



Ordine Assistenti Sociali della Regione Campania
Via Amerigo Vespucci n° 9 - 80142 - NAPOLI

“Percorso di conoscenza nel mondo della Sanità”

Il sistema integrato e le politiche sociali innovative

*Mirella Zambello -
Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto*





World Health
Organization

Definizioni di Salute e benessere

- ▶ *La SALUTE è uno stato di pieno ben-essere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità.*
- ▶ *Il godimento di livelli il più possibili elevati di salute è uno dei diritti fondamentali d'ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, credo politico, condizione economica o sociale. (World Medical Association Bull. 1949/1 – OMS)*



World Health
Organization

Lo stato di BENESSERE

- ▶ E' una visione dello “stato di benessere” di un individuo o di una popolazione, non unicamente correlato con l'intervento sanitario, sia esso preventivo, curativo o riabilitativo,

tale definizione è ampliata nel documento

- ▶ della **Dichiarazione di Alma Ata (1978)**, dove si tenne la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base (Primary Health Care).

Il bisogno di salute e di benessere:

- ▶ Il bisogno di salute/benessere è complesso, **necessita di interventi “curativi”/cure ed interventi “assistenziali/cure”**:
- ▶ nel garantire l’appropriatezza dell’intervento tecnico sanitario e la **continuità tra le cure primarie ed intermedie** è necessario attivare un **progetto individualizzato integrato di presa in carico**, a predisposto a livello multidimensionale e multiprofessionale,
- ▶ in particolar modo per le persone “fragili”, appartenenti alle aree senescenza, disabilità, materno infantile, patologie psichiatriche e dipendenze, patologie ed infezioni Hiv e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie croniche – degenerative.

il concetto di “cure” e quello di “care”:

- ▶ “*To cure*” appartiene alla sfera sanitaria, ha come riferimento l’attività terapeutica, ed è legata alla logica clinica e sanitaria;
- ▶ “*To care*”, che significa prendersi cura, è
- ▶ quindi sostenere e dare aiuto.



La Carta di Ottawa del 1986

- ▶ Sulla “la Promozione della Salute”, ribadisce che le condizioni affinché la popolazione sia capace di aumentare il proprio controllo sulla salute per migliorarla, dipendono da una serie di strategie, come: *enabling, advocating, mediating*

Altri documenti OMS:

La Carta di Alma Ata e quella di Ottawa hanno trovato successiva conferma con la Carta di Lubiana (1996) e con la Dichiarazione di Jakarta (1997)–

Ribadiscono il passaggio:

Dal paradigma bio-medico (basato sulla cura dei singoli episodi di malattia e su un approccio paternalistico) e al paradigma bio-medico-sociale (basato sulla prevenzione, sulla centralità delle cure, sulla costituzione di team assistenziali e su un ruolo diretto dei pazienti nella gestione della malattia).

Fattori determinanti della salute

- ▶ sono fattori differenti, che riguardano vari aspetti:
 - dai comportamenti personali agli stili di vita,
 - ai fattori sociali che possono essere di vantaggio o svantaggio;
 - da condizioni di vita e di lavoro alla possibilità di accesso ai servizi socio-sanitari,
 - agli aspetti culturali ed ambientalifino ad arrivare
- a fattori genetici.

L'INTEGRAZIONE DELLE PROFESSIONALITA'

NEI SERVIZI ALLA PERSONA L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
è
CHIAMATA AD AFFRONTARE BISOGNI
CHE RICHIEDONO UNITARIETA' DI INTERVENTO E
PROGETTUALITA' COMUNE TRA LE PROFESSIONI SOCIALI E
SANITARIE.

DEFINIZIONE DI **PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE**

▶ NEL D.LGS N. 229/99

SONO “TUTTE LE ATTIVITA’ ATTE A SODDISFARE, MEDIANTE PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI,

- ▶ I BISOGNI DI SALUTE DELLA PERSONA CHE RICHIEDONO UNITARIAMENTE PRESTAZIONI SANITARIE E AZIONI DI PROTEZIONI SOCIALE
IN GRADO DI GARANTIRE, ANCHE NEL LUNGO PERIODO LA CONTINUITA’ TRA LE AZIONI DI CURA E QUELLE DI RIABILITAZIONE”

Le prestazioni del d. lgs n.229/99

► ***Le 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 - art. 3, c.3



Le prestazioni integrate del Decreto legislativo n. 229/99

▶ **PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE :**

le attività finalizzate alla Promozione della Salute, alla Prevenzione, al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
sono comprese le “prestazioni ad elevata integrazione sanitaria”,
cioè caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria :
livelli di assistenza



Da un **Welfare Universalistico e Selettivo**

- ▶ La 833/78 che ha istituito il Sistema Sanitario Nazionale, ha compiuto una importante scelta nella direzione della realizzazione **del welfare a forte orientamento universalistico** ma non aveva dato esplicite indicazioni sull'area sociale che rimandava ad una successiva normativa.
- ▶ Introduzione dei TICKET, come forma di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti ... in base a criteri ed individuando dei requisiti;
- ▶ La Legge quadro 328/2000 ha introdotto dei **parametri di reddito ed altri requisiti** per individuare le **priorità per l'accesso** alle diverse forme di sostegno e dei servizi.

