



A.S.L. VC

*Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli*

Percorso di conoscenza nel mondo della Sanità

L'esperienza del SSAP nella Regione Piemonte

29 ottobre 2021



A cura Dott.ssa Lorella Perugini

indice

- L'integrazione socio sanitaria e le norme specifiche di riferimento Nazionale e Regionale
- il Servizio Sociale Aziendale Professionale in Sanità
- Quadro di riferimento normativo
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021
- La DGR 50 e DGR 17- Regione Piemonte
- Ruolo e funzioni dell'assistente Sociale del SSA
- L'esperienza dell'ASL di Vercelli SSA e Sportelli SUSS
 - Collaborazioni con EE.GG e volontariato e creazione network di riferimento
- Innovazione e Progetti a cura del SSA

Concetto di salute dell'OMS

La definizione del 1948 dell'OMS indicava la salute come « uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia »

Considerare la salute come uno stato di completo benessere **ha** prodotto un eccesso di **medicalizzazione**, volto a un globale benessere fisico, mentale , psicologico, emotivo e sociale : E' un traguardo difficilissimo e quasi impossibile da raggiungere

La nuova definizione presentata nel 2011 definisce la salute come « la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive »

L'integrazione socio sanitaria

Con il termine integrare si intende «unire « due forme di assistenza : assistenza sanitaria e assistenza sociale finalizzate entrambe a garantire il diritto fondamentale di tutela della salute art. 32 e tutela sociale , art. 38 della Costituzione

- Con la Costituzione Italiana nel 1947 lo Stato assume il compito di **tutela della salute** art. 32”*come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti*” e con l'art. 38 viene sancito il **diritto all'assistenza sociale** per le persone inabili al lavoro e sprovviste di mezzi, legittimando anche l'assistenza privata

La **logica sanitaria**
è quella di produrre
guarigione ed ha come
riferimento l'attività
terapeutica che si esplica
sulla componente biologica
dell'individuo

La **logica Sociale**
è di fornire aiuto e sostegno
ed ha come riferimento le
relazioni con le
componente psicosociale
dell'individuo

Art 38 Costituzione ..interventi rivolti « agli inabili al lavoro e a quanti sono sprovvisti di mezzi necessari per vivere «
Bisogno sociale è ben indicato nella **Legge 8 novembre 328** che può esser considerata come diretta attuazione dell'art .38 della Costituzione , la quale ha ricompreso negli ambiti degli «interventi e servizi sociali» tutte le attività previste dall'art. 128 del DL 31 marzo1998, n.112, il quale a sua volta , ha stabilito che per servizi sociali devono intendersi» tutte le attività relative alla predisposizione e erogazione dei servizi , gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere

E superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia

Con il termine **socio sanitario** si intende una prestazione che combini le due forme di assistenza con competenze ed interventi di tipo sanitario e di tipo sociale con la consapevolezza che l'insufficienza di una sola delle due possa non rispondere adeguatamente e tutelare i bisogni specifici della persona

Un intervento socio sanitario che preveda interventi solo di assistenza sanitaria o quella sociale potrebbero ESSERE parziali o anche inutili. Solo l'integrazione consente di ottenere l'obiettivo di un migliore e più adeguato livello di cura , ma anche un uso più efficace delle risorse.

Prendersi cura della persona nelle sue diverse situazioni (ovvero cause) di debolezza , ed offrire opportunità che consentono di trovare soluzione ai diversi stati di bisogno .

« Il sociosanitario»: una scommessa incompiuta ? Di E.Rossi Rivista AIC n.2/2018 pubblicato il 23.5.2018

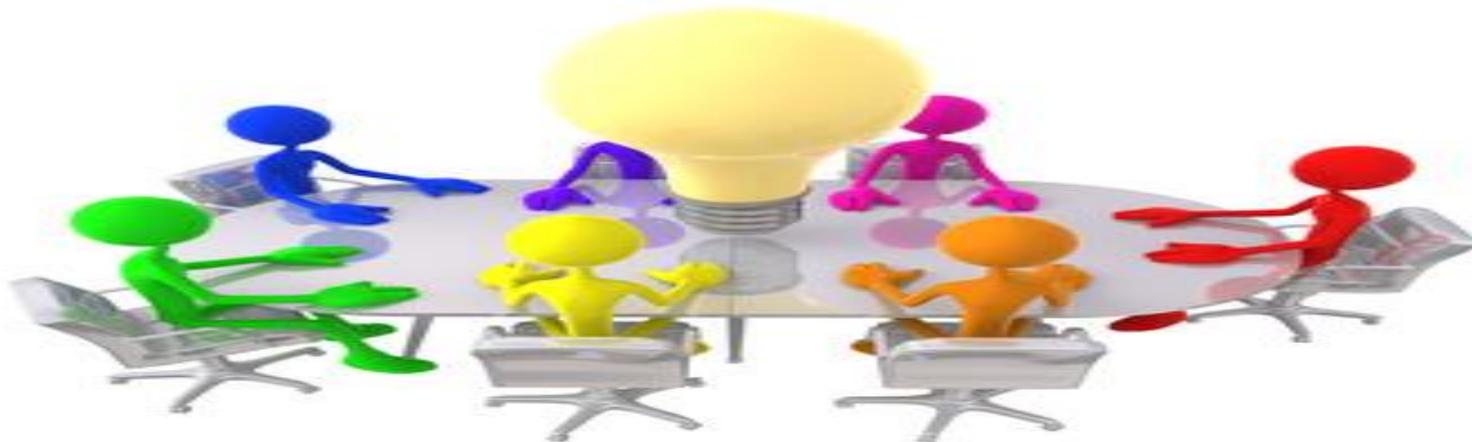
Dott.ssa Lorella Perugini

Il Modello Bio Psico Sociale

Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization).

