



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Dipartimento
di Scienze
Economiche
e Sociali
DISES

L'Assistente Sociale nell'Unità Territoriale Professionale della Medicina Generale

Report - Primo anno del progetto (ottobre 2018 – ottobre 2019)

A cura di: Carla Moretti*, Sara Bugari**, Raffaella Fusaro***

Ancona, Giugno 2020

*Responsabile scientifico del progetto, CRISS-Università Politecnica delle Marche

**Assistente sociale dello studio medico, attività di collaborazione con il CRISS-Università Politecnica delle Marche

***Consigliera dell'Ordine Assistenti Sociali Marche, referente del progetto

SEDE
Piazzale Martelli 8
60121 Ancona / Italia
www.univpm.it
www.criiss.univpm.it

CRISS
Centro di Ricerca e
Servizio sull'integrazione
Socio-Sanitaria

Direttore
Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli
Tel. 071/2207155
Segreteria Amministrativa
Tel. 071/ 2207236 –071/2207095
- 071/2207094 Fax 071/2207102



1. Introduzione

Il cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato dall'aumento delle fragilità, delle patologie croniche e della non autosufficienza, fa emergere l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio centrato sulla relazione individuo-ambiente, al fine di un miglioramento globale della qualità della vita. Nelle situazioni in cui il bisogno è complesso, oppure riguarda persone vulnerabili, è importante favorire una risposta personalizzata, e costruire percorsi di sostegno che consentano di affiancare la persona e la famiglia, affrontando insieme le problematiche al loro emergere, oltre che attivare una rete di sostegno nel territorio (Moretti, 2020).

La riorganizzazione della Medicina Generale, mediante l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), favorisce l'integrazione tra le diverse professionalità e promuove nuove risposte ai bisogni di salute delle persone, al fine di garantire una valutazione multidimensionale del bisogno e la condivisione dei percorsi assistenziali.

Lo sviluppo innovativo della medicina generale, quindi, ha favorito una maggiore pratica professionale aggregativa, consentendo una maggiore organizzazione degli studi e una migliore accessibilità della medicina generale. Questo sviluppo ha portato con sé l'esigenza di una maggiore attenzione alle dinamiche sociali che si presentano nello studio del medico di famiglia. Tutto questo al fine di realizzare una sorta di "Unità Territoriale Professionale" dove oltre ai medici sono presenti altre figure professionali: per gli aspetti amministrativi, di assistenza alla persona e di intervento sociale, così che la medicina generale possa usufruire di una sua organizzazione per essere un nodo proattivo nella rete dei servizi (Magi e Moretti, 2019).

L'assistente sociale nella Medicina generale affianca la persona sostenendola nella propria progettualità, oltre a facilitare la costruzione di reti di rapporti e di azioni volte al superamento del problema e al perseguimento degli obiettivi concordati. È un approccio condiviso con gli altri professionisti, al fine di aiutare la persona e la famiglia ad



affrontare con maggiore consapevolezza le difficoltà presenti nella propria situazione (Dallago, 2006).

2. Il progetto

Nella Regione Marche, l’inserimento del servizio sociale professionale presso gli studi associati dei medici di medicina generale è stato sperimentato, mediante uno studio di fattibilità, nel periodo settembre 2010 – marzo 2011. Tale studio, denominato PASSI (Percorsi Assistenziali Socio-Sanitari Integrati), è stato promosso dal Centro di Ricerca e Servizio sull’Integrazione Socio-Sanitaria dell’Università Politecnica delle Marche (CRISS - UNIVPM) e dal Centro di Riferimento per la Medicina Generale della Regione Marche, in collaborazione con: la ex Zona Territoriale 4 – ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale), il Comune di Senigallia, l’Ordine Regionale degli Assistenti Sociali e due studi associati di medici di medicina generale presenti nel Comune di Senigallia. Una successiva sperimentazione è stata realizzata nel periodo novembre 2013 - giugno 2014, all’interno del Progetto FEI (Fondo Europeo per l’Integrazione), denominato “MEET US - Mediazione e Tutoring Urbano Sociale”.