La promozione della comunità

- ▶ La logica inoltre del coinvolgimento dei soggetti di una comunità e di un territorio rappresenta il tema portante della Legge quadro sul Sistema Integrato degli interventi e dei servizi, L. 328/2000 (Legge quadro sul Sistema Integrato dei Servizi).
- ▶ una definizione nuova di “**diritto sociale**” inteso come tutela e promozione di beni relazionali, che lo stato è chiamato a riconoscere al pari dei diritti individuali.

il *lavoro di comunità* assume una duplice dimensione:

- ▶ da una parte si dedica agli aspetti del lavoro attinenti all'organizzazione dei servizi, alla pianificazione sociale, al rapporto con gli organismi istituzionali e decisionali politici del decentramento; (es. le consulte della terza età, forum delle associazioni, altro)
- ▶ dall'altra attiva iniziative volte alla sensibilizzazione dei singoli e dei soggetti collettivi ai problemi individuali e sociali della comunità territoriale di appartenenza,
- ▶ al loro coinvolgimento e collaborazione in progetti di istituzione di risposte ai bisogni, messi a punto sia da soggetti pubblici sia dalle componenti della comunità stessa.

La legislazione più recente

- ▶ il Dlgs n. 229/1999, seguito dai DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001, istitutivi dei LEA, introduce il **concetto di prestazioni sociosanitarie** (art. 3 – septies del Dlgs. 229/1999), definite come:
 - ▶ *“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”.*
- ▶ Tale normativa 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 emergente e sotteso è di stretta competenza dell'assistente sociale, finalizzata alla realizzazione di un piano di lavoro integrato che deve produrre il **Progetto Assistenziale Individuale (PAI)**,
- ▶ come specificato dalla legge n. 328/2000, legge quadro, che individua i LIVEAS, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per la persona/ famiglia.

▪ **Nuovi LEA DPCM 12 gennaio 2017**

Distretto e Piani di Zona – L. 328/2000

- ▶ Il ***DISTRETTO*** rappresenta la struttura operativa che meglio consente di governare i ***processi integrati*** tra le Istituzioni ed i servizi territoriali, ospedalieri
- ▶ (UOD, UVDM, Scheda SWAMA...)

- ▶ I ***PIANI di ZONA***: rappresentano uno strumento di lettura dei bisogni di un territorio, per l'individuazione delle priorità,
- ▶ Della promozione e gestione flessibile e partecipata dei servizi,
- ▶ Strumento di autoregolazione di un territorio.

L'approccio multidimensionale alla "complessità" richiede:

- ▶ Può essere considerata su tre livelli:
 - ▶ Istituzionale,
 - ▶ Gestionale,
 - ▶ Professionale
- ▶ Forma mentis del lavoro Integrato
- ▶ Una visione multifocale, l'integrazione delle responsabilità e delle risorse, verso
- ▶ Comunità educanti e solidali.

L'assistente sociale nella sanità

- ▶ **L'assistente sociale nella sanità** è previsto dalla riforma ospedaliera del 1968 (legge 132/1968) – anche se si possono elencare molte esperienze “pilota” già dai primi anni '60 –
- ▶ e la sua presenza strutturata è sancita dalla riforma sanitaria (legge n. 833/78),
- ▶ preceduta a sua volta da importanti leggi di settore, come la legge n. 405/1975 sui consultori, la legge n. 685/1975 sulle tossicodipendenze, la legge n. 194/1978 sulla maternità ed interruzione di gravidanza, la legge n. 180/1978 sull'assistenza ai malati psichiatrici, a cui si aggiungerà successivamente la legge n. 104/1992 sull'assistenza e l'integrazione sociale delle persone disabili,
- ▶ legge in cui **sono previste prestazioni sanitarie e sociali integrate** fra loro che *“valorizzino le abilità di ogni persona e che agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità”*.

Indicazioni di politica della salute

1) Centralità della persona → attenzione ai bisogni che dipendono da:

- fattori personali: gravità clinica e funzionale
- fattori ambientali: contesti di vita, scuola, lavoro)

2) Qualità di vita → aspirazioni:

- Autodeterminazione: libertà di scelta/autonomia
- Inclusione sociale: relazioni/ruoli nella comunità

Indicazioni di strategia organizzativa – processi di governance

1) Risposta assistenziale e modalità di presa in carico organizzate in reti/filiere nel quadro di:

- **Integrazione socio-sanitaria** (nei processi assistenziali: multiprofessionalità)

2) Collaborazioni con il **Terzo settore** nel principio di sussidiarietà, comprese le **famiglie associate**

3) Collaborazioni con **altri soggetti** (EELL, comprese deleghe obbligatorie e facoltative, scuole, Autorità Giudiziaria, *etc.*) **a fini di cura, protezione e tutela sociale/legale** (vs minori)

4) Collaborazioni con Aree regionali della **formazione, istruzione, politiche abitative** (vs povertà e marginalità)

Indicazioni di strategia organizzativa – processi assistenziali

5) Sostegno ai percorsi di assistenza domiciliare (effetti diretti su qualità vita e sostenibilità):

- Aggiornare sistema **ICD**:
 - definire *target* di bisogno
 - valorizzare profili ICD in modo congruo per *target* di bisogno
 - affinare gamma profili ICD rispetto a omogeneità bisogni
- Sviluppare e qualificare la rete dei **centri di sollievo**: anziani con decadimento cognitivo (vs *Alzheimer*)

6) Qualificare assistenti familiari (LRVeneto 38/2017)

- corsi su competenze di base
- elenchi regionali assistenti familiari
- sportelli orientamento–informazione

7) Sviluppare iniziative di invecchiamento attivo (LRVeneto 23/2017):
inclusione sociale (persona come risorsa)

Prescrizioni di strategia organizzativa - processi di supporto

8) Sostenere il **coordinamento** e il monitoraggio delle azioni al fine di evitare sovrapposizione di interventi e frammentazione di responsabilità:

- Realizzare un **quadro informativo** completo su caratteristiche delle persone beneficiarie/destinatarie, in raccordo con altri enti: INPS, Comuni, *etc.*
- Promuovere la definizione di formule di **raccordo tra i vari organismi di valutazione dei bisogni** assistenziali (UVMD, Commissioni mediche INPS):

Prescrizioni di efficienza allocativa e sostenibilità del sistema

1) Promuovere **partecipazione attiva** dei beneficiari (persona, famiglia, comunità):

- Persona come risorsa (persona sia anziana o con limitazioni o con altre forme di disagio)
- Responsabilizzazione (*Empowerment*): **stili di vita** (prevenzione) e processi restitutivi

2) Programmazione e utilizzo risorse secondo criteri di **equità, appropriatezza ed evidenza scientifica**



World Health
Organization

Il Benessere collettivo

il “benessere collettivo”

Lo “star bene” di ogni persona non viene più pensato slegato da vitali e significative relazioni sociali.