L'assunzione fondamentale del modello bio-psico-sociale è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engels, 1977, 1980; Scwartz, 1982).

Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici



Dott.ssa Lorella Perugini

Dal 78 ad oggi , dopo la Legge n. 833 Riforma Sanitaria,
il concetto di sanità e di salute è cambiato in modo
significativo e ci sono stati due decreti che hanno
determinato le successive riforme nella Sanità il
Dlgs502/92 e il 229/99 seguito dai DPCM 14.2.2001 e
DPCM 29.11.2001 istitutivi dei LEA

Il tema e la necessità dell'integrazione sociosanitaria sono stati affermati sul piano istituzionale a livello Nazionale dapprima con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Percorrere la strada dell'integrazione in forza della considerazione che la complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate, in particolare socio sanitarie

Dott.ssa Lorella Perugini

Il D. lgs n. 229/99 che introduce la c.d riforma ter del SSN, completa il processo di costruzione e razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale , avviato nel 1978 con la Legge 833 e successivamente , nel 1992 con il d.lgs. N.502 e nel 1993 con il d.lgs n. 517

Con questo decreto si conclude il processo di «aziendalizzazione» definendo le originarie USSL come aziende con personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale e gestionale, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato , nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione ai sensi dell'art.2, comma 2 sexies del d.lgs 229/99 come modificato dall'art.1 del d.lgs168/2000

Dott.ssa Lorella Perugini

DL.Gs n. 229 del 19.6.1999

Il DL.gs 229- Riforma ter o Riforma Bindi, all'art.3-septies definisce le **prestazioni socio sanitarie** in :

« 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.»

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: sono tutte le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione, contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite art.3-septies, comma 2 lettera a . Queste sono di competenza delle ASL e a carico delle stesse , inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa , da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi (DPCM 14.2.2001, art. 3 comma2)

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria : sono 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. Tali attività sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi (DPCM 14.02.2001, art.3,comma2).

Prestazioni socio sanitarie ad elevata

integrazione sanitaria: rientrano nei LEA e sono a carico del Fondo sanitario nazionale : Queste sono caratterizzate « dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e della preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza (DPCM14.02.2001, art.3 comma 3) e possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali

Le Prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria attengono prevalentemente alle aree:

Materno infantile

Anziani

Handicap

Patologie psichiatriche

Dipendenze da droga, alcool e farmaci

Patologia per HIV e patologie in fase terminale

Inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche
degenerative

FRAGILE

Dott.ssa Lorella Perugini

La programmazione socio sanitaria

La programmazione in materia socio sanitaria trova la sua disciplina nazionale nel DL.gs 502/92 e successive modifiche e integrazioni , nella Legge 328/2000, nei DPCM 14.2.2001 e 29.11.2001

All'articolo 3 quarter del DL.gs 229/99 il Distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali PAT

Programma Attività Territoriali PAT

Devono essere assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei Dipartimenti e dei servizi Aziendali, inclusi i Presidi Ospedalieri , inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali

Il comma 3 dell'articolo 3-quater precisa che i PAT :

1. Prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta
2. Determina le risorse per l'integrazione socio sanitaria di cui all'art.3- septies Dl.gs 229/99 e le quote rispettivamente a carico dell'ASL e dei Comuni
3. E' proposto sulla base delle risorse assegnate , dal Direttore del Distretto ed è approvato dal Direttore Generale sentito il parere dei Sindaci per la parte sanitaria e di intesa con tale Comitato per la parte socio sanitaria

L'integrazione socio sanitaria si fonda su alcuni capi saldi :

Necessità di mantenere uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione ;

Continuità assistenziale ospedale territorio;

Valorizza i diversi centri di responsabilità;

Qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati;

Promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nella comunità locale

L'integrazione socio Sanitaria si caratterizza per livelli che sono stati individuati e definiti dal DL.gs 229/1999

Integrazione istituzionale nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (ASL , Comuni) che si organizzano per conseguire obiettivi comuni di salute . Può avvalersi di una ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni, gli accordi di programma, protocolli

Integrazione gestionale

si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel Distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni

Integrazione professionale è

strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali

PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE	PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA	PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE AD ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA
COMPETENZA ASL	COMPETENZA COMUNI	COMPETENZA ASL (comprese nei LEA)
Art.3 septies comma 2 lett.a	Art. 3 septies comma2 lett.b	Art. 3 septies comma 4 e 5

Dott.ssa Lorella Perugini

Per quanto riguarda il **livello di integrazione professionale** ,
vengono ulteriormente declinate le condizioni necessarie per la
sua attuazione:

Costituzione di Unità Valutative Multiprofessionali

Le gestione unitaria della documentazione

La Valutazione dell'impatto economico delle decisioni

La definizione delle responsabilità nel lavoro integrato

La continuità terapeutica ospedale-territorio

La collaborazione tra strutture residenziali e territoriali

La predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologia
di intervento

L'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate

IL Distretto è dotato di risorse e autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità Sanitaria Locale – Definisce il Programma delle Attività Territoriali

Direttore del Distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Generale nei rapporti con i Sindaci del Distretto (art. 3-sexies co.1)

Dott.ssa Lorella Perugini

Legge 328 del 8 novembre 2000

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, contiene una costante attenzione all’integrazione sociosanitaria e ha una impostazione sia in termini di prevenzione sia in quelli di promozione. **Era attesa fin dall’approvazione della Legge 833 del 78** in quanto molti elementi della legge sanitaria richiedevano un’interconnessione con il sociale

