



IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NEI PROCESSI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1

Un approfondimento sul Servizio Sociale Professionale negli Ospedali e nelle COT

INTRODUZIONE

Le riforme in atto implicano una profonda revisione dei modelli organizzativi alla base del sistema salute nella quale la vera portata innovativa è nel riconoscimento dei determinanti sociali della salute che comportano per il Servizio Sociale l'avvio di percorsi di innovazione, costruzione e rafforzamento di spazi e competenze professionali specifiche.

Si assume così una visione d'insieme del ruolo dell'assistente sociale nel "nuovo sistema salute" che esce dalla stretta logica di ospedale-territorio e prevede una presenza professionale nella continuità assistenziale, sia essa ospedale-territorio, territorio-ospedale o territorio-territorio, che richiede specifiche competenze.

La continuità assistenziale e l'accompagnamento nella transizione nei setting di cura tendono a creare una circolarità tra sistemi che supera la tradizionale teoria organizzativa per "strutture" con una tensione verso un'azione per "processi". Oggi si configura sempre più un sistema salute che supera l'impostazione di un "ospedale oltre le mura" (ovvero la proiezione organizzativa dell'ospedale sul territorio) e si orienta verso la costruzione di un sistema in cui ospedali e territorio evolvono insieme in un approccio organizzativo e gestionale integrato in cui la sanità territoriale ha una propria infrastruttura organizzativa.

Un modello organizzativo che porta l'ospedale a connettersi e integrarsi con strutture e reti territoriali e a lavorare per "reti cliniche", per PDTAS (Piani diagnostici terapeutici assistenziali e sociali) e non più solo per PDTA, "integrati" ospedale-territorio, acquisendo agilità e flessibilità operative.

Questo nuovo approccio configura sempre più le funzioni del Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) non solo e tanto per la presenza nei reparti quanto per l'azione nei percorsi di cura e assistenziali delle persone.

Con questa chiave di lettura le funzioni del SSO elencate in seguito nel documento, ad esempio nell'area materno-infantile, si integrano e ricompongono con quelle del Servizio Sociale operante in consultorio, senza sovrapposizioni, ma in continuità e scambio con i servizi territoriali.

L'adozione del Decreto 23 maggio 2022 n.77¹, la cui attuazione impegna le Regioni nel ridisegnare i percorsi ospedale-territorio in particolare per le persone fragili, con patologie cronico-degenerative

¹ DM 77/2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".



e/o non autosufficienti, e in situazione di vulnerabilità sociale, ha acceso il focus anche sulla revisione del Decreto 2 aprile 2015 n. 70².

È infatti necessario, ora, armonizzare il nuovo disegno dell'assistenza territoriale con l'organizzazione dei processi ospedalieri, con i percorsi per il potenziamento dell'assistenza domiciliare, con quelli ospedale territorio con particolare attenzione alle persone con bisogni di salute più complessi.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) prevista dal DM 77/22 costituisce un importante anello di connessione per la transizione di setting con funzioni per le quali risulta indispensabile la presenza del Servizio Sociale.

In questo documento, risultato del confronto e dell'approfondimento di un Gruppo di lavoro costituito all'interno del Tavolo nazionale Salute e Sanità del CNOAS e composto dai referenti dei Consigli regionali dell'Ordine, sono descritti gli elementi caratterizzanti il ruolo e le funzioni del Servizio Sociale Professionale (SSP) nelle due strutture organizzative più investite del compito di garantire la continuità dei percorsi di cura e assistenziali delle persone, stante il quadro tratteggiato in questa introduzione: il SSP in ambito ospedaliero e il SSP nelle Centrali Operative Territoriali (COT).

² DM 70/2015, "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".



SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA RUOLO E FUNZIONI IN AMBITO OSPEDALIERO

PREMESSA

3

L'exkursus storico della presenza negli ospedali e nel sistema sanitario del Servizio Sociale³ evidenzia una caduta di attenzione da parte del legislatore nei confronti della presa in carico sociale all'interno dell'organizzazione ospedaliera proprio nel momento in cui i cambiamenti demografici nel nostro Paese avrebbero dovuto suggerire un potenziamento dell'intervento dell'assistente sociale anche in tale contesto. Il DM 70/2015, la cui revisione è ora all'attenzione del Ministero della salute, non aveva in alcun modo potenziato il SSP, scegliendo la direzione opposta, non indicandolo tra le possibili articolazioni delle strutture e servizi della nuova, riformata organizzazione ospedaliera.

In questo contesto emerge la necessità e si coglie l'opportunità di ridefinire il ruolo e le funzioni del Servizio Sociale Professionale negli ospedali, evidenziando come le funzioni e le competenze dell'assistente sociale dell'equipe dell'ospedale concorrono a mettere in campo programmi e interventi precoci e mirati per dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini in linea con le finalità della riforma del sistema sociosanitario nazionale, nata dall'esperienza della pandemia di Covid-19.

Il Servizio Sociale Professionale opera storicamente in presidi ospedalieri e aziende ospedaliere pubbliche o del privato accreditato riconoscendo così il diritto di ciascuno di essere curato non come "malato" ma come "persona malata", con un cambiamento di paradigma dalla "cura" al "prendersi cura", che non è ancora scontato; i professionisti che agiscono in questo contesto sono esperti nella valutazione multidimensionale e multiprofessionale secondo il paradigma "bio-psico-sociale", hanno conoscenza specifica dell'organizzazione delle strutture e servizi sanitari e dei processi aziendali che sostengono i diversi percorsi di cura; operano in molti casi con la tempestività e l'urgenza tipica dell'intervento sanitario, permettendo il riconoscimento di quei bisogni propri della dimensione sociale e relazionale degli individui che difficilmente sono colti dal personale sanitario.

Nel modello sociale l'attenzione è, infatti, centrata sulle dimensioni soggettive e sul comprendere quelle che sono le esigenze, le preferenze e le risorse della persona e della rete di riferimento: è il fulcro dell'intervento che, in ambito ospedaliero, è finalizzato a sostenere la persona e il caregiver nell'accettare, superare e spesso riorganizzare la propria vita per l'evento patologico e la malattia.

