

Re.SSPO Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri

Buone prassi, normativa d'area e modelli organizzativi dei servizi sociali professionali nella realtà ospedaliera lombarda

Il gruppo di lavoro Re.SSPO – Rete dei Servizi Sociali Ospedalieri - è alla sua seconda produzione collettanea con questo monografico che sintetizza il contesto normativo, organizzativo e professionale in cui si svolge l'attività dell'Assistente Sociale nel *Luogo sanitario* per eccellenza: l'ospedale.

Il documento è la conseguente evoluzione della precedente ricerca "Il Servizio Sociale nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia" realizzata nel corso del 4° mandato consiliare (2005-2009) dell'Ordine professionale in cui veniva delineato il quadro regionale della presenza del Servizio Sociale Professionale e le sue criticità, tracciando conclusioni condivise dalla collettività professionale in quanto generate da un complesso percorso partecipato.

Il gruppo Re.SSPO costituisce la concreta realizzazione di un'idea di "rete professionale" che si porta dietro molti significati:

- creare partecipazione allargando le maglie istituzionali;
- connettere le esperienze e le risorse materiali e immateriali;
- generalizzare le azioni professionali;
- produrre riflessioni scientifiche e essere luogo di formazione continua e permanente;
- promuovere l'immagine professionale e le possibilità di riconoscimento contrattuale;
- e infine, ma non ultimo, tutelare i cittadini garantendo la qualità del professionista

assistente sociale che è il principale garante dell'accesso al sistema di welfare.

Lo slogan mutuato dalle politiche di tutela ambientale "agire localmente-pensare globalmente" aiuta a definire il mio pensiero sull'intenso lavoro dell'Assistente Sociale collocata in ospedale. Cosa significa questo slogan nel mondo dei servizi alla persona? Cosa significa nel sistema sanitario e sociale lombardo che comprende una rete intricata di afferenze organizzative e gestionali? Vuol dire che i professionisti del sociale si trovano a fare da cerniera tra più mondi: mondi organizzativi e istituzionali, mondi delle risorse e dei bisogni delle persone, tra sistema dei servizi e mondi vitali, dovendo garantire una dimensione di conoscenze e di azione sovra territoriali (sia regionale, sia nazionale, sia internazionale), avendo attenzione alla peculiarità del singolo soggetto, del singolo nucleo familiare in momenti della vita caratterizzati da forti tensioni emotive (malattia, morte, disabilità permanente, disagio esistenziale, perdita di identità).

La crescente e crudele contrazione della spesa per i servizi sociali e sanitari sarà un acceleratore di processi di fronteggiamento collettivo o piuttosto incrementerà strategie di individualizzazione esasperata? I segnali sono diversi e contraddittori e l'osservatorio del *Luogo della salute* potrà costituire un fondamentale spazio della riflessività professionale e comunitaria.

Il monografico curato dagli Assistenti Sociali di Re.SSPO è articolato in tre parti:

- le buone pratiche del Servizio Sociale ospedaliero e psichiatrico;
- la normativa di settore;
- i modelli organizzativi possibili e auspicabili.

Si coglie una ricchezza di analisi che conferma la complessità del lavoro intraprofessionale che la Rete ha messo in campo e che il monografico restituisce come premessa per una condivisione con tutti gli interlocutori interni ed esterni alla professione: la Regione per il ruolo programmatico, le Aziende Ospedaliere che organizzano i servizi, gestiscono il personale e rispondono ai cittadini, e anche gli amministratori pubblici locali, le organizzazioni sindacali, gli altri professionisti.

Le conclusioni a cui il lavoro di approfondimento ci porta sono chiare ed evidenti: l'Ordine professionale le intende rilanciare per chiedere la presenza qualificata ed efficace della nostra professione.

Nel rinnovare i ringraziamenti a tutte le colleghe e i colleghi che hanno reso possibile la costruzione di questo strumento di reale formazione continua, chiedo a tutta la collettività professionale di apprezzare il "dono" che ci è stato generosamente offerto.

Renata Ghisalberti
Presidente
Ordine degli Assistenti Sociali Lombardia



I QUADERNI DELL'ORDINE PROFESSIONALE 116

assistenti sociali

ORDINE ASSISTENTI SOCIALI
Regione Lombardia
ottobre 2011

Premessa - Rete dei servizi sociali professionali ospedalieri Regione Lombardia	2
Storia del SSPO	4

Elaborati dei gruppi:	
BUONE PRASSI	5
NORMATIVA D'AREA	18

MODELLI ORGANIZZATIVI	28
Riflessioni conclusive	33
Bibliografia e Sitografia	34



Coordinamento:

Livia Corsi (coordinatore Re.SSPO)
Alessandra Spinelli (referente CROAS)
Anna Maria Canestrari
Franco Caspani
Anna Ciani Passeri

Referenti gruppi di lavoro:

Antonella Bregantin "buone prassi"
Chiara Laratta e Nicoletta Squartini
"normativa d'area"
Carla Pugnoli "modelli organizzativi"



PREMESSA

Questo progetto, iniziato nel 2006 nell'ambito dell'attività programmatica dell' Ordine professionale degli Assistenti Sociali della Lombardia, ha le sue radici nella costituzione del gruppo di lavoro "Intervento professionale nell'area ospedaliera e psichiatrica".

In una prima fase il gruppo ha elaborato una scheda di rilevazione che ha permesso di avviare un'indagine approfondita sulla condizione e sul legame esistente tra Assistenti Sociali, Servizi Sociali e contesti organizzativi. La ricerca ha toccato 25 A.O. e 7 ospedali non A.O. della Regione e ha posto anche particolare attenzione alle differenze e alle contiguità del Servizio Sociale nelle due differenti esperienze: presidio e psichiatria. Infatti, a differenza delle altre Regioni, in Lombardia gli Assistenti Sociali afferenti alla psichiatria e quelli operanti nel presidio ospedaliero, sono dipendenti della stessa azienda. Il panorama emerso è ricco e variegato, ma accanto alla poliedricità degli interventi a cura del Servizio Sociale Ospedaliero sono anche stati rilevati alcuni nodi problematici dal punto di vista organizzativo quali la dipendenza gerarchica da figure sanitarie, che riduce l'autonomia professionale, il graduale restringimento degli organici, la scarsa evidenza della ricchezza professionale che tale figura riveste per le Aziende Ospedaliere. Il report finale è stato inviato ai Dirigenti delle diverse Aziende Ospedaliere nonché pubblicato sul sito CROAS.

(<http://www.ordineaslombardia.it/Commissioni/Gruppidilavoro/ospedaliPsichiatria/OspedaliSomm.html>)

Il gruppo di lavoro originario ha proseguito negli anni con riflessioni sui principali nodi problematici affrontando le criticità emerse e ha costruito connessioni stabili tra operatori, che hanno facilitato il confronto, il passaggio di informazioni e le conoscenze reciproche. Questa attività ha portato nel 2009 alla nascita del coordinamento dei Servizi Sociali delle Aziende Ospedaliere lombarde denominato Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri (Re.SSPO). ■

Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri Regione Lombardia

Re.SSPO

Nella seduta del 13 luglio 2009 il Croas ha riconosciuto come gruppo di lavoro consiliare permanente la Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri, costituito da Assistenti Sociali iscritti all'albo professionale della Lombardia operativi nell'area d'intervento professionale ospedaliera (Aziende Ospedaliere / IRC-CS / Fondazioni / Case di Cura private accreditate / Ospedali Classificati).

La "rete" è uno spazio di elaborazione di strategie atte a promuovere lo sviluppo della professione nelle sue dimensioni organizzative, metodologiche, culturali e scientifiche, favorendo lo scambio di informazioni e di progetti anche attraverso il web, nei servizi ospedalieri e psichiatrici.

Coordinamento Re.SSPO

Il coordinamento Re.SSPO si riunisce una volta al mese

Livia Corsi
Alessandra Spinelli
Anna Canestrari
Anna Ciani Passeri
Franco Caspani



Giornata di studio 19/04/2010

- presentazione regolamento e sua approvazione;
- moduli di adesione;
- nomina referenti coordinamento;
- nomina referenti gruppi di lavoro.

Creazione e conduzione di Re.SSPO Google Group 95 iscritti al 7/9/10

"buone prassi del SSPO" Numero partecipanti:19 Referente: A. Bregantin

Il gruppo si è confrontato su esperienze di buone prassi operative nei diversi contesti di appartenenza. Ha elaborato una griglia per la raccolta di 52 progetti attivati nelle A.O.
Il report presenta le riflessioni e alcune schede relative ai progetti attivati.

"modelli organizzativi del SSPO" Numero partecipanti:15 Referente: C.Pugnoli

Il gruppo ha analizzato la situazione attuale dei servizi mediante il confronto e l'analisi della documentazione esistente per elaborare modelli organizzativi condivisi rispondenti alla realtà istituzionale e normativa (presidio e DSM).

"normativa d'area del SSPO" Numero partecipanti:15 Referente: C. Laratta e N. Squartini

Il gruppo ha proceduto ad una raccolta e analisi della legislazione regionale e nazionale. Si è proceduto alla costruzione di una griglia per raccogliere informazioni c/o i SSPO per produrre dati sia quantitativi che qualitativi che evidenzino l'unicità e l'efficacia degli interventi professionali dell'AS.

Risultati attesi

STRUTTURA OPERATIVA
CREAZIONE SITO
CONTATTI REGIONE

GRUPPI DI LAVORO STABILI
MONOGRAFICO
CONVEGNO 2011

N.B. I gruppi erano costituiti da rappresentanti dei Servizi Sociali ospedalieri e psichiatrici, individuati all'interno delle singole realtà lavorative e autorizzati alla partecipazione dall'Ente di provenienza; il CROAS ha inteso formalizzare con ciascun Ente la partecipazione del professionista. La partecipazione continuativa a uno dei tre gruppi è stata riconosciuta dall'Ordine Regionale della Lombardia come attività formativa (FC AS)

Appunti di storia del Servizio Sociale Ospedaliero

Le **prime esperienze di Servizio Sociale** in ambito ospedaliero in Italia risalgono intorno agli **anni '50** e sono localizzate all'interno di alcuni **manicomi, ospedali specializzati e sanatori**. Il **compito** prioritario dell'Assistente Sociale all'interno di tali strutture consisteva nel tenere i contatti con la famiglia del malato, approfondendone la storia socio-familiare, cercando di favorire l'adattamento del paziente all'istituzione, riducendone l'isolamento e l'apatia.

In **Regione Lombardia** il primo Servizio Sociale ospedaliero viene istituito a Milano nel 1955. Seguono gli Ospedali di Monza, Varese, Lecco e Busto Arsizio. Questi primi Servizi vengono istituiti per volontà delle singole amministrazioni con delibere ad hoc, e restano sotto il controllo di organi amministrativi. In questi Ospedali viene riconosciuta la necessità di affiancare alle specialità sanitarie un'attività assistenziale rivolta all'unità psico-fisica del malato.

È con la Legge 132/1968 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera", che per la prima volta il legislatore prevede la presenza di un Servizio Sociale all'interno dell'ospedale. Con il successivo DPR 128/1969, il Servizio Sociale trova la sua collocazione nella Direzione Sanitaria come *Ufficio di Assistenza Sociale* e distinto da quello di assistenza sanitaria. Riconosce infine all'Assistente Sociale il compito di intervenire "in collaborazione con il personale sanitario ... per i problemi psico-sociali degli assistiti". **Legittimato e riconosciuto** dalla normativa il Servizio Sociale si diffonde soprattutto negli ospedali con un alto numero di posti letto, non solo a Milano e Provincia, ma anche nelle province di Como, Bergamo, Varese, Cremona, Pavia, Brescia e Sondrio. Diversamente nell'area della **Psichiatria** l'inserimento delle figura professionale di Assistente Sociale avviene prima negli Ospedali psichiatrici e successivamente nei Servizi Psichiatrici territoriali post Legge Basaglia a cui

segue il primo Piano Obiettivo Salute Mentale del 1984. La Legge 833/1978, ma soprattutto l'istituzione delle USSL (Unità Socio Sanitarie Locali) nella Regione Lombardia delinea l'integrazione tra il sociale e il sanitario di cui l'istituzione del Servizio Sociale ospedaliero è stato un timido inizio.

Con i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 che prevedono la trasformazione degli ospedali in "Aziende Ospedaliere" inizia un complesso processo di riorganizzazione che vede il coinvolgimento di più livelli istituzionale e professionali e pone particolare attenzione al miglioramento dei rapporti con l'utenza.

In questo processo di aziendalizzazione della struttura ospedaliera l'obiettivo dichiarato di ogni reparto è fornire al malato un servizio più soddisfacente e competitivo e la presenza dell'Assistente Sociale può contribuire al raggiungimento di questo fine.

La Legge Regionale 31/1997, istituendo le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, abroga tutta la normativa precedente, in particolare quella relativa alla struttura organizzativa e di funzionamento degli ospedali regionali e sancisce una serie di novità. In particolare determina il passaggio dei Centri Psicosociali (CPS) dalle ASL alle Aziende Ospedaliere; tutti gli Assistenti Sociali operanti nei CPS vanno quindi ad implementare la presenza di professionisti di Servizio Sociale già operanti nei Presidi ospedalieri.

Comparando i compiti dei primi Assistenti Sociali che si sono inseriti nei presidi ospedalieri con quelli attuali, si osserva che si sono andate definendo funzioni sempre più specifiche della professione mantenendo sempre la centralità dell'intervento sulla persona, nella sua globalità. In ospedale, luogo in cui si tende a curare "le patologie", l'Assistente Sociale è proprio la figura che, a partire dal proprio **codice deontologico**, riconosce la persona come unica e lavora per "ri-

collocarla" nel proprio contesto di vita, sia relazionale che sociale.

Il Servizio è rivolto potenzialmente a tutte le persone, di tutte le fasce di età, che per problemi di salute propria o di un familiare usufruiscono dell'Ospedale o dei propri servizi ambulatoriali presenti sul territorio.

L'attività del **Servizio Sociale Professionale Ospedaliero (SSPO)** si esplica attraverso gli strumenti tipici della metodologia di Servizio Sociale privilegiando la fase dell'analisi della domanda, della valutazione globale del bisogno e della progettazione dell'intervento. Tale lavoro è orientato a identificare la soluzione più idonea alla specificità del problema e dell'unicità del paziente. Le molteplici patologie trattate comportano per l'Assistente Sociale una **preparazione specifica** e puntuale che si apprende nel tempo con la pratica e con lo studio personale. In particolare, oltre alle competenze proprie della professione, le viene richiesto di conoscere le caratteristiche delle patologie e dei cambiamenti che la malattia porta nella vita quotidiana del paziente e dei suoi familiari. La valutazione dell'Assistente Sociale è pertanto significativa anche nel sostenere il programma terapeutico dei pazienti favorendo quindi il percorso di cura e cercando di ridurre i rientri in ospedale impropri o ripetuti.

In sintesi il SSPO si fa promotore di strategie di razionalizzazione e di integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma stabile e continuativa, con i servizi territoriali pubblici e del privato sociale, le forme di associazionismo, le risorse di volontariato e le reti informali raccordando gli interventi per sostenere la persona nel percorso di accettazione, e superamento, ove possibile, dell'evento patologico. ■

Gruppo di lavoro BUONE PRASSI

Referente del gruppo

Antonella Bregantin:
A.O. San Gerardo Monza- DSM
a.bregantin@hsgerardo.org

Coordinamento Re.SSPO

Anna Maria Canestrari:
Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore
Ca' Granda-Milano
anna.canestrari@policlinico.mi.it

COGNOME e NOME	ENTE di APPARTENENZA	INDIRIZZO MAIL
Antoni Claudia	A.O.Sant'Anna-Como	ass.sociali.co@hsacomo.org
Cannavacciuolo Majra	A.O. Niguarda Ca'Granda-Milano	majra.cannavacciuolo@ospedaleniguarda.it
Casiraghi Giovanna	Fondazione IRCCS Istituto dei tumori-Milano	giovanna.casiraghi@istitutotumori.mi.it
Curioni Paola	A.O. Melegnano-DSM	cps.pioltello@aomelegnano.it
Della Valle Ornella	A.O. Valtellina e Valchiavenna presidio Sondalo	ornella.dellavalle@aovv.it
Figini Cesare	A.O.Sant'Anna-Como	ass.sociali.co@hsacomo.org
Mapelli Valentina	A.O. Treviglio-DSM	cps_caravvagio@ospedale.treviglio.bg.it
Mariotti Elena	A.O. Ospedali Riuniti-DSM-Bergamo	emariotti@ospedaliriuniti.bergamo.it
Pantano Lorella	A.O. San Gerardo – Monza	l.pantano@hsgerardo.org
Raimondi Ada	A.O. L. Sacco- Milano	servizio.sociale@hsacco.it
Rauso Carmen	A.O. Istituti Ospitalieri-Cremona	c.rauso@ospedale.cremona.it
Salvi Donatella	A.O. Ospedali Riuniti- Bergamo	dsalvi@ospedaliriuniti.bergamo.it
Spada Francesca	A.O. Melegnano – DSM	cps.pioltello@aomelegnano.it
Spinelli Alessandra	Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano	alessandra.spinelli@policlinico.mi.it
Stevenazzi Margherita	A.O. Busto Arsizio – DSM	
Torresi Giulia	Fondazione IRCCS San Raffaele Milano	torresi.giulia@hsr.it
Trevisiol Sabrina	A.O.Niguarda Ca' Granda-DSM Milano	sabrina.trevisiol@ospedaleniguarda.it

Il Gruppo di lavoro

I professionisti afferenti al gruppo sono stati 19 di 13 Aziende Ospedaliere, Fondazioni e Istituti di Ricerca lombardi. Gli incontri di gruppo all'Ordine professionale sono stati 6, con compiti che ciascun membro proseguiva a svolgere in autonomia negli intervalli tra un incontro e l'altro. Si è deciso di invitare i SSPO lombardi a compilare un questionario su eventuali progetti a cui collaboravano. È stata predisposta una griglia di rilevazione dei progetti con l'obiettivo di rendere evidenti esperienze di buone prassi operative, cioè quell'insieme di attività che diventano progetto e hanno come interlocutori una o più persone, un contesto o un fenomeno sociale all'interno di una realtà specifica. Buone prassi quindi orientate a produrre cambiamenti e ad affrontare la complessità partendo da bisogni specifici o da fenomeni sociali in un determinato territorio. La rilevazione era mirata quindi a prassi operative che contenessero caratteri generali, trasferibili e replicabili in modo da poter diventare un modello e che non prescindessero dalla valutazione dei risultati ottenuti.

Sono stati rilevati 52 progetti. Per quanto la fotografia sia parziale e non totalmente rappresentativa della ricchezza progettuale dei SSPO, possiamo inizialmente affermare che tale rilevazione sia esemplificativa di una modalità declinativa del mandato professionale, che delinea la competenza nella rilevazione del bisogno e nella conseguente progettazione di risposte al cittadino. Si è valutata la necessità di analizzare i progetti all'interno di tre raggruppamenti per rielaborare il materiale raccolto:

- A: progetti rivolti direttamente ad una specifica utenza;**
- B: progetti rivolti a destinatari generali tramite attività di informazione trasversale;**
- C: progetti rivolti all'organizzazione per il miglioramento dei processi interni di lavoro.**

Di seguito sono quindi presentate le sintesi di rielaborazione dei progetti pervenuti alla luce di alcuni items che si è valutato di privilegiare: **destinatari, efficacia, efficienza, trasferibilità e modalità di finanziamento.**

Prima di entrare nel merito dell'illustrazione dei dati raccolti, ci premeva sottolineare che il lavoro per progetti e la partecipazione agli stessi è evidentemente una parte dell'esercizio professionale quotidiano. La modalità progettuale è però sicuramente una *forma mentis* della professione che accompagna gli Assistenti Sociali anche nell'incontro con il singolo utente/cittadino. Le buone prassi sono rintracciabili nelle modalità di lavoro quotidiane che hanno spesso favorito, attraverso un approccio integrato e di rete, la nascita di percorsi e di risposte sfociate in protocolli operativi. La professione si declina infatti nella costante operazione metodologica prassi-teoria-prassi, che ci porta continuamente a riflettere sulla variabilità umana e sulla necessaria e continua diversificazione delle risposte. Il gruppo ha scelto di approfondire in questo lavoro solo una piccola parte dell'attività lavorativa, che è esemplificativa della carta d'identità professionale: dall'ascolto del bisogno all'accoglienza, al pensiero, alla risposta in rete con altri operatori/risorse del territorio. ■

I progetti

Il gruppo di lavoro ha analizzato i dati rilevati nelle schede dei progetti, per costruire uno strumento che potesse efficacemente rappresentare la totalità delle informazioni raccolte. È stato predisposto un grafico per ogni progetto ed uno complessivo per tutti.

Sono stati quindi ripresi solo alcuni items ritenuti dal gruppo più significativi.

Rispetto ai **destinatari** possiamo evidenziare la diversa tipologia d'utenza a cui si rivolgono i progetti dei SSPO di presidio (anziani, minori/famiglia, stranieri, disabili) rispetto ai destinatari dei Servizi Sociali del D.S.M. riconducibili all'area del disagio mentale (chi ne è portatore e tutta la rete sociale di riferimento: famiglia, amici, vicini, volontari, cittadini attivi....)

