

L'esperienza nell'ASL di Vercelli

# Il Servizio Sociale Aziendale

e

# IL Progetto di Implementazione

## Sportelli SUSS



*Dott.ssa Lorella Perugini*

# Contesto di riferimento ASL Vercelli in collaborazione con i quattro Enti Gestori presenti sul territorio

- La popolazione della nostra ASL Indice di vecchiaia e invecchiamento della popolazione ASL Vercelli molto superiore alla media regionale ( 230,66% versus 193,67%) (26,73% versus 24,78%) (PiSta BDDE, 2015).
- Territorio complesso e diseguale , con densità abitativa molto bassa e ampie zone montane.
- La coesistenza di più patologie, spesso senza la possibilità di individuare quella prognosticamente e terapeuticamente più saliente (**multimorbilità**), è una caratteristica dei nostri tempi, così come sta divenendo sempre meno importante l'agire medico incentrato su un approccio riduzionistico (**malattia → terapia → guarigione**) superato dalla necessità di un approccio di sistema **persona → definizione dei problemi → qualità della vita**).
- **Domanda di servizi sanitari e socio-sanitari** particolarmente complessa in termini di accessibilità, integrazione fra servizi, e appropriatezza delle risposte.



*Dott.ssa Lorella Perugini*

# IL Servizio Sociale Aziendale

Nel 2006 a seguito di una riorganizzazione della attività ospedale-territorio il Direttore Generale convoca le Assistenti Sociali presenti nell'azienda (SERT e SSM ) per verificare una disponibilità per una eventuale riorganizzazione, non dichiara nessun proposta organizzativa e chiede al gruppo di definire delle ipotesi . Tutto il gruppo esce da quegli incontri confuso, difeso, disorientato ..... e assolutamente lontano da ipotesi concordate e congiunte .

In quel periodo io avevo ricevuto un incarico in qualità di docente in un corso di formazione il cui tema era l'integrazione tra Ospedale territorio rivolto a tutto il personale del comparto e dirigenza dell'ASL . Era molto forte la richiesta di definire percorsi integrati e protetti per pazienti con problematiche socio sanitarie

Nei due Ospedali presenti sul territorio non c'era l'Assistente Sociale e tutte le AS erano inserite nei due servizi specialistici SERT n. 7 AS di cui 2 con funzioni di coordinamento e 2 AS nel SSM di cui una con funzioni di coordinamento

Nell'ambito di una riorganizzazione aziendale nel 2006 il  
DG convoca le AS dell'ASL

Nel 2007 Aprile avvio sperimentale del Servizio Sociale  
Ospedaliero nel PO di Vercelli e primo distaccamento di  
una Assistente Sociale Coordinatore ( Legge 132 del 68  
che prevede l'AS). Prende avvio una buona  
collaborazione con il personale del PO di Vercelli e si  
sente la necessità di replicare la stessa esperienza nel  
PO di Borgosesia

*Dott.ssa Lorella Perugini*

Nel 2008 Aprile avvio sperimentale  
del SSA sull'intero territorio

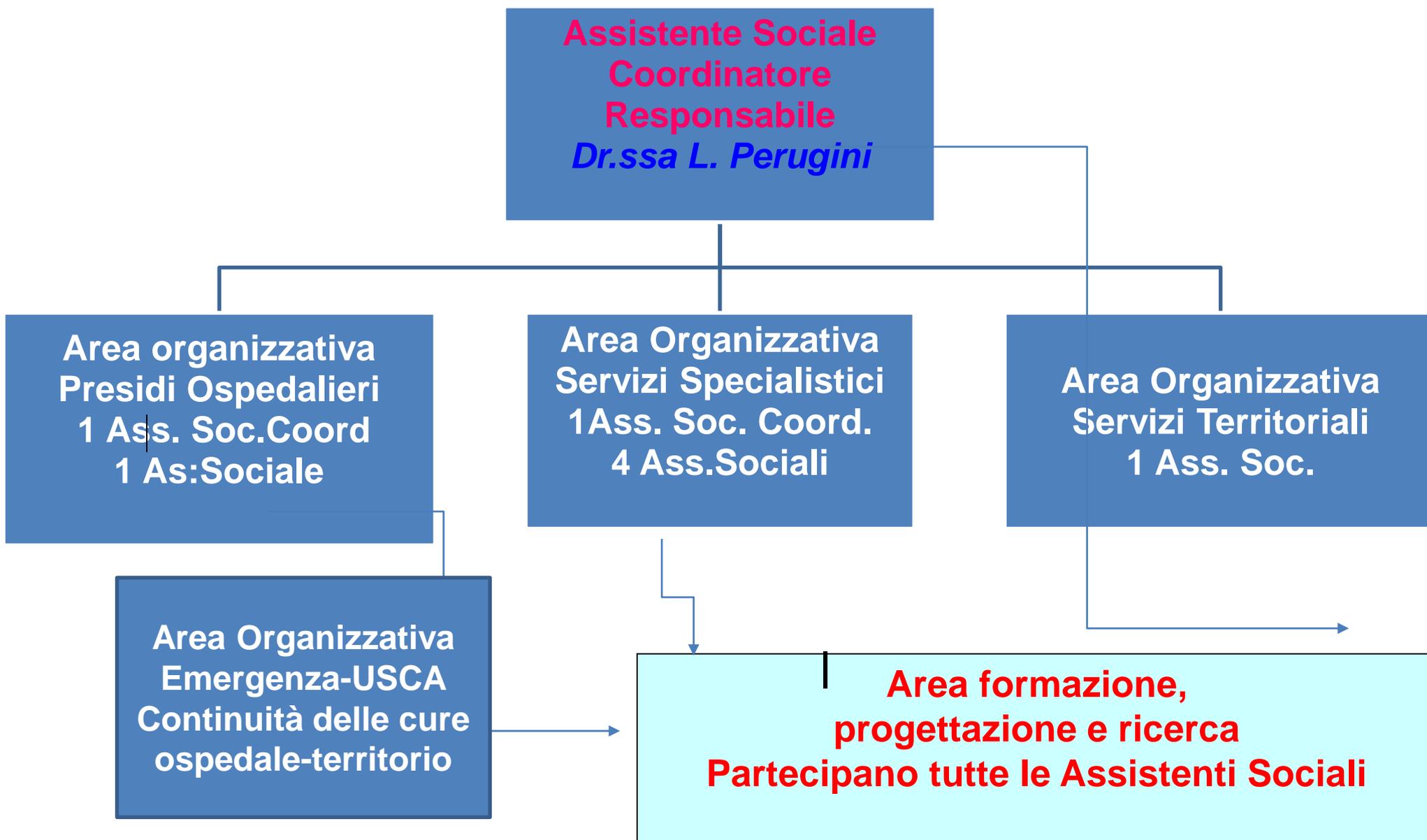
Il Direttore Generale ancora una  
volta convoca il gruppo , tranne la  
sottoscritta che nel frattempo aveva  
avviato l'attività nel PO di Vercelli