La diagnosi di una patologia a sviluppo cronico o degenerativo può avvenire in età adulta, sia in epoca prenatale che in età pediatrica e con modalità differenti (screening, diagnosi prenatali, oppure con insorgenza insidiosa/subdola) e comporta sempre un momento di grande drammaticità. Perciò è importante che insieme alla figura del medico specialista ci sia anche l'assistente sociale, così da

3All. A - Percorso storico e normativo del Servizio Sociale ospedaliero.



completare ed integrare la presa in carico trasformandola da solamente clinica e sanitaria a presa in carico globale, attenta ai bisogni complessivi della persona e della sua famiglia e sempre più finalizzata al miglioramento della qualità della vita.

Il Servizio Sociale nell'ospedale ha un ruolo di mediazione tra la spinta dell'organizzazione ospedaliera orientata alla soluzione rapida delle situazioni che bloccano la dimissione e la necessità di sostenere le fragilità sociali e personali che raramente sono risolvibili negli stessi tempi; un ruolo che spesso assume la funzione di *case manager* con interventi che possono risolversi in breve tempo o interventi più complessi, che richiedono un delicato, e spesso articolato, lavoro di rete interno-esterno.

La specificità del ruolo dell'assistente sociale in ospedale si sviluppa a partire dalle funzioni proprie del Servizio Sociale in ambito sanitario che il CNOAS ha delineato nel documento "Profilo-e-Funzioni-dell'assistente-sociale-della-sanità" del 2018, a partire da queste parole:

"L'assistente sociale è presente nei servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati (ospedali, rete oncologica e hospice, residenze sanitarie assistenziali, consultori familiari, servizi per l'età evolutiva, vigilanza e commissioni di medicina legale, servizi per: le dimissioni protette, le dipendenze e patologie correlate, la salute mentale, la disabilità e la non autosufficienza, il contrasto alla violenza di genere, ecc.) che si occupano di prevenzione, trattamento e cura dei bisogni di salute.

Mediante un percorso metodologico definito "processo di aiuto", l'assistente sociale assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi relativamente ai percorsi di accompagnamento della persona al fine di incidere in modo significativo anche sul benessere della popolazione.

Grazie alla capacità propria della professione di mettere in connessione tutti i settori del welfare, permette di realizzare un modello di intervento di continuità assistenziale basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, in linea con lo sviluppo scientifico, normativo ed organizzativo.

L'approccio globale e unitario alle problematiche delle persone dei gruppi e delle famiglie, nonché la lettura della domanda sociale permette all'assistente sociale di svolgere un ruolo specifico nell'accoglienza e assesment nelle porte di accesso al sistema dei servizi.

In particolare, svolge un ruolo di garante degli aspetti sociali della persona con problemi di salute favorendo lo snodo degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale e le connessioni tra le diverse tipologie servizi e prestazioni (sanitarie, sociosanitarie e sociali).

L'agire professionale dell'assistente sociale costituisce uno strumento strategico per concorrere all'attivazione di processi di cambiamento, connettere sistemi, leggere e interpretare la complessità, sostenendo altresì la funzione di collegamento tra il particolare ed il generale, tra e l'ambiente e la sua comunità, restituendo agli organi decisionali analisi e letture delle necessità riscontrate, finalizzate a ri-orientare ed eventualmente ri-programmare le azioni"



Il SSPO nell'attuale scenario: approccio globale alla persona e potenziamento dell'integrazione sociosanitaria nelle aree ospedaliere e delle reti territoriali

Il quadro demografico attuale caratterizzato dall'aumento dell'età media delle persone, l'incidenza di situazioni di cronicità e non autosufficienza soprattutto nella popolazione anziana, a cui sempre più frequentemente si accompagnano fenomeni di isolamento e solitudine, l'aumento della povertà e delle difficoltà economiche di molti, determinano la presenza in ospedale di pazienti fragili, che, oltre alla malattia, manifestano bisogni di ordine sociale e relazionale; emergono frequentemente situazioni complesse con problematiche che incidono negativamente sul percorso clinico, sulla dimissione e sulla continuità delle cure e dell'assistenza, per le quali sono necessari percorsi di sostegno e accompagnamento sociosanitario.

In questi casi vi è la necessità di intervenire tempestivamente attraverso la presa in carico della persona, l'analisi multidimensionale della situazione, la definizione del bisogno e la predisposizione/realizzazione del piano di intervento individuale da attivare al momento della dimissione. L'efficacia degli interventi e progetti rivolti a sostegno dei singoli e spesso dei loro caregiver si fonda sulla capacità del SSPO di sviluppare e attivare relazioni sia all'interno che all'esterno dell'ospedale, di costruire i percorsi per programmare il rientro al domicilio in sicurezza o cambiare setting assistenziale.

In questa dimensione dell'intervento professionale, l'assistente sociale promuove strategie di razionalizzazione e di integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma stabile e continuativa, con i reparti ospedalieri, i servizi della rete territoriale sociosanitaria (MMG, COT, Casa della Salute) che sociale (Comuni-Ambiti territoriali), gli Organi Giudiziari, le associazioni e il volontariato, le risorse di volontariato e le reti informali. Anche nell'ambito ospedaliero, l'assistente sociale è l'esperto delle relazioni e delle risorse che il sistema di welfare prevede per le persone e i familiari che afferiscono alla rete sanitaria e sociosanitaria.