Nei diversi articoli, affronta il tema del coordinamento
e della integrazione sociosanitaria,
proponendola come materia da disciplinare
nei diversi livelli: Nazionale, Regionale, Locale
e nelle **diverse** dimensioni: istituzionale, organizzativa,
operativa, ecc

DPCM 14 febbraio 2001

“ Atto di indirizzo e coordinamento
sull'integrazione sociosanitaria”

Indica chi sono i destinatari degli interventi sociosanitari, la tipologia delle prestazioni e gli enti di competenza, nonché i criteri di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie, richiamandosi alle definizioni del Dgls 229/99

Il tema dell'integrazione viene proposto ed evidenziato nel DPR 3.5.2001

.....il sistema integrato di interventi e
servizi sociali deve essere progettato e
realizzato a livello locale.....prevedendo un
sistema allargato di governo, più vicino alle
persone

I servizi socio sanitari sono servizi in cui strutturalmente vi è una titolarità incerta e condivisa tra Comuni e ASL

Gli interventi hanno contestualmente ricadute nella sfera sociale e in quella sanitaria e gli operatori rispondono ad entrambi i bisogni , richiedendo quindi una compartecipazione finanziaria dei due titolari delle funzioni ASL e Comune

Dott.ssa Lorella Perugini

....da prestazioni rigide, predefinite a **prestazioni flessibili** e diversificate, basate su **progetti personalizzati**, dal riconoscimento del bisogno di aiuto all'affermazione del **diritto all'inserimento sociale**, da politiche per contrastare l'esclusione sociale a politiche per promuovere l'inclusione sociale..... Per lo sviluppo di un **Welfare delle Responsabilità**, ovvero plurale e costruito e sostenuto da responsabilità condivise , in una logica di sistema allargato di governo

Classe di servizi/ente titolare	Comune	ASL
Sociali o socio assistenziali	Segretariato sociale Servizi per indigenti Servizi per stranieri /nomadi Servizi per homeless Politiche per l'abitazione	
Socio sanitari	Servizi per anziani Servizi per handicappati Servizi per minori	Servizi per anziani Servizi per handicappati Servizi per minori
Servizi sanitari con ricadute sociali		Dipendenze Salute Mentale Consultori materno Infantili
Sanitari		Igiene e prevenzione MMG-Specialistica Ospedale

Con la **modifica del titolo V** della **Costituzione** è cambiato il sistema delle responsabilità in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente il livello regionale e locale nel compito di garantire i diritti di cittadinanza

La legge 328/2000 agli art.6 e 8, comma 3 lettera a, individua come organizzazione da istituire in ogni ambito territoriale , una **Porta Unica di Accesso –PUA** , al sistema dei **servizi**, tale da essere accogliente , gratuita e a disposizione di tutta la popolazione

SUSS nella Regione Piemonte

Con il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010 si assegna una forte priorità per lo sviluppo di tutta l'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie, attraverso una rete di servizi che siano in grado di fornire una più idonea presa in carico dell'utenza fragile .

Individua alcuni snodi dell'organizzazione assistenziale che richiedono una modalità di lavoro integrato :

- 1.La porta di accesso al sistema;
- 2.I passaggi tra aree assistenziali diverse, dove la mancata continuità fa precipitare le condizioni di cura ;
- 3.I momenti di valutazione sulle condizioni di maggior complessità.

DGR n. 55-9323 del 28 luglio 2008

DGR 55-9323 del 2008 delibera di destinare somma di 7.797.958,90 euro , quale quota del «Fondo per le non autosufficienze» ... per il rafforzamento e l'ulteriore messa a punto sotto il profilo organizzativo e gestionale laddove già avviato, dello **Sportello Unico Socio Sanitario configurabile come Porta Unica di Accesso** del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario

Decreto legge n. 158 del 2012 Decreto Balduzzi convertito in Legge n. 189 del 2012

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo
del Paese mediante un più alto livello di tutela
della salute.

Vengono introdotte importanti modifiche in diversi
ambiti del Sistema Sanitario Nazionale e locale
con i nuovi dispositivi sui presidi territoriali

Le norme riguardano infatti :

Riforma delle cure primarie

Attività intramoenia

Responsabilità professionale a rischio clinico

Aggiornamento dei LEA

Edilizia sanitaria

Misure finanziarie e patrimoniali a favore delle Regioni

Fumo alcool e ludopatia e certificati sportivi

Norme in materia di sicurezza alimentare e bevande

Disposizioni in materia di emergenze veterinarie

Farmaci e innovatività terapeutica
Prontuario e altre norme su farmaci e farmacie
Farmaci erogabili dal SSN
Disposizioni su altri farmaci
Razionalizzazione di Enti Sanitari
Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale
navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal
Ministero

Aggiornamento dei LEA con il DPCM 12 gennaio 2017 in particolare per le malattie croniche , per le malattie rare e la ludopatìa

Medicina difensiva – Si regola la responsabilità professionale di chi esercita professioni sanitarie per contenere il fenomeno della cd Medicina difensiva per evitare prescrizioni di esami inappropriati al solo scopo di evitare responsabilità civili , costi per la sanità

La salute è una delle materie in cui la Costituzione e la Riforma del Titolo V del 2001 stabilisce la potestà legislativa concorrente. Spetta cioè ancora allo Stato dettare i principi generali ai quali la normativa Regionale deve attenersi.

