di forme di welfare collaborativo capaci di:

- **contenere le crescenti vulnerabilità**
- **intercettare i bisogni**
- **garantire inclusione e accompagnamento ai soggetti fragili**
- **consolidare relazioni e processi di coesione sociale**



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

UN WELFARE TERRITORIALE COMPLESSO

SISTEMA DI SERVIZI: CAMPO INTER-ORGANIZZATIVO ENTRO CUI ORGANIZZAZIONI AUTONOME COOPERANO PER IL RAGGIUNGIMENTO DI **OBIETTIVI COMUNI NELLE DIVERSE AREE DI BISOGNO** in una realtà in cui l'offerta si caratterizza per la presenza di un **variegato insieme di soggetti** che sono **TITOLARI DI RISORSE e COMPETENZE specifiche** e che, nello stesso tempo, sono molto caratterizzati sul piano delle **proprie CULTURE ORGANIZZATIVE**.



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

UN DELICATO EQUILIBRIO TRA GLI ELEMENTI ORGANIZZATIVO-PROFESSIONALI-DI FUNZIONE

La **COMPLESSITA'** che caratterizza le organizzazioni chiamate ad attuare la riforma DEL SISTEMA DI WELFARE TERRITORIALE pone la questione del **TIPO DI RAPPORTO** che deve qualificare le diverse parti di un insieme e del **GIUSTO EQUILIBRIO** che deve esserci tra le coesistenti **DIMENSIONI ORGANIZZATIVE DELLA DIFFERENZIAZIONE E DELL'INTEGRAZIONE.**

GLI ELEMENTI ORGANIZZATIVO-PROFESSIONALI LE VARIABILI CHIAVE

Il GRADO DI PREVALENZA dell'una sull'altra dipende da una pluralità di elementi che attengono a:

- alla **tipologia delle problematiche** da affrontare;
- al tipo di **obiettivi di performance** attribuiti alle diverse unità organizzative e agli **obiettivi di sistema** da raggiungere;
- alla **specificità dei compiti professionali** da adempiere;
- ai **particolari contesti ambientali** incidenti o meno sull'azione organizzativa e ad altro ancora.

GLI ELEMENTI ORGANIZZATIVO-PROFESSIONALI LE VARIABILI CHIAVE

A partire dal PNRR - Missione 6, la **CDC** è il **luogo di FACILE ACCESSO E DI PROSSIMITA'**: luogo di **RICOMPOSIZIONE DEI BISOGNI DELLA PERSONA E DEGLI INTERVENTI**

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 E DI CURA** della persona fragile e/o non autosufficiente **IN TUTTE LE DIMENSIONI** (fisica, sociale, psichica e funzionale).

PARADIGMA CULTURALE NELL'OTTICA DELL'INTEGRAZIONE E DEL LAVORO DI RETE

SCENARIO COMPOSITO CON SISTEMI DI AIUTO STRETTAMENTE INTERDIPENDENTI: necessità di uno stretto raccordo tra i sistemi sanitario e sociale per garantire una **regolata collaborazione**.

Ciò richiede una **PROGRAMMAZIONE COORDINATA A LIVELLO CENTRALE e FORTEMENTE INTEGRATA A LIVELLO TERRITORIALE** costruendo insieme, fin da **PRINCIPIO**, strumenti e modalità organizzative di integrazione tra sociale e sanitario, anche per un utilizzo funzionale delle risorse professionali.

PARADIGMA CULTURALE NELL'OTTICA DELL'INTEGRAZIONE E DEL LAVORO DI RETE

Ragionare per **“target” di utenza secondo logiche settoriali** è insito nello stesso **modello di costruzione frammentata dei servizi esistenti;**

Superare la frammentazione significa prendere atto che i **bisogni associati a specifiche cause possono ripercuotersi trasversalmente sulle diverse dimensioni** es. disagio mentale si ripercuote su lavoro, casa, reddito, rapporti con la famiglia.

Occorre trovare il **giusto bilanciamento** tra **interventi e approcci specialistici** e interventi caratterizzati da **forte trasversalità**.