Le attività del Servizio Sociale Professionale Ospedaliero

- Informazione, orientamento rivolti alle persone ricoverate, ai familiari e ai caregiver, rispetto alla normativa e al sistema di offerta pubblica, privata e del Terzo Settore presente sul territorio.
- accoglienza, accompagnamento e sostegno delle situazioni a tutela del benessere complessivo della persona;
- valutazione sociale della situazione con la persona in ottica multidisciplinare e in modo integrato con quella sanitaria nell'ambito del progetto multiprofessionale condiviso;
- costruzione di percorsi di continuità assistenziale finalizzati al reinserimento socio-ambientale;
- sostegno sociale con azioni per l'attivazione delle risorse esterne attraverso un lavoro di rete in collaborazione con soggetti pubblici, privati o del Terzo Settore;



- individuazione e attivazione delle reti territoriali per assicurare la necessaria assistenza e protezione in fase di dimissione dall'ospedale a garanzia della migliore qualità della vita possibile per la persona e l'adeguato sostegno al caregiver;
- rilevazione della necessità di protezione giuridica con il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria;
- definizione in collaborazione con gli altri professionisti di procedure e protocolli operativi per favorire i percorsi assistenziali e la presa in carico integrata della persona ricoverata;
- costruzione di progetti per la prevenzione di ricoveri o accessi al pronto soccorso ripetuti in rete con i servizi del territorio;
- collaborazione nella costruzione e realizzazione di progetti "ospedale-territorio" di prevenzione ed educazione alla salute e su temi specifici;
- progettazione e organizzazione, d'intesa con il volontariato locale di progetti di sensibilizzazione del territorio sui bisogni sociali di particolari categorie di pazienti.

Le attività richiedono, come si è detto, una preparazione, specifica, che si aggiunge a quella di base del professionista, in quanto è importante conoscere sia le caratteristiche di determinate patologie, la loro evoluzione e soprattutto le modifiche e le ricadute che la malattia comporta nella vita del paziente e dei suoi familiari, le prospettive future, le possibili invalidità conseguenti, le implicazioni nei diversi ambiti del contesto sociale da quello scolastico e formativo a quello lavorativo, sia il funzionamento dei processi ospedalieri, dei diversi reparti e dei protocolli operativi anche sanitari.

La funzione del Servizio Sociale in alcune aree di intervento ospedaliere

In questa sezione del documento vengono messe in luce le funzioni specifiche del Servizio Sociale in tre aree di intervento ospedaliero: Pronto soccorso, Area materno-infantile e Dimissioni protette/complesse che più sono sollecitate dalla riorganizzazione prevista dal PNRR e dai bisogni emergenti e che, sia nei percorsi sia intraospedalieri che tra ospedale e territorio, necessariamente devono rafforzare l'integrazione sociosanitaria

Il **Pronto Soccorso**, è identificato da tempo come punto nevralgico per la tenuta del sistema sanitario e per la salute dei cittadini.

L'**Area materno-infantile** ospedaliera dove la funzione di tutela della maternità sin dalla gravidanza, quando si presenta a difficile, è prioritaria insieme a quella del neonato e del bambino, sia quando sono presenti patologie sia quando vi sono elementi di rischio psicologico e sociale. È un'area che oggi richiede un significativo e urgente investimento viste le sempre più frequenti situazioni di fragilità maternità e malattie disturbi alimentari negli e nelle adolescenti.

Le **Dimissioni Protette/Complesse** dalle quali si sviluppano molti dei percorsi assistenziali territoriali, affidati nel DM 77 alle COT in stretto raccordo con le strutture ospedaliere dimettenti e i servizi sociali dei Comuni/ Ambiti territoriali. Infatti, l'obiettivo fissato con le Missioni 5 e 6 del PNRR di rilanciare la centralità del territorio e l'abitazione come primo luogo di cura e di assistenza per le



persone fragili, non autosufficienti, affette da una o più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità sarà centrato se il sistema sociosanitario sarà in grado di far funzionare le dimissioni protette.

Assistente sociale nel Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso (PS) è prima di tutto un servizio essenziale per la salute dei cittadini e risponde alle situazioni gravi con bisogno urgente di intervento sanitario articolando, negli ospedali di maggiori dimensioni, interventi differenziati per target di popolazione: PS adulti, PS pediatrico, PS ostetrico ginecologico, con strutturazione di percorsi e procedure mirati che richiedono anche da parte dell'assistente sociale conoscenze e competenze specifiche.

Costituisce sicuramente un "osservatorio privilegiato" delle problematiche sanitarie e sociosanitarie, ma sempre più anche sociali della popolazione. Infatti, molto spesso gli accessi al PS risultano determinati, anche in modo reiterato, da problematiche di natura socioassistenziale, spesso con carattere di urgenza, che non riescono ad essere prese in carico in maniera completa e/o tempestiva dai servizi territoriali. Si determina così un corto circuito per cui l'accesso inappropriato al PS ed i ricoveri ospedalieri, soprattutto in alcuni periodi, sono caratterizzati da un sempre più elevato numero di pazienti che presentano dimensioni di fragilità sociosanitaria e sociale tali da produrre effetti sulla durata (prolungamento della degenza) e la frequenza dei ricoveri stessi (ricoveri ripetuti)⁴. Risulta dunque necessario adottare adeguati strumenti per la rilevazione delle situazioni di fragilità e per la gestione del percorso del ricovero ospedaliero già a partire dall'accesso al pronto soccorso per:

- a) le problematiche a carattere socioassistenziale che sono all'origine della richiesta/necessità di ricovero;
- b) un orientamento e l'attivazione di interventi in altri setting e il coinvolgimento dei servizi territoriali;
- c) presa in carico precoce delle situazioni per le quali sono da prevedersi dimissioni complesse che richiedono un percorso di continuità assistenziale post ospedaliera e l'individuazione ed il trasferimento presso un setting assistenziale appropriato;
- d) una riduzione del *boarding* relativamente ai pazienti in Pronto Soccorso che necessitano di ricovero e che permangono in barella oltre le 12 ore.

Assume centralità per il miglioramento della continuità assistenziale nelle situazioni di accessi al PS, determinati da emergenze sociali, il collegamento stretto con il Servizio di Pronto Intervento sociale, LEPS, di competenza dei Comuni/Ambiti territoriali, in fase di organizzazione su tutto il territorio nazionale.

⁴ I "frequent users" sono stati definiti (Huntet al. Am Emerg Med 2006) come pazienti con quattro e più accessi nel DEA durante un anno solare.



Accanto a questa funzione orientata alla dimissione e alla continuità assistenziale territoriale l'intervento professionale in PS supporta i pazienti e i loro familiari ad affrontare le prime difficoltà ma anche a progettare l'assistenza futura.

