

MILANO - 22 APRILE 2022

**“SALUTE PARTECIPATA E CASE DELLA
COMUNITA’: VALORI E PARADIGMI SOCIALI”**

IL SENSO DI UNA SFIDA

A.S.S. Manuela Zaltieri

Presidente Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Lombardia



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

LA COMPLESSITA' DELLE VARIABILI IN GIOCO NELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

A fronte della **evidente** COMPLESSITA' degli SCENARI ISTITUZIONALI ORGANIZZATIVI E PROFESSIONALI **caratterizzanti i SISTEMI assistenziali e di cura della popolazione,** la **SCELTA STRATEGICA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA** deriva dal valore assegnato alla concezione di **PERSONA QUALE UNITA' BIO PSICHICA** in continua relazione con **l'AMBIENTE SOCIOCULTURALE** che fa da contesto: è quanto più volte richiamato dall'O.M.S

Dichiarazione di Alma Ata-1978, Carta di Ottawa- 1986, Carta di Lubiana-1996, Dichiarazione di Jakarta-1997



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

UN WELFARE TERRITORIALE DI PROSSIMITA'

Nuove FORME DI GOVERNANCE che conducano a COPROGETTARE e gestire un WELFARE TERRITORIALE DECENTRATO, ACCESSIBILE e ATTENTO AI PROCESSI DI TRASFORMAZIONE IN ATTO per accompagnare lo sviluppo di forme di welfare collaborativo capaci di:

- **contenere le crescenti vulnerabilità**
- **intercettare i bisogni**
- **garantire inclusione e accompagnamento ai soggetti fragili**
- **consolidare relazioni e processi di coesione sociale**

UN WELFARE TERRITORIALE COMPLESSO

SISTEMA DI SERVIZI: CAMPO INTER-ORGANIZZATIVO ENTRO CUI ORGANIZZAZIONI AUTONOME COOPERANO PER IL RAGGIUNGIMENTO DI **OBIETTIVI COMUNI NELLE DIVERSE AREE DI BISOGNO** in una realtà in cui l'offerta si caratterizza per la presenza di un **variegato insieme di soggetti** che sono **TITOLARI DI RISORSE e COMPETENZE specifiche** e che, nello stesso tempo, sono molto caratterizzati sul piano delle **proprie CULTURE ORGANIZZATIVE**.



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

UN DELICATO EQUILIBRIO TRA GLI ELEMENTI ORGANIZZATIVO-PROFESSIONALI-DI FUNZIONE

Per la **COMPLESSITA'** (professionale, organizzativa e di compiti-obiettivo) che caratterizza le organizzazioni chiamate ad attuare la riforma DEL SISTEMA DI WELFARE TERRITORIALE si pone il problema del **TIPO DI RAPPORTO** che deve qualificare le diverse parti di un insieme e del **GIUSTO EQUILIBRIO** che deve esserci tra le coesistenti **DIMENSIONI ORGANIZZATIVE DELLA DIFFERENZIAMENTO E DELL'INTEGRAZIONE.**

GLI ELEMENTI ORGANIZZATIVO-PROFESSIONALI LE VARIABILI CHIAVE

Il GRADO DI PREVALENZA dell'una sull'altra dipende da una pluralità di elementi che attengono a:

- alla **tipologia delle problematiche** da affrontare;
- al tipo di **obiettivi di performance** attribuiti alle diverse unità organizzative e agli **obiettivi di sistema** da raggiungere;
- alla **specificità dei compiti professionali** da adempiere;
- ai **particolari contesti ambientali** incidenti o meno sull'azione organizzativa e ad altro ancora.

NELL'OTTICA DELL'INTEGRAZIONE E DEL LAVORO DI RETE:

La CULTURA CONDIVISA:

- migliora la capacità dell'organizzazione di **AGIRE UNITARIAMENTE**;
- consente di esprimere al meglio e di **DARE UN SIGNIFICATO ANCHE** alla **COMPETENZA DISTINTIVA** in termini di riconoscimento della **COMPLEMENTARIETA'** delle funzioni.

Chi gestisce **ruoli di coordinamento/management** deve porre attenzione non solo ai comportamenti organizzativi e professionali più consoni ai processi performativi, ma pure ai **SISTEMI DI SIGNIFICATO, ai PARADIGMI VALORIALI, ai LINGUAGGI** ritenuti più opportuni nella realtà operativa.