DIP. SALUTE MENTALE	PRESIDIO
TOTALI A = 17 PROGETTI B = 2 PROGETTI C = 5 PROGETTI TOT (A-B-C) N. 24	TOTALI A = 15 PROGETTI B = 2 PROGETTI C = 11 PROGETTI TOT (A-B-C) N. 28

Legenda:

- A:** progetti rivolti direttamente ad una specifica utenza
- B:** progetti rivolti a destinatari generali tramite attività di informazione trasversale
- C:** progetti rivolti all'organizzazione per il miglioramento dei processi interni di lavoro

Dei 52 progetti presentati, 28 sono del SSPO e 24 sono del Servizio Sociale del D.S.M. Anche se tale fotografia non è esaustiva della realtà lombarda, possiamo affermare che la modalità di lavoro per progetti è presente in entrambi i Servizi Sociali con una presenza numerica significativa. Ciò che differenzia il SSPO di presidio da quello del D.S.M. è il processo di presa in carico. I Servizi Sociali di presidio per la *mission* aziendale si rivolgono a soggetti vulnerabili ricoverati o in cura presso l'ospedale. La condizione di vulnerabilità può essere determinata da diversi fattori di ordine fisico, psichico e socio-culturale; si connota come incapacità di provvedere a se stessi e ai propri bisogni, come difficoltà a chiedere aiuto e come scarsa conoscenza dei propri diritti. Il Servizio Sociale di presidio programma la dimissione per tali soggetti, spesso con il coinvolgimento dei servizi territoriali preposti per la cura e l'assistenza domiciliare. Collabora ai programmi sanitari di cura e riabilitazione con il reparto. Lavora con i servizi del territorio per eventuali progetti di inserimento in R.S.A. o in strutture protette per minori. Fornisce consulenza e informazione ai familiari e/o ai degenti sui criteri di fruibilità dei Servizi Sociali territoriali pubblici e del privato sociale, sull'invalità civile, sulle strutture residenziali sanitarie e non, sulla normativa vigente in ambito sociale e socio-sanitario: non riconoscimento materno, tutela della donna e del neonato, amministratore di sostegno, legislazione disabili, permessi di soggiorno. La forte presenza di progetti di tipo **A: progetti rivolti direttamente ad una specifica utenza**, anche nei Servizi Sociali di presidio, mette in luce il conseguente incremento di segnalazioni di pazienti affetti da patologie degenerative ad andamento cronico (ad es. diabete, dialisi, danni neurologici, sieropositività per H.I.V.). Sono pazienti che rimangono in carico alla struttura ospedaliera per lunghi periodi, per alcune patologie dall'infanzia all'età adulta; da qui la necessità di lavorare per progetti che possano garantire al paziente una presa in carico complessiva e multidisciplinare della specifica patologia.

I Servizi Sociali del D.S.M., accanto alla funzione consulenziale per l'equipe di lavoro, l'utenza e l'organizzazione

di appartenenza, svolgono gran parte della loro attività in azioni di accompagnamento nelle diverse fasi vitali del paziente, quindi in progetti di tipo A. Ciò è legato al tipo di malattia spesso accompagnata, nelle cosiddette patologie maggiori, da una necessità assistenziale continuativa. Diverse sono le aree d'intervento che possono rappresentare i processi di lavoro del Servizio Sociale in D.S.M., ma che vengono avviate solo dopo un'attenta valutazione sociale della rete di riferimento, delle problematiche presentate e delle risorse in campo e/o attivabili:

- **area d'intervento di rete:** ovvero il continuo lavoro di interconnessione sia intra-organizzativa che extra-organizzativa che consente al Servizio Sociale la tessitura di "trame", ogni volta diverse, per risposte il più possibile individualizzate e che contemplano la conoscenza e l'attivazione di risorse specifiche per il tipo di bisogno. È contemporaneamente quindi area d'intervento e metodo;
- **area dell'abitare e della residenzialità:** è volta a sostenere, con tutte le risorse attivabili, il paziente al proprio domicilio e, quando necessario, ad intraprendere percorsi di residenzialità con diverso grado di protezione/riabilitazione e con finalità ogni volta riferibili ad obiettivi individualizzati;
- **area della tutela economica:** valutazione delle risorse economiche del paziente e della capacità di gestione delle stesse. Attività di informazione all'utenza degli eventuali diritti e conseguente attivazione di risorse specifiche in collaborazione con altri enti;
- **area della tutela giuridica:** accompagnamento di pazienti in percorsi giuridici sia civili che penali;
- **area dell'inserimento lavorativo:** comprende la valutazione delle capacità lavorative, il reperimento di risorse e percorsi di inserimento in sedi idonee per il paziente con l'attivazione di percorsi di tirocinio lavorativo. Il Servizio Sociale, a volte in collaborazione con le rappresentanze sindacali, affronta percorsi di intermediazione

lavorativa e garantisce il monitoraggio al fine di mantenere il benessere lavorativo del paziente e la sostenibilità dello svolgimento delle mansioni assegnate.

Per quanto concerne l'attività progettuale di tipo **B: progetti rivolti a destinatari generali tramite attività di informazione trasversale**, pur non essendo quantitativamente rilevante (5), risponde in modo puntuale alla domanda di gruppi di utenti accomunati dallo stesso tipo di bisogno/problema con mezzi informativi semplici e divulgabili. Ciò rimanda all'attenzione posta dalla professione alla fase di accoglienza della domanda, fase delicata che richiede impegno e capacità di contenimento degli aspetti di paura e disorientamento che sono spesso presenti quando si affronta una nuova condizione di sofferenza e malattia. Poter dare chiare indicazioni è rassicurante per chiunque e consente di avviare una collaborazione all'interno del processo d'aiuto partendo da dati di realtà.

Per quanto riguarda i progetti di tipo **C: progetti rivolti all'organizzazione per il miglioramento dei processi interni di lavoro**, si evidenzia che per loro caratteristica rimandano ad un'attenzione agli aspetti organizzativi ed alla facilitazione dei processi di lavoro interni, parte fondamentale della metodologia di lavoro del Servizio Sociale. L'Assistente Sociale per formazione ritiene parte integrante del proprio lavoro la cura dei processi organizzativi e la facilitazione dei processi comunicazionali e i progetti di tipo C ne sono una testimonianza.

Rispetto all'**efficacia** molti progetti hanno condotto a un miglioramento dell'uso dei servizi (17), in quanto il progetto ne aveva facilitato il percorso. Altri progetti hanno rilevato quale elemento di efficacia il miglioramento degli aspetti dell'autonomia degli utenti (17). I restanti progetti hanno evidenziato quale dato di efficacia un'azione di ottimizzazione delle risorse umane ed economiche (10) e una crescita tecnico-culturale degli operatori (8).

Riassumendo, da questi progetti emergono utenti più autonomi e più capaci di orientarsi nell'utilizzo dei servizi, operatori più capaci dal punto di vista tecnico/culturale

e impieghi ottimali di risorse umane ed economiche da parte dell'organizzazione.

Riguardo all'**efficienza** alcuni progetti hanno particolarmente curato l'informazione (17) sia a livello intra che extra-organizzativo e la formazione (6) garantendo così risposte più efficienti ai cittadini. Altri progetti (29) hanno facilitato un coordinamento di risorse intra ed extra organizzative consentendo una realizzazione integrata di interventi.

Proseguendo nell'analisi del grafico riassuntivo è interessante vedere nella voce **lavoro di rete** la quantità e relativa complessità delle agenzie territoriali con cui i Servizi Sociali si trovano ad interagire nella realizzazione dell'intervento. In questo item la scelta per ogni progetto poteva essere multipla. Questo ha consentito di avere una fotografia che ha identificato quali attori principali nella realizzazione dei progetti gli enti locali (26), seguiti dal terzo settore (26), dai tribunali e forze dell'ordine (4), strutture di ricovero e cura (6) ed infine scuola (3) e aziende profit (2). La quantità degli interlocutori, peraltro non totalmente rappresentati, evidenzia le notevoli possibilità di integrazione necessarie per poter rispondere in modo efficace alla diversità dei bisogni incontrati.

Per quanto riguarda i **finanziamenti** dei progetti analizzati, 21 sono interni e solo in 1 caso sono state destinate risorse aggiuntive. Questo sottolinea che nelle organizzazioni le risposte progettuali fanno riferimento ad una metodologia di lavoro di gruppi professionali che, rispetto ad alcuni bisogni, organizzano risposte specifiche, con iter appositi, all'interno di percorsi progettuali verificabili e quantificabili. Per gli altri 31 progetti i **finanziamenti** sono esterni e nello specifico 23 fanno riferimento ad Enti Locali, 4 al Terzo settore, 3 ad A.S.L./A.O. e 1 ad aziende profit. La capacità di reperire fondi per ampliare le risposte organizzative a bisogni nascenti e/o riorganizzare risposte specifiche a bisogni già trattati, anche attraverso l'attivazione di nuove progettualità, è parte integrante dell'approccio metodologico del Servizio Sociale ai fenomeni sociali.

Per finire rispetto all'item della **trasferibilità** tutti i progetti (eccetto 1) sono esportabili.

Rispetto alle **aree d'intervento** ci è sembrato interessante che 9 progetti attuino risposte nell'area della **prevenzione**. Anche questa attenzione rimanda ad uno spazio mentale del Servizio Sociale, spesso impegnato nel trovare risposte "non differibili", nell'impegnare energie orientandole all'anticipazione del problema per evitare il deterioramento delle situazioni in un'ottica di cura e miglioramento della qualità di vita.

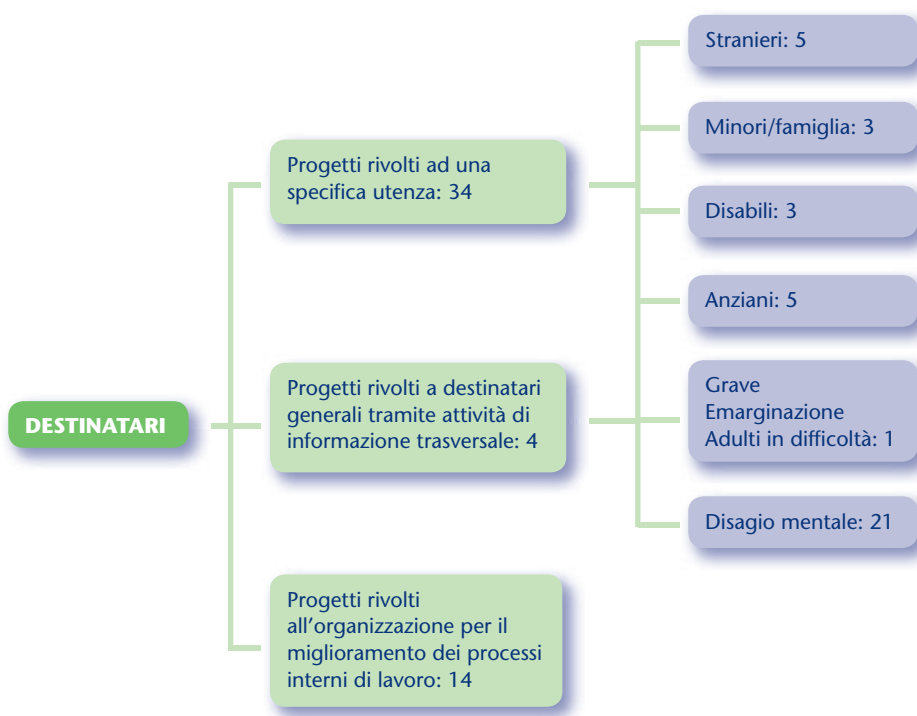
Altri 10 progetti hanno privilegiato quale area d'intervento l'**aggiornamento professionale** quale aspetto imprescindibile per attivare risposte qualitativamente valide verso l'utenza.

I restanti progetti sono stati impiegati in aree che riguardano bisogni primari e qualità della vita: 8 nell'area della **risocializzazione**, 6 nell'area del **supporto al reddito** e 7 della **sicurezza sociale**. Questi ultimi progetti evidenziano la funzione del Servizio Sociale quale "sensore professionale" nella rilevazione dei bisogni e nella capacità di organizzare risposte anche collettive e che attivino la società nella presa in carico delle proprie problematicità.

I 12 progetti dei Servizi Sociali dei D.S.M. sono realizzati nell'area **dell'abitare** e prevedono percorsi sia di accompagnamento per il mantenimento di utenti presso il proprio domicilio sostenendoli nelle proprie autonomie, sia di convivenze facilitate da operatori in residenzialità cosiddette leggere. ■



Schemi riassuntivi dei progetti



Destinatari: soggetti a cui sono rivolti i progetti

Progetti rivolti ad una specifica utenza: progetti pensati per una categoria specifica

Stranieri: soggetti appartenenti ai paesi europei ed extra-europei

Minori/Famiglia: soggetti da 0 a 18 anni e nuclei familiari con figli minori

Disabili: soggetti con certificazione d'invalidità civile

Anziani: soggetti con età superiore ai 65 anni

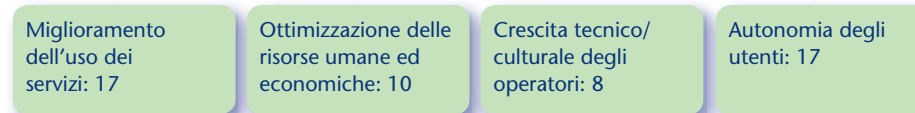
Grave Emarginazione/Adulti in difficoltà: soggetti dai 18 ai 64 anni con problematiche economiche, psicologiche e sociali gravi o gravissime

Disagio Mentale: soggetti affetti da patologia psichica

Progetti rivolti a destinatari generali tramite attività di informazione trasversale: progetti informativi rivolti a specifiche categorie d'utenti

Progetti rivolti all'organizzazione per il miglioramento dei processi interni al lavoro: progetti che contribuiscono a migliorare la qualità del lavoro

EFFICACIA



Efficacia: ciò che si intende raggiungere attraverso il percorso individuato

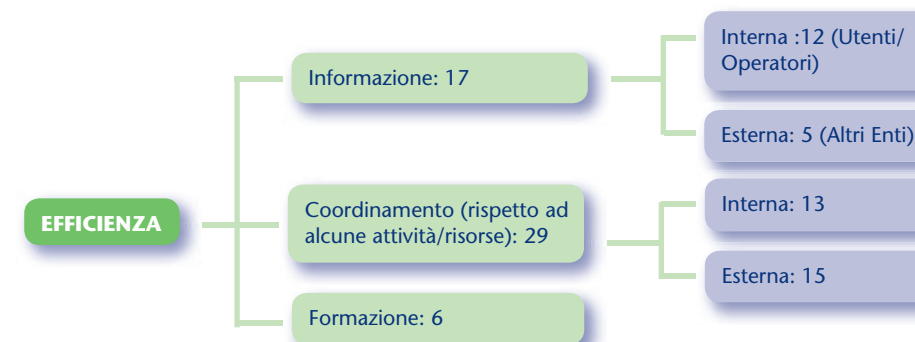
Miglioramento dell'uso dei servizi: riguarda la capacità di migliorare la circolarità tra i servizi al fine di migliorare la qualità dell'offerta

Ottimizzazione delle risorse umane ed economiche: utilizzo al meglio delle risorse umane ed economiche

Crescita tecnico/culturale degli operatori: accrescimento delle competenze degli operatori

Autonomia degli utenti: potenziamento delle capacità di cui i cittadini sono comunque portatori (*empowerment*)

EFFICIENZA



Efficienza: raggiungimento dell'obiettivo con un uso razionale delle risorse

Informazione: si fa riferimento ai progetti volti a orientare e aumentare le conoscenze dei destinatari

Interna: informazione rivolta agli utenti e agli operatori che afferiscono o dipendono dall'ospedale che promuove oppure collabora al progetto

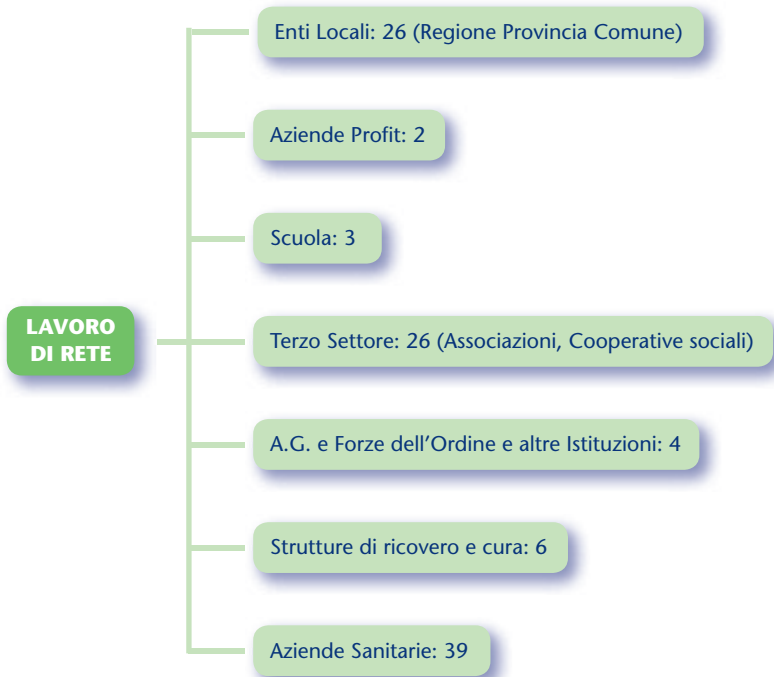
Esterna: informazione rivolta a soggetti esterni all'ospedale

Coordinamento: si fa riferimento alla capacità di coordinare più soggetti implicati nello stesso progetto al fine di ottimizzare l'uso delle risorse

Interno: coordinamento tra gli operatori che operano o afferiscono all'ospedale che promuove oppure collabora al progetto

Esterno: coordinamento tra gli operatori interni e i soggetti esterni all'ospedale che promuove o collabora al progetto

Formazione: si fa riferimento ai progetti volti al miglioramento delle competenze degli operatori mediante incontri formativi di diverso tipo (seminari, gruppi di miglioramento, ecc.)



Lavoro di rete¹: è una forma di azione professionale fondata sul valore operativo del concetto di rete, pone le reti sociali al centro dell'azione, ottimizza sia le proprietà delle reti sociali, sia le loro funzioni specifiche, ipotizza un cambiamento della realtà sociale in quanto rete di relazioni rilevanti non solo nella morfogenesi dei bisogni, ma anche nel modo di farsene carico, di affrontarli e di risolverli

Enti Locali: Regione, Provincia, Comune

Aziende Profit: aziende del settore produttivo

Scuola: scuole di ogni ordine e grado statali e private

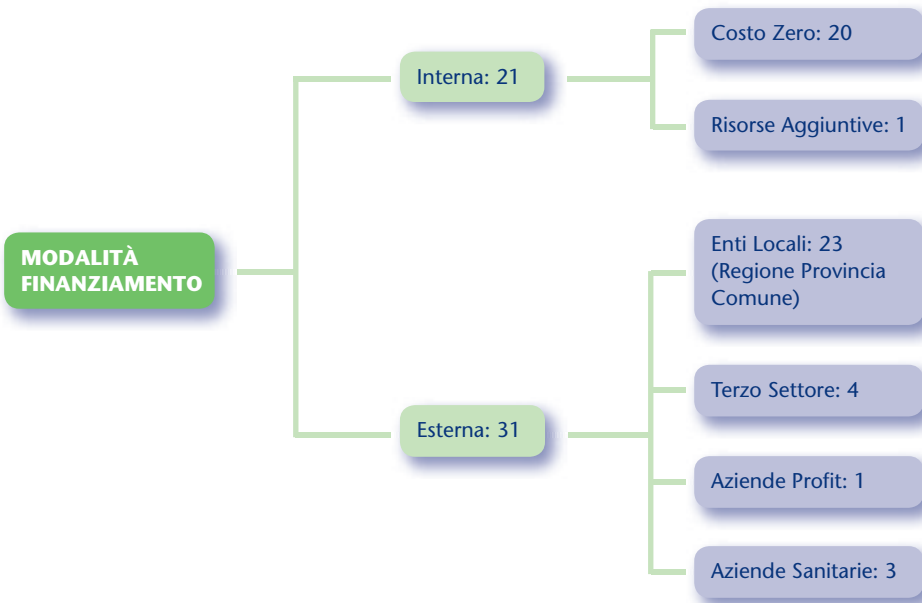
Terzo Settore: associazioni, cooperative sociali

Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine e altre Istituzioni: Tribunale per i Minorenni, Polizia di Stato, Polizia Locale, Carabinieri, Consolati e Ambasciate

Strutture di ricovero e cura: strutture di ricovero e cura sanitarie, sociali e socio-sanitarie, Residenze Sanitarie per Anziani, Istituti di Riabilitazione, comunità per minori, comunità mamma bambino, comunità per adulti in difficoltà e specifiche per pazienti con diagnosi di patologia psichica.

Aziende Sanitarie: tutti i servizi dell'Asl, Aziende Ospedaliere, Ospedali accreditati comprensivi di IRCCS e Fondazioni.

¹ Maria Dal Pra Ponticelli (diretto da) (2005), Dizionario di Servizio Sociale, Roma, Carocci Faber, pp. 303-310.