DGR1-600 del 19 novembre 2014

Adeguamento della rete ospedaliera
agli standard della Legge 132 del
2012 e del Patto per la Salute 2014-
2016

Dott.ssa Lorella Perugini

DGR 26-1653 del 29/06/2015

Riordino della rete territoriale in
attuazione del Patto per la Salute
2014/2016 e della DGR n. 1-600 del
19.11.2014 e s.m.i

Con la DGR 26-1653 del 29.6.2015 vengono indicate le direttrici del nuovo modello organizzativo della rete territoriale.

Tale modello è orientato a garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale con il rafforzamento della governance del sistema territoriale e la valorizzazione del ruolo svolto dall'assistenza primaria

DGR 3-4287 del 29.11.2016

DGR 26-1653 del 29.6.2015:

Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute .

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le
Province Autonome di Trento e di
Bolzano del 15 settembre 2016

Il legislatore per rispondere ai nuovi bisogni di assistenza della popolazione sempre più anziana e affetta da multipatologie indica la necessità di «rifondazione organizzativa» delle reti ospedale-territorio per consentire la presa in carico multiprofessionale delle cronicità.

Un nuovo modello clinico a gestione integrata con l'apporto e la condivisione di tutti i professionisti coinvolti

Gli ospedali adottano un **assetto organizzativo basato sull'intensità di cure** : le strutture non sono più articolate come da tradizione , in reparti o unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica ma in **aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso** e al conseguente **livello di complessità assistenziale** per garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali e per trattare le diverse patologie in pazienti riuniti in un'unica piattaforma logistica di ricovero.

Il DM 70 del 2015 definisce i criteri e gli standard di riferimento per la riorganizzazione ospedaliera, con le finalità di guidare i processi regionali di riassetto organizzativo-strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera . Tale riassetto, insieme al rilancio degli interventi di prevenzione primaria e secondaria nonché al potenziamento delle cure primarie territoriali, costituisce la linea programmatica fondamentale del SSN

- **PNRR –Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**
- E' il Piano Italiano che contiene gli investimenti e progetti da attuare con le risorse di Next Generation EU per sostenere la ripresa dalla crisi economica e sociale causata dalla pandemia da COVID-19
- Per un totale di 235,14miliardi di euro

- Il PNRR è diviso in 6 missioni ognuna della quali riguarda un preciso settore di investimento e **ogni missione si divide in componenti** , a loro volta costituite dagli investimenti:
- Missione1 Digitalizzazione,innovazione,competitività e cultura
- Missione 2 Rivoluzione verde e transizione ecologica
- Missione 3 Infrastrutture per una mobilità sostenibile
- Missione 4 Istruzione e ricerca
- Missione 5 Inclusione e coesione
- Missione 6 salute –

- **Missione 6 obiettivi generali :**
- **Incremento dell'assistenza domiciliare** con particolare attenzione alla fragilità, patologie croniche .
Potenziamento delle strutture e presidi territoriali
Integrazione tra i servizi
- **Rinnovamento e ammodernamento** delle strutture digitali, del parco tecnologico ospedaliero
Potenziamento ed estensione su tutto il territorio nazionale del Fascicolo Sanitario Elettronico
- **Investimento su ricerca scientifica** e rafforzamento competenze per tutto il personale

PNRR- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il nostro sistema sanitario Legge 833 del 1978 è uno dei primi al mondo per qualità e sicurezza si basa su tre principi fondamentali: **universalità, uguaglianza ed equità**

Oggi per poter garantire questi principi occorre un **cambio di prospettiva** passando da un sistema sanitario progettato intorno alla malattia e alle istituzioni verso **sistemi sanitari vicini alla comunità**, progettati per le persone e con le persone

- In tale ottica si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali al fine di poter applicare i LEA , riducendo le disuguaglianze e offrendo un modello organizzativo condiviso ed omogeneo sul territorio atto a garantire: pianificazione, rafforzamento e la valorizzazione dei servizi sul territorio

FRAGILE

1. Sviluppo di strutture di prossimità come le **Case della Comunità**
2. Potenziamento delle **cure domiciliari**
3. Integrazione socio sanitaria capace di prendere in **carico la persona in modo olistico**
4. Applicazione di logiche sistemiche di medicina di iniziativa : **stratificazione della popolazione per intensità di bisogni**
5. Modelli di **servizi digitalizzati** per il reclutamento, gestione dei pazienti e assistenza al domicilio con l'ausilio di strumenti di **telemedicina** e **telemonitoraggio** e integrazione della rete **multiprofessionale** (Medici, infermieri, ass sociali, ecc)

- 6. **Valorizzazione della co-produzione** con gli utenti e il lavoro di prevenzione, cura inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità
- 7. **Partecipazione e valorizzazione di tutte le risorse della comunità** nelle sue diverse forma con la partecipazione dei diversi attori locali : Aziende Sanitarie, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni

- **Distretto : funzioni e standard organizzativo**
- La programmazione deve prevedere :
 1. 1 Casa della Comunità Hub per ogni distretto e almeno tre Case della Comunità spoke(con criteri definita per densità della popolazione) Dovranno afferire tutte le aggregazioni di MMG e PLS avendone in esse la sede fisica o attraverso un collegamento funzionale
 2. 1 infermiere di Comunità- 1 unità speciale di Continuità Assistenziale – 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti- 1 Hospice e 1 Centrale Operativa Territoriale

Casa della Comunità

Rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità, di facile individuazione e facilmente raggiungibili . Dovrà avere al suo interno un'equipe multidisciplinare con anche altri professionisti della salute al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del territorio di riferimento e deve garantire i seguenti servizi :