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE : QUALE PLUS VALORE NELLA COSTRUZIONE DEL NUOVO ASSETTO

Coerentemente con i principi e gli obiettivi fondanti della CDC, della **MULTIDIMENSIONALITA'** dei **BISOGNI** e della **TRASVERSALITA'** DEI **PROCESSI** di **PRESA IN CARICO**, l'agire professionale dell'**ASSISTENTE SOCIALE** può, in integrazione con le figure sanitarie, costituire uno strumento strategico per **connettere sistemi, leggere ed interpretare la complessità, favorendo la connessione tra l'utente, il suo ambiente di vita e la Comunità.**

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE : QUALE PLUS VALORE NELLA COSTRUZIONE DEL NUOVO ASSETTO

- La professione di assistente sociale è disciplinata dalle **legge 23 marzo 1993 n. 84** “Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell’Albo professionale”.
- **L’A.S. afferisce all’area delle professioni socio-sanitarie** in attuazione dell’art. 5 della legge 11 gennaio 2018 n.3, al fine di rafforzare la tutela della salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale.
- L’A.S viene collocata **nel ruolo socio-sanitario istituito dall’art. 34 del Decreto - Legge del 25 maggio 2021 n. 73** al fine di dare completa attuazione all’integrazione sociosanitaria, nello stato giuridico del personale del SSN.

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE : QUALE PLUS VALORE NELLA COSTRUZIONE DEL NUOVO ASSETTO

Significativa, per la nostra professione, è stata la scelta di **VALORIZZARE LA DIMENSIONE COMUNITARIA** nella Casa della Comunità (CdC) quale luogo di progettualità con e per la collettività di riferimento.

Elementi che tendono a tracciare percorsi **UNITARI e CONTINUATIVI** per le persone, nei quali i diversi soggetti **POSSONO CONNETTERE AZIONI PROATTIVE E PREVENTIVE** .

LA VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE

È LO STATO DI SALUTE / MALATTIA CHE GENERA la richiesta di intervento sanitario, **ma la gestione del percorso di cura può essere più o meno favorevolmente condizionata DALL'INCIDENZA DEI FATTORI SOCIALI** (condizioni di vita personale e di relazione, presenza di risorse familiari e di sostegno, ecc.) i c.d. DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE.

La **valutazione dei DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE** a cura delle **ASSISTENTE SOCIALE**, soprattutto in quelle **situazioni di maggiore fragilità sociale e relazionale**, è fondamentale per garantire alle persone i **PERCORSI DI ASSISTENZA E DI CURA APPROPRIATI IN RELAZIONE ALLA SITUAZIONE PERSONALE E FAMILIARE**.

LA VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE

Con il termine “Determinanti sociali della salute” si intendono: tutti quei fattori di rischio o di protezione socio- economici la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una data popolazione.

IL MODELLO E GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE SOCIALE

IMPORTANZA DI CONDIVIDERE, fin da principio, STRUMENTI E MODALITA' ORGANIZZATIVE **di integrazione tra sociale e sanitario**, attraverso un metodo che tiene conto dell'intero processo assistenziale, di tutti gli attori in campo e delle forme di collaborazione fra loro.

Cio' sottintende un MODELLO ORGANIZZATIVO ATTENTO ALLE FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE nei seguenti **punti**:

- 1) canali e modalità di segnalazione;**
- 2) finalità della valutazione sociale;**
- 3) tipologie di intervento e bisogni rilevati;**
- 4) obiettivi prospettici.**

LA PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE della CARTELLA SOCIALE

FINALITA': mettere a disposizione degli assistenti sociali delle Case di Comunità dell'ASST, **specifici strumenti professionali di supporto di carattere documentale, informativo e gestionale**, organizzati e modulati in funzione del **contesto istituzionale e delle sue specificità operative**.