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

PARADIGMA CULTURALE NELL'OTTICA DELL'INTEGRAZIONE E DEL LAVORO DI RETE

SCENARIO COMPOSITO CON **SISTEMI DI AIUTO STRETTAMENTE INTERDIPENDENTI**: necessità di uno stretto raccordo tra i sistemi sanitario e sociale per garantire una **regolata collaborazione**.

Ciò richiede una **PROGRAMMAZIONE COORDINATA A LIVELLO CENTRALE e FORTEMENTE INTEGRATA A LIVELLO TERRITORIALE** costruendo insieme, **fin da PRINCIPIO**, strumenti e modalità organizzative di integrazione tra sociale e sanitario, anche per un utilizzo funzionale delle risorse professionali.

Necessità di **FORMAZIONE CONGIUNTA** del personale perché l'approccio non sia solo clinico e/o orientato alle prestazioni ma improntato alla **globalità e unitarietà dell'intervento**.

PARADIGMA CULTURALE NELL'OTTICA DELL'INTEGRAZIONE E DEL LAVORO DI RETE

Ragionare per **“target”** è insito nello stesso **modello di costruzione frammentata dei servizi esistenti**, nella struttura di bilancio, nella raccolta dei dati, nella normativa regionale, nazionale ed europea, nella mentalità degli operatori.

Cercare di **superare la frammentazione** significa prendere atto che i **bisogni associati a specifiche cause possono ripercuotersi trasversalmente**: es. disagio mentale si ripercuote su lavoro, casa, reddito, rapporti con la famiglia.

Tuttavia, **occorre trovare il giusto bilanciamento** tra **interventi e approcci specialistici** e interventi caratterizzati da **forte trasversalità**.



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE : QUALE PLUS VALORE NELLA COSTRUZIONE DEL NUOVO ASSETTO

Coerentemente con i principi e gli obiettivi fondanti della CDC, della **MULTIDIMENSIONALITA'** dei **BISOGNI** e della **TRASVERSALITA'** DEI **PROCESSI** di **PRESA IN CARICO**, l'agire professionale dell'**ASSISTENTE SOCIALE** può, in integrazione con le figure sanitarie, costituire uno strumento strategico per **connettere sistemi, leggere ed interpretare la complessità, favorendo la connessione tra l'utente, il suo ambiente di vita e la Comunità.**

LA VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE

La **valutazione dei DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE** a cura delle **ASSISTENTE SOCIALE**, soprattutto in quelle **situazioni di maggiore fragilità sociale e relazionale**, è fondamentale per garantire alle persone i migliori **percorsi di assistenza e cura**, evitandone ricoveri impropri e prevenendo eventuali ricadute o aggravamenti.

Purtroppo questa dimensione **non trova adeguato riconoscimento nelle linee guida del DM 71 sugli standard dell'assistenza territoriale**, laddove si precisa che **l'integrazione con i servizi sociali è obbligatoria** se poi l'argomento viene dimenticato o addirittura sconfessato nelle altre parti del decreto (**stante l'assenza di ulteriori richiami al tema e il PUA solo sanitario**).

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE E SISTEMI INFORMATIVI DI QUALITA'

Anche gli **STRUMENTI DI VALUTAZIONE E DI ANALISI** dei **DETERMINANTI SOCIALI** costituiscono una componente essenziale per comporre il **quadro epidemiologico complessivo dei nostri territori**, attraverso l'avvio di una **integrazione e interoperabilità dei sistemi informativi** tra componente sanitaria e componente sociale.

Attualmente il **DM 71** **nulla prevede in tal senso**, ma in un'ottica strategica, riteniamo che la questione dell'integrazione tra i database e dei sistemi informativi sia sostanziale per definire **percorsi integrati, continuità tra strutture e territorio e evitare la duplicazione/sovrapposizione dei dati e degli interventi**.

LA RICOMPOSIZIONE DEI BISOGNI E DEGLI INTERVENTI

Per il suo specifico professionale, **la presenza dell'Assistente Sociale della SANITA' nella CDC è necessaria per concorrere, fin da subito**, in tutte le fasi dell'intervento di presa in carico, dall'**accoglienza, alla valutazione dei bisogni e definizione degli interventi**, per curare i passaggi e le comunicazioni tra Servizi , costruire e mantenere con continuità le connessioni tra operatori e Unità d'Offerta e tra rete di cura e di prossimità.