Nelle **Case di Comunità hub** sono garantiti

- 1.:Equipe multiprofessionali-
- 2.presenza medica **h.24 -7 gg su 7** anche con l'integrazione della Continuità Assistenziale
- 3.Presenza infermieristica **h 12- 7gg su 7**
- 4.Punto Unico di Accesso PUA** sanitario e Sociale
- 5.Punto prelievi
- 6.Programmi di Screening
- 7.Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, ecc) anche con strumenti di telemedicina
- 8.Servizi ambulatoriali, infermieristici, CUP per le prenotazioni, assistenza domiciliare, Associazioni

- **Unità Speciale di Continuità Assistenziale
USCA**

- E' un'equipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni relative a condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità. Composta da 1 medico e 1 infermiere (ogni 100 abitanti) e può essere integrata con altre figure professionali sanitarie e socio sanitarie per rispondere alle diverse situazioni

Centrale Operativa Territoriale

E' un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali : attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza - 1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale
Standard minimo 5 infermieri/ IFeC, 1 Coordinatore

Ospedale di Comunità

è una struttura sanitaria di **ricovero breve** che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza Territoriale e svolge una **funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero** con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei e rispondenti ai bisogni socio sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

1 Ospedale di comunità (20 posti letto) ogni 50.000 abitanti- 0,4 posti letto per 1000 abitanti Standard minimo 9 infermieri-6 OSS-1 medico per almeno 4 ore al giorno .

Ospedale di Comunità è da considerarsi un **nodo strategico della rete territoriale** e che richiede appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico e Servizio Sociale

- Risulta prioritario **sviluppare centralmente** competenze per lo sviluppo e **alimentazione del sistema informativo** , che ricompreda dati sanitari , socio sanitari e sociali mettendo in rete le banche dati degli Enti locali, dell'INPS e delle Aziende del SSN – Potenziare a livello centrale e regionale gli strumenti di raccolta , elaborazione , analisi

Piano Nazionale Degli Interventi e Dei Servizi Sociali 2021-2023

Agosto 2021

Strutturalizzazione del Sistema dei Servizi Sociali è rappresentata da un sistema di **prossimità alle persone e alla comunità** non solo per la loro collocazione fisica ma piuttosto per la capacità di orientare l'attività di partecipazione attiva dei cittadini migliorando l'operato e rafforzando il livello di fiducia con le istituzioni .

Dott.ssa Lorella Perugini

Sviluppando sinergie e alleanze nella comunità finalizzate al superamento di tradizionali forme di un welfare assicurativo (non in grado di dare risposte a tutte le nuove realtà lavorative) verso forme più **innovative di welfare generativo** capace di dare maggiori risposte ai bisogni e generare benessere e miglioramento sociale per tutta la popolazione

FRAGILE

Dott.ssa Lorella Perugini

Livelli Essenziali Prestazioni Sociali LEPS

Art. 22 della Legge 328 Legge Quadro Nazionale, individua una serie di ambiti di intervento che riconosce come livelli essenziali , art.117 della Costituzione , come riformata nel 2001 riserva al Governo Centrale la definizione del LEPS su tutto il territorio nazionale. Con l'aumento delle condizioni di povertà e le recenti normative, anche internazionali , di grande sensibilità per le tematiche del sociale hanno consentito di definire formalmente livelli essenziali delle prestazioni non solo nella componente di trasferimento monetario ma anche nella componente di politica attiva.

- Sono state definite pertanto le basi per il riconoscimento di un **vero e proprio diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali** . E con la corrente programmazione sociale nazionale verranno individuati un primo gruppo di LEPS.
- Legge 178/2020 (Legge di bilancio 2021)art 1 comma 797 « al fine di potenziare i servizi sociali comunali e, contestualmentei servizi di cui all'art.7,comma1, del Decreto legislativo 15.9.2017n. 147.....»*livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali definito da un rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente pari a 1a 5.000.....»*

LEPS

intervento	sigla	Tipologia	Fonti di finanziamento
Servizio Sociale Professionale		LEPS	Fondo povertà , PON inclusione, ecc
Pronto Intervento Sociale		LEPS	FNPS,Fondo povertà, PON ,ecc
Punti Unici di accesso	PUA- SUSS	Da potenziare	FNPS FNA
Dimissioni protette		LEPS	PNRR,FNPS,FNA
<i>Servizi per la residenza fittizia</i>		LEPS	Fondo povertà
Sostegno monetario al reddito		LEPS	Bilancio (Fondo RdC)
Supervisione personale servizi sociali		LEPS	PNRR, FNPS
Preso incarico sociale/lavorativa		LEPS	Fondo povertà, PON inclusione
Prevenzione allontanamento familiare	PIPPI	LEPS	PNRR,Fondo Povertà

Ambito socio sanitario

L'ambito sanitario deve operare in stretto raccordo con quello sociale. E' chiamato a contribuire al piano e a condividerne le priorità per le competenze socio sanitarie, garantendo la presa in carico con Punti Unici di Accesso PUA, valutazione multidimensionale dei bisogni , e per tutte le tipologie di fragilità che richiedono interventi e progettazione congiunta

Azioni di sistema

1. **Rafforzamento dei PUA** quale porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali favorendo l'accesso integrato ai servizi sanitari e sociali
2. Dimissioni Protette – dimissione da un contesto sanitario e che richiede una continuità di interventi di assistenza e cura da parte degli operatori ASL e Servizi Sociali del territorio

II *PARTE*

Dott.ssa Lorella Perugini

Le Normative che regolano
il Servizio Sociale Aziendale
Professionale
Tavolo Nazionale 2010

Dott.ssa Lorella Perugini

«FUNZIONI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN SANITA'»

Documento approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti il Tavolo Tecnico istituito dal **Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio**, per esaminare le problematiche connesse alla realizzazione nelle Aziende Sanitarie del **Servizio Sociale Professionale** in relazione a quanto previsto dalla Legge 251/00 e dalla normativa regionale di attuazione della stessa .