Gli esiti di tali progetti hanno evidenziato le potenzialità di un nuovo approccio ai bisogni della persona nell’ambito della medicina generale e la necessità di ampliarne l’ambito di sperimentazione. A tal fine, a livello nazionale è stato stipulato un protocollo tra la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) e il Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali (SUNAS), con adesione del Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS), per la sperimentazione del progetto: “L’integrazione socio-sanitaria. Progetto Sperimentale di modello organizzativo per l’integrazione dell’Assistente Sociale nel Team AFT - UCCP”.

Il progetto previsto nella Regione Marche, avviato nel mese di ottobre 2018, coinvolge i seguenti soggetti: CRISS-UNIVPM (responsabile scientifico), FIMMG, SUNAS,



CROAS-Marche. Il progetto è stato sovvenzionato per i primi mesi grazie a una Borsa di studio di un anno avviata dal CROAS Marche e finanziata dai partner del progetto (CNOAS, SUNAS e CROAS Marche), sospesa a partire dal mese di giugno 2019 per l'avvio di un Assegno di ricerca, finanziato dall'Università Politecnica delle Marche, che ha permesso di dare continuità al progetto per un ulteriore anno di sperimentazione. A partire dal mese di giugno 2020, al termine dell'Assegno di ricerca, è stata riattivata come previsto la Borsa di studio fino al 15 ottobre 2020.

La sperimentazione ha previsto la presenza dell'assistente sociale, per 10 ore settimanali, all'interno di uno studio medico associato del Comune di Castelfidardo dell'Area Vasta 2 dell'Asur Marche. Le principali attività svolte dall'assistente sociale sono: la presenza nello studio medico per i colloqui con gli assistiti e gli incontri con i MMG, le visite domiciliari, la presa in carico degli utenti, l'accompagnamento ai servizi, gli incontri con gli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari e con altri soggetti del territorio. Nel primo anno di attività sono stati svolti tre incontri del Comitato Tecnico del progetto, che ha funzioni di orientamento e di monitoraggio delle attività, ed è costituito dai rappresentanti di tutti i partner del progetto, dal Direttore del Distretto dell'Area Vasta 2 e dal Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale 13.

Il progetto è volto a sperimentare un modello organizzativo per l'integrazione dell'assistente sociale nell'Unità Territoriale Professionale della Medicina Generale. Particolare attenzione è posta alla costruzione della rete dei professionisti presenti negli studi medici e alla collaborazione con gli operatori socio-sanitari dei servizi del territorio, oltre che alla relazione tra il team assistenziale e la persona e i suoi caregiver di riferimento.



3. Le attività e i percorsi assistenziali

Durante la prima fase di attività sono state effettuate le azioni necessarie per l'avvio del progetto. Molto importante è stata la fase di conoscenza e integrazione all'interno dello studio medico, con i medici dello studio e con i loro collaboratori. All'interno dello studio medico sono presenti cinque medici di medicina generale, due assistenti di studio e un'infermiera. A tutti è stato presentato il progetto, al fine di condividere gli obiettivi e le modalità operative. Sono stati presi accordi sulle giornate di presenza all'interno dello studio, le tipologie di intervento proprie dell'assistente sociale e le possibili situazioni che potevano prevedere l'intervento dell'assistente sociale. Alcuni mesi dopo l'avvio del progetto si è considerato opportuno condividere l'esperienza anche con tutti i medici di medicina generale che fanno parte dell'équipe territoriale del Comune di Castelfidardo, presentando, nel mese di giugno 2019, il progetto durante una riunione di équipe territoriale.