Ed il “benessere collettivo” può, di conseguenza, essere misurato **dal livello di autonomia dei soggetti sociali, da quanto sono in grado di affrontare direttamente i problemi e di attivare processi di autoprotezione della salute.**

La promozione della salute

Promozione

- **Promozione**, invece rievoca concetti quali **qualità della vita e benessere, aspetti da favorire, sviluppare**, e cercare di mantenere per promuovere la salute psico-fisica e il benessere psico-sociale dell'individuo e della comunità.
- **Prevenzione del rischio e promozione del benessere**,
sono compiti e finalità da perseguire che attengono **sia all'area sanitaria che all'area sociale, in modo integrato** come dimostrato dall'evoluzione legislativa.
- Cfr. M. INGROSSO, «Prevenzione/Promozione», in *Dizionario di Servizio Sociale*, a cura di M. DAL PRA

Il ruolo del servizio sociale:

Definizione internazionale di Servizio Sociale

**(traduzione in italiano dall'inglese “Global definition of Social Work” anno 2014;
a cura di A. Sicora v1 dd. 30.04.14)**

Il servizio sociale è una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica che promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché la liberazione delle persone. Principi di giustizia sociale, diritti umani, responsabilità collettiva e rispetto delle diversità sono fondamentali per il servizio sociale. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali, umanistiche e dai saperi indigeni, il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere.

In Italia, attualmente, la regolamentazione del cosiddetto Dopo di noi è normata dalla [Legge 112/2016](#) "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

Nel rispetto delle competenze in tema di assistenza assegnate dalla Riforma del Titolo V ai diversi livelli di governo, tuttavia, il provvedimento **si limita a delineare gli obiettivi generali da raggiungere sul territorio nazionale.**

Dal punto di vista legislativo e di **programmazione degli interventi**, infatti, la materia è di **competenza esclusiva delle Regioni**, tranne la definizione dei [LEA \(Livelli Essenziali di Assistenza\)](#) che rimane in capo allo Stato.

Sono Progetti:

Per consentire alle persone con disabilità di vivere in contesti il più possibile simili alla casa familiare o avviando processi di deistituzionalizzazione.



Dalla crisi del Welfare alle forme innovative

CRISI (FASE INIZIALE 2008- 2015)

si veda il **MANIFESTO del Welfare (CNOAS e altri soggetti)**

▶ **Rischio di Neoassistenzialismo**

Dal 2015 ad oggi si sono sviluppate proposte di WELFARE:

- ▶ **Welfare municipale**, con la dimensione territoriale vicina ai cittadini e rispondere ai loro bisogni, valorizzando le risorse e le reti attivabili localmente, attraverso *relazioni e partnership con altri attori*,(**Sistema integrato** –L. 328/2000);
- ▶ **Welfare agile e flessibile;**
- ▶ **Welfare di prossimità;**
- ▶ **Welfare Collaborativo;**
- ▶ **Welfare Generativo**, che rigenera capacità e responsabilità individuali e collettive;
- ▶ **Welfare Responsabile**, che promuove la partecipazione attiva dei soggetti del territorio e valorizza le forme associate dei cittadini;
- ▶ **Attivare RESPONSABILITA' ed alimentare la COESIONE SOCIALE, i legami di fiducia e reciprocità.**

I cambiamenti nel welfare locale:



- ✓ Occorre pertanto curare e ristrutturare
le relazioni tra il pubblico ed il privato
- ▶ L'inadeguatezza dei servizi pubblici ha portato al ricorso sempre più frequente a forme di appalto di servizi al Terzo Settore,
- ▶ Queste modalità:
 - Da una parte può rappresentare un **coinvolgimento della responsabilità della società civile, stimolando la responsabilità pubblica, verso la coesione sociale,**
 - Dall'altra apre ai **rischi per la cittadinanza di un welfare meno universalistico, nel legittimare culture privatistiche ...**

Le politiche sociali innovative

La trasformazione dello Stato da erogatore o semplice finanziatore ad **attivatore di partnership** comporta un cambiamento:

da un'amministrazione pubblica burocratica  ad una manageriale, con responsabilità precise nei confronti dei risultati e degli esiti del lavoro e delle politiche sociali.

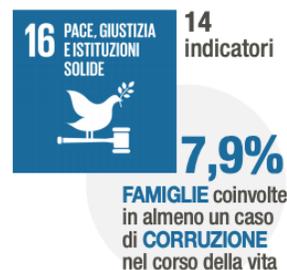
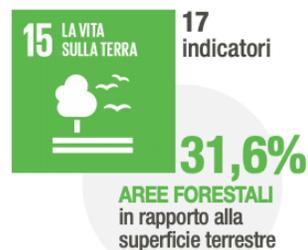
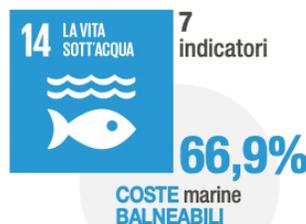
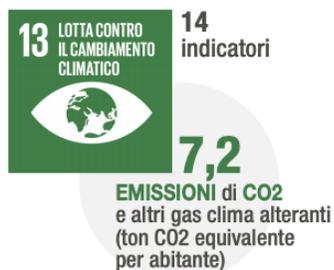
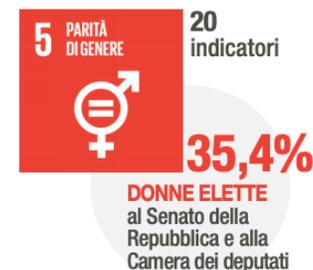
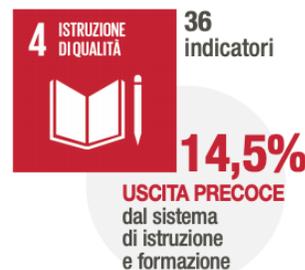
- ▶ L'attenzione dei diversi soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi sociali richiama alla necessità di una organizzazione che tenga conto delle relazioni, del **processo attivo** e aperto tra gli attori.