LEGGE 251

legge 251/2000. – di cui di cui all'art. 7, fa parte integrante il **Servizio Sociale Professionale**, della stessa legge – si stabilisce che sia un'articolazione organizzativa , trasversale ai vari Servizi e Dipartimenti aziendali in cui sono collocati gli assistenti sociali dipendenti, in relazione alla specificità dell'ambito professionale loro riconosciuto dalla normativa vigente:

IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

La **legge 251/2000** e ss.ii.mm. – **legge n. 38/2004** e **legge n. 27/2006** –, **all'art. 7 co. 1 stabilisce** che *Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e il servizio sociale professionale e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio a un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della legge nonché a un appartenente al servizio sociale professionale.*

la Legge n. 84/93 stabilisce l'autonomia tecnico-professionale dell'assistente sociale e istituisce l'Ordine professionale e lo stesso fa il DPR n. 328/2001 che all'art. 21 conferma e specifica la stessa disposizione;

□ il DPR 761/79 ne prevedeva l'inquadramento nel ruolo tecnico, ruolo che non è stato modificato dalla recente Legge n. 3/2018, che all'art. 5 colloca questa professione nell'Area delle professioni socio-sanitarie, come poi confermato anche dall'art. 12 del CCNL firmato il 21 maggio 2018.

In particolare, la **legge n. 84/93**, dopo avere definito giuridicamente la professione (art. 1 comma 1), stabilisce (art. 1 comma 2) che ***L'assistente sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali***, il tutto confermato e meglio specificato dal DPR 328/2001, art. 21.

L'Assistente Sociale nella Sanità è prevista dalla **Legge 132/68 Riforma Ospedaliera** e la sua presenza strutturata è sancita dalla **Riforma Sanitaria n. 833 del 1978** preceduta da importanti leggi di settore come:
la legge 405/75 Consultori, Legge 685/75 sulle Tossicodipendenze, Legge 194/68 maternità e interruzioni di gravidanza , Legge 180/78 assistenza ai malati psichiatrici, Legge 104/92 assistenza e integrazione alle persone disabili

Nelle suddette normative sono previste prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro con la finalità di « valorizzare le abilità di ogni persona e che agiscono sulla globalità della situazione di fragilità , coinvolgendo la famiglia e la comunità»

A seguito di tutte queste norme e del Documento del Tavolo Tecnico del 2010 si definisce il **ruolo strategico che il Servizio Sociale Professionale Aziendale** è chiamato ad assumere sull'integrazione socio sanitaria e nello specifico nel contribuire alla valutazione multidimensionale e multiprofessionale dei bisogni del cittadino

Dott.ssa Lorella Perugini

Questo quadro normativo di riferimento coinvolge a pieno titolo la professione dell'assistente sociale laddove si stabilisce che l'erogazione dei servizi e delle prestazioni avviene in seguito alla **valutazione multidisciplinare**, nel cui ambito la rilevazione e valutazione del bisogno socio sanitario e sociale è di stretta competenza dell'assistente Sociale

Legge 84/93 art. 1 comma 2

L'Assistente Sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione programmazione..... Con funzioni di Responsabile del SSPA e tale servizio garantisce una funzione di snodo e raccordo tra il Sistema Sanitario e il Sistema dei Servizi Sociali e Terzo Settore e Volontariato



Dott.ssa Lorella Perugini

il Servizio Sociale Professionale Aziendale

Contribuisce alla realizzazione degli obiettivi aziendali di integrazione socio- sanitaria ai vari livelli:

Istituzionale- Co-progettazione e realizzazione Protocolli, accordi e Piani di Zona;

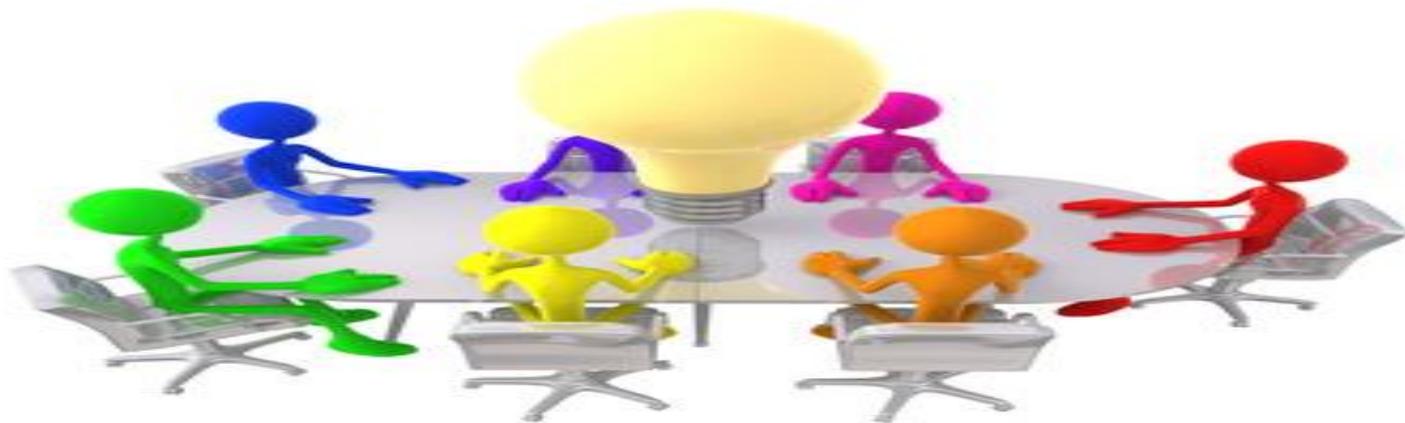
Gestionale- implementazione e coordinamento dei PUA/SUSS;