Anche l'analisi e la mappatura del territorio di riferimento sono stati strumenti fondamentali nella fase di avvio del progetto. È stato quindi fatto uno studio del territorio e dei servizi presenti ponendo particolare attenzione: alle caratteristiche socio-demografiche e ai bisogni collettivi della popolazione, alle risorse già presenti nel territorio (servizi pubblici e terzo settore), ai servizi mancanti per rispondere adeguatamente ai bisogni espressi del territorio. Si è ritenuto inoltre importante promuovere la costruzione di una rete di collaborazione con i servizi sociali e socio-sanitari presenti nel territorio di riferimento della sperimentazione: a questo scopo sono stati presi contatti diretti con i servizi sociali del comune, il coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale XXIII e con i colleghi assistenti sociali della sanità.

Le principali attività svolte dall'assistente sociale all'interno dello studio medico sono state le seguenti:



- attività di consulenza e sportello informativo: orientamento al fine di promuovere la fruizione dei diritti esigibili e delle prestazioni e risorse territoriali. Molti dei pazienti inviati dai MMG hanno necessità di conoscere quelle che possono essere le risorse del territorio per affrontare le loro problematiche. Ad esempio come richiedere il servizio di assistenza domiciliare, la possibilità di fare domanda per l'assegno di cura, domande relative alla disabilità gravissima, informazioni sulla possibilità di richiedere esenzioni.
- analisi e valutazione delle situazioni di disagio e vulnerabilità sociale, mediante colloqui con la persona e/o con la sua famiglia. Una prima valutazione viene sempre fatta in collaborazione con il MMG inviante e, nei casi di fragilità complessa o quando il paziente è già in carico ai servizi del territorio, anche con gli operatori di tali servizi.
- costruzione di percorsi socio-sanitari integrati, in collaborazione con i MMG e con gli operatori del territorio. Definizione di progetti personalizzati al fine di permettere l'attivazione di interventi di carattere sociale e socio-sanitario e la fruizione dei servizi.
- accompagnamento della persona e della famiglia nelle diverse fasi dell'intervento, offrendo ascolto e supporto concreto per fare domanda di accesso ai servizi, accompagnamento direttamente agli stessi, contatti con gli operatori del territorio per facilitare l'invio dei pazienti dello studio. Assistenza nella compilazione di moduli e pratiche. Sostegno ai pazienti diventando per gli stessi un punto di riferimento per affrontare le situazioni di fragilità.
- definizione e certificazione delle competenze dell'assistente sociale all'interno della medicina generale, mediante la raccolta dati sui casi seguiti: i pazienti, le domande espresse, l'analisi dei bisogni sociali e socio-sanitari rispetto ai quali



è stato necessario l'intervento dell'assistente sociale dello studio, le situazioni in cui è stata attivata la rete territoriale.

- analisi dei determinanti sociali al fine di promuovere la sperimentazione di una cartella clinica socio-sanitaria del MMG.

La presa in carico è avvenuta seguendo due modalità: il MMG ha inviato il paziente a fare un colloquio dopo averlo ricevuto in studio per una visita, oppure, sempre il MMG, ha segnalato una situazione da lui ritenuta di fragilità sociale, oltre che sanitaria, ed ha richiesto di contattare il paziente per avviare con lui un percorso di assistenza integrata. In alcuni casi sono stati anche i servizi sociali del territorio a segnalare la necessità di un intervento che coinvolgesse anche il medico e hanno quindi richiesto una collaborazione con l'assistente sociale dello studio al fine di attivare un percorso di assistenza integrata per l'utente già in carico ai servizi.

4. Analisi delle attività e dei percorsi assistenziali

In merito allo studio medico, mediante una presentazione del MMG referente del progetto, è stata data a tutti i medici dello studio una prima spiegazione sulle modalità operative e sugli obiettivi del progetto, oltre che un'indicazione del ruolo e delle funzioni dell'assistente sociale. Non è stata immediata la collaborazione con tutti i medici dello studio, è infatti stato importante condividere con loro in più occasioni gli obiettivi del progetto e chiedere di segnalare le situazioni che loro ritenevano di fragilità sociale. Da ciò ne deriva che è molto importante promuovere, anche tra i MMG stessi, una maggiore sensibilizzazione verso questo nuovo servizio e una collaborazione professionale volta a garantire risposte ai bisogni sociali dei loro pazienti.



