



**Verbale incontro Assistenti Sociali**  
**16 marzo 2016 - a cura di Martinoli Patrizia**

**Presenti:**

Avigliano Marzia	ASL TO 2 – P.O. Maria Vittoria
Bee Elisa	ASL TO 2 San Giovanni Bosco
Bertolusso Rosangela	Ospedale Cottolengo
Bogetti Chiara	ASL BI
Bonaria Maria	ASL AT
Capizzi Salvatrice	ASL AL Casale
Errani Elisabetta	IRCCS Candiolo
Gerbo Anna	ASL TO1 P.O.Marini
Giletta Gabriella	ASL TO5
Giribaldi Paola	A.O.U. Città della Salute -P.O. S.Anna
Martinoli Patrizia	AOU Novara
Mirandola Daniela	A.O. Mauriziano
Mirisola Cinzia	A.O.U. Città della Salute -P.O. CTO
Palladino Enrica	ASL TO 1
Perugini Lorella (Coordinatrice)	ASL VC
Pettiti Maria Grazia	Fondazione Faro
Putzu Valentina	UGI – OIRM
Taricco Bruna	ASL TO3 Pinerolo-Rivoli- Venaria

L'incontro è stato condotto da Perugini che ha presentato degli spunti di riflessione relativamente al tema della necessità di valutazione dei livelli di fragilità in ambito sociale.

L'introduzione alla lezione ci ha permesso di focalizzare l'attenzione su alcuni passaggi normativi che hanno recentemente caratterizzato la Sanità piemontese: il riordino della rete ospedaliera, della rete territoriale, **il Piano Regionale di prevenzione aggiornato 2015-2018 ed in ultimo la DGR 51-2485 del 23 novembre 2015** “Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a Registro AIFA, nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte della Valle d'Aosta. Recepimento dell'Intesa 144/CSR del 30.11.2014 e attuazione, delle disposizioni di cui al D.M. 70/15 (per le attività di Rete Oncologica) e della DIR.2011/24/EU.” (scaricabile dal sito della Rete Oncologica [www.reteoncologica.it](http://www.reteoncologica.it)).

In questo nuovo scenario organizzativo il Servizio Sociale Aziendale assume, la dove è presente, importanza strategica (DGR 50-12480 del 2 novembre 2009 Linee di indirizzo del Servizio Sociale Aziendale in quanto consente il passaggio da una professione esercitata da un singolo professionista ad un Servizio. [Allegato A1](#) )

Tale cambiamento, sicuramente importante ed innovativo, rappresenta una grossa sfida non solo per l'organizzazione dei nuovi servizi ma anche per la professione stessa. Per consentire che questo cambiamento avvenga, è necessario accompagnare gli operatori con percorsi formativi che attraverso un confronto e la condivisioni di modelli, azioni, strumenti di valutazione, possano definire linee operative comuni in tutti i territori della Regione. Il lavoro svolto dalla Rete Regionale dei Responsabili di SSA, ha evidenziato infatti come l'applicazione della normativa non sia stata omogenea in tutta la Regione.

Il Direttore della Rete Oncologica, ribadisce l'importanza di garantire la presenza di una Assistente Sociale in tutti CAS per sostenere i pazienti con informazioni orientamento, ecc ed eventuale approfondimento con opportuna valutazione sociale.

Per garantire ciò è necessario non essere legati alla singola professionista ma ad un Servizio che sia in grado di provvedere alla sostituzione in caso di assenza per ferie, malattia ecc. Questo comporta anche che l'assistente sociale abbia una formazione adeguata e una competenza su più settori per permettere una copertura, dal punto di vista sociale, su casi urgenti in settori diversi.

La logica di Servizio garantisce quindi la sostituzione, che potrà anche essere parziale però finalizzata alla gestione di eventuali urgenze; è importante quindi che, tale logica di Servizio, sia finalizzata a consentire la copertura di eventuali assenze, pur consapevoli che ambiti di competenza diversa dal proprio richieda tempo di formazione e conoscenze specifiche. Nel precedente incontro è stato citato il Documento del Ministero della Salute- Ministro Prof Fazio che ribadisce la necessità di costituire un Servizio Sociale in Sanità (Servizio Sociale Professionale ([Allegato A3](#)))

Questi scenari sottendono una forte spinta da parte degli assistenti sociali della Sanità finalizzata a far emergere un ruolo propositivo del Servizio Sociale.