Professionale- partecipazioni alle commissioni UMVD,UVG, Medicina Legale,continuità assistenziale ospedale-territorio

L'integrazione- socio sanitaria come citato nel PSN- e nel recente PNRR e Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, appare essenziale e strategica nei **servizi di «cerniera»** come possono essere rappresentati i Servizi Sociali, per la loro potenzialità- a fronte delle particolari fragilità e i peculiari bisogni di cui si fanno carico – di **attivare il complesso sistema dei servizi e delle risorse** necessari ad una **appropriata progettazione personalizzata degli interventi**

Nella Regione Piemonte

Con la **DGR 50-12480 del 2.11.2009** e con la **DGR n.17-6487 del 16 febbraio 2018** « Nuove Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell'organizzazione del **Servizio Sociale Professionale Aziendale** nelle ASR e revoca parziale della DGR50



Dott.ssa Lorella Perugini

Con la **DGR 50 del 2009** La Regione Piemonte aveva delineato un modello organizzativo di SSPA, ritenendo necessario tale servizio
Indicando un **modello organizzativo, flessibile** e rispondente ai diversi contesti organizzativi gestito da un Responsabile, non un Dirigente (Con titolo di AS).

La Regione Piemonte aveva **invitato** le Direzioni Generali delle ASR ad attivare il Servizio e aveva loro richiesto un nominativo di Responsabile/ referente del servizio

La Rete Regionale dei Servizi Sociali

Con la DGR 50 del 2009 La Regione Piemonte aveva istituito con **Determina n. 141** «Istituzione della Rete Regionale dei Servizi Sociali della Sanità Piemontese» in cui veniva inseriti i nominativi trasmessi dalle ASR e **aggiornamento con D.D 9 gennaio 2015, n. 2** quale strumento di verifica e monitoraggio dei servizi su tutto il territorio regionale

D.D 9 gennaio 2015, n.2

Determina

Aggiornare la Rete Regionale dei Servizi Sociali
della Sanità piemontese

Di revocare la D.D. n.141 del 2 marzo 2010

Di **individuare i principali compiti della Rete**

Compiti della rete

Il monitoraggio e l'analisi dell'applicazioni del modello proposto nella DGR 50 del 2009 nelle ASR

L'individuazione e la declinazione delle competenze del Servizio Sociale nel sistema sanitario

Con la **DGR 17 del 2018** La Regione Piemonte definisce **il modello organizzativo** indicando che ogni AASSRR organizza il SSPA con a **capo un Dirigente Assistente Sociale** assicurando che tutti i professionisti Assistenti Sociali vi afferiscano e il medesimo sia dotato delle necessarie risorse tecnico-strumentali ed esercitino le seguenti attività :

- 1. Management;**
- 2. Tecnico-operative**
- 3. Ricerca**
- 4. Formazione**

**Allegato A della DGR 17 vengono indicate « Le funzioni
esclusive e le competenze del Servizio Sociale
Professionale Aziendale delle Aziende Sanitarie
Regionali .**

Ad ogni attività vengono elencate azioni che debbono essere esercitate ai diversi livelli professionali (Attività di managementdirezione, coordinamento strategico , indirizzo e programmazione , ecc

Contribuisce alla **mission aziendale**, assicurando alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi ed alle prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale ad elevata integrazione sanitaria in tutti i percorsi di cura (ospedale-territorio).

Il Servizio Sociale Aziendale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) **assicura funzioni di consulenza e supporto professionale trasversale all'Azienda sanitaria**, la gestione ed organizzazione di risorse umane, strutturali, economiche, la promozione di strategie per l'integrazione fra il sistema sanitario e sociale aziendale e il sistema socio-assistenziale degli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali, nonché il raccordo con le Rappresentanze Locali e del Terzo Settore, al fine di garantire la funzionalità dell'intero sistema di governo aziendale e la tutela dei cittadini nell'ambito di appropriati percorsi sanitari e socio sanitari.

Con la DGR 17 la regione Piemonte indica il modello del SSAP e stabilisce che a capo venga nominato un Dirigente Assistente Sociale
Nelle ASR viene recepita tale normativa e si delineano nuovi scenari o riconfermati scenari già presenti nella precedente normativa .

Quali sono quindi le funzioni del Dirigente ?

Compiti e funzioni del Dirigente del SSAP

Il settore sanitario rappresenta un vero e proprio unicum nel panorama delle pubbliche amministrazioni , sia perché dominato da un quadro normativo che presenta non pochi profili di specialità , sia per la qualificazione delle Aziende Sanitarie Locali come aziende in possesso , da un lato , della personalità giuridica di diritto pubblico e, dall'altro di una vera e propria autonomia imprenditoriale.

La disciplina di carattere generale della dirigenza del comparto sanitario si rinviene , anzitutto , nel **D.lgs n. 165 del 2001 TU sul pubblico impiego** che ha esteso la disciplina privatistica ai rapporti alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni

Il citato T.U , all'art.1 , comma 2, chiarisce che, nell'ambito delle pubbliche amministrazioni , sono da ricondurre anche le « aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale» . Nell'art.26, inoltre nel regolamentare l'accesso al ruolo della dirigenza sanitaria , menziona espressamente , al comma 2, il D.lgs n.502 e s.m.i., recante « Riordino della disciplina in materia sanitaria» come normativa speciale alla quale fare riferimento per l'ordinamento della dirigenza del servizio Sanitario.