*Dott.ssa Lorella Perugini*

# ORGANIGRAMMA SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE

La proposta organizzativa doveva tener conto delle risorse professionali presenti in azienda e l'attenzione a richiedere al gruppo la collaborazione per definire la nuova organizzazione ..... Cambiamento, timori, rabbia, non comprensione, rivalità, ecc.....

# ORGANIGRAMMA SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE



*Dott.ssa Lorella Perugini*

# Organizzazione a matrice

L'organizzazione prevista è una organizzazione a matrice –project management-

Tale organizzazione consente di mediare gli aspetti positivi dell'organizzazione funzionale e dell'organizzazione per progetti mitigandone gli aspetti negativi

Nella struttura organizzativa a matrice le conoscenze e le competenze del personale possono essere condivise tra i dipartimenti funzionali e i gruppi di progetto in base alle esigenze. In questo modello organizzativo le persone che lavorano su progetti hanno sostanzialmente due capi

La proposta organizzativa presentata ha previsto l'articolazione del Servizio Sociale Aziendale in aree di riferimento all'interno del sistema sanitario dell'ASL : **Area Ospedaliera, Area Territoriale – Distretto, Area Servizi Specialistici**

La costituzione di tali aree risponde alla necessità di costruzione dei “**nodi**” della rete sui punti fondamentali di integrazione con il servizio sociale territoriale

# Delibera del Direttore Generale n.0171 del 26 marzo 2008

Attivazione , quale Ufficio in staff alla Direzione Generale  
, del Servizio Sociale Aziendale la cui finalità è quella di  
operare :

-in sinergia con il personale sanitario per aiutare il  
paziente ed i suoi famigliari ad affrontare i problemi  
socio- ambientali e psicologici connessi allo stato di  
malattia ed al ricovero ospedaliero

*Dott.ssa Lorella Perugini*



- in stretta collaborazione con i Servizi Territoriali e con il Volontariato per favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente sociale e familiare ;
  - Nonché di contribuire alla fase di programmazione, organizzazione, coordinamento, , verifica e controllo delle risorse umane e materiali necessarie a consentire l'erogazione delle prestazioni sociali nei servizi offerti ai pazienti sia in regime di ricovero che territoriale e domiciliare

# Il Servizio Sociale Aziendale

In relazione alle predette finalità e competenze , deve operare su tutto il territorio aziendale, oltre che nei servizi specialistici SERT e DSM anche nell'ambito del Presidio Ospedaliero e Distretti

Le attività e funzioni sono state declinate nelle diverse aree e L'Assistente Sociale Coordinatore con funzione di Responsabile in collaborazione con le AS Coordinatori svolge le seguenti funzioni :

*Dott.ssa Lorella Perugini*



Partecipa alla definizione degli obiettivi aziendali e alla realizzazione degli obiettivi specifici professionali;  
Predispone la programmazione , la gestione ed il controllo delle risorse umane in relazione alle priorità assistenziali ed agli obiettivi aziendali;  
Presidia la selezione del personale;  
Sviluppa un'attività di raccolta e diffusione delle informazioni , norme e tutto ciò che sia di utilità del servizio, attivando riunioni periodiche;

Interviene nell'ambito delle richieste formative per quanto di sua competenza ;

Propone e partecipa a progetti di ricerca in ambito aziendale;

Predisporre gli strumenti necessari per la raccolta dati e tutta la modulistica inerente il Servizio Sociale Aziendale

Tutto il personale afferisce al SSA ,  
per gestione delle ferie, missioni,  
autorizzazione per formazione, ecc.