Per ogni situazione inviata è stato sempre fondamentale fare una consulenza preliminare con il medico inviante, per comprendere più adeguatamente la situazione di bisogno e il motivo dell'invio.

In questa fase non sono arrivate all'assistente sociale richieste dirette per una prima consulenza senza il passaggio del medico. Invece i secondi accessi, da parte di persone che avevano usufruito del servizio per un primo colloquio e intervento, sono stati frequenti, per chiedere assistenza per nuove problematiche insorte o per ricevere maggiori informazioni.

I vari servizi sociali e socio-sanitari del territorio di riferimento (ATS, Comune, Centro di salute mentale, Servizio dipendenze patologiche, Unità Valutativa Integrata, UMEA, Consultorio familiare) sono stati contattati direttamente dall'assistente sociale dello studio tramite e-mail e telefonate. A queste sono poi seguiti degli incontri conoscitivi con il Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale a cui il Comune della sperimentazione afferisce e con gli assistenti sociali dello stesso. Gli operatori dei vari servizi hanno dimostrato interesse verso il progetto sperimentale e si è attivata una buona collaborazione per tutte le situazioni in cui è stato necessario un invio e/o la definizione di un piano personalizzato di intervento. In modo particolare si evidenzia l'importanza della collaborazione con i servizi sociali del Comune e dell'Unità Valutativa Integrata del Distretto.

Riguardo ai percorsi assistenziali, le situazioni seguite nel primo anno di attività (Tab. 1) sono state 35, di queste 16 persone sono uomini e 19 sono donne. La maggior parte dei pazienti ha più di 65 anni, e di questi quasi il 60% supera gli 80 anni. Tra i pazienti dello studio medico che hanno usufruito del servizio dell'assistente sociale 9 erano già in carico ai servizi sociali o lo erano stati in passato. Per quasi tutti i pazienti più anziani per i quali è stato necessario attivare un intervento sono stati i familiari a richiedere la consulenza.



Dati assistiti Fascia di età	M	F	Vive solo	Vive con altri familiari	Vive in una RP/RSA	In carico ai servizi sociali al momento della richiesta	Interventi Ass.Soc: consulenze e presa in carico
0 - 40	2	1	0	2	1	2	3
41 - 64	8	6	3	10	1	3	14
65 - 74	2	4	1	4	1	3	6
75 +	4	8	3	4	5	1	12
Totale	16	19	7	20	8	9	35

Tab. 1 Pazienti in carico all'assistente sociale dello studio medico nel primo anno di attività

L'analisi dei bisogni e delle domande delle persone che hanno usufruito degli interventi dell'assistente sociale riflette la complessità dovuta a un aumento delle situazioni di fragilità presenti nelle famiglie, derivante da aspetti sia sociali che sanitari, ma anche demografici (aumento del numero delle persone anziane e delle persone sole). Spesso sono persone che esprimono il bisogno di trovare risposte per ottenere assistenza socio-sanitaria al proprio domicilio e nei contesti di cura del territorio, come R.S.A e residenze protette per anziani.

Soprattutto per quanto concerne le persone più anziane, l'attività svolta è stata prevalentemente di consulenza e assistenza, al diretto beneficiario o a un suo familiare, per le procedure e la compilazione di domande per l'attivazione di servizi di assistenza rivolti all'anziano, come ad esempio: il Servizio di assistenza domiciliare, l'Assegno di cura, la presentazione di una domanda di invalidità, oppure indicazioni e compilazione di domande relative al ricovero in strutture residenziali. In alcuni casi è stato sufficiente un solo colloquio con la persona interessata per fornire tutte le informazioni di cui aveva fatto richiesta. In altri casi, invece, è stato necessario avviare un percorso di accompagnamento, che ha visto il coinvolgimento e la collaborazione con i servizi territoriali, principalmente i servizi sociali del Comune. In queste occasioni è stata di fondamentale importanza la rete creata tra il territorio e lo studio medico per garantire una



risposta adeguata ai bisogni assistenziali e sanitari. È stato necessario coordinare le azioni e stabilire i compiti in modo tale da risolvere, utilizzando le giuste risorse, le problematiche presentate.