La presenza dell'assistente sociale in Pronto Soccorso consente di:

- a) ottimizzare l'intervento sin dal primo approccio;
- b) sostenere il paziente e i familiari di fronte alle difficoltà emotive e sociali derivanti dall'evento acuto;
- c) prevenire l'insorgenza dei cosiddetti ricoveri impropri;
- d) accelerare le valutazioni e ridurre le dimissioni tardive, specie per anziani e persone non autosufficienti.

L'attività specifica rivolta a chi accede al Pronto Soccorso, si integra con l'azione preventiva finalizzata alla riduzione del sovraffollamento del PS che il SSO realizza attraverso la costruzione di percorsi assistenziali in collaborazione con:

- Reti familiari e relazionali del paziente,
- Centrali Operative territoriali (COT),
- Punti Unici di Accesso (PUA),
- Servizi territoriali AA.SS.LL.,
- Servizio Sociale dei Comuni/Polizia locale,
- Pronto intervento sociale/Centri anti violenza,
- Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera scelta,
- Tribunali (Minorile, Civile, Penale),
- Ambasciate/Consolati,
- Terzo settore/Volontariato,
- Enti erogatori del privato accreditato.

Assistente sociale nell'Area materno-infantile

L'azione nei reparti di neonatologia, pediatria, unità di terapia intensiva neonatale, ginecologia e ostetricia ha come obiettivo la tutela della maternità e dei bambini e delle bambine. Sostiene quindi la maternità nelle situazioni di fragilità e vulnerabilità sociale e accompagna i genitori nel percorso di cura e di assistenza quando i figli sono malati, con patologie permanenti, a volte gravi e rare. Nell'ambito degli interventi a tutela dei minori l'azione è particolarmente difficile e complessa per il professionista che opera nei reparti di neonatologia, laddove è importante che le situazioni a rischio sociale vengano individuate ponendo attenzione ai segnali di fragilità materna o a problematiche relazionali di coppia e segnalate tempestivamente.

L'assistente sociale valuta e gestisce i percorsi, certamente in collaborazione con le figure sanitarie e in raccordo, spesso, con il Servizio Sociale presente nei Comuni e con il consultorio ma anche con numerosi altri enti, istituzioni e servizi che per responsabilità e funzioni sono chiamati ad intervenire a sostegno dei progetti e piani.



Per le caratteristiche degli interventi e la necessaria forte integrazione con gli altri sistemi e reti, in questo ambito, l'A.S. assume in molti casi la funzione di *case manager* a sostegno di:

- donne in gravidanza ricoverate in condizioni di disagio: socioeconomico e psico-sociale (es. pazienti con patologia psichiatrica, pazienti dipendenti da sostanze, minorenni);
- minorenni ricoverate che richiedono interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della Legge 194/78, con problematiche socio-familiari per le quali può rendersi necessaria la segnalazione all'Autorità Giudiziaria o la collaborazione con i servizi territoriali (Consultorio Familiare o Servizio Sociale Professionale comunale);
- minorenni adolescenti con malattie alimentari;
- donne o neogenitori in condizioni di grave disagio socioeconomico con l'invio e l'attivazione al Servizio Sociale Professionale comunale;
- puerpere infrasedicenni per l'attivazione della procedura con A.G. presso T.M. e T.O.;
- puerpere in situazione di disagio sociale o con problematiche psichiatriche o di dipendenza, con attivazione della rete a sostegno del puerperio e invio ai servizi specialistici territoriali;
- donne ricoverate che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della Legge 194/78, con una situazione nella quale si riscontrano elementi di disagio socio-familiare e/o psicosociale;
- partorienti che intendono avvalersi del "parto in anonimato", ai sensi dell'art. 30 comma 2 del DPR 396/2000;
- neonati non riconosciuti alla nascita per la segnalazione all'Autorità Giudiziaria minorile;
- donne e dei minorenni vittime, di violenza, di maltrattamento e di abuso in raccordo con i servizi territoriali, le reti antiviolenza territoriali e l'Autorità Giudiziaria;
- minori stranieri non accompagnati (MSNA): attivazione della procedura con la Procura, rapporti con le Forze dell'Ordine e i servizi territoriali;
- minorenni con patologie cronico-degenerative: supporto per la comprensione della malattia e ricadute nella vita quotidiana, attivazione percorsi di continuità assistenziale e di tutele previdenziali, raccordo con servizi territoriali e scolastici;
- minorenni degenti presso il Reparto di Neuropsichiatria Infantile: rapporti con la rete delle Comunità Terapeutiche per la definizione del setting post dimissione, rapporti con A.G. e NPI;
- donne immigrate in situazione di fragilità e/o con problematiche sociosanitarie complesse con il supporto, ove opportuno, del servizio di mediazione linguistico-culturale.

Inoltre, collabora in ottica interdisciplinare all'elaborazione e all'implementazione di eventuali progetti "ospedale-territorio" in collaborazione con altri soggetti della rete territoriale quali i consultori familiari e gli enti del Terzo settore relativi, ad esempio ai corsi di preparazione alla nascita e promozione dell'allattamento al seno, di sostegno alla maternità e la paternità responsabile, la prevenzione della violenza, dell'abuso e del maltrattamento delle donne e dei minorenni.



Assistente sociale nelle Dimissioni protette/ Complesse

Con Dimissioni protette/ Complesse si intende la realizzazione di percorsi sociosanitari finalizzati a realizzare il passaggio dal setting di cura ospedaliero ad un altro setting territoriale (cure intermedie, domicilio, struttura residenziale o semiresidenziale sanitaria o sociosanitaria).

L'obiettivo è assicurare l'assistenza alla persona nel passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub-acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi sociosanitari). In particolar modo quando, con il ricovero ospedaliero, si è verificato un peggioramento delle condizioni di salute, la valutazione sociale deve essere tempestiva per poter sostenere adeguatamente la persona e i familiari /caregiver nell'organizzazione dell'assistenza adeguata.

Quando sono già presenti problematiche complesse di tipo sociosanitario è necessaria un'attenzione specifica per consentire una dimissione rispondente alle necessità della persona: laddove le condizioni di fragilità e vulnerabilità siano già presenti prima del ricovero e/o siano assenti familiari di riferimento, è necessario acquisire prontamente gli elementi utili e organizzare una rete di supporto in previsione della eventuale attivazione della Centrale Operativa Territoriale (COT).