LA PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE della CARTELLA SOCIALE

La **struttura della Cartella sociale risponde all'esigenza di:**

sintetizzare le diverse dimensioni della valutazione sociale attraverso una **lettura qualitativa dei dati relativi** a ciascuna di esse, **in complementarità con elementi valutativi sanitari**, per favorire strategie efficaci di promozione, tutela e sviluppo della salute intesa **in senso globale.**

LA PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE della CARTELLA SOCIALE

La Cartella Sociale **costituisce il FASCICOLO** in cui far confluire tutte le **informazioni necessarie alla valutazione sociale della situazione del cittadino**, a partire dalla prima fase di intercettazione dei fattori rischio sociale rilevabili, con particolare riferimento ai **pazienti affetti da patologie croniche e complesse** che presentano **condizioni di vulnerabilità** di varia natura correlate ai bisogni di cura e di **supporto di carattere sociale e sociosanitario.**

Composizione della CARTELLA SOCIALE

1) SCHEDA DEGLI INDICATORI DI RISCHIO SOCIALE :

- per favorire l'intercettazione precoce delle fragilità sociali che si presentano con la malattia e possono incidere sulla sua gestione ;
- **ad uso degli IFeC /profili sanitari**, da inviare all'assistente sociale della CdC in base alle indicazioni riportate in legenda .

2) Scheda di ACCOGLIENZA: raccolta dati anagrafici e dei primi dati anamnestici del paziente fragile in fase di primo contatto - ad uso dell'assistente sociale) -

Composizione della **CARTELLA SOCIALE**

3) Scheda TRIAGE SOCIALE con punteggio (ad uso degli assistenti sociali):
uno strumento di valutazione sociale di primo livello utilizzato, nella fase di accoglienza per rilevare e/o differenziare il bisogno semplice da un bisogno più complesso; analizza 6 aree sociali che possono definire il bisogno semplice o complesso, in base alle indicazioni riportate in legenda –

4) Scheda di VALUTAZIONE SOCIALE per le situazioni che richiedono una presa in carico di tipo sociale/sociosanitario -

5) DIARIO SOCIALE degli interventi messi in atto -

La Cartella, così come si presenta è unica, ma "scomponibile" in quanto le schede sono comunque su pagine diverse e utilizzabili in fasi differenti.

IL PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE/RICERCA

A SUPPORTO DELLA SPERIMENTAZIONE l'Ordine ha proposto al **Centro di Ricerca Relational Social Work (RSW)** dell'**Università Cattolica di Milano** di collaborare al progetto, sorretto dalla consapevolezza dell'importanza di **dare un carattere di scientificità al processo di validazione degli strumenti** utilizzati, attraverso l'adozione di una **metodologia appropriata che possa determinare un esito congruente con gli obiettivi prefissati.**

IL PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE/RICERCA

La proposta prevede **la sottoscrizione di uno Schema di Convenzione**, finalizzato a regolamentare gli accordi tra le parti nell'utilizzo di tali strumenti e di disponibilità da parte dell'Ente a collaborare al percorso di ricerca anzidescritto.

Tale accordo rappresenta per il nostro Ordine professionale un **passo di grande valore, importante e concreto verso la reale collaborazione interistituzionale**, oltre che di condivisione ed attuazione di quei principi di integrazione da tempo auspicati e proclamati all'interno del sistema di welfare e dei principi cui si ispira la riforma sociosanitaria regionale.

LA RICOMPOSIZIONE DEI BISOGNI E DEGLI INTERVENTI

Per il suo SPECIFICO PROFESSIONALE la **presenza dell'Assistente Sociale della SANITA' nella CDC è necessaria per concorrere, fin da subito**, in tutte le fasi dell'intervento di presa in carico, dall'**accoglienza, alla valutazione dei bisogni e definizione degli interventi**, per curare i passaggi e le comunicazioni tra Servizi, **costruire e mantenere con continuità le connessioni tra operatori, tra rete di cura e di prossimità TERRITORIALI.**

La **co-presenza nel PUA sociosanitario dell'A.S e dell'infermiere di famiglia/comunità**, sin dal primo colloquio, permette **ANALISI DEL BISOGNO e PRESA IN CARICO INTEGRATA** riducendo i tempi di attesa **GRAZIE AD UNA RISPOSTA COORDINATA E CORRETTAMENTE DECODIFICATA.**

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE E SISTEMI INFORMATIVI DI QUALITA'

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE E DI ANALISI dei DETERMINANTI SOCIALI costituiscono una componente essenziale per comporre il **quadro epidemiologico complessivo dei nostri territori**, anche attraverso l'avvio di una **INTEROPERABILITA'** dei **sistemi informativi** tra componente sanitaria e componente sociale.