l'approccio relazionale

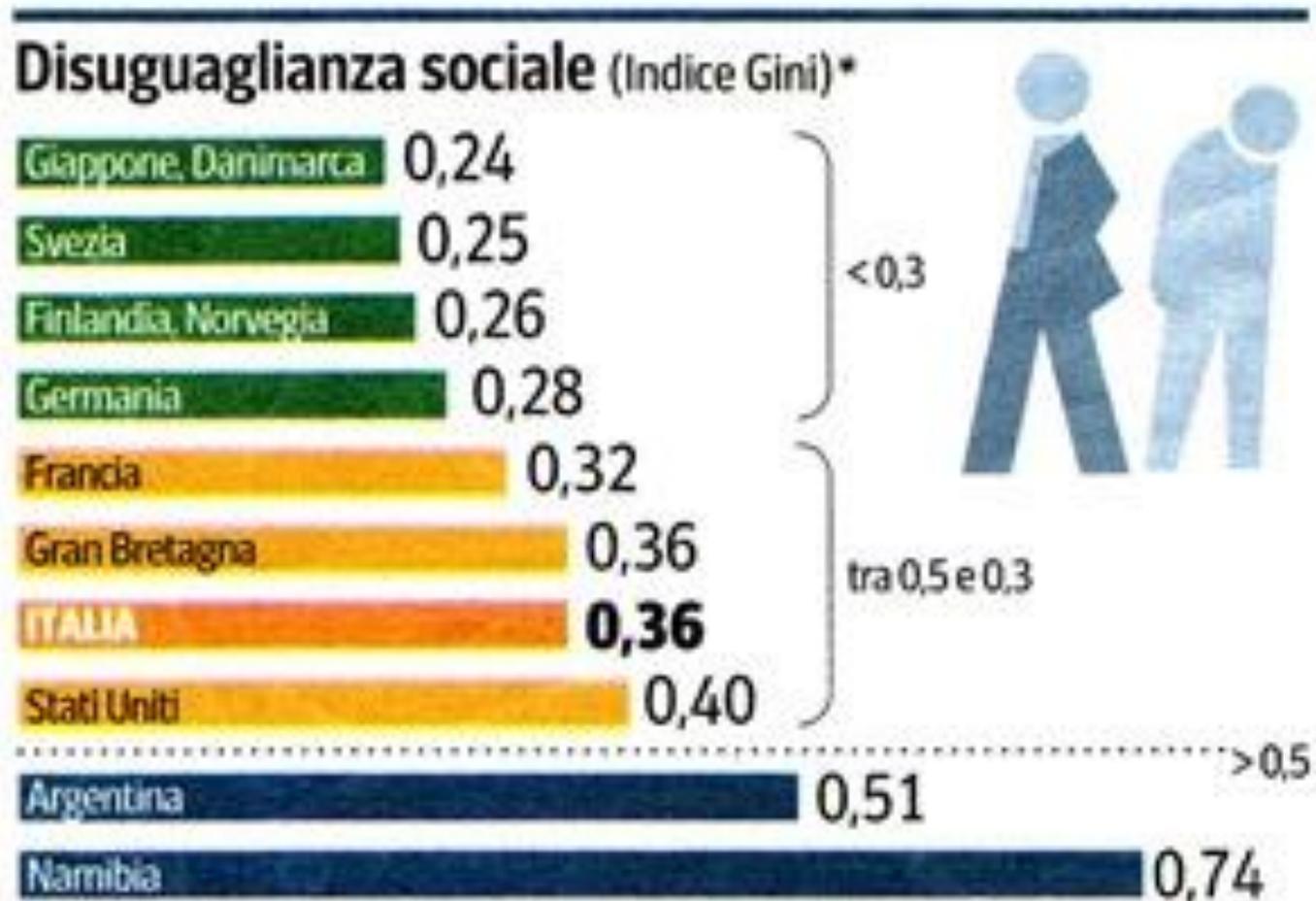
- ▶ Un contributo teorico ***dell'approccio relazionale al Lavoro Sociale*** che, prendendo le basi dalle intuizioni della prospettiva relazionale proposta da **Donati** (1991, 2006, 2009), trova un terreno più specifico negli studi di **Folgheraiter** (1998, 2011a).
- ▶ Tali studi hanno aiutato a orientare le riflessioni rispetto ai temi manageriali nel campo specifico dei Servizi alla Persona di cui si occupa la ricerca.
- ▶ Il modello teorico del lavoro sociale relazionale si propone di fornire uno sguardo operativo degli interventi di aiuto partendo dal concetto di benessere.
- ▶ Uno dei temi cardine, quindi, su cui si fonda **l'approccio relazionale è la capacità delle persone, intesa come abilità di organizzarsi di fronte alla complessità della vita con la finalità di muoversi verso un cambiamento positivo fronteggiando i problemi che esse incontrano.**

Sustainable Development Goals (SDGs) - Obiettivi di sviluppo sostenibile

RAPPORTO 2019



La disuguaglianza sociale:



[https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes))

Esempio: Tabelle dei territori

Capitoli

1 Salute

2 Istruzione e formazione

3 Lavoro e conciliazione dei tempi di vita

4 Benessere economico

5 Relazioni sociali

6 Politica e istituzioni

7 Sicurezza

8 Benessere soggettivo

9 Paesaggio e patrimonio culturale

10 Ambiente

11 Innovazione, ricerca e creatività

12 Qualità dei servizi

INDICATORI dei BES

N.	Indicatori	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Reddito disponibile lordo corretto pro capite (<i>Euro, prezzi correnti</i>)	20.033	20.557	21.245	21.843	22.092	21.600	21.527	21.847	21.194	21.153	21.241	21.488	21.794	22.249	22.693	22.910	22.579
2	Disuguaglianza del reddito netto (s80/s20) (<i>numero puro - rapporto tra redditi</i>) (a)	5,6	5,4	5,4	5,2	5,3	5,4	5,7	5,6	5,8	5,8	5,8	6,3	5,9	6,1	6,0	5,9 (b) (*)	6,1 (b)
3	Indice di povertà assoluta (incidenza) (<i>valori percentuali</i>)	-	3,3	2,9	3,1	3,6	3,9	4,2	4,4	5,9	7,3	6,8	7,6	7,9	8,4	8,4	7,7	9,4 (c)
4	Speranza di vita in buona salute alla nascita (<i>numero medio di anni</i>)	-	-	-	-	-	56,4	57,7	58,2	58,5	58,2	58,2	58,3	58,8	58,7	58,5	58,6	(d)
5	Eccesso di peso (<i>tassi standardizzati</i>) (<i>valori percentuali</i>)	-	45,0	45,2	45,5	45,3	46,1	45,6	45,4	45,4	45,0	45,4	44,1	44,8	44,8	44,8	44,9	45,8
6	Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione (<i>valori percentuali</i>)	23,1	22,1	20,4	19,5	19,6	19,1	18,6	17,8	17,3	16,8	15,0	14,7	13,8	14,0	14,5	13,5	13,1
7	Tasso di mancata partecipazione al lavoro (<i>valori percentuali</i>)	15,5	15,3	14,5	14,9	15,6	16,5	17,5	17,9	20,0	21,7	22,9	22,5	21,6	20,5	19,7	18,9	19,0
	<i>di cui maschi</i>	10,5	10,6	9,9	10,2	11,0	12,6	13,8	14,3	16,2	18,3	19,3	19,0	18,2	17,3	16,6	15,9	16,0
	<i>di cui femmine</i>	22,2	21,6	20,6	21,1	21,6	21,7	22,5	22,5	24,8	26,0	27,3	26,8	25,9	24,5	23,6	22,6	22,7
8	Rapporto tra tasso di occupazione delle donne 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne di 25-49 anni senza figli (<i>valori percentuali</i>)	69,5	69,7	70,6	70,9	72,4	73,3	71,7	72,4	75,1	75,4	77,5	77,8	76,0	75,5	73,8	74,3	73,4
9	Indice di criminalità predatoria (<i>per mille abitanti</i>)	13,3	14,8	17,8	19,8	16,8	15,5	16,5	20,0	22,6	24,2	24,8	23,1	21,1	19,8	18,8	16,4	10,2 (e)
10	Indice di efficienza della giustizia civile (<i>in giorni</i>)	-	-	-	-	-	-	-	-	482	480	505	494	474	445	429	421	419
11	Emissioni di CO ₂ e altri gas clima alteranti (<i>tonnellate di CO₂ equivalente per abitante</i>)	-	-	-	-	9,8	8,7	8,8	8,6	8,2	7,6	7,2	7,5	7,4	7,4	7,3	7,1 (d)	6,6 (b)
12	Indice di abusivismo edilizio (<i>per 100 costruzioni autorizzate</i>)	13,0	11,9	9,9	9,0	9,4	10,5	12,2	13,9	14,2	15,2	17,6	19,9	19,6	19,9	18,9	17,6	17,7 (e)

[https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)/gli-indicatori-del-bes](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)/gli-indicatori-del-bes)

Il documento di Programmazione Nazionale di Rinascita e resilienza- PNRR, missione 5

- ▶ com'è noto il PNRR - nell'ambito della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale di cui alla Missione 5 – prevede che un ruolo fondamentale venga svolto dalla **Casa della Comunità (CdC)**, intesa come luogo fisico dell'assistenza territoriale, di facile individuazione e alla quale la comunità accede per entrare in contatto con il sistema assistenziale sanitario e socio-sanitario.
- ▶ Tenuto conto degli indirizzi generali dell'Agenas, emerge che **la Casa della Comunità dovrà andare ben oltre una somma di attività e prestazioni per diventare *il luogo dove la comunità, con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definisce il progetto di salute, le priorità di azione e i servizi necessari.* Sarà altresì un luogo dove le professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare, *anche con la creazione del budget di comunità.***



Necessità di nuove competenze:

- ▶ **Cultura dei dati**, capacità di lettura ed interpretazione dei dati statistici, proiezioni, comparazioni... previsioni
- ▶ **Conoscenza dei documenti di programmazione** generale con destinazione dei fondi annuali e pluriennali: europei, nazionali e regionali, locali (piani di zona e documentazione degli ambiti...)
- ▶ **Programmare e progettare** con più soggetti/partners;
- ▶ Strumenti per la **valutazione partecipata** degli esiti e dell'impatto sociale degli interventi;
- ▶ Conoscenza **dei LEA** (diritti ai livelli di servizi e di cura);
- ▶ Utilizzo di accordi di **programma, protocolli operativi, convenzioni, piani e progetti**; per definire il sistema delle responsabilità (condividere) sugli obiettivi e sull'utilizzo di fondi (pubblici e privati);
 - ▶ Definizione della governance (livelli di responsabilità decisionali, cabine di regia...);