L'intervento dell'assistente sociale nelle Dimissioni protette, all'interno dell'attività condivisa con i professionisti sanitari, oltre a garantire la continuità assistenziale con attenzione alla qualità della vita della persona di cui si è già detto, concorre a:

- ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione, permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto ed evitando ospedalizzazioni protratte;
- ridurre la pressione sui Pronto Soccorso ospedalieri, evitando il loro utilizzo ed il ricorso al ricovero per mancanza di risposte tempestive ai bisogni assistenziali e riferimenti sul territorio;
- realizzare l'integrazione fra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico della persona ricoverata nei modi e nei tempi previsti, al fine di evitare l'erogazione di prestazioni incongrue e garantire l'appropriatezza degli interventi;
- permettere una maggiore conoscenza dell'offerta di prestazioni sociosanitarie ed un miglior utilizzo dei percorsi in relazione ai bisogni;
- diffondere la cultura dell'approccio bio-psico-sociale al paziente secondo il modello integrato della valutazione multidimensionale e promuovere l'umanizzazione delle cure con offerte assistenziali rassicuranti;
- garantire per le persone dimesse, se necessario, la tempestiva attivazione dell'assistenza specialistica, protesica, riabilitativa, infermieristica e socioassistenziale;
- migliorare l'adeguatezza dell'assistenza post-ospedaliera e quindi l'andamento delle situazioni di cronicità, valorizzando le capacità residue e prevenendo il rischio di peggioramento e l'accesso non consono alle strutture ospedaliere.



OSPEDALE - CONCLUSIONI E PROPOSTE

Il Servizio Sociale Professionale in ospedale, oggi, rappresenta una risorsa fondamentale e necessaria per l'attuazione della riforma del sistema sanitario e sociosanitario in atto nel Paese, per gli effetti concreti e incisivi dell'azione professionale dell'assistente sociale a sostegno delle persone ricoverate, delle loro famiglie, per il miglioramento dell'organizzazione ospedaliera, per facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni e dare concreta attuazione ai LEA e LEPS, per assicurare la continuità assistenziale ospedale e territorio con attenzione alla comunità.

Per questo non è rinviabile un riconoscimento in tale senso da parte del legislatore e del Ministero della salute con la previsione della presenza di un Servizio Sociale Professionale aziendale quale standard organizzativo degli ospedali, pubblici e privati convenzionati, con l'individuazione di una propria area specifica e struttura alle quali ricondurre la direzione e il coordinamento delle proprie attività.

Nello stesso tempo la professione, attraverso il Consiglio Nazionale e i Consigli regionali dell'Ordine, continua, nella propria funzione di ente sussidiario dello Stato a formulare proposte, a sostenere la realizzazione e il miglioramento delle riforme in atto, e insieme alla Fondazione Nazionale Assistenti Sociali, a promuovere percorsi formativi accademici, di alta formazione e di formazione continua qualificati per sviluppare e aggiornare le competenze richieste in questa area specifica e specialistica in cui l'azione professionale si svolge.



SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA RUOLO E FUNZIONI NELLE COT

Spunti da due sperimentazioni in corso

PREMESSA

Uno degli obiettivi strategici per il futuro indicato nel PNRR Missione 6 è rinnovare il Sistema Sanitario nazionale in modo che sia in grado di soddisfare i bisogni di salute attuali e sia pronto ad affrontare le esigenze del futuro, garantendo al cittadino il diritto alla continuità delle cure e dell'assistenza, all'interno di diversi *setting*, in relazione alla fase della malattia e ai bisogni di intervento sanitario e socioassistenziale.

Questo obiettivo è prioritario in considerazione dei cambiamenti demografici in atto, per l'ampia fascia della popolazione con fragilità sociosanitarie e con un quadro di cronicità che implica spesso complessità non sempre solo sanitaria.

Perciò il PNRR individua i luoghi, i *setting* assistenziali per prendersi cura della salute e del benessere delle persone, con l'intento di accompagnare il cittadino nell'individuare le risposte adeguate ai suoi bisogni e alle sue esigenze, con l'obiettivo prioritario di creare le condizioni per una casa come primo luogo di cura.

Con il DM 77/2022, approvato in seguito ad un lavoro preparatorio condotto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), si avvia il programma per ridisegnare le caratteristiche dei servizi, ridefinire processi e sviluppare nuovi modelli organizzativi attraverso l'utilizzo, da parte delle Regioni, degli investimenti messi a disposizione per innovare la struttura.

Occorre evidenziare che l'impianto del decreto prevede una parte prescrittiva alla quale le Regioni devono attenersi e una parte di indirizzo non vincolante rispetto alla quale è importante valutare le scelte regionali e conoscere l'esito delle esperienze avviate.

Il Consiglio nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS) già nelle fasi di scrittura del documento di AGENAS e del Decreto Ministeriale e successivamente all'approvazione del DM 77/22 ha avanzato considerazioni e proposte rivolte a sostenere un approccio integrato sociosanitario, sottolineando la funzione che il Servizio Sociale Professionale svolge in modo esclusivo.

In particolare rispetto all'obiettivo prioritario della Missione 6 che, coerentemente con la Missione 5, si prefigge di superare un sistema settoriale, il CNOAS in più sedi ha sottolineato la necessità che negli snodi cruciali di un sistema multiservizi integrato, siano presenti gli assistenti sociali al fine di assicurare una valutazione multidimensionale (VMD) che, insieme alla valutazione clinica e funzionale, esplori la dimensione sociale, la rete sociale formale e informale della persona.

E questo tanto più nei passaggi di *setting* assistenziale, laddove le comunicazioni sono fondamentali e serve costruire e mantenere le reti e le connessioni tra operatori e servizi e tra rete di cura e rete di



prossimità, con l'obiettivo prioritario di creare le condizioni per un'assistenza al domicilio. È evidente in questa prospettiva come la Centrale Operativa Territoriale (COT) prevista dal DM 77/22 giochi un ruolo fondamentale.