5. Un approfondimento sui determinanti sociali

Come approfondimento teorico si è posta attenzione all'analisi dei determinanti sociali al fine di poterli inserire come elementi di valutazione nella cartella paziente dello studio medico, con l'obiettivo di favorire il lavoro di integrazione e intercettare le situazioni di fragilità prima che diventino vera e propria vulnerabilità attraverso un lavoro congiunto con il medico di medicina generale.

La salute individuale e collettiva dipende infatti da diversi determinanti di salute: (Ziliani, 2013; Istat, 2015) fattori genetici, fattori biologici (sesso, età), fattori ambientali, fattori socio-economici (povertà, occupazione, esclusione), stili di vita (alcol, fumo, droghe, abusi alimentari ecc.) e accesso ai servizi.

La fragilità è uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute. Questa visione prevede un approccio globale alla persona e una visione integrata della salute nei suoi diversi aspetti. La fragilità può trasformarsi in uno stato di fisiologica vulnerabilità per la riduzione delle capacità delle persone di far fronte agli elementi sfavorevoli, con un esito negativo sulla qualità della vita. Questo rischio è forte per le persone con disabilità o parzialmente autosufficienti sulle quali agiscono le condizioni socio-economiche come "acceleratori" di vulnerabilità e di conseguente peggioramento dello stato di salute. Allo stesso tempo la vulnerabilità può essere condizione indipendente dallo stato di disabilità o non autosufficienza fisica (www.ferrarasalute.it).



La vulnerabilità sociale si genera quando ad una preesistente situazione di fragilità si associano emergenze o eventi imprevedibili che destabilizzano il corso della vita e rischiano di portare l'individuo e la famiglia all'impoverimento. La vulnerabilità sociale si presenta come una condizione sfumata e spesso invisibile, non riguarda una particolare categoria di individui, ma una condizione che coinvolge l'intera società ed un alto numero di cittadini e famiglie, né poveri né emarginati e proprio per ciò difficili da intercettare, non definibile in base al semplice parametro economico e di reddito, che pur rimane significativo, ma appare come fenomeno multidimensionale determinato dal combinarsi di situazione economica, relazionale e sociale. La vulnerabilità, quindi, può essere determinata da svariati aspetti ciascuno dei quali con una rilevanza specifica: dal mercato del lavoro a quello della casa, dalla condizione di salute alla fragilità familiare, dall'insufficienza del reddito all'intermittenza del lavoro, dal ridursi delle reti di protezione sociali pubbliche all'impoverimento delle proprie reti relazionali (www.provincia.torino.gov.it).

Riguardo al progetto, partendo dall'analisi dei dati già presenti nel data base delle cartelle sanitarie dei medici di medicina generale, si è proposto di integrare le informazioni già presenti in questo strumento con alcuni elementi ritenuti significativi per una valutazione globale della situazione della persona. Tra questi: conoscere se la persona è già in carico ai servizi del territorio o se lo è stata in passato, la situazione lavorativa, il riconoscimento della condizione di invalidità, la situazione economica, la presenza o meno e l'intensità delle relazioni familiari e amicali o di vicinato. La lettura congiunta e integrata di questi dati, assieme alle informazioni già raccolte dal medico del paziente circa la sua condizione di salute e il tipo di farmaci assunti dal paziente, aiutano a riconoscere le situazioni di maggiore fragilità e/o di vulnerabilità sulle quali poter intervenire. Nella prospettiva di sperimentare tale cartella del paziente sarà necessario utilizzare un sistema informatico adatto alla realizzazione dell'integrazione della cartella sanitaria con gli elementi di tipo sociale.