Modalità di finanziamento: modo in cui viene supportato economicamente il progetto

Interna: con risorse interni all'ente promotore

Costo zero: mediante l'impiego di personale in orario di lavoro senza costo aggiunto per l'ente

Risorse Aggiuntive: mediante risorse specifiche reperite all'interno dell'ente

Esterna: con risorse esterne all'ente promotore

Enti Locali: Regione, Provincia, Comune

Terzo Settore: associazioni, cooperative sociali

Aziende Profit: aziende del settore produttivo

Aziende Sanitarie: tutti i servizi dell'Asl, Aziende Ospedaliere, Ospedali Accreditati comprensivi di IRCCS e Fondazioni.





Area d'intervento: ambito d'applicazione del progetto

Supporto al reddito: contributo economico finalizzato a supportare il reddito degli utenti

Abitare: luogo di vita

Casa: domicilio

Residenzialità: struttura protetta

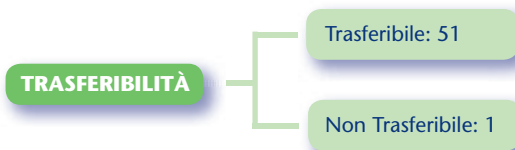
Risocializzazione: riacquisizione di competenze sociali (*empowerment*)

Aggiornamento professionale: ampliamento delle conoscenze degli operatori

Sicurezza Sociale: sistema degli interventi pubblici finalizzati a garantire ai cittadini i livelli essenziali di benessere

Prevenzione¹: indica tanto l'arrivare prima che un evento si manifesti, quanto la capacità di impedire, ostacolare, evitare che tale evento porti danno. Esso si focalizza su un danno possibile e probabile, spesso anzi già manifesto e quindi relativamente conosciuto, di cui si vuole impedire la riproduzione e proliferazione

¹ Maria Dal Pra Ponticelli (diretto da) (2005), Dizionario di Servizio Sociale, Roma, Carocci Faber, pp. 461-468.



Trasferibilità: possibilità di promuovere il progetto in altri ambiti ed enti

Trasferibile: possibilità di promuovere il progetto in altri ambiti ed enti

Non trasferibile: non possibilità di promuovere il progetto in altri ambiti ed enti

Di seguito vengono riportate alcune griglie riassuntive dei progetti presentati dalle diverse Aziende Ospedaliere

A.O. SAN GERARDO DEI TINTORI: DSM

Denominazione	"So-stare con voi" progetto di affido familiare per persone con disturbi psichici
Promotore	Ente Capofila: Cooperativa Novo Millennio Monza; partner: A.O. San Gerardo Monza e A.S.V.A.P. (associazione volontari e familiari per la salute mentale)
Destinatari	Adulti con disturbi psichici; familiari di persone con disturbi psichici; cittadini attivi
Operatori coinvolti	Assistente Sociale D.S.M. A.O. San Gerardo Coordinatrice del progetto, Educatrice Coop. Novo Millennio; Educatore referente programmi innovativi Novo Millennio; Psicologa Novo Millennio: Volontari A.S.V.A.P.
Attività specifiche del Servizio Sociale	Incontri informativi sulla salute mentale, valutazione pazienti per il percorso, ricerca, valutazione, formazione famiglie affidatarie, incontri con equipe inviati; somministrazione scale di valutazione del progetto, compilazione schede di monitoraggio del progetto, organizzazione eventi formativi per operatori, familiari, cittadini attivi
Metodologia adottata	Lavoro di rete, conduzione di gruppi
Numero e tipologia utenti coinvolti	28 pazienti coinvolti con percorsi effettivi in essere e conclusi; tipologia: maschi e femmine tra i 20 e i 70 anni; diagnosi di psicosi e disturbo di personalità
Risultati attesi	Formazione gruppo famiglie affidatarie; attivazione percorsi di affido totale e parziale; realizzazione incontri informativi sulla salute mentale
Risultati raggiunti	Attivo un gruppo di 15 famiglie affidatarie; 31 percorsi di affido attivati (totali e parziali) di cui 14 in essere
Finanziamenti e tempi del progetto	Programma innovativo salute mentale 1° triennio (2005-2008) rinnovo in atto per secondo triennio (2009-2011) a regime con ASL Monza e Brianza
Trasferibilità	Possibilità di realizzazione, connessione, anche in/con altre aree di bisogno (anziani, minori, handicap)
Beneficio per l'A.O.	Offerta ai pazienti e ai familiari di percorsi nell'area dell'abitare con obiettivi di risocializzazione e raggiungimento/consolidamento di autonomie per il paziente; intervento di prevenzione primaria

A. O. SAN GERARDO DEI TINTORI MONZA: PRESIDIO

Denominazione	“L’anziano in Pronto Soccorso”
Promotore	Progetto HPH Lombardia e azienda ospedaliera San Gerardo
Destinatari	Anziani ultra75enni non autonomi in P.S.
Operatori coinvolti	Ass.soc.ospedale, Geriatri, medici e l.p. di P.Soccorso
Attività specifiche del Servizio Sociale	Percorso agevolato di rilevazione del bisogno, trasmissione alle cure mediche facilitata e permanenza in ospedale nel tempo più breve possibile. Formazione del personale alle evidenze sociali e elaborazione di un raccogliatore contenente indirizzi, procedure e volantini informativi sui servizi territoriali di pronto utilizzo da offrire all’utenza
Metodologia adottata	Ricerca preliminare per evidenziare il numero di accessi di anziani in PS, studio di fattibilità di miglorie ambientali, elaborazione del progetto per facilitare l’accoglienza in PS e favorire le dimissioni protette dell’anziano
Numero e tipologia utenti coinvolti	Anziani ultra75enni non autosufficienti che accedono al PS in codice bianco e verde
Risultati attesi	Riduzione tempi di permanenza in Pronto Soccorso e riduzione accessi ripetuti

FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE TUMORI MILANO

Denominazione	“Informazioni ai genitori su invalidità civile e legge 104/92 iter delle pratiche e principali diritti”
Promotore	Assistente Sociale Pediatria
Destinatari	Genitori pazienti Pediatria con diagnosi oncologica
Operatori coinvolti	Assistente sociale e medici
Attività specifiche del Servizio Sociale	Informazione e segretariato sociale
Metodologia adottata	Colloquio e promemoria scritto redatto dall’assistente sociale
Numero e tipologia utenti coinvolti	2009: 209
Risultati attesi	Tutti i primi accessi con diagnosi oncologica
Risultati raggiunti	Miglioramento risultati customer satisfaction
Finanziamenti e tempi del progetto	Procedura di routine
Trasferibilità	Possibile in reparti monodiagnostici
Beneficio per l’A.O.	Efficienza informativa e contenimento delle problematiche assistenziali durante il periodo di trattamento

A. O. SANT’ANNA COMO: PRESIDIO

Denominazione	Progetto “Piccola guida per persone in dialisi”
Promotore	Servizio Sociale A.O. Sant’Anna, Associazione Nuovo GEC (Gruppo Emodializzati, trapiantati e nefropatici di Como)
Destinatari	Pazienti dializzati e nefropatici in stadio avanzato in carico presso il Centro Dialisi ed i CAL dell’A.O.
Operatori coinvolti	Assistente Sociale referente U.O. Nefrologia e Dialisi Volontari associazione Nuovo Gec
Attività specifiche del Servizio Sociale	Rielaborazione dei dati e della documentazione raccolta, relativa ai servizi socio-sanitari ed assistenziali del territorio e alla normativa regionale, nazionale e di previdenza sociale inerente la tematica della dialisi
Metodologia adottata	Raccolta dati e documentazione sui servizi strettamente correlati alla problematica dialitica, rielaborazione degli stessi e stesura della guida Consegna della guida, da parte delle caposala dell’U.O. di Nefrologia e Dialisi, a tutti i pazienti già sottoposti alla dialisi e alla persone in carico all’ambulatorio Pre-Dialisi Pubblicizzazione della guida nella newsletters aziendale
Numero e tipologia utenti coinvolti	Persone dializzate in carico presso il Centro Dialisi di Como e presso i CAL dell’A.O.
Risultati attesi	Informare ed orientare i pazienti dializzati sui propri diritti e su come ottenere i relativi benefici
Finanziamenti e tempi del progetto	Stampa e pubblicazione della guida a carico della associazione Nuovo Gec Elaborazione del documento in orario di servizio Durata: 8 mesi
Beneficio per l’A.O.	Miglioramento della soddisfazione degli utenti. Aumento delle richieste di consulenza al Servizio Sociale



**FONDAZIONE I.R.C.C.S. CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
MILANO: PRESIDIO**

Denominazione	Corso: "Quando chiamare l'Assistente Sociale?"
Promotore	Servizio sociale "Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico Milano
Destinatari	Medici, psicologi, capo-sala, infermieri
Operatori coinvolti	Assistenti sociali della Fondazione
Attività specifiche del Servizio Sociale	Ideazione, elaborazione e realizzazione del progetto
Metodologia adottata	Didattica Interattiva: interventi preordinati, presentazione di casi, proiezione di filmati
Numero e tipologia utenti coinvolti	20 dipendenti della Fondazione per ogni edizione: medici psicologi, capo sala, infermieri
Risultati attesi	Fornire al personale sanitario: - indicatori per individuare situazioni a rischio sociale - istruzioni sui casi che implicano la segnalazione obbligatoria all'Autorità Giudiziaria - indicazioni per sottolineare l'importanza della segnalazione tempestiva al Servizio Sociale
Risultati raggiunti	Invio di segnalazioni appropriate.
Finanziamenti e tempi del progetto	Finanziamenti: autonomi della Fondazione, è stato utilizzato personale interno. Tempi: un corso è stato effettuato nel 2010, sono previsti altri 2 corsi per il 2011
Trasferibilità	In ogni ospedale con più di un Assistente Sociale
Beneficio per l'A.O.	- Ridurre le segnalazioni improprie al servizio sociale - Evitare l'omissione di segnalazione di pazienti che necessitano dell'intervento sociale

A. O. MELEGNANO: DSM

Denominazione	Programma di azioni innovative per la salute mentale. "Verso un modello territoriale integrato per l'inserimento lavorativo di persone con problematiche di natura psichica"
Promotore	A.O. Melegnano/Dipartimento di Salute Mentale
Destinatari	Utenti con problematiche psichiatriche afferenti alle U.O.P. 33, 34, 51
Operatori coinvolti	Assistenti Sociali, Educatori Professionali, Psicologo, Medico Psichiatra di riferimento del paziente
Attività specifiche del Servizio Sociale	Rilevazione dei bisogni degli utenti psichiatrici alla ricerca di un impiego lavorativo Partecipazione ai tavoli tecnici Colloqui con il pz e presentazione dello stesso alla equipe allargata Individuazione dei pz che possono aderire al programma
Metodologia adottata	Protocolli operativi Interventi integrati Formazione Borse lavoro Mediazione al lavoro
Numero e tipologia utenti coinvolti	10 Pz nel 2009 30 Pz nel 2010 30 Pz nel 2011
Risultati attesi	Collocazione lavorativa dei pz coinvolti nel progetto Si ipotizza che il 50% dei pz inseriti vengano assunti nel triennio con regolare contratto
Risultati raggiunti	In fase di attuazione
Finanziamenti e tempi del progetto	Progetto nel triennio 2009-2011 - 157.369,27
Trasferibilità	Consolidamento della permanenza del progetto nel tempo
Beneficio per l'A.O.	Aggiungere strumenti operativi per la buona riuscita della riabilitazione Ridurre i ricoveri

A. O. TREVIGLIO: DSM

Denominazione	PROGETTO SADIP (servizio assistenza domiciliare integrata psichiatria)
Promotore	Assistente Sociale e Coordinatore Infermieristico
Destinatari	Utenti con bisogni di assistenza al domicilio residenti nel Comune di Treviglio
Operatori coinvolti	Del CPS : As e Caposala Del Comune: AS Area Anziani, AS Area Disabilità e ASA
Attività specifiche del Servizio Sociale	Stesura di una scheda di segnalazione condivisa di presentazione del caso e del progetto di assistenza al domicilio/accompagnamento degli operatori del Comune al domicilio del paziente
Metodologia adottata	Breve ma intenso corso di formazione di 4 incontri e successivi incontri trimestrali di aggiornamento sulle situazioni attive
Numero e tipologia utenti coinvolti	Dieci utenti con diverse patologie psichiatriche ultra-diciottenni
Risultati attesi	Maggior comprensione da parte del servizio sociale dei bisogni di carattere assistenziale al domicilio per i pazienti psichiatrici (spesso non solo legati ad un bisogno di igiene personale); maggiore collaborazione e integrazione con il Servizio Sociale di Base
Risultati raggiunti	Sono stati raggiunti i risultati attesi
Finanziamenti e tempi del progetto	Nessun finanziamento (costo del personale in servizio nei rispettivi enti) tempi di realizzazione 6 mesi
Trasferibilità	Attivato in forma sperimentale nel Comune di Treviglio, da proporre nella prima parte del 2011 all'Ambito
Beneficio per l'A.O.	Potenziamento e consolidamento di una logica di lavoro socio-sanitario integrato

A.O. ISTITUTI OSPITALIERI CREMONA: PRESIDIO

Denominazione	S.O.S. NIDO
Promotore	Servizio Sociale Aziendale
Destinatari	Minori da 3 mesi a 3 anni figli di mamme ricoverate presso l'Azienda Ospedaliera
Operatori coinvolti	Assistenti Sociali, Maestre Nido Aziendale, Ispettrice Croce Rossa
Attività specifiche del Servizio Sociale	Colloqui con personale, mamme dei minori e relativo inserimento del piccolo presso il Nido Aziendale
Metodologia adottata	Si prevedono incontri con il personale delle Unità Operative affinché questi siano in grado di analizzare ed individuare le mamme con problematicità Stesura di procedura interna all'ospedale Predisposizione di opuscoli informativi tradotti nella lingua di appartenenza
Numero e tipologia utenti coinvolti	Madri straniere ricoverate
Risultati attesi	Offrire supporto alle degenti in difficoltà e ai loro bambini
Risultati raggiunti	Buon raccordo con la rete territoriale
Finanziamenti e tempi del progetto	Nullo per l'Azienda Ospedaliera - Del corrispettivo spettante se ne farà carico la Croce Rossa Comitato locale di Cremona Sez Femminile. - Il costo richiesto dal nido ammonta a 16 Euro per ogni giorno di presenza e a 12 Euro per mezza giornata Il progetto avrà la durata di 2 anni con continue verifiche in itinere
Trasferibilità	si
Beneficio per l'A.O.	si



A. O. VALTELLINA e VALCHIAVENNA: PRESIDIO di SONDALO

Denominazione	Sottogruppo A.V.O. "Il Filò" di volontariato "misto"
Promotore	Assistente Sociale, Caposala U.O Medicina
Destinatari	Pazienti indigenti e Unità Operative di Medicina e Tisiologia
Operatori coinvolti	Operatori volontari interni ed esterni al Presidio Ospedaliero di Sondalo – Bar interno al Presidio
Attività specifiche del Servizio Sociale	Promozione del progetto attraverso la collaborazione con Terzo Settore
Metodologia adottata	Richiesta alla Direzione Sanitaria di utilizzo di uno spazio-laboratorio dove poter eseguire lavori di artigianato (decoupage, pittura, ecc) e da destinare a deposito per il materiale che viene reperito sia all'interno del Presidio che all'esterno attraverso donazioni
Numero e tipologia utenti coinvolti	Alcune pazienti che aiutano nel decoupage dell'U.O. di Tisiologia e pazienti dimesse che si offrono volontarie
Risultati attesi	Realizzare oggetti di diverse tipologie vendibili nei mercati dell'artigianato durante l'anno per costituire un fondo per l'acquisto di beni di prima necessità per pazienti indigenti e abbellire le U.O. di Medicina e Tisiologia
Risultati raggiunti	Buoni
Finanziamenti e tempi del progetto	300 euro all'inizio della costituzione del gruppo da parte dell'AVO e successivamente autofinanziamento con il ricavato delle vendite. Il tempo è indeterminato
Trasferibilità	Possibile
Beneficio per l'A.O.	Sono stati acquistati mobili, televisori, quadri e altro per il reparto di Medicina e parte del ricavato viene utilizzato per pazienti indigenti della Tisiologia, soprattutto di origine extra comunitaria al momento delle dimissioni per l'acquisto di biglietti del treno. Realizzazione di una collaborazione con il terzo settore, (AVO in questo specifico progetto) economico (evitando di effettuare acquisti per la U.O.)

A.O. LUIGI SACCO MILANO: PRESIDIO

Denominazione	Progetto PASS (Promozione dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi sociosanitari e lo sviluppo delle attività di informazione ed orientamento socio-sanitario nelle ASL italiane)
Promotore	INMP
Destinatari	Utenti stranieri afferenti alle Aziende Ospedaliere ed alle ASL che hanno aderito al progetto
Operatori coinvolti	Coordinatori, Assistenti Sociali, Mediatori culturali, Personale sanitario
Attività specifiche del Servizio Sociale	Programmazione delle attività con le altre aziende partners del progetto Coordinamento delle attività delle mediatrici all'interno dei reparti
Metodologia adottata	a) Formazione di mediatori linguistico-culturali da impiegare nell'attività di informazione ed orientamento socio-sanitario della popolazione immigrata b) Inserimento dei mediatori linguistico culturali in stage post-formazione all'interno delle aziende aderenti al progetto, per un minimo 6 mesi c) Training on the job della durata di 6 mesi
Numero e tipologia utenti coinvolti	Utenza straniera (numero non disponibile)
Risultati attesi	Favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi sociosanitari e gli operatori al fine di migliorare l'efficacia dell'intervento e rimuovere gli ostacoli all'accesso ai servizi, considerando le differenze culturali di provenienza Promuovere attività di informazione e orientamento supportando lo sviluppo di servizi informativi socio-sanitari transculturali nelle ASL italiane mediante anche la formazione e l'inserimento di mediatori linguistico-culturali
Risultati raggiunti	Facilitazione dell'utenza straniera all'accesso ai servizi ospedalieri Migliore conoscenza da parte del personale sanitario del significato di mediazione culturale e del possibile utilizzo/coinvolgimento dei mediatori culturali all'interno dei reparti.
Finanziamenti e tempi del progetto	Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, realizzato dalla Istituto Nazionale Salute Migranti e Povertà-INMP. Durata 18 mesi
Trasferibilità	Trasferibile in altre Aziende Ospedaliere-ASL
Beneficio per l'A.O.	Diminuzione dei tempi di ricovero dovuti alle difficoltà linguistiche

FONDAZIONE IRCCS SAN RAFFAELE MILANO

Denominazione	“La continuità delle cure: dimissioni protette”
Promotore	A.S.L. MI 2, Ospedale S.Raffaele
Destinatari	Pazienti residenti in A.S.L. MI 2 in fase di dimissione verso il domicilio con bisogni di continuità assistenziale
Operatori coinvolti	Medici di medicina generale, Medici H.S.R., Servizio Sociale H.S.R., distretto A.S.L., organizzazione accreditata per la cura al domicilio
Attività specifiche del Servizio Sociale	Colloquio con i familiari e il paziente (se in grado), compilazione parte sociale della scheda approntata, compilazione parte sanitaria, invio scheda al distretto, contatti con il territorio per verificare che tutto sia pronto al rientro a casa
Metodologia adottata	Rilevazione del bisogno sociale e integrazione con quello sanitario; attuazione del protocollo in fase di elaborazione con A.S.L. MI 2; verifica del raggiungimento dell’obiettivo
Numero e tipologia utenti coinvolti	Pazienti residenti in A.S.L. MI 2 dimessi al domicilio con bisogni socio-sanitari
Risultati attesi	Migliore organizzazione delle dimissioni e attivazione del territorio a beneficio del paziente
Risultati raggiunti	Razionalizzazione dei tempi e dei ricoveri
Finanziamenti e tempi del progetto	Finanziamenti autonomi, tempi: in fase di elaborazione
Trasferibilità	Tutti gli Ospedali e le A.S.L.
Beneficio per l’A.O.	Realizzazione di dimissioni protette in tempi brevi, minori ri-ospedalizzazioni improprie

A.O. OSPEDALI RIUNITI BERGAMO: DSM

Denominazione	Voucher socio educativo ed assistenziale di residenzialità leggera
Promotore	Ambito territoriale 1 Bergamo
Destinatari	Persone con patologia psichiatrica in carico al CPS residenti nell’ambito
Operatori coinvolti	Equipe Centro Psico Sociale
Attività specifiche del Servizio Sociale	Elaborazione del progetto terapeutico riabilitativo presa in carico/contatti con Enti accreditati per la fornitura di prestazioni per attività educativo assistenziali e per la fornitura di servizi necessari alla gestione della vita quotidiana
Metodologia adottata	Interventi con il singolo utente Interventi di raccordo e/o coordinamento delle reti formali e informali
Numero e tipologia utenti coinvolti	2 del CPS occidentale 5 del CPS orientale
Risultati attesi	Fornire adeguati supporti alle persone coinvolte, partendo dal loro domicilio per provvedere alla gestione del quotidiano, con l’obiettivo dell’acquisizione di un sempre maggiore grado di autonomia
Risultati raggiunti	Persone che riescono a vivere da sole dopo la dimissione dalla comunità o in seguito al decesso del genitore convivente
Finanziamenti e tempi del progetto	Il voucher individuale ha un valore massimo mensile di 350,00 euro. Per il 2010 sono stati stanziati 29.400 euro (rifinanziabili nel 2011)
Trasferibilità	Possibilità di esportare il progetto in altri ambiti territoriali
Beneficio per l’A.O.	Possibilità di accompagnare pazienti che abbiano intrapreso un percorso riabilitativo all’interno di un percorso protetto verso l’autonomia, prevedendo quindi le dimissioni dalle comunità o evitando inserimenti impropri nelle comunità stesse