La promozione della comunità

- ▶ La logica inoltre del coinvolgimento dei soggetti di una comunità e di un territorio, rappresenta il tema portante della Legge quadro sul Sistema Integrato degli interventi e dei servizi, L. 328/2000 (Legge quadro sul Sistema Integrato dei Servizi).
- **Linee guida ministeriali del rapporto tra gli enti pubblici ed il Terzo Settore**
- ▶ Il **Sistema Integrato** degli interventi socio-sanitari si realizza attraverso il **concorso di una pluralità di attori, istituzioni e non, rispetto ai quali sono distribuiti ruoli e responsabilità, competenze e risorse.**



Nei nuovi approcci di Welfare: il ruolo dello Stato

- ▶ Mantiene il ruolo di garante dei diritti di cittadinanza e diventa **co-costruttore** delle condizioni che favoriscono alle persone di esprimere o **rivalutare le proprie potenzialità e capacità** (anche residue),
- ▶ Oltre a potenziare le collaborazioni con l'associazionismo, e valorizzare il mondo del volontariato, quale risorsa preziosa per diffondere una cultura dell'inclusione e della solidarietà;
Gli interventi così integrati tra il pubblico ed il terzo settore/volontariato permettono una risposta maggiormente efficace ai problemi sempre più complessi e multifattoriali.

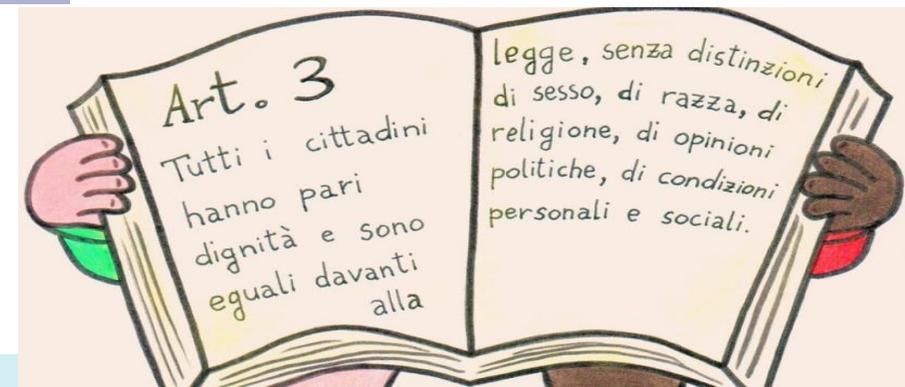
Art 32 Costituzione Italiana

- ▶ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse **della** collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.



Diritti:

Art. 3 della Costituzione Italiana



- ▶ Tutti i cittadini hanno **pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge**, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.
- ▶ **È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale**, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Doveri: Art. 4 della Costituzione Italiana



- ▶ La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il **diritto al lavoro** e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.
- ▶ – Ogni cittadino ha **il dovere** di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.–
- ▶ Legittima gli interventi per i percorsi di reinserimento socio-lavorativo, con conseguente recupero della “dignità” della persona anche se “fragile”.

Promuovere processi di *empowerment*

- ▶ Il coinvolgimento delle diverse risorse presenti nelle realtà locali, coinvolgendo **in progettualità mirate ad affrontare anche nuove problematiche, nuovi bisogni, nuove povertà o fragilità,**
- ▶ Promuovono anche condizioni che migliorano la qualità della vita,(Prog. Città Sane – OMS),
- ▶ Che coinvolge diversi settori della vita di una comunità:
Politiche educative, dei servizi socio–sanitari, ambientali, urbanistiche





Titolo V – capo I: Responsabilità dell'assistente sociale nei confronti della società

- ▶ 39. L'assistente sociale **contribuisce a promuovere, sviluppare e sostenere politiche sociali integrate,**
- ▶ **Finalizzate al miglioramento del benessere sociale e della qualità della vita dei membri e delle comunità, con particolare riferimento a coloro che sono maggiormente esposti a situazioni di fragilità, vulnerabilità o a rischio di emarginazione, tenuto conto del livello di responsabilità che egli ricopre ed in funzione degli effetti che la propria attività può produrre.**
- ▶ **favorevoli alla maturazione, emancipazione e responsabilizzazione sociale e civica di comunità** e gruppi marginali e di programmi finalizzati al miglioramento della loro qualità di vita favorendo, ove necessario, pratiche di mediazione e di integrazione.



Titolo V – capo I: Responsabilità dell'assistente sociale nei confronti della società

40. L'assistente sociale **non può prescindere da una approfondita conoscenza della realtà territoriale in cui opera e da una adeguata considerazione del contesto storico e culturale e dei relativi valori.**

Ricerca la collaborazione dei soggetti attivi in campo sociale, socio-sanitario e sanitario per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera integrata ai bisogni della comunità, orientando il lavoro a pratiche riflessive e sussidiarie.

41. **L'assistente sociale favorisce l'accesso alle risorse, concorre al loro uso responsabile** e contribuisce a ridurre lo svantaggio legato alla loro scarsa o mancata conoscenza. **Parimenti favorisce la corretta e diffusa informazione** sui servizi e sulle prestazioni erogate dal sistema in cui opera e, più in generale, dal sistema di welfare locale, regionale e nazionale, comunque articolato.

42. L'assistente sociale mette a disposizione delle autorità competenti la propria professionalità per programmi e interventi diretti al superamento dello stato di crisi in caso di catastrofi o di maxi-emergenze. Nei diversi ambiti in cui opera, o come volontario adeguatamente formato all'interno delle organizzazioni di Protezione Civile, il professionista contribuisce al supporto di persone e comunità e al ripristino delle condizioni di normalità.

Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine - giugno 2010



Preambolo:

- ▶ *La dignità umana è inviolabile. L'età e la condizione di dipendenza non possono essere motivo di restrizione di diritti umani inalienabili e di libertà civili riconosciute a livello internazionale ed inseriti nelle Costituzioni Democratiche.*
- ▶ *L'Unione Europea riconosce e rispetta i diritti delle persone anziane, che hanno maggior probabilità di diventare dipendenti per bisogno di cure, di condurre una vita dignitosa ed indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale (Carta dei diritti fondamentali dell'UE, art. 25).*

https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_IT.pdf



Politiche di coesione 2021-27



- ▶ <https://programmazione-ue-2021-2027.regione.veneto.it/materiali>
- ▶ La Politica di Coesione 2021-2027, che rappresenta il principale sostegno alle strategie di sviluppo regionale, concentrerà le proprie risorse su 5 obiettivi strategici (Obiettivi di policy) che, sostituendo gli 11 obiettivi tematici del periodo 2014-2020, intendono consentire la definizione di politiche di sviluppo in un'ottica di semplicità, flessibilità ed efficienza. Gli obiettivi strategici sono 5,
- ▶ Tra questi: **Un'Europa più sociale, che sostenga l'occupazione di qualità, l'istruzione, le competenze professionali, l'inclusione sociale e un equo accesso alla sanità.**

COMMUNITY BUILDING: LE RETI SOCIALI

- ▶ Le reti sociali sono gruppi di persone interdipendenti tra di loro;
- ▶ Nelle reti sociali operano meccanismi di influenza reciproca;
- ▶ Nelle reti sociali possono agire meccanismi di sostegno e aiuto reciproco;
- ▶ Le reti sociali fanno sentire i membri parte di un gruppo sociale, in cui l'avvicinamento reciproco risulta più facile e immediato;



L'approccio di comunità/Community Building: Le reti si possono basare su logiche di riconoscimento reciproco

- ▶ Vicinato
- ▶ Stessa identità o appartenenza a una comunità religiosa (parrocchia),
- ▶ Stessa identità nazionale (comunità dei cinesi),
- ▶ Frequentatori di uno stesso servizio (genitori di una scuola),
- ▶ Comune malattia (gruppo di dializzati),
- ▶ Partecipazione ad associazioni o gruppo di volontariato o circoli,
- ▶ Frequentatori abituali di uno stesso luogo (parco, piazza, bar),
- ▶ Attività sportive, culturali, ludiche condivise (gruppi sportivi, amici della lirica, fungaioli),
- ▶ Lavoratori di una stessa azienda o reti professionali,
- ▶ Iscritti a partiti, sindacati, gruppi di advocacy

Livello di formalizzazione

- ▶ Formalizzazione e consapevolezza delle reti sociali
- Per Facilitare: **la trasformazione dei bisogni in domanda**

Possono offrire risposte ai bisogni prioritari:

- Fragilità
- Vulnerabilità
- Solitudine



Alcune sfide:

- ▶ **SFIDE cambiamenti demografici** (denatalità e invecchiamento), trasformazione delle strutture familiari tra crescente solitudine e ridefinizione dei rapporti di genere, lavoro e digitalizzazione, sfide ambientali
- ▶ **BISOGNI ANCORA IN CERCA DI TUTELE** ● Conciliazione vita-lavoro ● Lavoro e formazione ● Long-term care ● Povertà e inclusione sociale
- ▶ **CATEGORIE SEMPRE PIÙ A RISCHIO** ● Donne, specialmente se con figli: le più colpite dalla pandemia ● Minori e giovani: in DAD, disoccupati/inattivi, precari, Neet, working poor ● Anziani fragili, soli, non-autosufficienti ● Poveri (materiali, alimentari, educativi, sanitari, abitativi ed energetici) ● Immigrati



BACKSTAGE Sopra "Donna con il parasole" di Monet. Sotto "La lattaina" di Vermeer



VOLTI E STORIE In alto da sinistra in senso orario: "I duchi di Urbino" di Piero della Francesca; "Signora con ventaglio" di Gustav Klimt; "Uomo con il turbante rosso" di Jan van Eyck; dettaglio di "Deux danseuses" di Edgar Degas (due ritratti di Martin e Roberto Volpin del cartello "OGNI VITA È UNA CAPOLAVORO" AIRSHAW TREVISO)

Malati di Alzheimer modelli in 33 capolavori della pittura

►Gli ospiti della residenza Menegazzi protagonisti di una mostra itinerante ►A Treviso "reinterpretati" ritratti famosi della storia dell'arte: un album fotografico

LA MOSTRA

TREVISO La ragazza con l'orecchino di perla si volta come nell'olio di Jan Vermeer, lo stesso sguardo interrogativo, la bocca dischiusa in quel sorriso appena accennato, l'inconfondibile riflesso di luce sul celebre turbante di seta che dà il titolo originale all'opera. Solo che la signorina ha una certa età ed esibisce con orgoglio le proprie rughe, alla pari della *Dama con l'ermellino* di Leonardo da Vinci, che qui invece porta in braccio un pancher che si chiama Ottavio, mentre bastano due capelli e una pipa, un mazzo da scala 40 e una bottiglia con il tappo, per rivedere *I giocatori di carte* di Paul Cézanne. Malgrado la vecchiaia che avanza, a dispetto della minaccia della solitudine, nonostante la malattia che debilita, "Ogni vita è un capolavoro", lo dimostrano i 41 ospiti della residenza Menegazzi di Treviso, protagonisti della mostra che, dopo il successo dell'Alzheimer Fest nello scorso fine settimana, ha iniziato un delicato viaggio della sensibilizzazione in giro per il Veneto.