Nel 2017 viene assegnato al  
Responsabile del SSA anche la  
gestione dei **Mediatori Culturali**  
presenti in azienda

Nell'ottobre 2017 assegnazione di  
una Infermiere Professionale per  
attività di Sportello SUSS

# Predisposizione di un **Piano Formativo Annuale**

per rispondere ai **bisogni formativi** del personale afferente al Servizio Sociale Aziendale e per rispondere alle esigenze organizzative aziendali in linea anche con gli obiettivi aziendali annuali .

Attività di coordinamento vengono effettuati incontri periodici e ad ogni incontro viene predisposto un apposito verbale .  
Esempio di un degli obiettivi assegnati ;



**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*

## I nostri Progetti

**ANAFRAFE DELLA FRAGILITA': lo strumento  
della scheda di valutazione socio sanitaria.**



A cura Dott.ssa Lorella Perugini

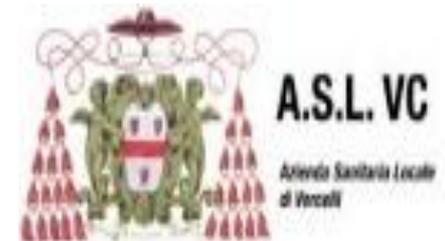
# Il paziente fragile: persona nella sua complessità socio sanitaria

*“Una persona per cause congenite o acquisite sperimenta una condizione di mancata acquisizione o di perdita in uno o più domini funzionali del “daily living”, dovuta alla influenza di variabili biologiche, fisiche o psichiche, condizionate da fattori ambientali e sociali, che aumentano il rischio di outcome negativo per la salute, e si correlano ad **un elevato rischio di destabilizzazione, richiedendo il ricorso improvviso (e spesso improprio) ai servizi socio-sanitari.***

La **fragilità sociale** si può definire come **rottura dell'equilibrio tra la persona e il suo spazio di vita**, che può essere dovuta a una quantità di fattori ed eventi :una grave malattia, una disabilità, un impoverimento improvviso o cronico, uno sradicamento dal proprio ambiente (per ricoveri o altro ) cui non corrispondono adeguate risposte, ad esempio in termini di eliminazioni di barriere di vario tipo, di appropriata accoglienza e sostegno, di compensazione nelle ridotte relazioni sociali ( E.Neve)



Dott.ssa Lorella Perugini



# Condizione di Vulnerabilità

La condizione di vulnerabilità può essere considerata come situazione precaria o riduzione delle capacità delle persone a di far fronte agli elementi sfavorevoli, con un esito negativo sulla qualità della vita. Il rischio è forte per le persone fragili sulle quali agiscono le condizioni socio economiche come **acceleratori di vulnerabilità** a stress ambientali, un lutto , ecc o modificazione dello stato personale anche di lieve entità ed espone al rischio di progressione sfavorevole verso una condizione di fragilità più elevata . È quindi una condizione che può portare il soggetto anziano alla dipendenza o alla ospedalizzazione .

# La Vulnerabilità'

Secondo la letteratura sociale ( N.Negri, C.Saraceno, C.Ranci e altri ) la **vulnerabilità** è una situazione di vita in cui l'autonomia e la capacità di autodeterminazione dei soggetti è permanentemente minacciata da un inserimento instabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse.

# Anagrafe della Fragilità

Il progetto nasce nel 2015 quando su mandato del DG viene costituito un Gruppo di Progetto con il mandato di proporre una proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera e rete territoriale nel rispetto dei principi di equità, sicurezza, prossimità e sostenibilità.

- Al Gruppo formato da Direttori delle strutture e di diversi servizi tra cui il Responsabile del Servizio Sociale Aziendale era stato richiesto di presentare proposte innovative di miglioramento dei propri servizi
- Per il SSA scelta prioritaria è stata quella di migliorare le **azioni nell'ambito dell'Integrazione socio sanitaria al fine di poter costruire concretamente una filiera della cura mettendo al centro la persona e in particolare la persona fragile**

- La proposta presentata è stata di **Implementare e riavviare gli Sportelli Unici Socio Sanitari SUSS o PUA** su tutto il tutto il territorio dell'ASL VC **in accordo con i quattro Enti Gestori:**  
Comune di Vercelli e Comuni associati,  
Consorzio CISAS Santhià, Consorzio CASA Gattinara e Unione Montantana della Valsesia,
- Obiettivi del Progetto



- **Obiettivi del Progetto :**
- Migliorare l'integrazione socio sanitaria per la presa in carico dei cittadini con fragilità
- Orientare e informare il cittadino sui servizi disponibili e le modalità per accedervi
- Intercettare e intervenire precocemente sui fattori predisponenti una condizione di fragilità sociale e sanitaria in grado di condizionare positivamente e per tempo l'aderenza alle terapie e agli esiti di salute

- Applicare un **sistema informativo comune** per la raccolta e gestione dei dati riguardanti gli indicatori di fragilità socio sanitaria , un unico sistema informativo SUSS – ASL ed Enti Gestori
- Costruire **un'anagrafe degli utenti** fragili che consenta attraverso i dati raccolti di costruire un modello predittivo per la stratificazione della popolazione sulla base della gravità della loro condizione socio sanitaria ( approccio definito di Medicina della popolazione come indicato nel PNRR 2021)