6. Consolidamento delle attività in atto e prospettive future

Lo studio dei MMG può essere considerato un luogo “privilegiato” per dare risposte complesse ai bisogni delle persone, è un contesto in cui il rapporto di fiducia tra il paziente e il medico favorisce l’espressione dei bisogni non solo sanitari ma anche sociali, che incidono sullo stato globale di salute. Gli interventi assumono quindi rilevanza anche come azione preventiva, consentendo di attivare percorsi assistenziali prima che la situazione diventi fortemente problematica e richieda interventi di urgenza. (Magi, Moretti, 2019)

L’esperienza fino a oggi realizzata ha evidenziato l’importanza della presenza dell’assistente sociale nella Medicina Generale in quanto l’assistente sociale può divenire un punto di riferimento nella rete dei servizi per il raccordo e l’integrazione degli interventi socio-sanitari.

Dal mese di marzo si è dovuta affrontare l’emergenza Covid-19 che ha portato, in tutto il territorio, alla sospensione di molti servizi sanitari, sociali e socio-sanitari non urgenti e ha aumentato le situazioni di fragilità delle persone. La presenza fisica dell’assistente sociale nello studio medico è stata sospesa durante il periodo di emergenza, ma l’assistente sociale ha continuato a seguire le situazioni di maggior fragilità a distanza. Questa situazione emergenziale ha determinato la necessità di rimodulazione del Progetto in essere affinché possa essere adattato anche all’utilizzo di strumenti tecnologici e in grado di rispondere all’insorgenza di nuovi bisogni sociali. L’obiettivo è quello di rendere fruibile il servizio anche in via telematica, così come sta avvenendo all’interno dei servizi sociali e socio-sanitari dei comuni e della sanità, per garantire tutte le dovute misure di sicurezza per la salute sia degli utenti sia degli operatori. La possibilità di utilizzare al meglio la tecnologia esistente può essere un valido supporto per creare un modello digitale di assistenza territoriale volto a intercettare e accogliere i bisogni delle persone,



garantire percorsi di accompagnamento mediante la realizzazione di progetti personalizzati e costruire la rete nel territorio.

L'integrazione del servizio sociale con la medicina generale, centrale in questa fase emergenziale, resta fondamentale per affrontare in un'ottica di proattività, la complessità dei bisogni assistenziali emergenti.



Riferimenti bibliografici

Dallago L., (2006), *Che cos'è l'Empowerment*, Carocci, Roma.

Istat, (2015), *Le dimensioni della salute in Italia. Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali*, Roma.

Magi M., Moretti C., (2019), *Definizioni di salute e nuovi modelli di assistenza territoriale. L'assistente sociale nell'Unità Territoriale Professionale della Medicina Generale*, in M. Ingrosso, P. Pierucci (a cura di), *Relazioni di cura nell'era digitale*, Aracne, Roma.

Moretti C., (2020), *Servizio sociale e salute*, in Campanini A. (a cura di), *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Carocci, Roma.

Moretti C., Mammoli M., (2011), *Progetto PASSI: l'integrazione del Servizio Sociale negli studi associati dei Medici di Medicina Generale*, in Bronzini M (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale. Pratiche di integrazione socio-sanitaria*, ESI, Napoli.

Ziliani A.M., (2013), *Piano per la salute*, in A. Campanini (dir), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.

Sitografia

<http://www.ferrarasalute.it/primo-laboratorio-sul-riuso-dei-dati-aperti-di-sanita-e-sociale-in-emilia-romagna/risultati-del-primo-laboratorio/Raccontiamo%20le%20persone%20a%20rischio%20di%20fragilita.pdf>

http://www.provincia.torino.gov.it/solidarietasociale/vulnerabilita_sociale/index.html