LA COT NEL DM 77/22

Le Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal PNRR e dal DM 77/22 quale standard organizzativo del Distretto (n.1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore), dovranno svolgere la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali assicurando l'interfaccia con gli ospedali, la rete di emergenza-urgenza e le cure intermedie.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7.

Lo Standard di personale di una COT per 100.000 abitanti è così prescritto:

- n. 1 coordinatore infermieristico, n. 3-5 infermieri,
- n. 1-2 unità di personale di supporto⁵.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti con diverse funzioni:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case

⁵ Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.



della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.⁶

Tra le finalità di un servizio centralizzato di invio e dimissioni tra i diversi *setting* quale è la COT, non esplicitata nel Decreto, ma di tutta evidenza perché si realizzi una continuità assistenziale efficace ed efficiente, vi è quella di evitare sovrapposizioni e l'utilizzo improprio dei servizi integrando interventi che fanno capo a strutture, a professionalità diverse e che operano secondo modelli operativi diversi. Un'attenzione specifica va riconosciuta a quelle situazioni complesse che per tempi e caratteristiche specifiche, non sono allineate per esempio alle esigenze delle dimissioni ospedaliere, e per le quali è necessario che alla valutazione clinica si associ quella dei contesti di vita e delle risorse familiari, riducendo il ripetersi di ricoveri ospedalieri non necessari.

La mancata indicazione nel DM 77 dell'assistente sociale nell'equipe delle COT, si è osservato da subito, mina l'unitarietà della prima risposta agli interlocutori, siano essi professionisti o altri soggetti del sistema, nell'individuazione dei percorsi per le persone al domicilio e in dimissione dagli ospedali e ritarda l'avvio un percorso integrato sociosanitario a garanzia della continuità dell'assistenza.

Collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e sociali, ospedalieri e con la rete di emergenza richiede la presenza di un'equipe multiprofessionale nella quale sia presente l'assistente sociale per valutare gli aspetti sociali e stabilire il raccordo e l'attivazione dei servizi socioassistenziali. I modelli organizzativi già presenti in alcune regioni per le dimissioni protette e la continuità assistenziale e, successivamente al DM 77, la programmazione effettuata sulla base delle esperienze maturate nel periodo della pandemia confermano la validità della proposta di allargamento dell'equipe della COT con la figura dell'assistente sociale.

LE COT NELLE PROGRAMMAZIONI REGIONALE: DUE SPERIMENTAZIONI A CONFRONTO

La stesura di questo documento si completa in un momento nel quale molte regioni stanno implementando il proprio programma attuativo del DM 77/22, pertanto i dati presenti e riferiti al 30 giugno 2023, sono in continuo aggiornamento, ciò nonostante, appaiono già molto significativi.

Le sperimentazioni in Regione Abruzzo di un modello per l'Integrazione ospedale-territorio attraverso la creazione di vere e proprie Agenzie di Integrazione Continuità Ospedale Territorio (AglCOT), avviato nell'aprile del 2022 in collaborazione con il Ministero della Salute, e in Regione Piemonte di un modello per il funzionamento delle COT "Progetto "Centrali operative territoriali in Piemonte: da modello sperimentale a buona pratica applicata" iniziato nell'ottobre 2021 per volontà della Direzione Sanità del Piemonte in collaborazione con AGENAS ed il coinvolgimento di quattro Aziende sanitarie, confermano quanto già evidenziato in altri studi⁷ su modelli di gestione delle cure di

⁶ AGENAS, (2022) *LE CENTRALI OPERATIVE Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali, Supplemento alla rivista mensile Monitor.*

⁷ Rapporto OASI 2021 - Università Bocconi- "Il Management della transizione: COT e non solo COT"- L. Ferrara, V. Tozzi, A. Zazzera.



transizione rispetto alla scelta a livello regionale e territoriale di inserire come componente dell'equipe l'assistente sociale.

a) Sperimentazione in Regione Piemonte

COT, così come prevista dal DM77, che svolge funzioni di coordinamento, attivazione e gestione della rete di servizi presenti nel territorio, punto di riferimento per le altre strutture del sistema e per i professionisti che vi operano, insieme di professionisti e di sistemi operativi.

Prevede la presenza di figure professionali con competenze specifiche nella dimissione dall'ospedale e nei passaggi da un setting all'altro, attraverso una valutazione degli elementi della struttura che ha in carico la persona per individuare la risposta ai bisogni in collaborazione con l'equipe ospedaliera e con quella del territorio. Una struttura quindi che, in stretto raccordo con i PUA e con i servizi territoriali più prossimi alla persona, nella sperimentazione delle ASL piemontesi, si configura per questi elementi:

Destinatari

- Medici di Assistenza Primaria (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, UCA, MCA 116117)
- Infermieri/IFeC
- Dipartimenti (Dipartimento Salute Mentale)
- DSM, Dipartimento delle Patologie e delle Dipendenze
- DPD, Dipartimento Materno Infantile
- DMI, Dipartimento di Prevenzione
- DP, Dipartimento Interaziendale di Continuità delle Cure
- Presidi Ospedalieri di ASL
- Strutture sanitarie intermedie (Hospice, CAVS/Ospedali di Comunità, RSA, CAVS Neuropsichiatrici, UVG, UMVD, Case di Comunità CDC, Struttura Semplice Cure Domiciliari, Struttura Semplice Cure Palliative, Lungodegenze)
- Servizi Sociali (aziendali delle ASL e Aziende ospedaliere e dei Comuni, Enti Gestori Comunali)
- Erogatori privati (Case di Cura - IRRCS)

Fruitori

I fruitori indiretti dell'attività della Centrale sono:

- Persone vulnerabili destinatari di una presa in carico integrata di tipo sanitario e sociosanitario con bisogni complessi;
- Persone che necessitano di un percorso di dimissione anticipata e assistita al domicilio (cure domiciliari, lunga assistenza) o ad altro setting di cura;
- Persone già seguite, che necessitano di trasferimento ad altro setting di cura;
- Persone segnalate perché *frequent user* PS o con patologie croniche con ricoveri ripetuti;



- Persone affette da patologie croniche con PSDTA e PCP (Piano di cura personalizzata) attivati che necessitano di monitoraggio;
- Persone in cura attraverso la Telemedicina e Teleassistenza.