Destinatari : sono tutti i cittadini , in particolare i pazienti fragili e il loro contesto familiare che necessitano di interventi socio sanitari . Servizio gratuito

## *Funzioni svolte dal SUSS o PUA*

*Fornire risposte integrate volte a facilitare l'accesso ai servizi sia sanitari che sociali Facilitare l'accesso alle risorse presenti sul territorio Informazioni ed orientamento sostenendo il cittadino fragile per attivare servizi ed interventi in una logica di attenzione all'appropriatezza ed efficienza*

## Le attività dei SUSS-PUA

Segretariato  
Front office  
Back office

**Monitoraggio** costante sull'andamento delle attività registrate dagli Sportelli e necessità di **confronto** per adottare modelli di presa in carico congiunta .

# Sportello Unico Socio Sanitario

## Con la strutturazione di un modello organizzativo integrato ASL e Enti Gestori del sistema di accesso rappresentato dagli 12 sportelli SUSS

### attivato 1.10.2016



Sportello Unico Socio Sanitario



# Presa in carico del paziente

La presa in carico può essere definita come un processo integrato continuativo che si configura come governo di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso

**FRAGILE**



# NECESSITA' DI SVILUPPARE UN APPROCCIO DI SISTEMA

La coesistenza di più patologie, spesso senza la possibilità di individuare quella prognosticamente e terapeuticamente più saliente (multimorbilità), è una caratteristica dei nostri tempi, così come sta divenendo sempre meno importante l'agire medico incentrato su un approccio riduzionistico (malattia → terapia → guarigione) superato dalla necessità di un **approccio di sistema (persona → definizione dei problemi → qualità della vita)**.



*Dott.ssa Lorella Perugini*

## Strumento integrato di Valutazione

**Su ognuna di queste dimensioni è  
previsto un punteggio Lieve-  
Moderata-grave**

La Scheda è da considerare uno strumento di facile somministrazione e le diverse dimensioni dovranno poi essere valutate con attenzione dall'operatore specialista del servizio competente .

La scheda verrà inserita nell'applicativo in uso dal SUSS

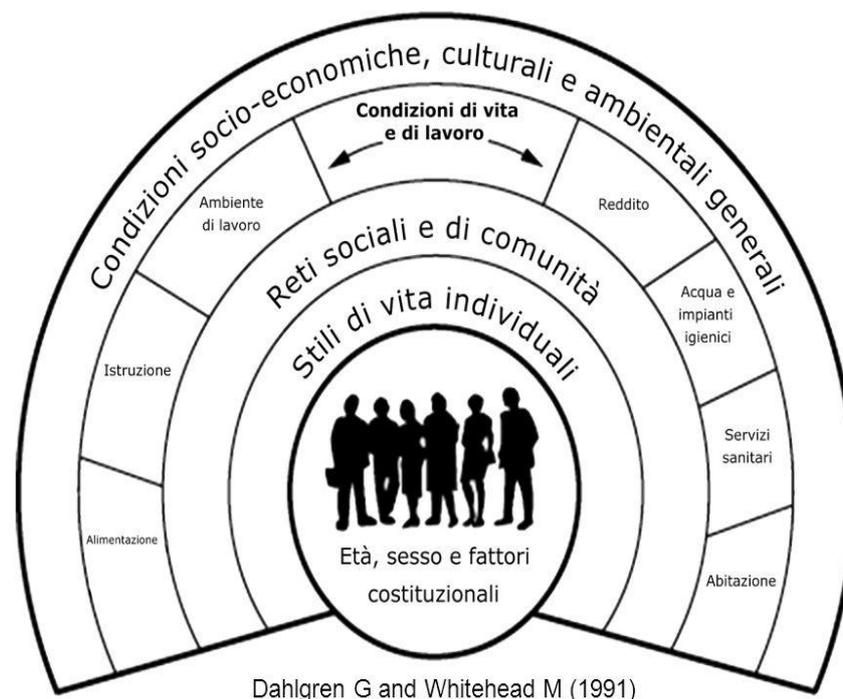
# La Scheda di fragilità socio sanitaria

## DIMENSIONI

- Condizione abitativa
- Profilo personale del paziente
- Condizioni di salute
- Rete familiare
- Rete di cure e supporto
- Istruzione/formazione
- Situazione lavorativa
- Situazione economica

Ad ogni **dimensione è attribuito un punteggio**. La somma dei diversi punteggi consente definire il livello di **fragilità sociale associato a stadi di crescente complessità e bisogno di intensità assistenziale**

## I determinanti della salute



Attribuisce un punteggio del profilo di Fragilità :Valori da :

**LIEVE**  
**MODERATA**  
**GRAVE**

Il Progetto si propone la **gestione strategica in un ottica socio-sanitaria dei pazienti fragili mediante:**