A. O. NIGUARDA CA'GRANDA: DSM

Denominazione	GDLN (Gruppo dipartimentale inserimenti lavorativi Niguarda)
Promotore	Operatori del DSM
Destinatari	Pazienti che hanno capacità lavorative spendibili in diverse tipologie d'inserimento (tirocinio, borse lavoro, inserimento lavorativo diretto)
Operatori coinvolti	2 Assistenti Sociali, 1 Terapista Riabilitazione Psichiatrica, 2 Educatori, 1 Psichiatra, 1 Psicologo (Progetto ALA SACCO)
Attività specifiche del Servizio Sociale	Colloqui, valutazioni delle capacità lavorative, inserimenti in cooperative e Aziende, riunioni bisettimanali con il gruppo di lavoro del Progetto d'inserimento di 10 pazienti (L68/99) presso Azienda Ospedaliera Niguarda
Metodologia adottata	Corso di formazione ALA Sacco, schede fornite dall' Agenzia di Secondo Livello ALA SACCO
Numero e tipologia utenti coinvolti	Pazienti in carico al DSM (con diagnosi psichiatrica, invalidi e non invalidi)
Risultati attesi	Raccolta dati che evidenziano i risultati del lavoro dal 2007 ad oggi, aumento delle assunzioni e delle risorse, affinamento del gruppo con uniformazione della metodologia, condivisione dei casi afferenti ai vari servizi
Risultati raggiunti	Formazione di un gruppo dipartimentale. Aumento nel triennio delle assunzioni, presso l'Azienda Ospedaliera Niguarda,
Finanziamenti e tempi del progetto	Consulente di Ala Sacco pagato prima con fondi regionali, successivamente provinciali
Trasferibilità	Ad altre Aziende Ospedaliere
Beneficio per l'A.O.	Benessere per il paziente che ricopre un ruolo sociale, minori ricoveri e più risorse impiegate per percorsi riabilitativi



A. O. NIGUARDA CA' GRANDA: PRESIDIO

Denominazione	"OSPEDALI E NASCITE"
Promotore	Provincia di Milano- Servizio Madre segreta
Destinatari	Il personale sanitario, sociale e amministrativo delle A.O. o Ospedali di Milano e provincia
Operatori coinvolti	A.A.S.S.; Ip patologia neonatale; ostetriche; CS ostetrica e PN; personale amministrativo afferente all'area materno infantile - ufficio Nascite (DMPO)
Attività specifiche del Servizio Sociale	Raccolta annuale dei dati relativi alle nascite senza riconoscimento e partecipazione alla stesura di un manuale per il trattamento delle situazioni di difficoltà materna (anno 2005). Partecipazione alla stesura di " Protocolli d'intervento" di buone prassi per tutelare le situazioni di maternità segreta all'interno dell'A.O. Elaborazione e collaborazione con AASS madre segreta, incontri di formazione con il personale medico e di comparto sul tema del non riconoscimento materno
Metodologia adottata	Seminari di formazione Gruppi di lavoro Gruppo di miglioramento (2 nel 2005)
Numero e tipologia utenti coinvolti	16 Ospedali. Assistenti Sociali e operatori sanitari coinvolti nelle situazioni di non riconoscimento alla nascita
Risultati attesi	Individuazione di modelli operativi comuni e definizione di procedure e di strumenti volti a tutelare le situazioni di non riconoscimento alla nascita
Risultati raggiunti	Generali: Pubblicazione di un manuale di buone prassi a cura della Provincia di Milano Formazione del personale medico e di comparto sul tema del non riconoscimento materno Specifici: Individuazione di un modello operativo di registrazione dei dati nel rispetto della privacy e segretezza Elaborazione e attuazione di procedure interne coinvolgendo il Servizio Sociale, la PN, l'Ostetrica e la DMPO (2010)
Finanziamenti e tempi del progetto	Provincia . Progetto in corso, iniziato nel 1997
Trasferibilità	In tutte le strutture ospedaliere
Beneficio per l'A.O.	Individuazione di procedure da adottare da parte degli operatori sociali e sanitari nei casi di nascite senza riconoscimento. Avere personale qualificato capace di gestire i casi di non riconoscimento con professionalità e riservatezza

A. O. OSPEDALI RIUNITI BERGAMO: PRESIDIO

Denominazione	Servizio Mediazione Culturale
Promotore	Ospedali Riuniti di Bergamo /Assistenti Sociali
Destinatari	Utenti stranieri ricoverati presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo, personale sanitario dei reparti ospedalieri
Operatori coinvolti	Assistenti Sociali ospedalieri, Personale sanitario reparti ospedalieri, Mediatori culturali
Attività specifiche del Servizio Sociale	Verifiche mensili con il coordinatore del servizio mediazione culturale. Riunioni trimestrali di monitoraggio e verifica dell'attività
Metodologia adottata	Incontri con i reparti per presentazione del servizio. Riunioni mensili e/o al bisogno con coordinatore mediazione culturale. Incontri con personale di reparto e mediatori culturali per aggiornamento formativo per particolari aree d'intervento
Numero e tipologia utenti coinvolti	N. 2000 ore di mediazione culturale previste per il 1° anno, effettive n. 2221
Risultati attesi	Migliorare la comunicazione e i rapporti fra personale sanitario ospedaliero e gli utenti stranieri
Risultati raggiunti	Utilizzo del servizio in modo corretto da parte delle U.O.
Finanziamenti e tempi del progetto	A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, Euro 135.000,00 per fornitura triennale del servizio dal 2009
Trasferibilità	Trasferibile ad altre A.O.
Beneficio per l'A.O.	Migliorare le prestazioni offerte ai cittadini stranieri

A. O. BUSTO ARSIZIO: DSM

Denominazione	"Sensibilizzazione nelle scuole medie superiori sul tema del disagio mentale"
Promotore	Azienda Ospedaliera di Busto A., Dipartimento di salute mentale
Destinatari	Studenti delle classi terze o quarte di istituti o licei del territorio della U.O.P.
Operatori coinvolti	Uno psichiatra, un Assistente Sociale e un' infermiera del C.P.S.
Attività specifiche del Servizio Sociale	Definizione contenuti con gli altri operatori, presentazione servizi territoriali e attività sociali del C.P.S. agli studenti
Metodologia adottata	Somministrazione questionario alle classi Incontri per classe con discussione interattiva Confronto con associazioni di pazienti o familiari Momento artistico di festa
Numero e tipologia utenti coinvolti	Da 60 a 90 studenti per anno
Risultati attesi	Maggior informazione e minor pregiudizio rispetto alla malattia mentale.
Risultati raggiunti	Maggior interesse e sensibilizzazione rispetto al tema da parte di studenti e insegnanti. Consolidamento di rapporti con alcuni istituti del territorio
Finanziamenti e tempi del progetto	Costo zero, gli incontri si svolgono in accordo con le scuole nell'arco di un mese dell'anno scolastico
Trasferibilità	Può essere trasferito in tutti i D.S.M. interessati
Beneficio per l'A.O.	Prevenzione primaria sul territorio

RIFLESSIONI

Il Gruppo "Buone Prassi" ha focalizzato il suo lavoro su due aree di interesse:

- **la riflessione sul concetto di "buone prassi" e sulla dimensione operativa del "lavoro per progetti";**
- **il confronto sul ruolo dell'Assistente Sociale, all'interno delle Aziende Ospedaliere, articolato nelle due dimensioni professionali: "lavorare per buone prassi" e "lavorare per progetti".**

Il concetto di "buona prassi" ha offerto una molteplice varietà di punti di vista a fronte della ricchezza, della numerosità ed eterogeneità del materiale raccolto dai diversi operatori partecipanti. È stato pertanto stimolante interrogarsi sulle caratteristiche che definiscono una "buona prassi" e sugli aspetti metodologici del "lavoro per progetti". Lo sviluppo e l'approfondimento di queste tematiche ha permesso al gruppo di com-

prendere cosa rappresenti una "buona prassi" all'interno di un progetto e, viceversa, quali dimensioni di un progetto facciano di una prassi una cosiddetta "buona prassi". Il confronto su tali riflessioni ha rappresentato il vero e prezioso contributo emerso dal lavoro svolto. Cosa emerge dall'analisi dei numerosi progetti e delle "buone prassi" analizzati? Che, anche in questa dimensione progettuale all'interno dell'ambito ospedaliero, il lavoro dell'Assistente sociale si caratterizza fortemente per la sua capacità di creare contaminazioni, di mettere in rete. A tale proposito, appare anche evidente come la definizione di un progetto rappresenti solo una sorta di epi-fenomeno. In realtà larga parte del risultato in questa area è espresso in termini di processi che l'Assistente sociale è in grado di attivare, promuovere ed accompagnare. Riprendendo la riflessione relativa all'Assistente sociale ospedaliero come operatore – per collocazione e *forma mentis* - intrinsecamente orientato al la-

voro di rete, è apparsa chiara la contrapposizione fra efficacia ed efficienza: essere "agenti di rete" spesso significa trovarsi nella condizione di agire nella direzione dell'attivazione delle migliori risorse possibili in relazione al raggiungimento del miglior risultato possibile, ma significa anche agire nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse esistenti. Parlare di "processi di rete" ha inoltre una ricaduta anche in termini di trasferibilità di quanto raccolto tramite l'analisi dei progetti. Se il prodotto più significativo dei lavori analizzati è soprattutto il processo e non tanto il progetto che lo ha originato, allora questo bagaglio di competenze tipiche della professione può avere un altissimo grado di applicabilità anche a fronte di realtà diverse. Non si tratta quindi della possibilità di replicare progetti, ma di riprodurre i modelli operativi che li hanno fatti funzionare, modelli che solitamente hanno in sé un forte potenziale auto-adattivo. ■

Gruppo di lavoro NORMATIVA D'AREA

Referente del gruppo

Chiara Laratta:
DSM /A.O. Legnano (MI)
chiara.laratta@ao-legnano.it

Nicoletta Squartini:
Fond. Don Gnocchi – Milano
nsquartini@dongnocchi.it

Coordinamento Re.SSPO

Franco Caspani:
franco.caspani@tin.it
COF Lanzo Hospital- Lanzo Intelvi (CO)

COGNOME e NOME

Arigoni Annamaria

Crosato Francesca

Fiorani Giannina

Monza Sabrina

Musolino Alessandro

Mascazzini Elena

Palmieri Silvia

Pezzali Simona

Re Elisabetta

Rubini Lucia

Simoncelli Graziella

Zappa Carmen

ENTE di APPARTENENZA

Ospedale S. Raffaele - Milano

A.O. Sant'Anna - Como

DSM /A.O. della Provincia di Pavia

A.O. Sant'Anna - Como

A.O. Sacco - Milano

Fondazione IRCCS Ca' Granda - Milano

DSM /A.O. Legnano (MI)

DSM /A.O. C.Poma - Mantova

A.O. Istituti Ospitalieri - Cremona

DSM /A.O. Salvini – Garbagnate (MI)

DSM /A.O. C.Poma - Mantova

Fondazione IRCCS Ca' Granda - Milano

INDIRIZZO MAIL

arigoni.annamaria@hsr.it

ass.sociali.co@hsacomo.org

giannina_fiorani@ospedali.pavia.it

ass.sociali.co@hsacomo.org

musolino.alessandro@hsacco.it

elena.mascazzini@policlinico.mi.it

silvia.palmieri@ao-legnano.it

simona.pezzali@aopoma.it

e.re@ospedale.cremona.it

lrubini@aogarbagnate.lombardia.it

graziella.simoncelli@aopoma.it

carmen.zappa@policlinico.mi.it

Il Gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro "Normativa d'Area" ha identificato, in ordine di priorità, i seguenti obiettivi da perseguire quale peculiarità della propria "mission" :

- la definizione del ruolo professionale dell'**Assistente Sociale** all'interno del sistema nosocomiale, attraverso la disamina dei testi normativi che, nel tempo, hanno determinato l'attuale assetto organizzativo della rete dell'assistenza ospedaliera;
- l'analisi della declinazione in ambito regionale della legislazione nazionale, al fine di identificare le "buone prassi" normative che più compiutamente definiscono funzioni e competenze dell'Assistente Sociale nel sistema dei servizi sanitari territoriali.

Relativamente al primo obiettivo, l'analisi della legislazione specifica di settore ha evidenziato come tale valutazione non possa prescindere dalla più generale declinazione della collocazione del Servizio Sociale professionale all'interno del sistema sanitario nazionale.

La specifica normativa d'area, infatti, quando per la prima volta ha previsto la possibilità di istituire "servizi di assistenza [...] sociale" (L. 132/68 e DPR 128/69) e la sua collocazione all'interno dell'organizzazione ospedaliera - individuando nelle Assistenti Sociali gli operatori ad essi preposti ed annoverandoli tra il personale sanitario ausiliario - ha eluso di definirne la peculiarità dei contenuti professionali, individuandone genericamente la finalità nel "trattare [...] problemi psico-sociali dei pazienti" .

La declinazione dei compiti propri del Servizio Sociale Professionale in ambito ospedaliero in senso lato, può essere altresì dedotta dalla specifica collocazione che la figura dell'Assistente Sociale riveste all'interno della legislazione che norma specifici settori e/o servizi interni all'organizzazione ospedaliera (Stroke Unit, Cure Palliative, etc.).

In realtà, la specificità di funzione dell'Assistente Sociale viene meglio dettagliata dalla riforma del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/78) - preceduta, altresì, da specifica normativa d'area quale quella relativa all'istituzione dei consultori familiari (L. 405/75), dei Servizi per le Tossicodipendenze (L. 685/75) etc. - da cui si vince il ruolo di pro-

mozione del benessere sociale degli individui, svolto attraverso le competenze specialistiche da tale professionista.

Questo concetto - espresso da prima in forma embrionale - si delinea più dettagliatamente con il D. Lgs 229/99 ed i successivi DPCM 14/2/01 e 29/11/01 con cui vengono istituiti i LEA e nei quali viene teorizzato il principio delle "prestazioni socio-sanitarie integrate" come "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale [...]", attribuendo pertanto al concetto di "salute" una valenza olistica che consideri contestualmente la dimensione clinico-sanitaria e quella socio-relazionale dell'individuo.

Riguardo al secondo obiettivo identificato dal gruppo di lavoro, la disamina dei testi normativi regionali ha evidenziato come l'eterogeneità con cui i riferimenti normativi nazionali sono stati declinati in ambito locale abbia prodotto un'elevata frammentarietà ed una evidente disomogeneità sul territorio nazionale rispetto alle prestazioni fruibili dai cittadini, sulla base della residenza geografica degli stessi.

RACCOLTA GENERALE DELLA LEGISLAZIONE RELATIVA AL SERVIZIO SANITARIO ED ALLE AREE IN CUI OPERA L'ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERO IN REGIONE LOMBARDIA

1. LEGISLAZIONE NAZIONALE

1.1 L. 12 febbraio 1968, n. 132

Enti Ospedalieri e assistenza ospedaliera

CONTENUTI GENERALI

Definisce compiti, struttura e amministrazione degli enti ospedalieri. Norma la programmazione regionale ospedaliera, l'ordinamento dei servizi e del personale.

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 22 Ospedali generali provinciali [...] Possono inoltre avere: servizi di recupero e rieducazione funzionale, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi di dietetica, **servizi di assistenza sanitaria e sociale.**

Art. 39 Personale degli enti ospedalieri [...] Il personale sanitario ausiliario è costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici dell'infanzia, dalle **Assistenti Sociali**, dai terapisti della riabilitazione, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici.

1.2 DPR 27 marzo 1969, n. 128

Ordinamento interno di servizi ospedalieri

CONTENUTI GENERALI

Fornisce indicazione sull'organizzazione, le funzioni, e gli organici dei servizi presenti all'interno della struttura ospedaliera.

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 28 Servizi di assistenza sanitaria e sociale Gli ospedali regionali e provinciali possono istituire servizi distinti di assistenza sanitaria e di assistenza sociale in favore degli assistiti cui sono addetti rispettivamente assistenti sanitarie visitatrici e **Assistenti Sociali.**

La dotazione organica di tale personale è stabilita dal consiglio di amministrazione, sentito il parere del consiglio dei sanitari e delle organizzazioni sindacali interessate.

Art. 43 Personale di assistenza medico-sociale Comma 1 - L'attività **dell'Assistente Sociale** è rivolta a trattare, in collaborazione con il personale sanitario, con il personale di assistenza diretta e con gli altri servizi ospedalieri, i problemi psico-sociali degli assistiti.

NOTE

Nella sezione I (art. 37 e 38) si fa riferimento a "personale laureato dei ruoli speciali delle carriere direttive" dove compaiono biologi, chimici, fisici, ingegneri architetti e agronomi.

Analogo carriera non era prevista per le **Assistenti Sociali** e non lo è neppure oggi pur in presenza di un diploma di laurea.

1.3 I^A RIFORMA SANITARIA

L. 23 dicembre 1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

CONTENUTI GENERALI

Tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività attraverso l'istituzione del SSN.

Tra gli obiettivi è prevista la formazione professionale permanente degli operatori del SSN.

Viene superato il sistema precedente fondato sull'assistenza mutualistica. Al posto delle mutue subentrano le Regioni e i Comuni. La struttura istituzionale del Servizio sanitario prevede infatti una triplice ripartizione:

- allo Stato restano le funzioni di indirizzo e coordinamento
- alle Regioni vengono affidate la programmazione, organizzazione e controllo mentre i Comuni hanno la diretta responsabilità della gestione dei servizi;
- alle Province sono demandate mansioni di minor rilievo, quali la localizzazione dei presidi sanitari e il parere sui limiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali;
- Vengono definite le funzioni dello Stato e delle Regioni e definita l'organizzazione territoriale attraverso le Unità Sanitarie Locali.

Vengono fissati i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini attraverso il Piano Sanitario Nazionale.

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 1, com. 4 "Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività"

Art. 11, com. 2a Le leggi regionali devono [...] "coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni"

Art. 11, com. 5 "Le regioni, sentiti i comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei **Servizi Sociali.**"

Art 15, com. 10 "La legge regionale stabilisce altresì norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i **Servizi Sociali** esistenti nel territorio."

1.4 DPR 20 dicembre 1979, n. 761

Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali

CONTENUTI GENERALI

Fornisce disposizioni in merito ai ruoli del personale addetto ai presidi, ai servizi ed uffici delle unità sanitarie locali e sullo stato giuridico del personale.

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 1 Articolazione dei ruoli [...] appartengono al ruolo tecnico i dipendenti che esplicano funzioni inerenti ai servizi tecnici di vigilanza e di controllo, generali o di **Assistenza Sociale** [...]

Art. 4 Ruolo tecnico Il ruolo tecnico è ripartito in distinte tabelle a seconda che sia richiesto, per il relativo inquadramento, rispettivamente il possesso di un diploma di laurea, oppure di una specializzazione professionale e tecnica di grado superiore, oppure di una specializzazione professionale e tecnica di grado medio, oppure di una qualificazione professionale e tecnica di grado inferiore. Il personale laureato del ruolo tecnico è classificato in tre posizioni funzionali.

Gli **Assistenti Sociali** sono classificati in due posizioni funzionali.

1.5 DPCM 8 agosto 1985

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 833/78

CONTENUTI GENERALI

Definizione delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario; esclusione dal fondo sanitario nazionale di varie prestazioni riguardati l'assistenza sanitaria e psicopedagogica del bambino, alcune attività consultoriali, alcune tipologie di ricoveri in strutture diverse da quella ospedaliera; flussi informativi sulle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario.

1.6 II^ RIFORMA SANITARIA

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Con la II^ riforma sanitaria si individua il percorso delle tre "A":

AUTORIZZAZIONE – ACCREDITAMENTO - ACCORDO CONTRATTUALE.

Autorizzazione per la realizzazione di strutture e per l'esercizio dell'attività sanitaria.

Accreditamento indispensabile per poter operare per conto del servizio sanitario.

Accordo contrattuale per la remunerazione delle prestazioni erogate

CONTENUTI GENERALI

Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza; l'USL è azienda e si configura come ente strumentale della regione dotato di personalità giuridica pubblica; individuazione da parte delle regioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri; disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali; finanziamento, istituzione del fondo sanitario nazionale e autofinanziamento regionale; partecipazione e tutela dei diritti del cittadino con l'introduzione di un sistema di indicatori di qualità dei servizi, viene favorita la presenza del volontariato all'interno delle strutture pubbliche.

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 3, com. 1 bisogno socio sanitario delle comunità locali

Art. 3, com. 3 gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli enti locali

Art. 3, com. 4 Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei **Servizi Sociali**, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma."

D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

CONTENUTI GENERALI

Competenze statali: adozione del PSN per indicare gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, le linee generali di indirizzo del SSN, i livelli di assistenza uniformi compatibilmente con le risorse disponibili, i progetti obiettivi da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei **servizi socio assistenziali** degli enti locali.

Competenze regionali: funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività di tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle USL e delle AO, attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni.