La **co-presenza nel PUA sociosanitario dell'A.S e dell'infermiere di famiglia/comunità**, sin dal primo colloquio, permette **un'analisi del bisogno e una presa in carico integrata** riducendo i tempi di attesa di una risposta al bisogno decodificato.

LA RICOMPOSIZIONE DEI BISOGNI E DEGLI INTERVENTI

Tuttavia, dalla lettura del **DM 71**, la **componente sociale della sanità e l'integrazione sociosanitaria sono del tutto o quasi scomparse** con un richiamo costante alla **pura dimensione sanitaria**. Ciò si spiega col fatto che **in molte regioni il modello prevalente assegna all'ente locale la competenza sociale impronta che trova conferma nel DM a valenza sovranazionale**. Difficile quindi identificare le funzioni del SSP della sanità viene collocato.

LA RICOMPOSIZIONE DEI BISOGNI E DEGLI INTERVENTI

Lr. 22/2021, art. 9 comma, 16 prevede : “In ogni CdC è presente *un PUA, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale al fine di assicurare un accesso appropriato ed integrato all’assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale.*

A fine di assicurare l’integrazione sociosanitaria, degli interventi, nella CdC è prevista la presenza del Servizio sociale professionale del SSR.

FASE DI ACCESSO ALLA CDC

All'interno della CDC lo **spazio Front Office** è un punto informativo che **orienta** gli ingressi ed **invia ai Servizi e al PUA** tenendo conto dei vari modelli organizzativi.

PUA Il Punto Unico di Accoglienza è un luogo fisico in cui vengono raccolte le richieste e **analizzati i bisogni sociosanitari espressi** (legati per es. ad una condizione di fragilità e/o di non autosufficienza) in cui viene tutelata la privacy della persona.

Primo colloquio di
Accoglienza
(AS-IFeC)

Raccolta Anamnestica
socio sanitaria/valutazione
del bisogno espresso

FASE DI VALUTAZIONE

Triage: la **scheda di valutazione Triage** permette la tempestiva individuazione delle condizioni di **vulnerabilità sia sociale che sanitaria**. Viene effettuata durante la fase dell'Accoglienza per differenziare il **bisogno semplice** da un **bisogno più complesso**. È possibile utilizzare varie scale validate (Svama, Sosa, Bina, Vaor -InterRAI, ecc.)

1° livello



Percorsi ->

di orientamento e informativo
di accompagnamento ed aggancio

2° livello



Percorsi ->

di monitoraggio
di valutazione multidimensionale



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Regionale
della Lombardia

LE AZIONI DI SISTEMA NELL'OTTICA DELLA COMPLEMENTARIETA'

Collocare il **PUA**, **back office di 2° livello**, come luogo fisico a **livello distrettuale** affinché **interagisca direttamente con la COT** deputata a coordinare l'assistenza domiciliare e il transito tra i setting di cura potrebbe, **con la presenza dell'A.S., garantisce un livello d'integrazione importante** con ricadute positive enormi per le famiglie e per i cittadini.

Anche la fase di passaggio tra **la COT e il Servizio sociale dell'Ente locale** dovrebbe essere **gestito dall'A.S. della sanità** in relazione ai bisogni rilevati, **con opportuni accordi tra i Comuni dell'Ambito e le ASST.**

IL PROGETTO DI SALUTE

DM 71-AGENAS 23.02.2022

Il richiamo al **Progetto di Salute** - filo conduttore che rappresenta la **storia** della **persona** e dei suoi **bisogni clinico-socio-assistenziali, in raccordo con i servizi sociali**, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come **portatore di fattori di rischio** o a partire dal primo contatto con il SSN **costituisce uno strumento importante**.

Ma l'individuazione dei **bisogni socioassistenziali** che portano alla definizione del Progetto di Salute è affidata in primis ad **un'équipe multiprofessionale minima** (MMG, PdLibera Scelta, Medico Specialista ed Infermiere) e **prevede il coinvolgimento dell'A.S. solo in un secondo momento**, in relazione al livello di **complessità clinico assistenziale**, all'evolversi della malattia ed **allo stato di fragilità espressa**.

LA CONCERTAZIONE ISTITUZIONALE NELLE AZIONI DI SISTEMA

DM 71-AGENAS 23.02.2022

All'interno della cornice normativa, sono lasciati **ampi spazi decisionali alle Regioni** in merito alla **vocazione da dare alle Case della Comunità**, variabile a seconda **dei servizi inseriti** e, di conseguenza, **degli obiettivi perseguiti**.