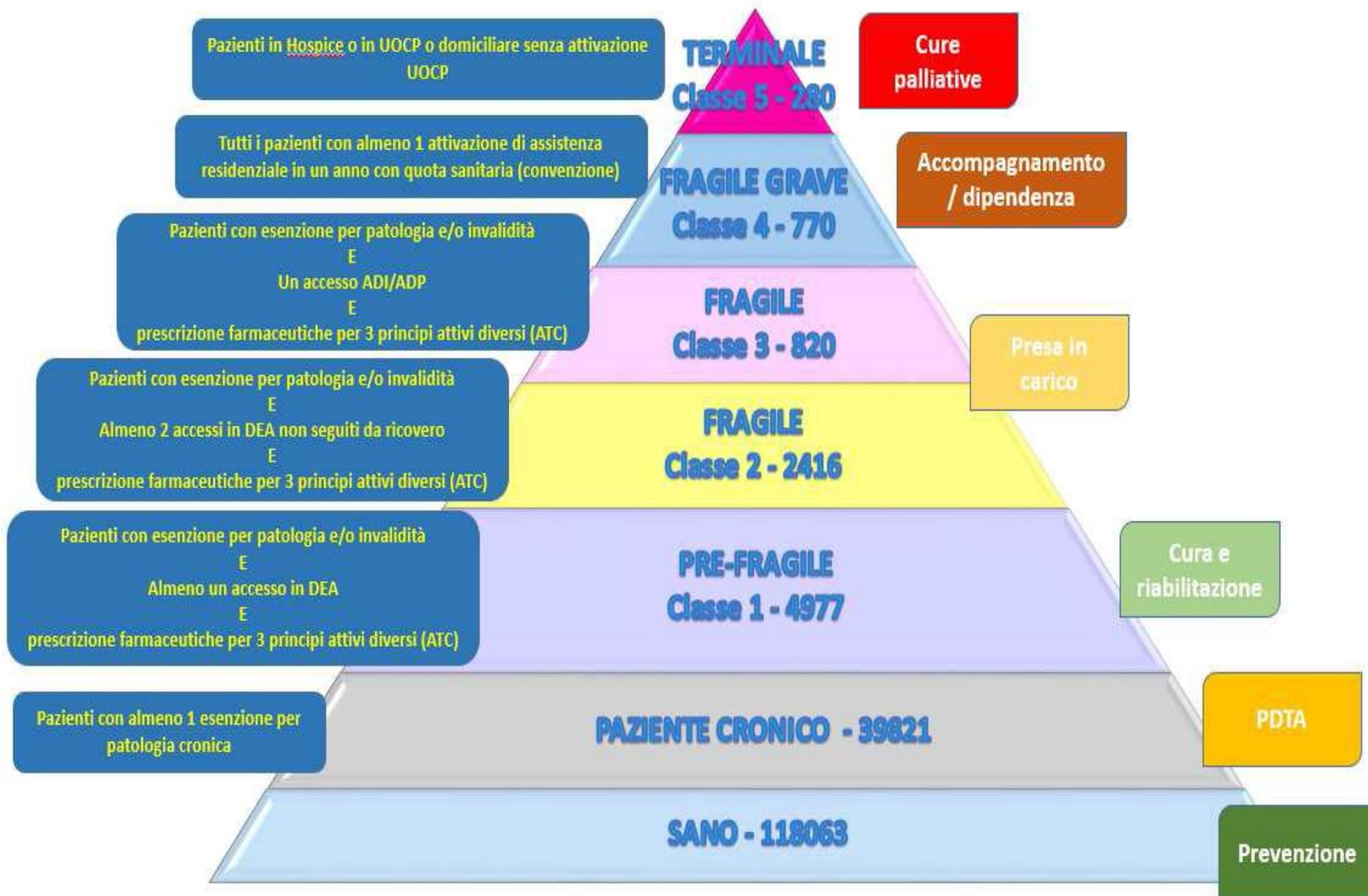


- **Implementazione e aggiornamento dell'Anagrafe della Fragilità Sociale** integrata con i gestionali periferici dell'ASL
- **Inserimento sul sistema gestionale della scheda di valutazione socio sanitaria per la Clusterizzazione** dei pazienti in classi di fragilità socio-sanitaria
- **Rivalutazione** dei dati della clusterizzazione e confronto con i dati precedenti per l'aggiornamento dei relativi PAI
- **Assegnazione** dei pazienti fragili agli IFeC presenti nelle Case della Salute in un progetto che ne valuti l'impatto attraverso appropriati indicatori di esito.