Totale autonomia alla conduzione manageriale dell'USL associata a criteri di valutazione e verifica dei risultati, all'assunzione del rischio da parte di chi è responsabile dei risultati; articolazione territoriale delle USL, coincidente con l'ambito provinciale, in distretti.

Organi delle USL: Direttore generale, Collegio di Revisori, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Coordinatore dei **Servizi Sociali** (o Direttore Sociale), Collegio dei Sanitari con funzioni di consulenza obbligatoria in materia tecnico sanitaria, Sindaco o Conferenza dei Sindaci per assicurare il legame con la comunità locale.

Aziende Ospedaliere e Presidi Ospedalieri: prevede la co-

stituzione in azienda (personalità giuridica pubblica, autonomia e organi come le aziende sanitarie locali – soggetti di diritto e non più strutture strumentali) degli ospedali con certe caratteristiche (presenza di tre strutture di alta specialità, organizzate in dipartimenti, assistiti provenienti da altre regioni, collegamento alla rete di assistenza con eliporto, policlinici universitari). Tutti gli altri ospedali restano presidi dell'azienda sanitaria ma con maggiore autonomia (contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda sanitaria, organizzazione dipartimentale). Istituzione di Dipartimenti di prevenzione presso ogni Usl. Viene sancita la libera scelta dell'assistito e la possibilità attraverso forme integrative di assistenza sanitaria, di ricevere prestazioni sanitarie aggiuntive.

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 4 punto e

Le Regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei **Servizi Sociali** in analogia alle disposizioni previste per il direttore sanitario e amministrativo.

1.7 D.P.R. 14 gennaio 1997

Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (Ospedaliere ed extraospedaliere)

CONTENUTI GENERALI

Art 2 – Definizione dei requisiti [...] Le Regioni determinano gli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private (verifica triennale)

[...] nella determinazione dei requisiti ulteriori, le regioni si attengono ai seguenti criteri generali, volti ad assicurare:

- l'accreditamento delle strutture in relazione alle scelte di programmazione regionale;
- un regime di concorrenzialità tra strutture pubbliche e private finalizzato alla qualità delle prestazioni sanitarie e secondo il criterio di uguaglianza dei diritti e dei doveri delle diverse strutture, quale presupposto per la libera scelta da parte dell'assistito;
- controllo di qualità anche con riferimento agli indicatori di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni;

CONTENUTI SPECIFICI

Oltre ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali, le strutture devono possedere, in relazione alla specificità del presidio, alcuni requisiti organizzativi minimi specifici: alcuni di questi fanno riferimento alla presenza di personale di “**Assistenza Sociale**” all’interno di équipe multi professionali o comunque alla necessità di integrazioni funzionali tra l’ambito sociale e quello sanitario.

1.8 III^ RIFORMA SANITARIA

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n° 229 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1988, n. 419

CONTENUTI GENERALI

Il D.Lgs. 229/1999 in linea con il processo di decentramento amministrativo in atto ha rafforzato il ruolo delle Regioni in ambito sanitario in coerenza con il D.Lgs. 112/1998 che conferisce alle Regioni la generalità delle funzioni in materia sanitaria.

Gli aspetti salienti di questo nuovo assetto normativo possono essere indicati nella:

1. Valorizzazione delle Regioni alle quali spetta:

- la definizione degli ambiti territoriali, l’organizzazione, i compiti delle Aziende/Unità Sanitarie Locali;
- l’elaborazione di proposte per la predisposizione del PSN;
- l’adozione del PSR (Piano sanitario regionale);
- la progettazione di nuove strutture e di servizi ospedalieri;
- l’accreditamento delle strutture pubbliche o private autorizzate a fornire prestazioni per conto del SSN;
- la ripartizione e l’erogazione delle risorse finanziarie ad ogni AUSL (AUSL o più semplicemente ASL);
- l’attuazione delle norme relative allo stato giuridico del personale unitamente alle norme per l’iscrizione nei ruoli nominativi regionali;
- la proposta di forme di sperimentazione gestionale tra strutture del SSN e soggetti privati.

2. Rafforzamento del ruolo dei Comuni nella fase di programmazione che si sviluppa a diversi livelli con il piano sanitario nazionale, col piano sanitario regionale, nei piani attuativi locali, nel programma delle attività territoriali. I Comuni inoltre svolgono un’azione di controllo esprimendo pareri sulla conferma o revoca del Direttore Ge-

nerale dell’ASL e dell’AO e in relazione allo stato di attuazione dei Piani attuativi locali.

Una ulteriore funzione svolta dai Comuni riguarda il rilascio delle necessarie autorizzazioni nell’ambito di attività dirette alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie.

3. Previsione di programmi e poteri sostitutivi: il Governo interviene in luogo delle Regioni inadempienti in alcuni casi specifici come quello dell’adozione del PSR mediante nomina di *Commissari ad acta*.

4. Partecipazione dei cittadini: all’adozione del PSR è prevista la partecipazione dei cittadini attraverso le formazioni sociali.

5. Integrazione sociosanitaria: il decreto si preoccupa di garantire assistenza a quei soggetti deboli come bambini, anziani, tossicodipendenti, malati di AIDS e portatori di handicap che necessitano di interventi incrociati in campo medico e sociale.

6. Aziendalizzazione del sistema sanitario: le AUSL sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato. Sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio e agiscono con atti di diritto privato.

7. Articolazione in distretti dell’AUSL: salvo che le Regioni non dispongano diversamente il distretto comprende un territorio con una popolazione non superiore a 60.000 abitanti.

8. Accreditamento istituzionale: possono erogare servizi e prestazioni assistenziali per conto del SSN le strutture pubbliche o private che abbiano ottenuto una sorta di attestazione di qualità da parte della Regione definita accreditamento.

9. Individuazione delle tariffe per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate: i criteri di remunerazione previsti dal decreto sono due:

- un finanziamento calcolato in base al costo standard di produzione del programma di assistenza attribuito per l’erogazione di alcuni precisi servizi non quantificabili in relazione alla singola prestazione (programmi per patologie croniche di lunga durata, prevenzione, assistenza a malattie rare, sperimentali di assistenza, trapianti d’organo, ecc.)
- la remunerazione in base a tariffe predefinite a livello centrale dal Ministero e a livello locale dalle Regioni per quanto riguarda i ricoveri per acuti e le prestazioni di assistenza specialistica (DRG: *desease related group*).

10. Sperimentazioni gestionali: le Regioni possono proporre programmi di sperimentazione di nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati anche mediante costituzione di società a capitale misto pubblico e privato.

11. Istituzione di fondi integrativi: tali fondi sono destinati a potenziare l’erogazione di prestazioni aggiuntive superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN purché fornite da strutture e da professionisti accreditati col SSN.

12. Riforma della dirigenza sanitaria: viene istituito un unico ruolo distinto per profili professionali ed in un unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. Il ruolo di primario è soggetto a verifica ogni 5 anni. Il rapporto di lavoro è caratterizzato dall’esclusività fra medici e SSN e l’esercizio della libera professione intramuraria è compatibile con il rapporto di lavoro esclusivo con il SSN.

13. Formazione continua: costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista (ECM).

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 3-septies Integrazione sociosanitaria

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L’atto di indirizzo e coordinamento [...] da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della Sanità e del Ministro per la Solidarietà Sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le pre-

stazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria [...] e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle Aziende Sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La Regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e il Ministro per la Funzione Pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3-*quinquies*, comma 1, lettera c), le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

1.9 L. 10 agosto 2000 n. 251

Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

CONTENUTI GENERALI

Autonomia tecnico-professionale dello svolgimento delle

attività; funzioni individuate dai profili professionali e dai codici deontologici; ruolo di sviluppo, valorizzazione e responsabilizzazione delle professioni da parte dello Stato e delle Regioni; ruolo Ministero della Salute di emanazione di linee guida per l'attribuzione di responsabilità, gestione attività, revisione organizzazione del lavoro; formazione universitaria; ruolo del Governo di definizione della disciplina concorsuale per l'accesso alla "nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario".

CONTENUTI SPECIFICI

Art. 6 com. 2 [...] Le Regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art. 7 com. 2 Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

MODIFICHE alla L.251/2000

L'art. 2 -*sexies* della **legge 26 maggio 2004, n. 138**, intitolata "Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica", ha modificato l'art. 7 comma 2 della legge n. 251/2000, inserendo dopo le parole "legge 26 febbraio 1999, n. 42", le seguenti: "e per le professioni di **Assistente Sociale**". Pertanto, questa modifica apre la disciplina contrattuale degli incarichi dirigenziali anche agli **Assistenti Sociali** tra le categorie professionali nei cui confronti la stessa norma trova applicazione.

L'art. 1-*octies* della **legge 3 febbraio 2006, n. 27** intitolata "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 5 dicembre 2005, n. 250, recante misure urgenti in materia di università, beni culturali ed in favore di soggetti affetti da gravi patologie, nonché in tema di rinegoziazione di mutui" interviene a modificare l'art. 7 comma 1 della legge n. 251/2000, nel primo periodo, dopo le parole: «possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica» sono inserite le seguenti: «e il **Servizio Sociale Professionale**» e, nel secondo periodo, dopo le parole: «con un appartenente alle profes-

ni di cui all'articolo 1 della presente legge» sono inserite le seguenti: «nonché con un appartenente al **Servizio Sociale Professionale**». Pertanto, **viene disciplinata la possibilità di istituire il Servizio Sociale professionale con eventuale attribuzione dell'incarico di dirigenza ad una figura appartenente al Servizio Sociale Professionale.**

2. NORMATIVA PER SETTORE DI INTERVENTO

2.1 HOSPICE

L'Hospice in Lombardia è un servizio sia ospedaliero che residenziale (residenza socio-sanitaria per pazienti terminali) che ospita persone non assistibili presso il proprio domicilio, in fase avanzata / terminale di una malattia ad andamento irreversibile, non più suscettibile di trattamenti finalizzati alla guarigione o al contenimento della progressione della malattia (non solo oncologica). Obiettivo principale è accompagnare la persona e la sua famiglia in questa fase della vita, nel pieno rispetto della dignità del paziente terminale, mediante il migliore controllo del dolore e dei sintomi fisici e psichici rilevanti per la qualità della vita.

Le caratteristiche ed i requisiti minimi che devono essere rispettati da un Hospice inserito nella Rete assistenziale "pubblica" sono riportati nella seguente normativa nazionale e regionale:

LEGISLAZIONE NAZIONALE DI RIFERIMENTO

- **Legge n. 39 del 26 febbraio 1999** "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative"
- **DM del 28 settembre 1999**, attuativo della Legge n. 39/99
- **DPCM del 20 gennaio 2000** "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i Centri residenziali di cure palliative"
- **Accordo del 19 aprile 2001 della Conferenza Unificata** sul "Documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative"
- **DPCM del 29 novembre 2001** "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", dove è stato stabilito di inserire le cure palliative nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- **DM del 21 dicembre 2001** che ha istituito il Comitato Cure Palliative
- **DM del 12 aprile 2002** che ha istituito il Comitato sull'Ospedalizzazione Domiciliare

- **Accordo del 13 marzo 2003 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano** sul documento recante "Indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate"
- **Il 22 febbraio 2007 è stato approvato il Decreto del Ministero della Salute n. 43** "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
- **Legge 15/03/2010 n. 38** "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

DPCM 20 gennaio 2000

Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative.

Requisiti minimi organizzativi.

[...] Il Centro residenziale di cure palliative, per la programmazione e la erogazione delle prestazioni si avvale di équipes multiprofessionali costituite da personale medico, infermieri, psicologi, operatori tecnici dell'assistenza nonché da operatori socio-sanitari, **Assistenti Sociali** e altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche.

CONFERENZA STATO-REGIONI

Seduta del 13 marzo 2003

OGGETTO: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui documenti recante: "Indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate."

Tra gli indicatori di specifico interesse il seguente:

Numero di ore dedicate dagli assistenti sociali alle attività di cure palliative / popolazione potenziale

Definizione: rapporto tra il numero delle ore annue dedicate, in maniera esclusiva, dagli **Assistenti Sociali** alle attività di cure palliative, nell'ambito del territorio della Azienda USL, e la popolazione teorica da assistere.

Significato: l'indicatore esprime il tempo lavorativo in ore dedicato ai pazienti terminali dagli **Assistenti Sociali** facenti parte l'équipe delle cure palliative.

Livello di applicazione: l'indicatore è di interesse sia Aziendale che Regionale

NORMATIVA REGIONALE

- **DGR 30/11/98, n. 39990:** "Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative"
- **DGR 7/4/03, n. 12619** relativa all'aggiornamento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli hospice
- **DGR 6/8/08, n.7933**

DGR 12619/2003

"Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture residenziali per pazienti terminali, altrimenti detti hospice" (attuazione dell'art. 14 comma 3 e 4 l.r. 11.07.1997)

Questo atto conferma il recepimento dei requisiti minimi autorizzativi per il funzionamento stabiliti dal DPCM 20.01.2000 come previsto nella DGR 1884/2000.

Nell'allegato B, avente ad oggetto gli standard di assistenza prescritti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento degli hospice espressi in minuti settimanali per ospite, per l'**Assistente Sociale** vengono previsti 35'/settimana/ospite.

2.2 STATI VEGETATIVI

Gruppo di lavoro istituito con D.M. 15 ottobre 2008

"STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA"

Epidemiologia, evidenze scientifiche e modelli assistenziali. Istituito con la finalità di riorientare le professionalità mediche e sanitarie, sociali e assistenziali, ad una capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni di salute e di assistenza, di interlocuzione pronta, di intervento preventivo, di azioni curative e riabilitative.

Si propone di organizzare un "sistema esperto" integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio", con forte radicamento territoriale.

Accordo Conferenza Stato-Regioni del 5 maggio 2011

"LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA"

"L'esigenza di prendere in esame e mettere definitivamente a fuoco un percorso assistenziale specificatamente dedicato alle persone in condizione di SV è strettamente

collegata all'evidente impatto sociale che esse determinano [...]."

Si conviene sulla necessità, partendo da quanto già attuato in termini di esperienze positive, di definire con atto formale lo specifico percorso assistenziale, da trasferire poi all'interno della carta dei servizi.

Tale percorso dovrà essere comunicato con chiarezza alle famiglie in modo di accompagnarle in tutte le fasi favorendo anche processi di empowerment.

Dovrà prevedere tipo di assistenza e relativa organizzazione con particolare attenzione ai passaggi da una fase all'altra del percorso stesso e alle modalità di dimissione protetta.

Viene confermata la necessità della presenza all'interno delle strutture riabilitative di **"Assistenza Sociale"** per le connessioni con le strutture territoriali.

REGIONE LOMBARDIA - DGR N. 6220 DEL 19/12/07 **"Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario"**

Le persone in stato vegetativo in regione Lombardia possono accedere, dopo la fase acuta nei reparti di rianimazione, ad un periodo di ricovero in riabilitazione specialistica fino ad massimo di 180 giorni e successivamente, a seconda del quadro clinico e del tessuto familiare e sociale, rientrare al domicilio (con contributo economico per l'assistenza) o giungere ad un ricovero in struttura residenziale (a totale carico economico della regione).

Per il ricovero residenziale vige la normativa che segue.

Modelli di assistenza

Le persone in Stato vegetativo, incluse nelle **Tipologie A, B, C e D**, devono ricevere diversi livelli di assistenza espressi in minuti.

I minuti di assistenza indicati sono raggiunti attraverso il coinvolgimento di una équipe dedicata che prevede anche l'**Assistente Sociale**.

2.3 CENTRO EPILESSIA

REGIONE L. - DGR N. 44195 DEL 20/06/1989 **"Completamento della rete regionale dei centri per l'epilessia istituita con deliberazione del consiglio regionale del 3 Giugno 1986 n. IV/282"**

- Assegnare ai nuovi centri delle dotazioni di personale

ed attrezzature e conseguenti autorizzazioni all'ampliamento delle piante organiche.

- Approvare per ognuno dei nuovi centri istituiti le assegnazioni di personale e di strumentazione nelle quantità, secondo le tipologie, con le destinazioni di cui agli allegati B1 e B2 che costituiscono parte integrante della presente deliberazione.

ALLEGATO B1

UNITA' DI PERSONALE ASSEGNATO:

1 assistente

1 **Assistente Sociale**

1 psicologo

1 addetto di segreteria

2 infermieri professionali

5. formazione e aggiornamento del personale e educazione sanitaria:

- b) corsi di formazione e aggiornamento per personale paramedico (infermieri, tecnici NFP, **assistenti** sanitari e **sociali**) [...]

2.4 FIBROSI CISTICA

REGIONE L. - DGR N. 62492 DEL 30/12/94

"Compiti e funzioni del centro regionale di riferimento per la prevenzione e la diagnosi della fibrosi cistica"

punto 3 com. 4

Servizio psico-sociale per la prevenzione e il trattamento delle gravi conseguenze che la presenza di una patologia cronica di tale rilievo ha nei rapporti familiari e sociali.

2.5 STROKE UNIT

REGIONE LOMBARDIA – Decreto DG N. 10068 DEL 18/09/08

"Organizzazione in rete e criteri di riconoscimento della Unità di Cura Cerebrovascolari (UCV - STROKE UNIT)"

Viene decretata l'approvazione del documento "Organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle Unità di Cura Cerebrovascolari (UCV - Stroke Unit)" quale importante supporto tecnico-organizzativo da destinare alle AO e alle ASL in quanto definisce l'organizzazione in rete e i criteri di riconoscimento delle stroke unit nella Regione Lombardia.

Tra il personale considerato indispensabile per una efficace

presa in carico del paziente oltre al medico, agli infermieri, agli OSS ed ai terapisti della riabilitazione è menzionata l'**Assistente Sociale** per la presa in carico delle necessità sociali assicurate con una presenza di almeno 300 ore corrispondenti ad 1 ora a paziente nell'arco della degenza. **La presenza dell'Assistente Sociale fa parte dei criteri per il primo livello di accreditamento, sottoposti a periodici controlli di qualità.**

2.6 PSICHIATRIA

L.36/1904 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati. "

R.D. 615/1907 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati

L. 431 18/3/1968 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica": concetto di psichiatria di territorio, aumento di personale medico paramedico in manicomio e attenuazione del controllo sociale

L. 180 13/5/1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" e successive integrazioni nella L. 833/78: superamento dell'ospedale psichiatrico, regionalizzazione dell'assistenza psichiatrica

Progetto Obiettivo Regione Lombardia tutela Socio-sanitaria dei malati di mente 25/7/1984. Sviluppo della rete dei servizi psichiatrici. Stabilisce l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e gli standard di personale

LR 67 31/12/1984 Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici

LR 72 7/6/1985 Aggregazione funzionale delle USSL al fine di costituire i dipartimenti di salute mentale e le unità operative di psichiatria e di individuare i presidi psichiatrici. È la prima modalità di integrazione tra gli interventi sanitari e socio-assistenziali e struttura la rete dei servizi.

LR 47 16/9/1988 Organizzazione e funzionamento del dipartimento di salute mentale. Prevede 1 **Assistente Sociale** ogni 50.000 abitanti.

Progetto Obiettivo Nazionale 1994/96 Criteri organizzativi nel DSM è previsto 1 operatore ogni 1500 abitanti (tra medici, psicologi, infermieri, terapisti occupazionali e di riabilitazione, sociologi, **Assistenti Sociali**, educatori professionali, ausiliari, operatori tecnici di assistenza, personale amministrativo).

Progetto Obiettivo Regionale Tutela Socio-sanitaria dei malati di mente 1995/97. Sistema informativo puntuale e completo, continua il processo di accre-

ditamento delle strutture Unità Operativa di Psichiatria (UOP) e Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA). Definisce UOP e dotazione di personale, protocolli per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Prevede 1 Centro Psico-Sociale (CPS) ogni 100.000 ab., 1 posto letto in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) ogni 10.000 ab.

DGR 6/8/1998. Definizione requisiti e indicatori per l'accreditamento di strutture sanitarie

DGR 11/8/ 1998 Costituzione dei DSM in tutte le Aziende Ospedaliere

DPR 10/11/1999 Progetto Obiettivo Nazionale Tutela salute mentale 1998/2000. Servizi su tutto il territorio, l'organizzazione del DSM prevede servizi territoriali, ospedalieri, semi-residenziali e residenziali. Prevede un collegamento con i servizi confinanti (medicina di base, scolastica,CF, **Servizi Sociali**, NPI) ai fini di un intervento diretto sul territorio. Superamento definitivo dell'Ospedale Psichiatrico (OP). Istituzione Nucleo Valutazione e Miglioramento di Qualità e istituzione della Carta dei Servizi. **Piano Sanitario Nazionale 1998/2000.** In merito alla salute mentale ribadisce il superamento dell'OP, il modello dipartimentale su tutto il territorio nazionale, prevede la riconversione di strutture e risorse, prevede un aiuto alle famiglie, all'età evolutiva e la riqualificazione del personale dell'OP.

L.R. 31/1997. Norme per il riordino del SSR e la sua integrazione con i **Servizi Sociali** prevede la differenziazione tra ASL e AO. Parità di erogazione e diritti tra soggetti pubblici e privati; libertà di scelta del cittadino, da qui la separazione tra soggetti erogatori di prestazioni (AO e privati accreditati) e soggetti garanti della salute dei cittadini acquirenti delle prestazioni stesse (ASL).