La governance

Il governo operativo della COT è ricondotto alla responsabilità del Direttore di Distretto.

Il personale impegnato

Nel Team della COT operano diversi professionisti in integrazione, appartenenti ai profili di: Medico (di Distretto/UCA), Infermiere (IFeC), Assistente Sociale, Amministrativo/personale di supporto.

Gli standard di personale per una COT ai quali fare riferimento sono i seguenti:

- n.1 responsabile clinico,
- n.1 CPSS coordinatore infermieristico ,
- n.1 referente organizzativo,
- n. 3-5 CPSI infermieri (comprensivi IFeC),
- n. 1-2 unità di supporto,
- Amministrativi o personale di supporto,
- n. 2 assistenti sociali.

Lo standard assistente sociale

In ogni COT è operativa almeno n.1 assistente sociale dell'ASL, assegnato dal Servizio Sociale aziendale, con una presenza a tempo parziale che al momento della rilevazione si differenzia tra le COT da 20 alle 24 ore settimanali.

Inoltre, al fine di assicurare il coordinamento con i servizi dell'ente locale, per ogni COT l'Ente Gestore delle funzioni socioassistenziali, ha individuato n. 1 assistente sociale del Servizio sociale comunale che ha seguito la formazione prevista dalla sperimentazione e partecipa alle riunioni di coordinamento e progettazione degli interventi.

Le attività dell'assistente sociale

- accoglie la segnalazione ed effettua la valutazione sociale, in integrazione con il personale infermieristico per gli aspetti assistenziali e attiva le procedure per la presa in carico dei servizi socioassistenziali,
- verifica l'eventuale conoscenza e/o pregressa presa in carico della persona da parte dei servizi territoriali di riferimento (commissioni UVG/UMVD e cure domiciliari e servizi sociali),
- effettua, se necessario, congiuntamente con il personale infermieristico, il colloquio con i familiari se presenti per l'approfondimento della situazione e la verifica di eventuali progetti alternativi all'intervento sociale, sanitario o sociosanitario,
- effettua l'eventuale orientamento/consulenza di procedure di valutazione multidimensionale (UVG, UMVD) e colloquio orientativi di tutela,



- partecipa al monitoraggio dell'andamento clinico-assistenziale per definire il progetto post dimissione in affiancamento al personale infermieristico della COT e in riferimento alla condizione familiare rilevata,
- segnala alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario o Giudice Tutelare gli interventi di messa in protezione dei soggetti fragili,
- partecipa alla programmazione e progettazione di risorse integrative per facilitare i percorsi di presa in carico dei bisogni emersi e orienta anche le risorse del Terzo Settore in relazione alle necessità di risposta evidenziate,
- partecipa al monitoraggio della situazione della persona anche dopo il rientro a domicilio e non solo per il periodo di permanenza nei progetti di continuità delle cure: elemento innovativo della sperimentazione.

b) Sperimentazione in Regione Abruzzo

COT che associa alle funzioni precedenti un'articolazione di Centrali Operative collegate e destinate a rispondere direttamente alle richieste provenienti anche dai cittadini su base territoriale o per target di popolazione.

La Regione Abruzzo nel programma attuativo del DM 77 ha integrato il progetto delle Agenzie di Continuità e Integrazione Ospedale Territorio (AglCOT) il cui obiettivo principale è quello di favorire e di facilitare l'integrazione circolare e reciproca ospedali-territorio, attraverso il lavoro di comunità. Le funzioni dell'Agenzia è garantire, programmare, implementare, facilitare e monitorare la medicina di transizione (*transitional care*), accompagnando e sostenendo le persone anziane ed i loro caregiver nei passaggi e nelle transizioni tra i diversi setting di cura e di trattamento. Le AglCOT saranno parte sostanziale delle COT, integrandosi completamente con le attività del PUA e dell'UVM, dell'ADI, dei Servizi Sociali degli Ambiti sociali e con i soggetti del Terzo Settore.

Fruitori

Persone anziane ultrasessantacinquenni in situazione di comorbilità.

Governance

Il governo operativo della COT è ricondotto a livello distrettuale dove sono costituiti Project Manager Office e l'Operation Manager Office. In ogni Distretto sociosanitario è previsto un Project Manager Office con funzioni di Direzione e Coordinamento (composto da un dirigente medico e da un dirigente delle Professioni sanitarie e sociosanitarie) e un Operation Manager Office (del quale fanno parte due dirigenti medici, un terapeuta della riabilitazione con incarico di funzione organizzativa complessa, un assistente sociale con incarico di funzione organizzativa complessa).



Il personale impegnato

Per ogni AgiCOT è presente un team core composto almeno da un medico, un infermiere ed un assistente sociale.

Lo standard assistente sociale

In ogni AgiCOT è presente un assistente sociale della ASL con un orario di lavoro pieno (36 ore settimanali) In modo programmato è presente anche un assistente sociale per ogni Servizio Sociale dell'Ambito territoriale sociale per la condivisione, l'implementazione, la co-gestione ed il monitoraggio dei PdV e dei BdS di propria competenza (territoriale e/o funzionale).

Le attività dell'assistente sociale nella COT

- Partecipazione alle attività del *team core*,
- Case management delle situazioni assegnante,
- Co-costruzione dei progetti individualizzati,
- Co-costruzione dei budget di progetto,
- Monitoraggio dell'appropriatezza e della tempestività interventi,
- Collaborazione nella progettazione e attuazione dei passaggi di setting quando necessari.

ELEMENTI POSITIVI DELLE DUE SPERIMENTAZIONI

La presenza nella COT (modello piemontese) di un team sociosanitario determina che le attività di supporto a domicilio vengano maggiormente proposte alle persone come una reale opportunità alla prosecuzione delle cure in tale setting, favorendo lo sviluppo di percorsi integrati con i servizi socioassistenziali.

Contestualmente è sviluppata la ricerca di nuove risorse attraverso la conoscenza della rete di servizi e unità di offerta del territorio favorendo l'attivazione di interventi anche innovativi, mirati a specifiche esigenze, incentivando la flessibilità delle tipologie tradizionali di servizi.