*Dott.ssa Lorella Perugini*



# CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI PER FRAGILITA' SANITARIA



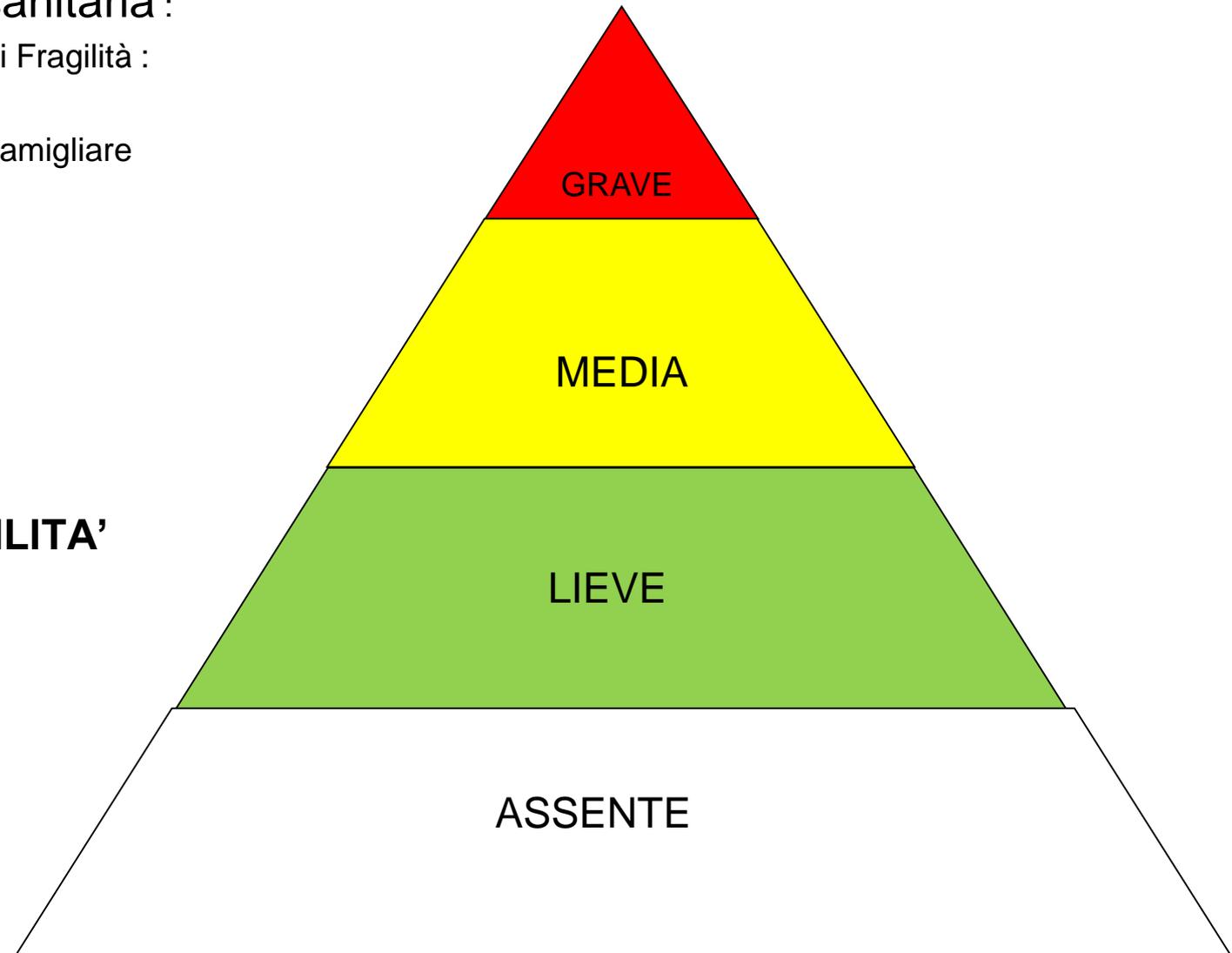
# CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI PER FRAGILITA' SOCIO SANITARIA

Scheda di fragilità socio sanitaria :

Attribuisce un punteggio del profilo di Fragilità :

- Condizione abitativa
- Profilo personale e condizione familiare
- Condizioni di salute
- Rete di cure e supporto
- Istruzione/formazione
- Situazione lavorativa
- Situazione economica

  
**ANAGRAFE DELLA FRAGILITA'  
SOCIO SANITARIA**



# Anagrafe della fragilità



Dal 1.10.2016 al 27.09.2021 contiene :  
totale n.23.884 Schede di accesso  
totale n.37.559 Bisogni espressi  
totale n. 55.457 risposte fornite  
per un **totale di 11.639 utenti** che hanno fatto  
accesso agli Sportelli SUSS

# Anagrafe della fragilità socio sanitaria

Consente l'individuazione della  
popolazione e stratificazione per  
complessità e presa in carico anche  
**sociale per intensità di cura/care**



PIANO DI CURA PERSONALIZZATO



# RISULTATI OTTENUTI

- **Applicazione di un modello condiviso di valutazione della fragilità non solo dal punto di vista sanitario ma anche sociale considerando il paziente fragile una persona con una visione olistica.**
- **Valutazione integrata con l'utilizzo di un unico strumento di valutazione : la scheda di valutazione della fragilità socio sanitaria per la definizione di progetti di cura personalizzati**
- **Gestione appropriata delle risorse verso interventi socio sanitari con percorsi o *setting* "speciali" in relazione alle classi di fragilità socio sanitaria**
- **Analisi dei dati confrontando i dati nel datawarehouse aziendale, con l'ausilio degli Epidemiologi dell'Osservatorio Aziendale per la valutazione e il ri-orientamento delle politiche aziendali al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti fragili , basato su principi di integrazione delle risposte, di prossimità territoriale, di aderenza ai PDTA, consentendo un impatto positivo sugli esiti di salute della popolazione a cui è rivolto.**
- 



**la gestione strategica in un ottica socio-sanitaria dei pazienti fragili mediante:**

consolidamento degli interventi di integrazione  
ASL ed Enti Gestori;

- interventi precoci sui fattori predisponenti una condizione di fragilità sociale in grado di condizionare positivamente e per tempo l'aderenza alle terapie e agli esiti in termini di salute;

# INDICATORI

**Indicatori di output** : decremento del costo medio per paziente, considerato anche una proxy di aumentata appropriatezza degli interventi, unitamente all'aumento del numero dei pazienti gestiti.