Piano Socio Sanitario Nazionale 2002/2004. Prevede lo sviluppo di una psichiatria di comunità, il DSM ha 2 obiettivi: libertà di scelta e trattamento di pazienti gravi.

Piano socio Sanitario regionale 2002/2004 e DGR 7/17513 del 17/5/2004 Piano regionale triennale per la salute mentale in attuazione al Piano socio sanitario regionale 2002/2004. Ribadiscono i principi di libertà di scelta e parità tra i soggetti erogatori; il lavoro per progetti con la differenziazione tra consulenza, assunzione in cura e presa in carico, cioè trattamento integrato (PTI); affronta aspetti assistenziali della disabilità a rilievo psichiatrico e problematiche di confine. Obiettivi: promozione della salute mentale attraverso l'integrazio-

ne tra servizi sanitari e sociali con particolare attenzione ai pazienti gravi e con bisogni complessi (PTI), percorsi territoriali per favorire la psichiatria di comunità anche con la rete informale; sinergie intra e inter dipartimentali; attivazione Organismo di Coordinamento della Salute Mentale (OCSM) a livello ASL, a livello di Distretto Socio Sanitario (DSS) i tavoli tecnici con intese distrettuali di programma, a livello di CPS attraverso équipe e PTI; ridefinizione modelli per la residenzialità psichiatrica, nuove forme di assistenza per nuove forme di finanziamento. Nel DSM operano tre discipline: psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia; DSM definito struttura organizzativa e interdisciplinare e organo di coordinamento e governo per garantire unitarietà e integrazione di servizi per la salute mentale. Mission DSM: costanza nella presa in carico del paziente grave, continuità terapeutica e investimento nelle équipe di lavoro (le cui funzioni sono: clinica, terapeutica, assistenziale, integrazione ed approccio multi-professionale, intermediazione). L'OCSM serve per creare una comunità per la salute mentale, è istituito dalle ASL in intesa con le AO, Comuni e terzo settore, ne fanno parte direttore DSM, direttore Dipartimento ASSI/ASL, rappresentanti servizi accreditati, volontariato, associazionismo, dirigenti comunali; deve attivare i tavoli a livello di DSS. Residenzialità: il Centro di Recupero Territoriale (CRT) diventa Comunità Riabilitativa ad alta intensità (CRA) con programmi ad alta intensità riabilitativa per un massimo di 18 mesi rivolti a persone con età massima di 50 anni; la Comunità Protetta (CP) diventa CPA ad alta copertura assistenziale massimo 36 mesi anni 65; la CP media protezione diventa CPM massimo 36 mesi 65 anni; la CP a bassa protezione diventa casa alloggio, casa famiglia, appartamento autonomo, residenzialità leggera (quest'ultima diventa l'area sociale fuori dall'accreditamento). In via sperimentale su alcuni territori sono previste Comunità Riabilitative a Media intensità assistenziale (CRM) con programmi riabilitativi ad alta/media protezione massimo 24 mesi.

Piano Socio sanitario 2007 /2009. Ribadisce quanto sopra e indica alcuni obiettivi: percorsi territoriali di cura, ridefinizione dei modelli della residenzialità, finanziamento di programmi innovativi con forme di collaborazione tra pubblico e privato.

DGR VIII/4221 del 28/2/2007 Riordino della residenzialità psichiatrica. Il funzionamento delle strutture viene considerato in base a: il livello di intensità terapeutico riabilitativa e il grado di intervento assistenziale

offerto. Programmi residenziali a livello riabilitativo: bassa intensità riabilitativa (durata degenza non stabilita); media intensità riabilitativa (durata degenza massima 36 mesi); alta intensità riabilitativa (durata degenza massima 18 mesi) programma post acuzie (3 mesi). Il programma riabilitativo viene steso dalla UOP inviante in base al PTI e viene formulato il Piano Terapeutico Riabilitativo (PTR). Alta intensità riabilitativa viene erogata da CRA e CRM sperimentali. Nell'area assistenziale si erogano programmi a media intensità riabilitativa, le strutture deputate sono CPA e CPM. Area residenzialità leggera: si tratta di soluzioni abitative adeguate per i malati e svincolate dall'accreditamento. I programmi sanitari vengono svolti da soggetti accreditati per l'attività di psichiatria (cooperative tipo A) e sono il completamento del percorso riabilitativo della persona.

Sviluppo e innovazione in psichiatria. Linee di indirizzo regionali per il triennio 2009/2011 Prende vita dai 2 documenti precedenti ribadendo il concetto dell'integrazione tra i soggetti che hanno un ruolo nella salute mentale, responsabilizzando ASL, Province e Comuni attraverso il OCSM. Espone dati su pazienti, servizi e personale (-12% **Assistente Sociale** tra il 1999 e il 2005), necessità di sviluppare l'attività territoriale (consulenza MMG, assunzione in cura, trattamento integrato, interventi precoci, inserimento lavorativo), sviluppare la dimensione progettuale dell'assistenza per percorsi di cura (PTI). OCSM disciplinato dalla 19/san 2005 1 ogni macroarea ASL (15) ma ci sono differenze nella collaborazione tra Piani di Zona e DSS, da qui la necessità di attivare tavoli tecnici a livello DSS per la programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale. Per quanto riguarda la acuzie :mantenimento SPDC c/o Ospedale generale, protocolli per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera. Obiettivi area territoriale : Intervento precoce nelle psicosi, inserimento lavorativo, PTI per disturbi gravi, lavoro di rete (facilitatori, aiutanti naturali), trattamento dei disturbi emergenti (negli anziani, alimentazione, disturbi di personalità e quadri complessi). Residenzialità leggera finanziata con fondi regionali specifici per la retta sanitaria, la retta sociale è a carico della persona o del comune (DGR VIII/7861 del 30/7/2008 "Determinazione in ordine alla residenzialità leggera in psichiatria"). Sono stati avviati progetti sperimentali in 6 ASL della regione.

Corso di Formazione Case Manager: riguarda la presa in carico del paziente grave, è rivolto preferibilmente

a Infermieri (1 per CPS) e 1 altro operatore (per DSM) tra educatore professionale e **Assistente Sociale**.

3. CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Viene approfondito il concetto di continuità assistenziale all'interno degli istituti di cura mettendo a confronto le varie realtà del territorio e cercando di evidenziare il ruolo svolto dal **Servizio Sociale** intra ed extra ospedaliero.

3.1 LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale rende esplicito un processo di trasformazione in atto che si traduce nel passaggio da un sistema che si focalizza sulla malattia intesa come fatto patologico e che pone al centro la funzione riparativa del centro ospedaliero, a un sistema che recupera un'accezione più ampia di salute, data dall'integrazione degli aspetti biomedici con tutte le altre variabili sociali.

La continuità assistenziale ha, nella maggior parte dei casi, una forte connotazione sociale, dovuta alla fragilità non solo del soggetto ma anche del contesto familiare e relazionale di supporto alla vita quotidiana.

Il processo di dimissione protetta – continuità assistenziale deve accompagnare la persona garantendo un filo continuo tra domicilio– ospedale –domicilio o casa di soggiorno/RSA, favorendo anche l'integrazione tra **Servizi Sociali** e sanitari.

La dimissione protetta viene attuata quando nel corso della degenza ospedaliera emergono problematiche di natura socio-sanitarie tali da rendere difficile l'ordinaria dimissione a domicilio:

- solitudine, situazioni di disagio e/o emarginazione sociale
- abitazioni inadeguate (presenza di barriere architettoniche, cura inadeguata del domicilio)
- totale o parziale assenza di rete familiare
- convivenza con coniuge anziano, con figlio/a disabile e in tutte quelle situazioni in cui anche il potenziale caregiver è fragile
- difficoltà alle dimissioni dall'ospedale, da parte del paziente e della famiglia nell'affrontare una condizione di salute, differente da quella precedente il ricovero.

La scelta di un appropriato regime assistenziale quale pro-

secuzione della fase post- acuta ed un efficace coordinamento delle attività sanitarie e socio-assistenziali dopo la dimissione permetteranno la riduzione di inappropriati prolungamenti della degenza ospedaliera nonché di ricoveri ripetuti.

Il percorso è strettamente rivolto ad una presa in carico globale del paziente/utente da parte della rete dei servizi ciò per garantire un approccio unitario centrato sulla persona portatrice di bisogni e di risorse reali e/o potenziali. Particolarmente rilevante nelle dimissioni protette è la relazione tra più soggetti: operatori sociali, sanitari, famiglia, volontariato che devono agire in forma integrata in un'ottica di rete.

Precondizione indispensabile per attivare la dimissione protetta è la valutazione della capacità della famiglia a prendersi cura del proprio congiunto, da eseguirsi da parte dell'**Assistente Sociale** (dell'Ospedale o del Distretto o dell'Ente locale).

REGIONE LOMBARDIA

PIANO SOCIO-SANITARIO 2010-2015

Alcuni punti principali contenuti nel nuovo Piano Socio Sanitario regionale 2010-2015 sono: il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza per la cura della cronicità per evitare ricoveri inutili in ospedale e l'attivazione di strutture di ricovero intermedie tra ospedale e domicilio, in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero (low care hospital).

Gli ospedali dovranno diventare sempre più luoghi nei quali i pazienti dovranno permanere il tempo strettamente necessario alla cura della fase acuta. La funzione territoriale dell'ospedale, attuata dai suoi bracci operativi sul territorio, riguarderà l'attività di diagnosi e cura di primo e secondo grado di complessità e l'erogazione di servizi post acuzie intermedie fra l'ospedale e il domicilio (per es. low care hospital). Dovranno anche essere implementati i modelli organizzativi e gestionali in rete per funzioni con lo scopo di realizzare forme di continuità assistenziali, comprendendo anche l'ospedalizzazione domiciliare e forme alternative al ricovero.

Verranno attivate strutture di ricovero intermedie in grado di accogliere i pazienti nella fase post acuta in dimissione ma non eleggibili in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale sociosanitaria.

Sarà promossa inoltre una riforma dei consultori familiari

per sviluppare, accanto alle funzioni sanitarie già proprie, un ruolo sociale ed educativo dei consultori stessi, con l'obiettivo di sostenere la genitorialità, la coesione familiare e la funzione di aiuto per i familiari più fragili.

Saranno anche emanate linee guida operative per garantire un lavoro integrato di rete tra consultori, medici di medicina generale, aziende ospedaliere, comuni, scuole, associazionismo e volontariato.

Esempi di continuità assistenziale in regioni diverse dalla Lombardia:

- **Regione Marche (ASL Fano)**

regolamento dimissioni protette / continuità assistenziale

- **Regione Abruzzo (ASL Pescara)**

linee guida per dimissione in sicurezza del paziente: la dimissione protetta

- **P.A. Trento (Val di Non)**

protocollo di dimissioni protette e continuità assistenziale

3.2 I CeAD (Centro Assistenza Domiciliare)

DGR N. 7010759 del 11-12-2009 "Determinazione in ordine alla realizzazione del Centro per l'Assistenza domiciliare nelle Aziende Sanitarie Locali "

Nuovo Servizio esterno all'Ospedale – gestito da ASL e Comuni che fa riferimento ai provvedimenti:

L.R. 12/3/2003 n. 3 articoli 2, 6 comma 4, 20, 13,
DPEFR approvato con **D.C.R. 29 luglio 2009 n. 870, PO3** punto 5.2.3.1.

DGR 8551 del 3/12/2008

DGR 8243 del 22/10/2008, allegato B

DGR 9152 del 30/3/2009, allegato C

La delibera di Giunta Regionale n. 10759 dell'11/12/2009 ha previsto l'attivazione in ogni distretto/ambito di un Centro di Assistenza Domiciliare, quale luogo di integrazione degli interventi domiciliari erogati dalla rete dei servizi socio-assistenziali e dalla rete dei servizi socio-sanitari. I compiti del CeAd potrebbero essere così riassunti:

- raccogliere richieste dagli utenti/familiari o le segnalazioni dei servizi presenti sul territorio in merito a situazioni di fragilità;

- coordina e verifica l'attivazione integrata dei servizi e delle prestazioni assistenziali e socio-sanitarie (per es. SAD, ADI, erogazione di voucher sociale e socio-sanitario, buono sociale, etc);
- compila e aggiorna il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) relativamente alle prestazioni domiciliari;
- orienta l'utente e i familiari verso la scelta assistenziale ritenuta più appropriata;
- informa sulle procedure per l'accesso a servizi e provvidenze destinati a persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità;
- mette a disposizione la modulistica utile all'accesso ai diversi servizi della rete socio-sanitaria e sociale;
- si interfaccia con le strutture sanitarie per facilitare i percorsi di diagnosi e cura con particolare riferimento alla continuità assistenziale in fase di dimissioni ospedaliere;
- promuove l'attivazione di interventi complementari a sostegno della domiciliarità;
- promuove la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di coordinare modalità operative funzionali allo scambio reciproco di informazioni e dati anche attraverso l'utilizzo di procedure informatiche;
- definisce in modo strutturato modalità di segnalazione reciproca di situazioni note con esigenza di attivazione e coordinamento di altri servizi socio-assistenziali.

Appendice 1

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Progetto per la valutazione delle Aziende Sanitarie accreditate in Regione Lombardia.

La Regione Lombardia ha avviato nell'aprile 2004 il "Programma per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie pubbliche e private" in attuazione del Piano Socio Sanitario.

Realizzato con il supporto tecnico di JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI), il Programma è finalizzato a:

- **consolidare e sviluppare** il precedente programma di valutazione delle Aziende sanitarie, al fine di raggiungere migliori performance qualitative in tutti gli ospedali accreditati lombardi;

- **promuovere e diffondere** progetti di qualità per il coordinamento assistenziale e per la continuità delle cure tra i vari erogatori.

Il sistema di valutazione degli ospedali è basato sull'implementazione di un gruppo di standard, selezionati dalla 4a edizione del manuale "Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali".

Il sistema di valutazione come sviluppato è basato su:

- autovalutazione periodica da parte delle strutture;
- valutazione terza da parte di consulenti di JCI (visite in situ).

Oggetto di valutazione sono anche l'esito delle cure attraverso specifici indicatori di outcome e gli aspetti economico-produttivi, attraverso l'analisi dei costi, delle performance e dei bilanci.

È prevista infine la realizzazione di uno specifico progetto formativo per lo sviluppo ed il consolidamento delle conoscenze collegate al programma da parte degli operatori. All'interno dell'elenco degli standard almeno due interessano direttamente l'attività svolta dai **Servizi Sociali Ospedalieri**:

- Valutazione del Paziente (AOP)

Il **Servizio Sociale** interviene nella fase iniziale della valutazione dei bisogni del paziente, in fase di ammissione, così come previsto all'interno dello *standard JCI AOP 1.2* che riguarda la valutazione iniziale di un paziente: è in questa fase che Joint Commission International richiede anche una valutazione del contesto sociale, culturale familiare ed economico.

- Accesso e Continuità dell'Assistenza (ACC)

Per la presa in carico delle problematiche emerse, l'attività del **Servizio Sociale Professionale Ospedaliero** viene svolta durante il periodo di ricovero affinché vi possa essere una corretta continuità delle cure anche dopo la fase di dimissione, in compliance con lo *standard JCI ACC 3.1*.

STANDARD AOP 1.2 La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.

Intento di AOP 1.2 La valutazione iniziale di un paziente, sia esso degente o ambulatoriale, è un momento

cruciale per l'identificazione dei suoi bisogni sanitari e per l'inizio del percorso di cura. La valutazione iniziale fornisce le informazioni per:

- capire il tipo di cura richiesto dal paziente;
- selezionare il servizio/reparto di cura migliore in funzione dei bisogni del paziente;
- formulare una diagnosi iniziale;
- capire la risposta del paziente a eventuali cure precedenti.

Per fornire queste informazioni, la valutazione iniziale comprende un inquadramento clinico del paziente tramite l'anamnesi e l'esame obiettivo. La valutazione psicologica determina lo stato emozionale del paziente (es. paziente depresso, timoroso o aggressivo, potrebbe danneggiare se stesso o altri). La raccolta di informazioni a carattere sociale non è finalizzata a "classificare" il paziente. Piuttosto, il contesto sociale, culturale, familiare ed economico di un paziente sono fattori rilevanti che possono influenzare la sua risposta alla malattia e al trattamento. I familiari possono rivelarsi molto utili in quest'area della valutazione e ai fini della comprensione dei desideri e delle preferenze del paziente durante il percorso di valutazione. I fattori economici sono valutati nell'ambito della valutazione dello stato sociale, oppure sono valutati a parte nel caso in cui il paziente e i suoi familiari dovranno sostenere il costo totale o parziale delle cure erogate in regime di ricovero o dopo la dimissione (vedere anche Glossario). La valutazione del paziente può vedere il coinvolgimento di diversi professionisti qualificati. Il fattore più importante è che le valutazioni siano complete e a disposizione (vedere anche MCI.7, EM 2) degli operatori incaricati della cura del paziente (vedere anche AOP.1.8.2, EM 1 per quanto concerne la valutazione del dolore).

Elementi misurabili di AOP 1.2

1. Per tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali viene effettuata una valutazione iniziale comprensiva di un'anamnesi e di un esame obiettivo coerentemente con i requisiti definiti nella politica ospedaliera. (vedere anche AOP 1.1, EM 3).
2. Per ogni paziente viene effettuata una valutazione iniziale dello stato sociale ed economico in funzione dei bisogni del paziente.

3. La valutazione iniziale sfocia in un'ipotesi diagnostica.

STANDARD ACC 3.1 L'organizzazione collabora con i professionisti sanitari e gli enti esterni per garantire la tempestività e l'appropriatezza degli invii.

Intento di ACC 3.1 L'invio tempestivo al medico, all'azienda sanitaria o all'ente che possano soddisfare al meglio i bisogni di continuità assistenziale del paziente richiede un'apposita pianificazione. L'organizzazione si informa sui professionisti sanitari presenti sul territorio al fine di individuare la tipologia di pazienti trattati e i servizi da essi erogati e al fine di instaurare delle relazioni formali o informali. Quando un paziente proviene da un'altra provincia o regione, l'organizzazione cerca di predisporre l'invio a un ente o a un soggetto qualificati nella zona di residenza del paziente.

Inoltre, un paziente può aver bisogno di servizi medici e/o di sostegno dopo la dimissione. Ad esempio, una volta dimesso un paziente può necessitare di **supporto sociale**, nutrizionale (vedere anche Glossario), economico o psicologico. La disponibilità e l'effettivo utilizzo di questi servizi di sostegno può in larga misura determinare la necessità di continuare il trattamento medico. Il processo di pianificazione della dimissione prende in esame il tipo di servizio di sostegno necessario e la disponibilità del servizio.

Elementi misurabili di ACC 3.1

1. Il processo di pianificazione della dimissione prende in considerazione il bisogno del paziente sia di servizi di sostegno sia di continuità delle prestazioni mediche.
2. L'organizzazione individua i professionisti sanitari, le organizzazioni e i professionisti presenti sul territorio in funzione dei servizi da essa erogati e della popolazione da essa servita. (vedere anche PFE 3, EM 2).
3. L'invio del paziente all'esterno dell'organizzazione viene fatto nei confronti di soggetti ed enti specifici operanti nella zona di residenza del paziente, laddove possibile.
4. Laddove possibile, il paziente viene inviato ai servizi di sostegno. ■

Gruppo di lavoro MODELLI ORGANIZZATIVI

Referente del gruppo

Carla Pugnoli:
DSM/A.O. L.Sacco, Milano
pugnoli.carla@hsacco.it

Coordinamento Re.SSPO

Anna Ciani Passeri:
A.O.Niguarda Ca' Granda, Milano
anna.cianipasseri@ospedaleniguarda.it

COGNOME e NOME	ENTE di APPARTENENZA	INDIRIZZO MAIL
Bacchi Franca	A.O. Poma Mantova	franca.bacchi@aopoma.it
Broggi M.Angela	A.O. Legnano	mariangela.broggi@ao-legnano
Colaiani Luigi	DSM/Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano	luigi.colaianni@policlinico.mi.it
Corsi Livia	A.O. Sacco - Milano	corsi.livia@hsacco.it
Cozzi Roberto	DSM/ A.O. Salvini Garbagnate	rocozzi@aogarbagnate.lombardia.it
Di Stefano Tiziano	DSM/A.O.Busto Arsizio	cpstradate@aobusto.it
Fadini Maddalena	DSM/A.O. Salvini Garbagnate	mmfadini@aogarbagnate.lombardia.it
Fidelio Rosaria	Istituto Clinico Città Studi - Mi	assistentesociale@ic-cittastudi.it
Foglia Barbara	Fondazione I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano	barbara.foglia@policlinico.mi.it
Gazzoni Graziana	AO. Poma Mantova	graziana.gazzoni@aopoma.it
Pariset Maria Grazia	A.O. S.Anna Como	ass.sociali.co@hsacomo.org
Puccia Donatella	DSM/A.O. Manzoni, Lecco	d.puccia@ospedale.lecco.it
Viscardi Daisy	Clinica Dezza, Milano	serviziosociale@ccppdezza

Il Gruppo di lavoro

I professionisti che hanno partecipato al gruppo sono stati n. 15 appartenenti a 8 Aziende Ospedaliere ed a 3 Fondazioni e Cliniche/Istituti convenzionati.