La stessa formazione, rivolta ai diversi professionisti della Sanità, può essere proposta dal Servizio Sociale perché lo stesso aggiornamento obbligatorio permette di vedere spazi professionali nuovi e permette di portare alla luce il valore aggiunto della lettura del contesto sociale all'interno di quello che è un percorso di cura sempre con grande attenzione al lavoro integrato e multiprofessionale.

Perugini rifocalizza l'attenzione anche sul lavoro fatto nel tempo dalla Rete Oncologica delle Assistenti Sociali, al fine di far conoscere, condividere consentendo che possa diventare un "patrimonio" comune a tutte le partecipanti, l'esito del lavoro precedentemente prodotto dalla rete:

- 1) il lavoro svolto con l'IRSS con "Le linee di indirizzo per l'intervento dell'assistente sociale nella rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta", pubblicazione ancora presente sul sito. Nella guida viene analizzato il lavoro dell'Assistente Sociale nella Rete Oncologica nelle sue tre dimensioni: **organizzativa, professionale e relazionale.** ([Linee di indirizzo](#))

- 2) gli obiettivi già esplicitati nella **Bussola dei Valori** quale "modello culturale di riferimento per i suoi operatori a cui allineare i comportamenti, i modelli organizzativi, le procedure operative. Essa declina tutti i singoli valori cui si ispira la Rete in comportamenti che li concretizzano e responsabilità che li garantiscono." Il Servizio Sociale Aziendale deve essere presente con una funzione ben precisa di integrazione con le risorse del territorio e quale garante dell'uguaglianza di trattamenti socio assistenziali su tutto il territorio.

In questa logica la sfida del SSA è di entrare a far parte del "Sistema" e contribuire in tal modo alle esigenze e alle nuove realtà organizzative dei servizi, tenendo conto che diventa rilevante e assolutamente necessaria anche la valutazione sociale della fragilità

Oggi gli strumenti usati per la valutazione della fragilità sono quasi esclusivamente indicati per la valutazione dell'ambito sanitario e questo vuol dire che è necessario avere un sistema congiunto tra sociale e sanitario che prenda in considerazione i vari aspetti di criticità del paziente.

Al concetto di fragilità così come si evince nella letteratura scientifica, in ambito sociale si ricorre (motivo di ricerca anche a livello europeo) al concetto di VULNERABILITA' sociale

( v. Articolo su internet "Vulnerabilità sociale di R.Castel" ) a cura di N. NEGRI  
"LAVULNERABILITÀ SOCIALE"

Il sociologo francese R. Castel con il termine «**vulnerabilità sociale**» descrive o meglio individua le situazioni in cui il paziente è vittima di incertezza e di perdita di controllo anche se non siamo davanti ad un disagio conclamato.

Fragilità è un termine usato e spesso abusato , è un concetto complesso quasi sempre è accompagnato da una visione sanitaria ad es. anziano fragile davanti alla presenza di co-morbilità con un fabbisogno di cure multidisciplinari che gravitano su diversi servizi. In questo contesto è necessario intervenire con una valutazione sociale che comporta l'analisi del contesto familiare ed economico diventa necessario avere gli stessi indicatori sociali per garantire in modo equo (ad es. scheda di valutazione geriatrica- UVG) le risorse ottimizzando le stesse , in modo tale da poter dare una risposta ai bisogni tradizionali ed emergenti.

Perugini informa che la Regione Piemonte affronta il concetto di **fragilità** con (Deliberazione della Giunta Regionale 20 luglio 2009, n. 17-11776 **Distribuzione e consegna a domicilio di farmaci e presidi di assistenza integrativa a favore dei pazienti "fragili".**) e **nella stessa delibera vengono considerati i seguenti indicatori sociali :**

- età avanzata di norma superiore a 70 anni;
- solitudine e indisponibilità di aiuti esterni e relazionali;
- disagio socio-familiare;
- disabilità;
- scarsa autonomia;
- pluripatologie croniche (es. diabete, BPCO, ipertensione, ecc.);
- ricorso periodico a strutture specialistiche pubbliche per la necessità di controlli ricorrenti

Gli indicatori sopra elencati rappresentano gli **indicatori di fragilità sociale** .