**Indicatori di risultato**: revisione dei PAI redatti e agiti, attraverso sia una revisione clinica "tra pari" con le informazioni contenute nel data base dell'anagrafe della fragilità, correlate ai percorsi standard di ciascun PDTA di riferimento.

Esiti della *customer* per analizzare il livello di soddisfazione su ciascun paziente coinvolto. E' stato avviato un programma di monitoraggio degli accessi multipli ( $\Rightarrow 4$ /anno) in ciascun Pronto Soccorso aziendale ( Due Presidi Ospedalieri VC-BG ). E' attesa la progressiva riduzione dei valori limite ( $\Rightarrow 30!$ ) e una riduzione della media degli accessi  $\Rightarrow 4$ /anno, in un contesto di aumento di attività complessiva (numero accessi totali /anno)

**Indicatori di efficacia /impatto**: il progetto ha già dimostrato, sulla base dei dati esposti, di saper modificare i dati dei costi di presa in carico e dei conseguenti consumi sanitari dei pazienti arruolati. il **rafforzamento della relazione di fiducia tra paziente e organizzazioni del territorio deputate alla gestione della salute e, più in generale del welfare.**



# INDICATORI

- La logica di lavoro integrato ha generato relazioni fiduciarie reciproche, a partire dalla conoscenza personale dei problemi e alla condivisione delle informazioni detenute da ciascuno dei soggetti coinvolti nel processo di presa in carico .  
Facilitando e orientando i pazienti e i loro familiari nella rete dei servizi, con percorsi dedicati, semplificati e più accessibili .  
Dando avvio a progetti integrati e innovativi sull'intero territorio ottimizzando risorse e competenze



# PUNTI DI FORZA E BENEFICI GENERATI

## Punti di forza:

**Miglioramento dei processi di valutazione multiprofessionale e delle valutazioni finalizzate alla costruzione del progetto di presa in carico**

**Utilizzo di uno strumento di valutazione socio sanitaria condiviso tra enti gestori e ASL .**

**Consolidamento su tutto il territorio del modello di accesso al sistema socio sanitario trasparente ed esplicito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di fragilità.**

**Definizione di un modello di valutazione dei risultati raggiunti mediante individuazione di una serie di indicatori condivisi (output, di risultato, di impatto, di customer) di facile gestione.**

**Rafforzamento della relazione di fiducia tra paziente e organizzazioni del territorio**

**Basso costo degli investimenti**

## Benefici generati

**Uniformità per operatività e funzioni**

**Universalità** sia rispetto al bisogno dell'utenza sia nei confronti del sistema dell'offerta

**Flessibilità** nella capacità di fornire risposte e/o di attivare un percorso integrato

**Risposte personalizzate ed individualizzate** sulle prestazioni offerte, sui percorsi necessari per accedervi e sulla documentazione richiesta

**Osservatorio dei bisogni** utile per definire politiche dell'offerta.

2018

**PIEMONTE**



Piemonte

INNOVAZIONE

**3° PREMIO**

CONSULTA  
**INNOVAZIONE**

**PROGETTO**

L'anagrafe della Fragilità sociale

**PARTECIPANTE**



Comune di Vercelli e Comuni associati, Consorzio CISAS di Santhià,  
Consorzio CASA di Gattinara, Unione Montana dei Comuni della Valsesia, ASL Vercelli

**ALBERTO AVETTA**  
Presidente ANCI Piemonte

**MICHELE PIANETTA**  
Vicepresidente all'Innovazione



**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*

# **MI FIDO rimango a casa ma non sono solo I CUSTODI SOCIALI**



*A cura Dott.ssa Lorella Perugini*

# Progetto MI FIDO rimango a casa ma non sono solo

In collaborazione con le Associazioni di volontariato MI FIDO rimango a casa ma non sono solo” che prevede l’attivazione di figure nuove quali **Custodi Sociali** è stato elaborato nel 2019 per partecipare al Bando Fondi UNRRA –

Sempre nel 2019 lo stesso progetto è stato scelto per partecipare , in quanto rispondente ai criteri indicati dal Bando , al Forum PA Sanità – Innovazione Sistema Salute 2019 .

# Welfare generativo di prossimità

Cosa intendiamo e quali sono i criteri con cui definiamo interventi di welfare di prossimità:  
si tratta di interventi che affrontano bisogni sociali e aspirazioni, e che hanno la finalità di migliorare la qualità della vita dei cittadini;  
i cittadini sono co-protagonisti degli interventi, assumendosi responsabilità diretta nella loro realizzazione;  
gli interventi prevedono la collaborazione tra diversi attori (cittadini, singoli e organizzati, imprese profit e non profit, enti pubblici);  
sono di norma realizzati in un ambito territoriale limitato e circoscritto (senza che questo pregiudichi la trasferibilità).

La “prossimità” nasce dalla consapevolezza di un bisogno qualificato condivisa tra più persone, accomunate generalmente dalla vicinanza territoriale; **un bisogno qualificato**, e non dunque mera aspirazione al consumo voluttuario, **uno di quei bisogni su cui misuriamo il grado di civiltà e di progresso di una società: da quelli primari, come mangiare, vestirsi, avere una casa, bisogno di cure e farmaci ,a quelli relativi al decoro del luogo in cui si vive, ai bisogni relazionali**. Prossimità, quindi, come disposizione a sentire anche come propri i problemi di chi è accanto; e da cui nasce una risposta basata sull’impegno attivo di coloro che esprimono il bisogno e che quindi non sono meri fruitori di un servizio o prestazione, ma anche, almeno in parte, produttori dello stesso.