Il gruppo si è dato il compito di riflettere sulla situazione dei modelli organizzativi in atto, mediante il confronto e l'analisi della documentazione esistente in merito a:

- dipendenze gerarchiche, funzioni, presenze di procedure, protocolli del Servizio Sociale;
- confronto con modelli organizzativi di Servizio Sociale Ospedaliero presenti in Lombardia ed in altre regioni;
- possibili modelli che riescano ad integrare le due componenti (Presidio,DSM).

Il gruppo ha proceduto inizialmente con riunioni plenarie, decidendo di dividersi successivamente in due sottogruppi

che hanno lavorato in compresenza su:

- analisi ed elaborazione di modello/modelli organizzativi;
- analisi e rielaborazione di una bozza sul Servizio Sociale Professionale Ospedaliero precedentemente stilata da alcuni Assistenti Sociali.

TEMATICHE AFFRONTATE

Durante gli incontri del gruppo sono emerse varie tematiche, alcune di esse sono state approfondite e poi elaborate nella documentazione prodotta; altre sono rimaste aperte e possono essere contenuto di un ulteriore lavoro di riflessione e confronto.

Una prima tematica fa riferimento all' attuale situazione delle Aziende Ospedaliere in cui sono presenti Assistenti Sociali sia nei Presidi ospedalieri che nei Centri Psicosociali

del Dipartimento di Salute Mentale con dipendenze gerarchiche e funzionali diversificate.

Nelle A.O. gli Assistenti Sociali, come tutto il personale del comparto, hanno una dipendenza gerarchica dal SITRA /DITRA e una dipendenza funzionale o dalla Direzione Medica di Presidio o dal Dipartimento di Salute Mentale.

È stato da tutti condiviso che l'istituzione di un SSPO è l'obiettivo da perseguire con tenacia per ritrovare una collocazione congruente con la specificità della *mission* e la peculiarità degli interventi professionali, che, a più livelli (lavoro per progetti personalizzati, partecipazione a progetti specifici ecc.), sono già in atto da tempo nelle A.O.

Ci si è chiesti anche quali " vantaggi " possono derivarne alla professione ed alla stessa organizzazione ospedaliera e come strutturare il "Servizio " tenendo presente la realtà già esistente.

I partecipanti, partendo da alcuni contributi teorici e dall'analisi della collocazione del Servizio Sociale nella pro-

pria azienda ospedaliera, hanno analizzato documenti dei propri servizi e delibere di altre regioni che hanno istituito il Servizio Sociale Professionale negli Ospedali pubblici e privati.

Ci si è posti come obiettivo di questo lavoro di ricognizione e analisi la stesura di un documento che comprendesse sia una parte teorica che ridefinisse la *mission*, gli obiettivi, le strategie, le attività e i profili professionali propri del SSPO, sia l'elaborazione di possibili organigrammi in relazione alla collocazione del SSPO nella organizzazione dell'Azienda Ospedaliera.

Tutti hanno sempre sottolineato come la presenza di Assistenti Sociali abbia fin ad oggi aggiunto qualità agli interventi sanitari e come questo fattore possa motivare pienamente la presenza di un Servizio Sociale Professionale come un requisito utile, se non indispensabile, nell'accreditamento delle strutture sanitarie.

Durante gli incontri sono stati approfonditi concetti teorici relativi al significato dei termini in uso a cui si danno contenuti e/o accenti differenti quali *mission*, obiettivi, strategie, funzioni:

mission: è il mandato, lo scopo che giustifica l'esistenza stessa, in questo caso, del SSPO, ciò che lo contraddistingue dalle altre organizzazioni;

obiettivi: scopi, definiti in astratto, che si intende raggiungere. Essi innescano processi organizzativi, condivisibili e verificabili nei risultati attraverso opportuni indicatori;

strategie: l'insieme di attività ed azioni che si ritengono efficaci per il raggiungimento degli obiettivi. Quanto più l'obiettivo è definito tanto più sarà agevole l'implementazione della strategia, la valutazione del processo e dell'esito e la conseguente correzione degli errori;

funzioni: competenze di pertinenza della professione necessarie allo svolgimento dell'attività.

Sono stati elaborati due tipi di organigrammi auspicabili: uno a livello macro che rappresenta la collocazione del SSPO nella organizzazione della Azienda Ospedaliera e uno a livello micro che descrive una possibile organizzazione specifica del SSPO.

A livello macro si è ipotizzata una possibile collocazione

del SSPO in staff alla Direzione Generale, mentre a livello micro si è considerato che il Servizio Sociale Professionale Ospedaliero si configuri come :

- un servizio unico che comprenda i professionisti AA.SS operanti sia nel presidio che sul territorio;
- un servizio che abbia come figura apicale un responsabile Assistente Sociale coadiuvato da coordinatori Assistenti Sociali distinti per le due aree di intervento;
- un servizio che sia in rete con Enti e Istituzioni a cui fanno capo i Servizi Sociali e Sociosanitari.

Per quanto concerne l'organizzazione specifica del SSPO si sono evidenziati alcuni requisiti minimali che caratterizzano un "servizio" quali:

- la presenza di una sede con uno o più uffici dedicati;
- il personale in servizio con ruoli definiti: Assistente Sociale responsabile, Assistente Sociale coordinatore, Assistente Sociale collaboratore;
- l'esistenza di procedure relative a gestione del servizio, gestione del personale, lavoro professionale, elaborazione di procedure relative a particolari aree problematiche;
- protocolli o procedure di intesa o collaborazione con altri Enti.

DOCUMENTO FINALE

Premessa

Il Servizio Sociale Professionale Ospedaliero (SSPO), per la sua particolare collocazione di "frontiera" tra sociale e sanitario, è nella condizione di cogliere e monitorare su ampia scala la **criticità** di carattere socio-sanitario.

Costituisce un servizio ponte tra l'**area sociale** e l'**area sanitaria** sia per la conoscenza e la valutazione di bisogni che per l'accesso alle risorse socio-sanitarie e sociali, configurando forme di intervento che integrano le due aree. La metodologia d'intervento del SSPO consente di leggere globalmente la situazione dell'utente e di cercare risposte alla **complessità** dei bisogni portati.

Attiva percorsi di risposta al bisogno di salute e cura della

malattia di persone ricoverate e/o seguite nei servizi territoriali dell'A.O., garantendo processi di **continuità assistenziale socio-sanitaria**, mettendo "in rete" le risorse familiari/comunitarie esistenti e le prestazioni offerte dai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali pubblici (in particolare con le ASL e gli Enti locali), sviluppando anche collaborazioni con i servizi del privato sociale e con le associazioni di volontariato del territorio.

In altri termini le azioni messe in atto dal SSPO diventano sinergiche alle attività sanitarie al fine del pieno successo del percorso di cura, poiché il "contesto" sociale di vita quotidiana del soggetto è parte integrante del **benessere personale**.

È un servizio che potenzialmente aumenta il livello di qualità delle prestazioni offerte dall'A.O., promuovendo una **cultura della salute** intesa come recupero ottimale della **qualità della vita** della persona malata e in situazioni di fragilità sociale, aiutandola a inserirsi in un contesto di **relazioni significative**, di sostegno e di cura.

Opera ed interviene a livello sovrazonale in équipe multiprofessionali, con azioni che coinvolgono i servizi territoriali delle diverse aree di provenienza dei soggetti in cura. La professione dell'Assistente Sociale svolge quindi un ruolo che può contribuire in modo decisivo alla programmazione aziendale e, pertanto, si ritiene strategica l'attivazione del Servizio Sociale Professionale Ospedaliero.

Mission

Promuovere e potenziare le competenze personali e sociali dell'individuo, svilupparne l'autonomia nell'utilizzo dei servizi e delle risorse territoriali per soddisfare le proprie necessità. Supportare le abilità carenti con progetti individualizzati condivisi dall'équipe curante multidisciplinare.

Obiettivi

- individuare e valorizzare le competenze dell'utenza e del contesto di appartenenza; nell'affrontare, gestire e risolvere i propri problemi, in particolare quelli connessi allo stato di salute e malattia;
- promuovere l'azione, efficace e rispettosa dell'individuo,

- dei sistemi che forniscono le risorse e i servizi alle persone, a supporto delle competenze personali;
- connettere le persone con sistemi che forniscono loro risorse, servizi, opportunità;
- promuovere il mantenimento delle condizioni favorevoli alla salute;
- offrire consulenza rispetto alle politiche socio-sanitarie;
- contribuire allo sviluppo e al miglioramento delle politiche sociali.

Strategie

- valorizzare l'autonomia, la soggettività e la capacità di assunzione di responsabilità del soggetto;
- favorire il reinserimento sociale del paziente laddove sia possibile e supportare adeguatamente situazioni di grave disabilità e/o cronicità;
- identificare la soluzione più idonea alla specificità del problema e dell'unicità del paziente;
- realizzare un'assistenza personalizzata ai pazienti presi in carico, accompagnando la persona nel percorso interno ed esterno della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- favorire il percorso di cura e contribuire a limitare gli accessi impropri, soprattutto al Pronto Soccorso, i ricoveri ripetuti e i tempi di degenza;
- sostenere la persona nel percorso di adeguamento e superamento (ove possibile) dell'evento patologico, all'interno del proprio contesto;
- implementare i processi di integrazione sociosanitaria atti a garantire una continuità assistenziale ai cittadini;
- concorrere allo svolgimento di un'azione di integrazione tra attività sanitarie e socio assistenziali, tra reti formali di cura e reti informali;
- offrire risposte efficaci ed efficienti alle loro problematiche sociali;
- favorire l'integrazione tra funzioni sociali, sanitarie, legali e socio-assistenziali nel rispetto della multidimensionalità della persona;

- garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo in tal modo un ruolo di regia dei processi sociali in ambito sanitario;
- individuare strategie di razionalizzazione e di integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma stabile e continuativa, con i servizi territoriali pubblici e privati.

Funzioni

Le funzioni proprie del Servizio Sociale sono:

- A. rapporto diretto con l'utenza;
- B. progettazione, organizzazione e gestione dei servizi sociali allo scopo di consentire una connessione tra struttura ospedaliera e territorio e la elaborazione di progetti;
- C. indagine, studio e documentazione per:
- conoscere la rete delle risorse presenti sul territorio;
 - cogliere e monitorare su ampia scala l'emergenza e/o la trasformazione di criticità di carattere socio-sanitario;
 - offrire la propria competenza professionale all'ente di appartenenza per l'elaborazione di programmi rivolti al miglioramento della qualità di vita degli utenti.

Attività

- A. Rapporto diretto con l'utenza:
- *assessment* della richiesta o dell'invio, nelle situazioni di rischio e di bisogno sociale, individuale, di gruppo e familiare nelle loro componenti personali e sociali;
 - formulazione di piani di intervento;
 - attuazione di interventi implicanti attività di counseling sociale, di segretariato sociale, di informazione, supporto sociale, accesso a risorse, identificazione, attivazione e coordinamento delle risorse interne ed esterne al Servizio intorno a specifiche situazioni.
- B. Progettazione, organizzazione e gestione di Servizi Sociali:
- progettazione delle soluzioni organizzative per prevenire e risolvere situazioni di disagio sociale;

- promozione e organizzazione della partecipazione degli utenti, dei familiari e dei cittadini;
- sensibilizzazione rivolta al contesto in cui si opera per sviluppare interessi e convergenze dirette a promuovere la salute;
- progettazione, organizzazione e gestione di particolari strutture (case-famiglia, centri sociali ecc.);
- supervisione professionale del personale;
- coordinamento delle collaborazioni con realtà di volontariato;
- promozione e cogestione degli interventi di prevenzione primaria.

C. Indagine, studio e documentazione:

- rilevazione degli elementi conoscitivi e delle informazioni per la progettazione, l'organizzazione e la riorganizzazione di strutture e Servizi Sociali e per la valutazione dei risultati;
- generazione dei dati sui problemi connessi agli stati di bisogno e su situazioni a rischio;
- documentazione di lavoro per le informazioni di servizio (operatività) e di governo (programmazione).
- rilevazione delle forme di associazionismo, delle risorse di volontariato e delle reti informali raccordandone gli interventi.

I PROFILI PROFESSIONALI DEL SSPO

Assistente Sociale collaboratore

FUNZIONI

- A. rapporto con l'utenza
- B. indagine, studio e documentazione

ATTIVITÀ

- contribuire a reimpostare e supportare la vita quotidiana del soggetto post-dimissione mediante l'analisi della domanda, e la valutazione del bisogno socio-sanitario
- accogliere e prendere in carico la persona accompagnandola nel percorso interno ed esterno della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;

- elaborare e predisporre progetti di intervento individuale o di gruppi sociali relativamente a situazioni che richiedono una cultura multidisciplinare per i percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione e di continuità assistenziale;
- offrire consulenza e collaborare con le strutture del volontariato e del terzo settore;
- operare per la tutela dei pazienti legalmente incapaci anche attraverso la segnalazione all'autorità giudiziaria;
- raccogliere ed elaborare dati sociali al fine di analisi e ricerca;
- raccogliere documentazione inerente il lavoro sociale e offrire la propria competenza professionale all'ente di appartenenza per l'elaborazione di programmi rivolti al miglioramento della qualità di vita degli utenti;
- svolgere attività didattico formativa connessa al Servizio Sociale;
- supervisione di tirocinio di studenti di corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale.

Assistente Sociale coordinatore

FUNZIONI

- Rapporto con l'utenza.
- Organizzazione e gestione dell'area di competenza.
- Indagine, studio e documentazione.

ATTIVITÀ

- contribuire a reimpostare e supportare la vita quotidiana del soggetto post-dimissione mediante l'analisi della domanda e la valutazione del bisogno socio-sanitario
- accogliere e prendere in carico la persona accompagnandola nel percorso interno ed esterno della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- elaborare e predisporre progetti di intervento individuale o di gruppi sociali relativamente a situazioni che richiedono una cultura multidisciplinare per i percorsi

di prevenzione, cura, riabilitazione e di continuità assistenziale;

- offrire consulenza e collaborare con le strutture del volontariato e del terzo settore;
- operare per la tutela dei pazienti legalmente incapaci anche attraverso la segnalazione all'autorità giudiziaria;
- individuare strumenti efficaci per l'utilizzo delle risorse umane
- raccogliere documentazione inerente il lavoro sociale e offrire la propria competenza professionale all'ente di appartenenza per l'elaborazione di programmi rivolti al miglioramento della qualità di vita degli utenti;
- svolgere attività didattico formativa connessa al Servizio Sociale;
- supervisione di tirocinio di studenti di corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale;
- progettare e implementare l'attività del Servizio, rispetto alla propria area di competenza, (Presidio o DSM), garantendo le linee di intervento individuate dal Responsabile del SSPO;
- collaborare con il Responsabile alla promozione di nuovi progetti con gli enti pubblici e privati, del privato sociale e del volontariato rispetto alla propria area di competenza;
- raccogliere ed elaborare dati sociali relativi all'area di competenza al fine di analisi e ricerca.

Assistente Sociale responsabile¹

FUNZIONI

- Organizzazione e gestione del Servizio e del personale afferente.

ATTIVITÀ

- programmare e organizzare le attività in stretto coordinamento con gli obiettivi aziendali sia per quanto riguarda i servizi diretti alla persona che per il raccordo

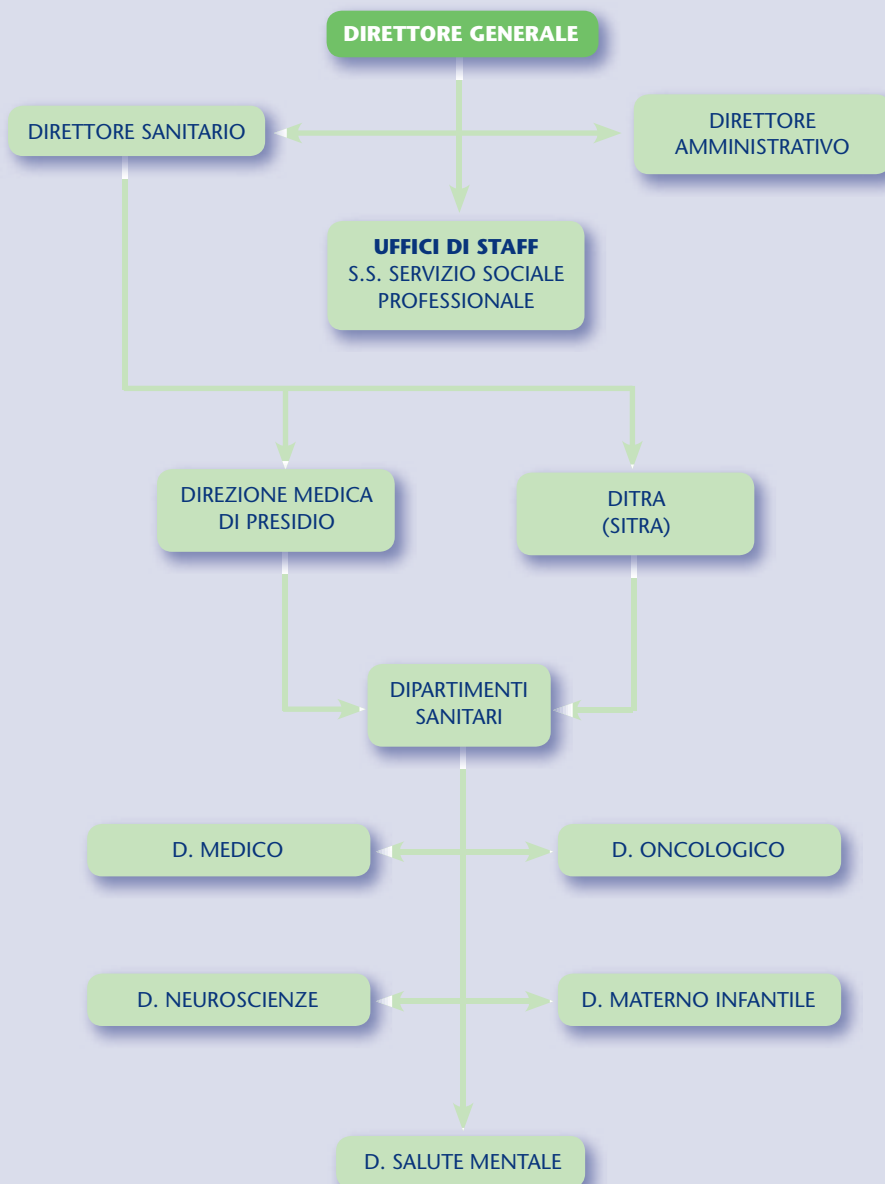
con le altre U.O.;

- assicurare le risorse (strumentali e umane) necessarie al Servizio;
- promuovere progetti e collaborazioni con: i responsabili di enti istituzionali esterni (ASL, Comune, Uffici di piano, Provincia) e i responsabili di enti, associazioni e cooperative del privato sociale e del III° Settore presenti sia all'interno dell'azienda che sul territorio per favorire gli obiettivi del Servizio, la qualità e la crescita professionale;
- elaborare le linee di intervento del SSPO inserendole e valorizzandole all'interno degli obiettivi aziendali;
- verificare e valutare periodicamente l'attività definendone gli obiettivi, le procedure e i progetti in accordo con gli Assistenti Sociali coordinatori;
- verificare periodicamente con gli Assistenti Sociali coordinatori di area del SSPO l'andamento del servizio (aspetti tecnici, funzionali, metodologici);
- gestire il personale afferente;
- coordinare l'attività del proprio gruppo di lavoro;
- garantire la supervisione;
- coordinare l'attività di gruppi di volontariato che collaborano con il SSPO. ■