Si considera necessario che in ogni ASL possano essere identificati quanti pazienti fragili sono presenti e quanti di questi chiederanno al Servizio Sociale aziendale degli interventi? Attualmente in Piemonte non esiste un sistema di raccolta di questi dati . In Emilia Romagna viene utilizzato un data base socio sanitario con la finalità di analizzare situazioni critiche presenti sul territorio attraverso uno strumento condiviso e rapido. Tale strumento , scientificamente validato , è quello di **Friality index** (FI) (vedi allegati A4). La comunità professionale attraverso l'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali nella Regione Lombardia ha attivato un tavolo di lavoro e una ricerca per la definizione degli indicatori sociali della fragilità .

**Friality index** (FI). Rappresenta una definizione alternativa di fragilità ed è basata sull'idea che la fragilità sia uno stato di **disorganizzazione caotica** dei sistemi fisiologici che può essere stimata valutando lo stato funzionale, le malattie i deficit fisici e cognitivi , i fattori di rischio psicosociali e le sindromi geriatriche nell'ottica di costruire un quadro il più possibile completo delle situazioni di rischio di eventi avversi .

'E' ' assolutamente necessario che la comunità professionale sia dotata di strumenti validati per essere in grado di superare di valutare correttamente la fragilità superando la discrezionalità di ogni singolo operatore , per conseguire una logica di miglioramento e appropriatezza nell'uso delle risorse , dove la valutazione sociale diventa una fase determinante nel processo di valutazione complessivo consentendo in tal modo di perseguire un'equa distribuzione delle risorse.

Il tema della giornata presentato da Perugini è finalizzato ad una breve analisi degli strumenti di valutazione in un sistema regionale e nazionale molto variegato e diversificato .

Si è proceduto ad analizzare gli strumenti di valutazione multidimensionali che vengono usati sia in Italia che all'estero (RAI, RUG III, , RCS, ARCS, AGGIR-AGEP SOSIA)

( come da slides – Le slides della D.ssa Perugini verranno pubblicate alla fine della formazione sul campo)

Dopo la pausa interviene Giribaldi per proporre al gruppo la condivisione degli indicatori sociali finalizzati a stabilire il rischio sociale.

Giribaldi riprende sottolineando che il 29 febbraio la **Direzione del Dipartimento Rete Oncologica** ha presentato a Torino il programma di attività per l'anno 2016 e gli adempimenti dettati dalla **DGR 51- 2485 del 23.11.2015**. In contemporanea sono previsti una serie di incontri presso le diverse Aziende per chiarire e meglio esplicitare i punti più importanti (vedi sito rete oncologica)

All'interno del cronoprogramma c'è l'elaborazione dei PDTA aziendali e di area sulle varie patologie tumorali (è prevista una scadenza ad ottobre 2016).

Al Sant'Anna è stato chiesto all'Assistente Sociale di scrivere la parte sociale e dell'intervento dell'AS nei PDTA ginecologici ed in quello della Breast Unit. Da questo lavoro, e dall'intervento di un relatore il 29/2 sulla costruzione dei PDTA, di fatto si giunge alla considerazione che l'Area Sociale potrebbe essere una di quelle Aree "TRASVERSALI" a tutti i PDTA.

Quindi vengono condivise

- le modifiche dell' AREA SOCIALE della Scheda Infermieristica che viene compilata al CAS sull'invio dei pazienti all'AS e allo psicologo, l'aggiunta del glossario e la modifica delle "note" a margine della scheda stessa (con il Cut Off per l'invio)

Viene concordato che si incontrerà un gruppo ristretto per elaborare una prima traccia di "area trasversale" per tutti i PDTA.

Il gruppo che si incontrerà sarà composto da Bee, Mirandola, Giribaldi, Taricco e si incontrerà l'1.04 alle 13 presso la sede Sant'Anna (entrata Via Ventimiglia 3).

La traccia verrà poi inviata dal gruppo a Perugini perché la proponga alla Dott.ssa Viale e al Dott. Bertetto.

**Il prossimo incontro è previsto in data 8 giugno 2016 alle 9.30**