**La prossimità è inclusiva.** La prossimità agevola una partecipazione inclusiva. Spesso **le attività svolte consentono la partecipazione dei cittadini senza richiedere competenze predefinite**, non vi sono procedure particolari di accesso alle iniziative se non da una richiesta di partecipazione, le regole sono stabilite “durante” la relazione fra le persone interessate.

*Dott.ssa Lorella Perugini*



La situazione di **emergenza sanitaria per COVID- 19** ha richiesto a tutti i servizi di adottare misure di carattere urgente e straordinario per sostenere situazioni di isolamento sociale e familiare e di difficoltà economica e assistenziale non solo rivolta ai pazienti fragili ma anche a situazioni nuove, non conosciute ai servizi ma che a causa dell'isolamento rendono le persone vulnerabili in mancanza del sostegno da parte della loro rete familiare, amicale.

*Dott.ssa Lorella Perugini*

# Innovazione ricerca e formazione

Nel mese di dicembre 2019 si informa che la Direzione Generale dell'ASL ha istituito un gruppo di lavoro per partecipare ad un Progetto di Formazione attivato a livello nazionale **Community Building** - laboratorio di formazione organizzato da FIASO in collaborazione Con Università Bocconi e Sant'Anna di Pisa .

Il Progetto Mi Fido per le sue caratteristiche rientranti nel welfare di prossimità è stato candidato e inserito in un catalogo di buone prassi e iniziative

# cosa chiediamo ai Custodi Sociali

Attenzione, capacità di ascolto,  
di accoglienza ,

•Disponibilità , flessibilità per  
rispondere ai bisogni

•Collaborazione , condivisione

delle informazioni per poter dare risposte flessibili, differenziate che tengano conto della necessità di rispettare le diversità , e assicurare risposte **integrate (dove il comparto sociale e quello sanitario interagiscono)**, **continuative (tali da assicurare un tragitto assistenziale programmato)** in modo specifico per quei pazienti che necessitano di continuità delle cure .





- attivare contatti con i destinatari e le loro famiglie per un **ascolto dei bisogni**;
- **promuovere spazi** e momenti di ascolto;
- attivare **contatti telefonici e visite domiciliari** periodici per una attività di monitoraggio, ma anche quale forma di prevenzione della **solitudine** relazionale; **collaborare con i Servizi Sociali Aziendali** , **segnalare nuovi bisogni**, fornire elementi e notizie utili alla valutazione degli esiti di percorsi attivati.
- ascolto delle richieste, e **azioni di facilitazione** rispetto alla loro risoluzione integrando le prestazioni dei servizi esistenti (piccoli aiuti domestici, accompagnamento per commissioni e visite mediche, disbrigo pratiche, acquisto generi prima necessità e farmaci ecc.)



aggiornamento e **diffusione di informazioni relative a orari e servizi sanitari e sociali, parrocchie, centri sociali e iniziative di socializzazione ecc.**

**facilitazione dell'accesso e dell'utilizzo appropriato dei servizi** sul territorio tramite azioni di orientamento e informazioni sugli stessi .

Confronto con l'operatore di sportello SUSS di riferimento .  
Rendicontazione mensile interventi effettuati .

# OBIETTIVI DEL PROGETTO



Il progetto è stato premiato e valutato dalla loro commissione di esperti tra i progetti migliori e in data 30 ottobre 2019 siamo stati invitati alla cerimonia di Premiazione nell'ambito del convegno “ **Connected care: i passi per renderla effettiva** . La premiazione è stata fatta direttamente dal Vice Ministro della Sanità Dott. Sileri .



*Dott.ssa Lorella Perugini*



*Dott.ssa Lorella Perugini*

In conclusione ..... **Il SSA deve entrare a pieno titolo a far parte del sistema dei servizi sanitari e socio sanitari** , occorre favorire percorsi di crescita culturale e professionale e sostenere i cambiamenti con percorsi formativi adeguati alle esigenze locali . Abbiamo grandi opportunità ..... Dobbiamo creare una nuova identità della professione ..... Dobbiamo saper cogliere la sfida.....



*Dott.ssa Lorella Perugini*

## Bibliografia

- G.Bissolo, L.Fazzi « Costruire l'integrazione socio sanitaria:attpri,strumenti e metodi» ed.Carrocci 2004
- Banchero A.»programmare i servizi sociali e socio sanitari» Bologna , il Mulino 2005
- Pignatto A., Regazzo C.»Organizzazione e qualità nei servizi socio sanitari «ed. Carrocci
- F.Longo,M.Delvecchio,F.Lega " La sanità futura.Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie. "Ed.Università Bocconi .
- Remo Siza « Manuale di progettazione sociale» Ed. Franco Angeli

La presa in carico del paziente fragile con la sua complessità necessita di essere contenuta e governata da un sistema integrato e unitario dei servizi



*Grazie per l'attenzione!*  
*Dott.ssa Lorella PERUGINI*