IL PROGETTO

Come spiegano il presidente Luigi Caldato e il direttore Giorgio Pavan nell'elegante catalogo dell'esposizione, il progetto è frutto di un percorso multidisciplinare promosso dall'Irsan, l'Istituto per i servizi di ricovero e assistenza agli anziani. «L'obiettivo centrale del nostro lavoro - spiegano - era costruire qualcosa che restituisse dignità alla persona anziana, in ogni condizione, anche quando

questa è malata, non autosufficiente, affetta da demenza, a casa sua oppure in una casa di riposo. La persona rimane persona anche quando ha l'Alzheimer, quando diventa incontinentemente, quando per portarsi da un luogo ad un altro deve usare una carrozzina, quando non si ricorda più chi sono le persone che le stanno attorno». Ma per capirlo, e per accettarlo, bisogna passare dall'ossessione dell'*anti aging* «alla cultura del *pro good aging*, che favorisce il buon invecchiamento utilizzando

un paradigma di maggiore consapevolezza». Ecco allora l'idea di selezionare 33 ritratti-simbolo della storia dell'arte, spaziando dal Rinascimento al Futurismo fra le tecniche pittoriche più diverse, di cui riprodurre il contesto invecchiando però il soggetto, in un gioco di allusioni e paradossi basato sulla bellezza senza tempo, sul benessere delle persone, sul divertimento dei protagonisti. I modelli per un giorno, certo, ma anche una sessantina di operatori e volontari, guidati dal ta-

lento del fotografo Bruno De Martin e Roberto Volpin, bravi non solo a scattare con macchina e a stampare su tela, ma pure a ritrovare nei volti increspati e nelle dita nodose, nelle schiene incurvate e nelle teste canute, *Le due sorelle Bellini* di Edgar Degas piuttosto che il *Bacco* di Caravaggio, *La lavandata* di Henri de Toulouse-Lautrec così come *La primavera* di Sandro Botticelli, la *Signora con ventaglio* di Gustav Klimt e pure la *Giovane donna che tesse i suoi capelli* di Pierre-Auguste Renoir,

anche se per lei che sta in posa davanti all'obiettivo la gioventù è ormai solo uno struggente ricordo.

IL TESORO

Suggeriscono gli organizzatori, sfogliando l'album del backstage, con "le foto delle foto dei quadri" che sono "un gioco di specchi di incantevole meraviglia: «Guardate bene *I duchi di Urbino*, l'acconciatura di lei non è altro che una conchiglia con una spugna per la doccia, della lana, una pigna e un nastro messi insieme, e anche il cappello di lui è creato da zero con una sagoma di cartone ricoperta da velluto rosso». Semplicità e dolcezza, dietro a ogni sessione settimanale, due ore al mercoledì con applauso finale: «In modo contagioso si è scatenata una vera e propria caccia al tesoro negli armadi dei residenti, degli operatori, dei professionisti, dei cittadini, dei volontari, qualcuno ha offerto un pareo azzurro, altri un completo tale e quale di molte taglie fa che era peccato buttar via, poi un ombrellino di pizzo comprato a Burano, una collana sul fondo dello scrigno, la camicia da notte della nonna».

I contatti con una compagnia teatrale e la generosità delle botteghe del quartiere, come il tappezziere che ha prestato la poltrona per *La berceuse* di Vincent Van Gogh, ha procurato tutto il resto: abiti d'altri tempi, piume, berretti di ogni foggia, spade. «Troverete di tutto - dicono i promotori - ma ci saranno cose che, volutamente, non riuscirete a capire. Ad esempio se un anziano è lucido oppure affetto da demenza, se un anziano è autonomo sulle gambe o è in carrozzina, se un anziano ha il morbo di Parkinson, se ha una neoplasia, se è completamente dipendente nelle attività della vita quotidiana. Ma proprio questo è il bello». La rassegna farà tappa dal 28 settembre al 27 ottobre allo spazio Battistella di San Donà di Piave, mentre tornerà a Treviso dal 12 novembre all'8 dicembre a Palazzo del Trecento.

Angela Federiva
di RIPRODUZIONE RISERVATA

Airshow Così Jesolo ha chiuso la stagione estiva



Una mostra a Treviso:

OGNI VITA E' UN CAPOLAVORO

<https://www.youtube.com/watch?v=CKRWClSQRnE>

AZIENDA ULSS N. 3 BERGAMASCA REGIONE VENETO - VIA DON TOSCATO 147 VENEZIA MESTRE
ESTRATTO BANDO DI GARA
di servizi medici - ai sensi del D. Lgs. n. 50/2016 e ss. mm. ii. - che è stata indetta procedura aperta telematica per l'affidamento della prestazione di servizi medici - al Dipartimento di Salute Identificata dell'Azienda ULSS N. 3 Bergamasca - CIG n. 20188913822 - scadenza presentazione offerte ore 13.00 del 14/10/2019. Termini, modalità e requisiti per la partecipazione, dalle offerte sono disponibili sul Bando (trasmesso in file PDF) 2019/10/14 per la pubblicazione alle CC.UU. Come integrare della documentazione di gara e per altre informazioni: www.ulss3.veneto.it (spazio: @ulss3.veneto.it) o allo indirizzo www.ulss3.veneto.it o al indirizzo www.ulss3.veneto.it
B. CANTIERE SMC PROVVEDITORATO, ECONOMATO E LOGISTICA DI Azienda Mestra

I.S.R.A.A.
Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani

Verso politiche inclusive, capacitanti e generative



La cura delle relazioni

è finalizzata a migliorare le opportunità di crescita e di sviluppo per tutti i cittadini,

Per avere Comunità di vita, di relazioni,

Per contrastare la tendenza all'aumento della

DISUGUAGLIANZA SOCIALE