La materia della **dirigenza sanitaria** è stata oggetto di molteplici interventi normativi e , da ultimo, è stata incisa anche dalla c.d. riforma Madia e, specificatamente dal D.lgs n.171 del 2016 e dal successivo D.lgs. Correttivo n. 126 del 2017, di attuazione alla delega contenuta nell'art.11, comma1, lett.p) , della Legge 7 agosto 2015 n. 124

Il settore sanitario , a partire dagli anni 90 del secolo scorso , è stato oggetto di lungo processo di aziendalizzazione , che ha portato alla trasformazione del ruolo e della dirigenza , al fine di migliorare il funzionamento degli enti di erogazione delle prestazioni sanitarie . Valorizzazione del Direttore Generale

Dott.ssa Lorella Perugini

A seguito dei numerosi interventi normativi si è , quindi , affermato un nuovo modello di azienda sanitaria che vede al suo vertice il c.d. **TOP MANAGEMENT AZIENDALE** , comprendente il Direttore Gennerale, Sanitario e Amministrativo ad un livello inferiore, invece si colloca la c.d. **dirigenza operativa**

La dirigenza sanitaria, in base a quanto disposto dall'art.15, comma 1, D.Lgs. 502 del 1992 è collocata in un unico ruolo distinto per profili professionali e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali

Dott.ssa Lorella Perugini

Nell'organizzazione sanitaria , il principio di distinzione fra attività di indirizzo e attività gestionale si realizza nella dinamica dei rapporti fra governo regionale e direzione delle aziende sanitarie e si basa sulla natura strumentale dell'azienda sanitaria rispetto ai raggiungimento degli obiettivi di salute , individuati, per l'appunto dalla Regione e posti in essere dall'azienda stessa

I poteri di gestione appartengono tutti al Direttore Generale perché è ad esso che spetta la decisione inerente a quali e quanti di essi trasferire alle altre figure dirigenziali, da esercitarsi mediante l'adozione **dell'atto aziendale** ex art.15-bis del D.lgsn.502 del 1992

I dirigenti del settore sanitario sono articolati in due aree distinte : la **dirigenza medica** comprendente i medici e i veterinari e quella della **dirigenza non medica** comprendente i dirigenti amministrativi, , i chimici, i biologi , gli psicologi e anche gli assistenti sociali

Le responsabilità dirigenziali

La sfera delle responsabilità imputabili al dirigente sanitario è connessa, in primo luogo al tema della **responsabilità disciplinare** per il mancato rispetto delle regole poste a presidio delle attività svolta dovuto a un comportamento negligente e colposo; in secondo luogo si pone il tema della **responsabilità dirigenziale** propriamente detta , che attiene al **mancato raggiungimento dei risultati** da parte del dirigente; infine si collega il tema della **responsabilità amministrativa** che si riferisce alle conseguenze dannose delle scelte effettuate dal dirigente per il patrimonio della pubblica amministrazione

Sulla responsabilità amministrativa del dirigente per i danni prodotti alla struttura di appartenenza rileva un duplice aspetto :

- 1) anzitutto con riguardo ai poteri di direzione, vigilanza e controllo sull'operato del personale subordinato
- 2) gestione del caso e suo affidamento a professionisti con maggiore competenza , per impiego non funzionale ed efficiente delle risorse pubbliche

Bibliografia: R.Balduzzi-G.Carpani (a cura di) Manuale di diritto sanitario, Bologna 2013
A.Pioggia , Diritto sanitario e dei Servizi Sociali, Torino 2017

Dott.ssa Lorella Perugini

Iniziative per il rilancio Italia 2020-2022- Piano Colao

Scheda n.69 « rafforzare e valorizzare il capitale umano della Pubblica Amministrazione

Scheda n.71 Rafforzare la formazione del middle-management pubblico

La necessità di rafforzare....reperire....valorizzare **Conoscenze e competenze .**

Il «middle-management» soprattutto nel settore pubblico è lo snodo chiave perché iniziative di modernizzazione e digitalizzazione abbiano successo. Alle competenze tecniche dei dipendenti si devono **affiancare competenze manageriali diffuse**. Il «middle management» può essere un acceleratore dell'innovazione oppure costituire un freno insuperabile

Middle- management

Cambiare il top management delle strutture pubbliche da' minori risultati rispetto al mondo privato: la struttura burocratica ha un potere molto superiore, la conoscenza delle pratiche interne è spesso fondamentale per incidere sui processi rispetto alle competenze esterne. Esistono già quadri intermedi validi e facilmente professionalizzabili con interventi formativi, ma spesso ignorati e non premiati.

Avviare iniziative formative mirate al **middle management** della PA, tenendo conto che una parte del processo formativo avviene anche attraverso **«social learning» e scambio di esperienze tra i discenti**. Nella scelta dei corsi formativi, bisogna dunque prediligere percorsi strutturati con un approccio orientato alla risoluzione di problemi più che alla teoria manageriale, e che permettano interazioni strutturate (idealmente in piccoli gruppi continuativi)

Può essere utile a questo fine affiancare nello stesso corso quadri con **background professionali differenti**, e predisporre l'utilizzo di piattaforme di e-learning digitali che riescano a supportare questo tipo di interazioni (piuttosto che approcci di lezione frontali e passivi).



Prevedere incentivi anche non monetari (progressione in carriera, incarichi, autonomia decisionale, iniziative strutturate di mentoring e coaching) per quanti si rivolgono a queste iniziative formative e dimostrano di aver acquisito nuove o più solide competenze nella gestione delle risorse e nella promozione dell'innovazione nella PA.

FINE I Parte



Dott.ssa Lorella Perugini