Ai fini del perseguimento dei principi della riforma, **a livello locale**, necessario l'avvio di **tavoli di confronto tra Asst, Ats, rappresentanze dei MMG, Sindaci, Terzo settore**, per cercare di **darsi linee di indirizzo condivise** e **concorrere alla progettazione** di quello che dovranno essere le **Case della Comunità**.

IL PROGETTO DI SALUTE

DM 71-AGENAS 23.02.2022

Il richiamo al **Progetto di Salute** - filo conduttore che rappresenta la **storia** della **persona** e dei suoi **bisogni clinico-socio-assistenziali, in raccordo con i servizi sociali**, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come **portatore di fattori di rischio** o a partire dal primo contatto con il SSN **costituisce uno strumento importante**.

Ma l'individuazione dei **bisogni socioassistenziali** che portano alla definizione del Progetto di Salute è affidata in primis ad **un'équipe multiprofessionale minima** (MMG, PdLibera Scelta, Medico Specialista ed Infermiere) e **prevede il coinvolgimento dell'A.S. solo in un secondo momento**, in relazione al livello di **complessità clinico assistenziale**, all'evolversi della malattia ed **allo stato di fragilità espressa**.

I LIVELLI DI CONCERTAZIONE ISTITUZIONALE

L'integrazione con i servizi sociali così come definita, , dall'art.1, della legge 31 dicembre 2021, n.234, **rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità**, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, **con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie.**

Si richiama **l'INTESA da sottoscrivere** al fine di **DEFINIRE GLI AMBITI DELLE COMPETENZE del SSN da un lato e dei COMUNI dall'altro.**

UNA PROPOSTA DI INTEGRAZIONE DEL RUOLO DELL’A.S.

DM 71 AGENAS: PROPOSTE Ordine Nazionale alla Conferenza Stato-Regioni:

A pagina 8 Tabella 1 **Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l’équipe multiprofessionale**, al punto “Assistente sociale - Referente della **risposta** ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale” **si propone la seguente integrazione:**

“Assistente sociale - **Referente della valutazione e della risposta ai bisogni sociali e socio-assistenziali del paziente e della sua rete relazionale.**” Tale modifica renderebbe coerente la previsione con le competenze assegnate al professionista assistente sociale dalla Legge 84/93, dal DPR 328/2001 e con le competenze ad esso assegnate dalle normative attuali.

LE RISORSE DI PERSONALE per gli Enti Locali

La **legge finanziaria 2021, art. 1 comma 797**, prevede il **potenziamento dei Servizi Sociali comunali**, quali livelli essenziali di prestazione sociali, ridefinendo il rapporto tra AS/abitanti (**1 AS/4.000-5.000 ab.**) e prevedendo le opportune risorse.

Il **Piano nazionale degli interventi sociali 2021-2023** prevede che queste risorse non siano destinate esclusivamente agli interventi di contrasto della povertà ma possano **contribuire alla risposta più ampia dei bisogni dei cittadini**.

Gradualmente i territori avranno a disposizione un **potenziamento degli Assistenti Sociali** che potranno interagire e andare a **costruire l'ossatura reticolare dei PUA**. **Tale esito dipenderà dalle intese raggiunte a livello locale tra i due sistemi degli enti locali e sanitari.**

LE RISORSE DI PERSONALE SUL VERSANTE SANITARIO

Il PNRR ha finanziato le opere strutturali per le CdC mentre ha finanziato in minima parte il costo del personale necessario per farle funzionare.

Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC hub garantisce la presenza dei professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale nell'ambito delle professionalità.

LE RISORSE DI PERSONALE SUL VERSANTE SANITARIO

Il PNRR prevede che TUTTO il personale necessario venga attivato quando le Case della Comunità saranno diventate operative a pieno titolo e quindi **nel 2027, ma il suo effetto si esaurisce nel 2026.**

Nel PNRR viene indicata la fonte di finanziamento solo di **2.363 infermieri** (D.L. 34/2020 art.1 c.5) per 94,5 milioni di euro. Per il resto del personale (oltre 14.000 unità), il cui costo stimato è di 567 milioni di euro, **attualmente non c'è finanziamento** perché **le risorse necessarie saranno reperite attraverso una annunciata riorganizzazione dell'assistenza sanitaria** che dovrebbe produrre i risparmi necessari.