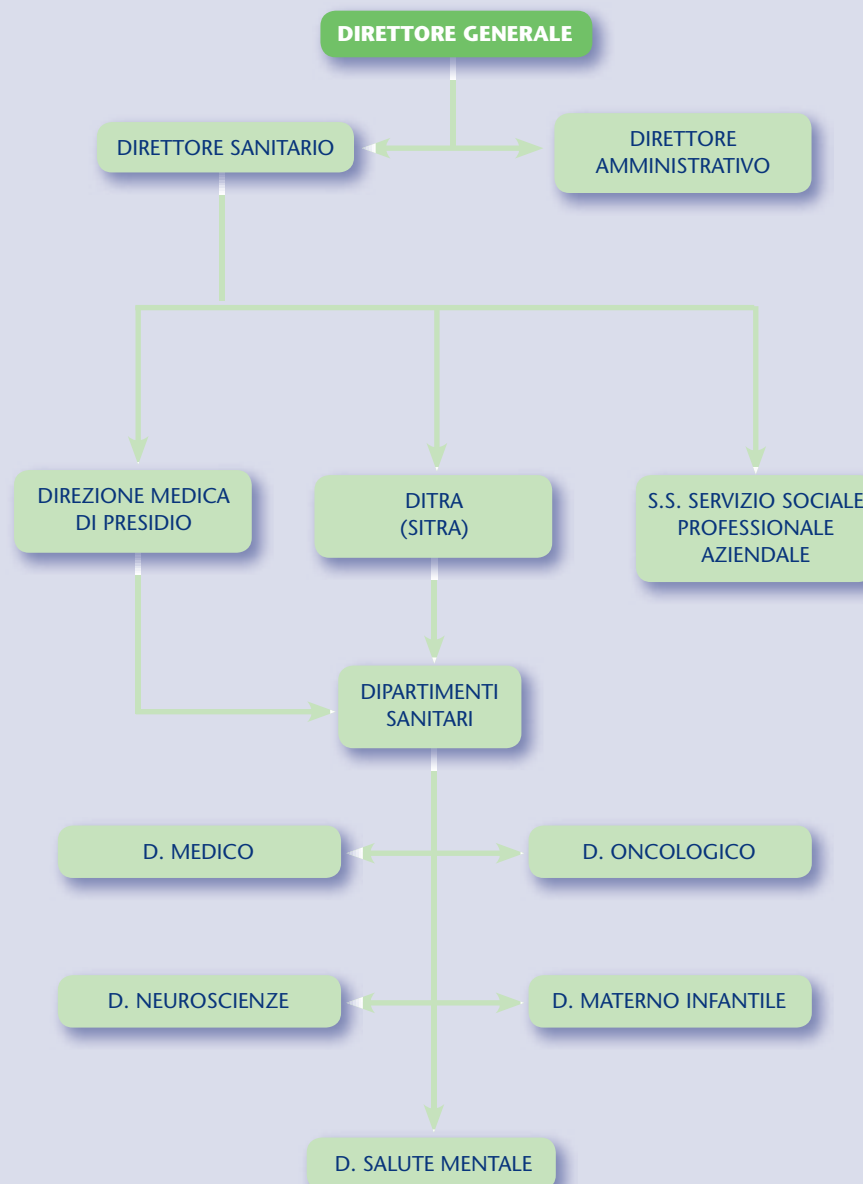


1. Nelle realtà attuali la funzione di Assistente Sociale responsabile (dirigente) è vicariata dall'Assistente Sociale coordinatore a cui viene attribuita la posizione organizzativa

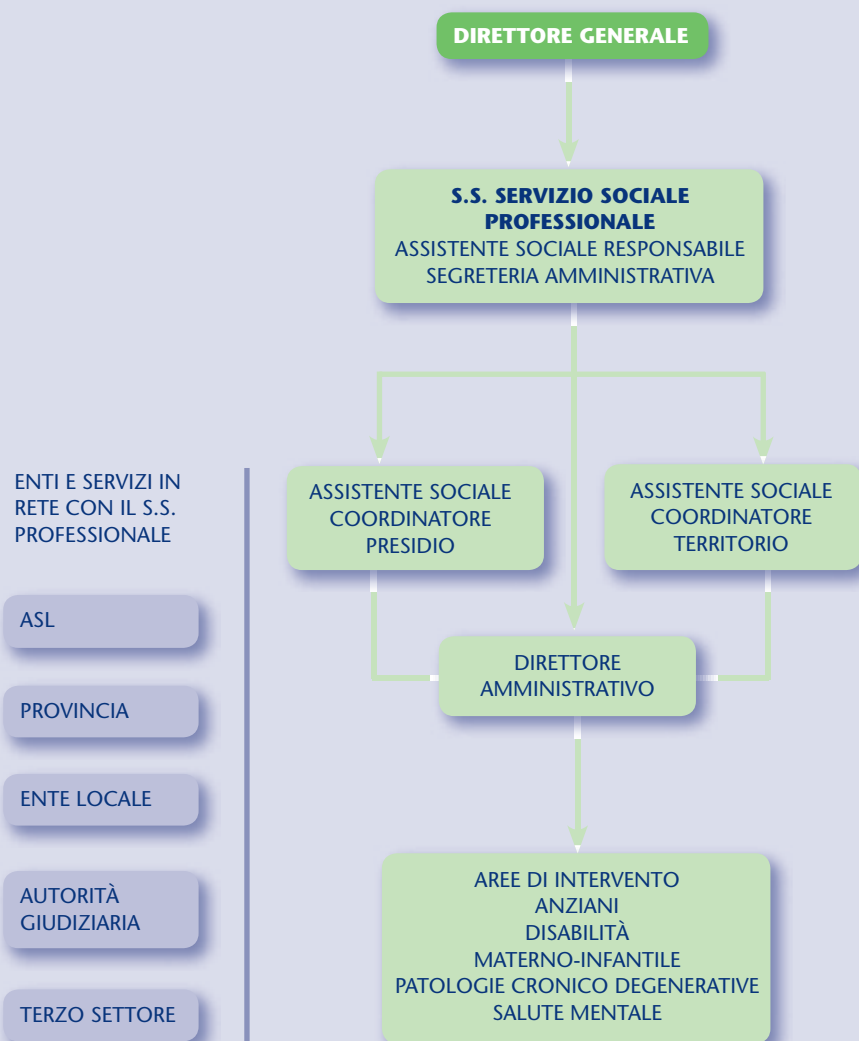
IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NELLA MACRO ORGANIZZAZIONE



IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NELLA MACRO ORGANIZZAZIONE BIS



L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE



Riflessioni conclusive

L'analisi e la sistematizzazione del materiale raccolto, in termini di documentazione ed esperienze realizzate dal Servizio Sociale in ambito ospedaliero e psichiatrico, ha favorito una riflessione sul ruolo dell'Assistente Sociale in Azienda Ospedaliera. La figura professionale dell'Assistente Sociale in ambito sanitario si colloca spesso in aree di confine, "tra" dimensioni diverse, il dentro/fuori l'ospedale, il sociale ed il sanitario, solo per citare le più rilevanti, e ne evidenzia le versatilità. L'Assistente Sociale è per sua natura intrinsecamente "operatore di rete"; la flessibilità che connota l'intervento del Servizio Sociale nell'Azienda Ospedaliera, permette di creare sinergie con attori diversificati, istituzionali e non, con i quali sviluppare percorsi integrati e condivisi a favore dell'utenza. Questa dimensione, profondamente orientata alla costruzione di relazioni volte alla ri-soluzione di situazioni di disagio, appare chiaramente come un segno di distinzione della figura professionale dell'Assistente Sociale in ospedale.

In queste modalità operative dell'Assistente Sociale è possibile intravedere persino valenze di tipo paradigmatico. L'ospedale, che agisce continuamente un interscambio con il territorio, promuove nel tempo anche un nuovo modello di sanità: quello di un ospedale che non si vive più come realtà autoreferenziale, bensì realtà che promuove non solo "occasioni di cura" ma anche "percorsi di cura". Il Servizio Sociale in Azienda Ospedaliera, che per sua stessa collocazione è coinvolto a 360° nelle problematiche dell'utenza, è un osservatorio, parziale ma significativo, dei mutamenti delle problematiche socio-assistenziali nonché uno straordinario punto di incontro fra domanda dell'utenza e risposta dei servizi territoriali. È "buona prassi" comune a molti Servizi Sociali in Azienda Ospedaliera quella di raccogliere e documentare la propria attività rendicontando per qualità, tipologia e quantità gli interventi realizzati dal Servizio. Si tratta quasi sempre di raccolte informative che ormai accompagnano la *routine* lavorativa di molti Assistenti Sociali negli ospedali ma che – se debitamente analizzate – possono forse descrivere fenomeni ben più ampi rispetto a quelli per cui vengono effettuate.

Tali dati ci raccontano, ad esempio, delle criticità emergenti, dei problemi che ancora non trovano risposta, dei problemi che eravamo convinti di conoscere bene, ma che stanno invece cambiando, delle risorse territoriali che a volte sono in grado di dare risposta, ma che – talvolta – sono esse stesse in affanno.

Viene ora da chiedersi: come fare a far fruttare meglio tale patrimonio informativo?

La risposta a questa domanda starà forse nella capacità della nostra professione di diventare innanzitutto consapevole della ricchezza insita in tale funzione e, successivamente, nella capacità di far sì che il Servizio Sociale in ospedale sappia uscire dai circuiti dell'autoreferenzialità che ancora troppo spesso connotano il nostro modo di lavorare. La parola chiave, ancora una volta è "mettere/mettersi in rete". Se nei fatti già svolgiamo una funzione di analisi dei fenomeni su larga scala, il passo successivo potrebbe solo essere quello di

diventare anche agenti diretti del cambiamento tramite la presenza in prima persona nelle sedi dove tali cambiamenti vengono concretamente analizzati allo scopo di implementare politiche e risposte sociali. Quest'ultimo punto chiamerebbe in causa una trasformazione davvero radicale nel modo stesso di intendere la professione: il passaggio da una modalità d'intervento sul singolo caso, spesso aggravata dall'urgenza, a quella di un lavoro che sappia anche accompagnare l'evoluzione delle risposte ai problemi in funzione della trasformazione di questi ultimi.

Questo significa certo spezzare il circolo vizioso dell'emergenzialità ma significa, soprattutto, ripensare la professione dell' Assistente Sociale in ospedale in termini più complessivi, forse anche le sue stesse collocazioni funzionali ed organizzative all' interno delle aziende ospedaliere in modo da essere più partecipe alla pianificazione e al coordinamento delle strategie d'intervento.

Una parte significativa del dibattito è stata anche sulla collocazione del SSPO all'interno dell'organigramma aziendale: se da una parte poteva sembrare indispensabile sottrarsi alla gerarchia sanitaria, ipotizzando una posizione pari livello (Direzione Sociale), dall'altra appariva prematuro rivendicare un ruolo forte di " potere " del Sociale in un'organizzazione così caratterizzata dall'esclusiva competenza sanitaria.

Sono inoltre emerse l'esigenza di possedere maggiori conoscenze relativamente ai cambiamenti organizzativi e gestionali in atto nell'ambito della Sanità in Lombardia, la necessità di approfondire nel merito l'organizzazione del SSPO e le sue funzioni, l'acquisizione di nuove competenze rispetto all'organizzazione e gestione del SSPO, soprattutto per quanto riguarda le funzioni degli Assistenti Sociali Coordinatori e dell'A.S. Responsabile.

Sino ad oggi il Servizio Sociale Professionale ha svolto una importante attività di supporto all' interno dell'ospedale, ma in diverse realtà non ha visto un altrettanto forte riconoscimento di ruolo e di servizio all'interno dell'organizzazione della A.O. Considerando rilevante un servizio efficace ed efficiente per la continuità assistenziale del paziente, crediamo possa essere molto utile per la Regione Lombardia, per le Aziende Ospedaliere e per il cittadino che usufruisce dei servizi sanitari, poter disporre di un Servizio Sociale Ospedaliero ben identificato nei suoi compiti e nelle sue peculiari attività.

Si ritiene quindi utile, quale sviluppo del lavoro svolto finora, la Stesura di "Linee guida" per una efficace ri/organizzazione del SSPO nelle realtà ospedaliere lombarde (Struttura organizzativa/Ruoli/Compiti e Funzioni), in modo da rendere visibile e riconoscibile il suo specifico apporto all'interno del sistema sanitario lombardo, definendo i diversi ruoli di "responsabilità" degli Assistenti Sociali all'interno del SSPO, nelle differenti tipologie aziendali (A.O. / IRCCS / Fondazioni / Osp.Classificati / Privati Accreditati).

Infine, si ritiene necessario esplicitare le attività dei SSPO attraverso l'attivazione a livello regionale di "flussi informativi", dedicati alle principali attività fornite per garantire l'integrazione socio-sanitaria dei percorsi di cura. ■

Bibliografia e Sitografia

BIBLIOGRAFIA

- Aa. Vv., *Quale confine tra ospedale e territorio?*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.12-13, 1-15 luglio 2003
- Aa. Vv., *Direzioni, primari e sistemi ospedalieri (parte prima)*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 3, 15 febbraio 2003
- Aa. Vv., *Direzioni, primari e sistemi ospedalieri (parte seconda)*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 4, 1 marzo 2003
- Associazione Nazionale Assistenti Sociali Ospedalieri "Servizio sociale ospedaliero: situazione e prospettive", Atti del Convegno di Studi Firenze 1-2-3 febbraio 1974, Edizioni C.L.U.S.F (Cooperativa Libreria Universitatis Studii Florentini), 1975
- Basaglia F. (a cura di) (1968), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi editore, Torino
- Basaglia F. (a cura di) (1973), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino
- Benevelli L., "Psichiatria di comunità e libera scelta", in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 21, Milano, 1 dicembre 2001
- Brauns Elisa, "Il lavoro sociale nell'équipe ospedaliera", in La rivista di Servizio Sociale, Anno XII n. 3 settembre, Istituto per gli studi sui servizi sociali, 1972
- Bressaglia G. (a cura di) (2006), *L'accoglienza familiare. Atti del 3° convegno nazionale e rete europea dell'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA)*, Arti Grafiche Conegliano, Conegliano
- Campanini A., Luppi F. (1988), *Servizio sociale e modello sistemico*, Carocci, Roma
- Campesato V., Lo Monaco N., Zampieri B., a cura di, "Servizio Sociale ospedaliero ed emergenza sociale" estratto da Rassegna di Servizio Sociale, 3, 2004
- Caprini Chiara e Marini Nicoletta, "Organizzazione e qualità del servizio sociale ospedaliero", editore Il Minotauro (collana Phoenix), 2001
- Carabelli G., Cacioppo M., Grasso L., *Reti di cura in psichiatria*, FrancoAngeli, Milano, 1999



- Cazzullo C., Clerici M., Bertrando P., *La schizofrenia. 100 domande e 100 risposte per capire il malato e i suoi problemi*, (1994) FrancoAngeli
- Cellentani O., a cura di, *Lavorare con la famiglia*, FrancoAngeli, Milano, 1998
- Civenti G., Cocchi A., *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994
- Colaiani L., «Per incapacità di intendere e volere». *Il consenso informato della psichiatria*, Roma 2009: Aracne; è consultabile un estratto su http://issuu.com/colapesce/docs/per_incapacita_di_intendere_e_volere
- Colaiani L., *La Competenza ad Agire. Agency, capabilities e servizio sociale. Come le persone fronteggiano eventi inediti e inaspettati e il servizio sociale può supportarle*, collana Laboratorio sociologico – Ricerca empirica e intervento sociale, diretta da Costantino Cipolla, Milano 2004: Franco Angeli; è consultabile un estratto su: <http://issuu.com/colapesce/docs/agency>
- Cosenza Domenico, a cura di, *“L'assistente sociale nel contesto ospedaliero”*, edizione Franco Angeli, 2006
- CROAS Lombardia, *Il Servizio Sociale nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia*, indagine relativa all'anno 2006
- Dal Pra Ponticelli Maria (diretto da) *“Dizionario di servizio sociale”* edito Carocci, 2005
- De Bernardis A., a cura di, *Follia psichiatria e società*, FrancoAngeli, Milano, 1982
- Dell'Acqua Peppe *“Fuori come va? – Famiglie e persone con schizofrenia”* Editori Riuniti, 2003
- Falloon I., *Intervento psicoeducativo familiare in psichiatria*, Centro Studi Erickson, Trento, 1992
- Grigoletti P., a cura di, *Famiglie con molti problemi vincoli e risorse*, FrancoAngeli, Milano, 1998
- Istituto per gli studi sui servizi sociali, *“Il servizio sociale negli ospedali”*, in La rivista di Servizio Sociale, Anno XI n. 3 settembre, 1971.
- Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli Editore, Milano, 1975
- Lang M., a cura di, *Strutture intermedie in psichiatria*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982
- Liberman R., a cura di, *La riabilitazione psichiatrica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997
- Manoukian F., *“La valorizzazione della famiglia”* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 20/22, Milano, 2000;
- Marangelli M. G., Morazzoni L., Re E., *Reti sociali naturali e disagio psichico*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2007
- Nicoli M.A., Zai B., *Mal di psiche. La percezione sociale del disagio mentale*, Carocci, Roma, 1998;
- Piscitelli D. (1996), *Il lavoro socioclinico dell'assistente sociale*, Vita e Pensiero, Milano
- Ranci Ortigosa E., Rotondo A., *“2001: anno per la salute mentale”*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 5, Milano, 15 marzo 2001;
- Re E., *“Dentro e fuori i DSM”* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 5, Milano, 15 marzo 2001;
- Saggin A., Rotondi P. *“Persona e organizzazione. Sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità”* ed. Mc Graw-Hill Companies, 2002
- Sanicola I. (a cura di) (2002), *La salute mentale e il servizio sociale*, Liguori, Napoli
- Saraceno B. *“La fine dell'intrattenimento”*, ETASLIBRI, Milano, 1995
- Vecchiato T. (2000), *L'integrazione sociosanitaria nel nuovo assetto del Servizio sanitario nazionale*, in “Studi Zancan. Politiche e Servizi alle Persone”, n. 1
- Vigorelli M., Landra S. a cura di, *Caritas Ambrosiana, Abitare la comunità*, Oltre per i testi, Milano, 2002
- CROAS Regione Piemonte: *Proposta di “ Organizzazione della struttura di servizio sociale professionale nelle aziende sanitarie della Regione Piemonte (A.S.L. – A.S.O. – A.O.U.)*
- Regione Piemonte: *Deliberazione n. 50-12480 del 02/11/2009 “ Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte”*
- Assistenti Sociali ASL 3 Nuoro con l'approvazione dell'Ordine Regione Sardegna: *Proposta di riorganizzazione del Servizio Sociale Professionale nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Locale N. 3*
- Regione Toscana : *Testo coordinato della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40. Disciplina del servizio sanitario regionale*
- “Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità “ Documento Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie, in data 29.10.2010
- CROAS Regione Lombardia - *Il Servizio Sociale nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia – indagine relativa all'anno 2006*
- Colaiani L., *«Il servizio sociale nella modernità “liquida”: il soggetto del welfare secondo l'approccio dell'agency»*, in Rassegna del Servizio Sociale n. 4, 2006.
- Colaiani L., *«Per un servizio sociale trasformativo: approccio dell'agency e narrazione»*, 2007 http://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/servizio_sociale_trasformativo.htm - sul sito www.assistentsociali.org.
- Colaiani L., *«Il Constructive Social Work: l'intervento sociale come processo dialogico»*, in Rassegna del Servizio Sociale n. 1 gennaio – marzo 2009, pp. 53 – 80.
- Colaiani L., *«La psichiatria e lo stigma: lo contrasta o lo genera?»*, Dove va la psichiatria 2, in Animazione Sociale, Agosto 2009.

ARTICOLI & DOCUMENTI

- Professione Sociale (La), *“L'assistente sociale ospedaliero - un professionista di frontiera per l'integrazione fra sociale e sanitario”*, Rivista di studio e analisi e ricerca, 1997, editore CLUEB
- Azienda Ospedaliera “ S. Anna “ di Como: *Deliberazione n.460 del 19 luglio 2006 – Servizio Sociale Ospedaliero*
- Azienda Ospedaliera “ C. Poma “ di Mantova : *Verbale di deliberazione del Direttore Generale “ Istituzione di Area Sociale Aziendale (ASA) di Staff della Direzione Sanitaria” – 02/11/2009*

SITOGRAFIA

legislazione e sedi istituzionali

www.anci.lombardia.it
www.agenziaentrate.it
www.comuni.it
www.csm.it
www.diritto.it
www.famiglia.regione.lombardia.it
www.fiaso.it (Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere)
www.garanteprivacy.it
www.gazzettaufficiale.ipzs.it
www.giustizia.it
www.giustizia-amministrativa.it
www.governo.it
www.inps.it
www.iss.it
www.istat.it
www.jointcommission.org
www.ministero.salute.it
www.normeinrete.it
www.parlamento.it
www.politicheperlacasa.regione.lombardia.it
www.privacy.it
www.provincia.milano.it
www.regione.lombardia.it
www.sanita.regione.lombardia.it
www.tredueotto.it
www.welfare.gov.it

Area Anziani

www.alzheimer.it
www.centromaderna.it
www.socialinfo.it
www.terzaet@com

Area Disabili

www.disabili.com
www.handylex.org
www.informahandicap.it
www.nonautosufficienza.it
www.oltrenoilavita.it
www.superabile.it

AreaMinori

www.cam-minori.org
www.cbm-milano.it
www.centrimaraselvini.it
www.cismai.org
www.minori.it
www.pso.istruzione.it
www.tribunaleminorimilano.it

Area Sociale

www.aidoss.org
www.assistentsociali.org
www.assnas.it
www.cesdiss.org
www.cnoas.it

www.comunicobene.com
www.digilander.libero.it
www.intrage.it
www.ordineaslombardia.it
www.polser.wordpress.com
www.segnalo.it
www.segretariatosociale.it
www.serviziosociale.com
www.silss.it
www.socialinfo.it
www.sordelli.net
www.sostoss.it
www.tutoreminori.regione.veneto.it

Area Educativa

www.anep.it
www.anpe.it
www.cnca.it
www.educainmondo.it

Area Volontariato

www.accdcr.org
www.caritas.it
www.centrostudigruppoabele.org
www.ciessevi.org
www.cnv.cpr.it
www.sicp.it
www.volontariatomilano.it

Edito a cura di:

Ordine Assistenti Sociali
Regione Lombardia

Presidente:

Renata Ghisalberti

Direttore Responsabile:

Renata Ghisalberti

Redazione:

Via Stampa, 15 - 20123 Milano
tel. 02 86457006 - fax. 02 86457059

e.mail: info@ordineaslombardia.it

Stampa:

Prontostampa S.r.l.
Via Praga, 1 - Zingonia Verdellino (BG)

Progetto grafico e impaginazione:

Nicolò Quirico - www.quirico.com

Registrazione:

Tribunale di Milano n. 286 del 10/05/97

Periodicità:

Trimestrale