L'INTEGRAZIONE attuata a **MONTE** e non solo a valle **DEL PROCESSO DI AIUTO** rende possibile e **concreta l'ottica multidimensionale** necessaria per **affrontare bisogni di natura complessa** e la **messa in atto di percorsi effettivamente integrati**.

A.S. IN CDC: QUALE VALORE SPECIFICO DELLE FUNZIONI ?

L'agire professionale dell'A.S. costituisce uno strumento strategico per concorrere all'attivazione di PROCESSI DI CAMBIAMENTO, CONNETTERE SISTEMI, LEGGERE ED INTERPRETARE LA COMPLESSITA', sostenendo la funzione di COLLEGAMENTO tra il PARTICOLARE ED IL GENERALE ed il generale, tra l'utente , il contesto di vita e la sua comunità, restituendo agli organi decisionali analisi e letture delle necessità riscontrate, finalizzate a ri-orientare ed eventualmente ri-programmare le azioni.

FINALITA' DELL'INTERVENTO SOCIALE in CdC

- 1) intercettare precocemente la presenza di fragilità sociali e funzione di “filtro” per una prima valutazione;**
- 2) ascolto e decodifica dei bisogni personali/familiari che incidono sulla gestione dello stato di isolamento/malattia ;**
- 3) circolarità delle informazioni e costruzione di risposte sostenibili mediante il raccordo con gli altri professionisti e le risorse del territorio (ES: S.S. dell’Ente Locale- Soggetti del terzo settore)**

FINALITA' DELL'INTERVENTO SOCIALE in CdC

Interventi **VARIANO** in base ad alcuni **INDICATORI identificati** ed associati al **GRADO/TIPO DI BISOGNO ED ALL'IMPEGNO ASSISTENZIALE :**

- 1) **CONSULENZIALI E INFORMATIVI:** casi con bisogni semplici che hanno come interlocutore solo la persona interessata e/o il caregiver ;
- 2) **Interventi di MEDIA COMPLESSITA':** azioni di raccordo con una o più figure professionali di altri servizi e che implicano un monitoraggio a breve termine
- 3) **Interventi di ALTA COMPLESSITA':** bisogni assistenziali complessi o fragilità sociale multifattoriale che richiedono, per individuare le risposte, un intenso lavoro di rete con più enti/servizi/professionisti di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale

FASE DI ACCESSO ALLA CDC

All'interno della CDC lo **spazio Front Office** è un punto informativo che **orienta** gli ingressi ed **invia ai Servizi e al PUA** tenendo conto dei vari modelli organizzativi.

PUA Il Punto Unico di Accoglienza è un luogo fisico in cui vengono raccolte le richieste e **analizzati i bisogni sociosanitari espressi** (legati per es. ad una condizione di fragilità e/o di non autosufficienza) in cui viene tutelata la privacy della persona.

Primo colloquio di
Accoglienza
(AS-IFeC)

Raccolta Anamnestica
socio sanitaria/valutazione
del bisogno espresso

FASE DI TRIAGE SOCIALE

Triage: la **scheda di valutazione Triage** permette la tempestiva individuazione delle condizioni di **vulnerabilità sia sociale che sanitaria**. Viene effettuata durante la fase dell'Accoglienza per differenziare il **bisogno semplice** da un **bisogno più complesso**. È possibile utilizzare varie scale validate (ES: Svama, Sosia, Bina, Vaor -InterRAI, ecc.)

1° livello




Bisogno
semplice

Percorsi ->

di orientamento e informativo
di accompagnamento ed aggancio

2° livello



Bisogno
complesso

Percorsi ->

di monitoraggio
di valutazione multidimensionale