Inoltre, la presenza delle competenze specifiche dell'assistente sociale nel lavoro di rete e di comunità rafforza il lavoro tra i vari stakeholder, compresi gli Ambiti territoriali sociali e la rete dell'associazionismo e del Terzo Settore, e accresce le possibilità di sostegni per la permanenza delle persone al domicilio.

Entrambe le sperimentazioni hanno messo a sistema la formazione congiunta e condivisa tra i vari professioni ed attori territoriali, avviando la costruzione di una comunità di pratiche multiprofessionale e multidimensionale.

Infine, nella sperimentazione abruzzese, il collegamento della COT sociosanitaria con l'equipe valutazione delle AgiCOT ha favorito l'implementazione del Budget di Salute e di Comunità e dei Progetti di Vita per le persone anziane in situazione di comorbilità.



ELEMENTI DI CRITICITÀ

Dagli stessi elementi positivi scaturiscono aspetti critici; tre i più evidenti in questa fase:

- lo sviluppo dell'attività di coordinamento, monitoraggio e l'individuazione delle risorse attraverso il lavoro con più stakeholder e di comunità ad un certo punto richiederebbe la possibilità di avviare progettualità con risorse economiche che la COT non ha;
- una rete fitta e ampia richiede sistemi informativi adeguati e condivisi da tutti gli operatori e non sempre vi è l'implementazione tecnologica necessaria; la spinta alla digitalizzazione, obiettivo della Missione 6 del PNRR, mira a Integrare nell'intervento nuove funzioni digitali, sicuramente basate sulla telemedicina, deve a nostro avviso comprendere, già in fase di progettazione l'interoperabilità delle informazioni ed il trasferimento delle informazioni non solo sanitarie, ma anche sociosanitarie e sociali;
- l'efficacia della COT si collega alla definizione, individuazione e alla presenza a tempo pieno delle risorse umane dedicate.

COT – CONCLUSIONI E PROPOSTE

Il ruolo e la funzione dell'assistente sociale nella COT

- consente di attuare una prima lettura olistica precoce dei bisogni della persona e del suo contesto di vita, evitando l'avvio di progetti assistenziali che possano rivelarsi, in itinere, inefficaci per le persone e diseconomici per il sistema, per l'incidenza di determinanti sociali sfavorevoli, non valutati inizialmente;
- esplora le risorse, le fragilità, le criticità socioeconomiche, culturali, territoriali e relazionali che possono condizionare i percorsi di cura;
- intercetta e riconosce i fattori di rischio e sociale al di là della complessità clinica, per mettere l'equipe nelle condizioni di operare le scelte più opportune, anche rispetto a eventuali obblighi di legge e di segnalazione all'autorità giudiziaria;
- connette il complesso del bisogno espresso con le possibilità di risposta che il sistema di welfare locale mette a disposizione. In questo senso, esplora e attiva anche reti non evidenti o informali, grazie alle quali possono essere praticabili e sostenibili percorsi assistenziali o terapeutici riabilitativi non ipotizzabili altrimenti, anche nelle situazioni di fragilità e crisi improvvise, causate dalla malattia;
- orienta e sostiene la persona e la famiglia nella scelta delle risorse proprie o della rete dei servizi pubblici e privati da attivare, relazionandosi con il sistema dei servizi socioassistenziali quando necessario.
- promuove e attiva delle reti territoriali mediante accordi formali, protocolli d'intesa ed il coordinamento di tavoli tecnici con la partecipazione dei soggetti istituzionali (enti locali, organi



centrali dello Stato, istituzioni scolastiche ed educative, etc.) e con le diverse agenzie del volontariato e del Terzo Settore;

- concorre alla valutazione degli esiti delle attività e dei percorsi di continuità assistenziale con attenzione agli impatti nella dimensione sociale dei percorsi avviati.

Le possibili configurazioni organizzative in attuazione del DM 77/22

Dalle due sperimentazioni considerate possono essere tratte altrettanti configurazioni organizzative:

1. In un primo modello organizzativo, la COT assume una spiccata valenza "regolatrice" dei percorsi all'interno dei setting e dell'accesso alle diverse risorse del sistema sociosanitario a cui si accompagna una funzione di monitoraggio e valutazione del funzionamento della rete per la continuità assistenziale ospedale-territorio e territorio-ospedale. La collocazione a livello di Distretto rinforza il Distretto stesso nella sua pluralità funzionale: committenza, erogazione e programmazione dell'integrazione sociosanitaria. L'efficacia di un modello come questo richiede una connessione strutturata con i diversi punti erogativi e i diversi servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti nel territorio fondata su regole chiare e condivise rispetto all'invio e richiesta di attivazione nonché rispetto alla gestione delle disponibilità di posti letto e di attivazione dei servizi necessari alla permanenza al domicilio e non da ultimo rispetto all'attivazione della VMD per le persone con bisogni di salute complessi. Indispensabile che l'infrastruttura della COT abbia un sistema informativo e una piattaforma informatica che consenta la gestione centralizzata delle informazioni per l'individuazione della risposta più adeguata ai bisogni e alle esigenze della persona.
2. In un secondo modello organizzativo la COT associa alle funzioni del precedente modello un'articolazione di Centrali Operative collegate e destinate a rispondere direttamente alle richieste provenienti anche dai cittadini su base territoriale o per target di popolazione. In questo caso l'impianto prevede un'organizzazione specifica con equipe pluriprofessionali dedicate alla VMD, che in ogni territorio sono il riferimento nei passaggi da un setting all'altro. Tali Centrali operano direttamente per accompagnare la continuità dei percorsi di cura e assistenziali, in caso di dimissioni dai reparti Ospedali, dagli Ospedali di Comunità, dai Centri di riabilitazione, dai reparti di Cure intermedie delle persone non autosufficienti o con bisogni di cura complessi che presentano già fragilità conclamate o per le quali sono stati rilevati indicatori di una possibile fragilità socio-sanitaria.

Questo modello organizzativo pare fare un passo avanti verso una riforma del sistema di assistenza territoriale capace di assicurare nei territori e in prossimità dei contesti di vita dei cittadini la presenza di equipe specialistiche dedicate alla presa in carico dei pazienti cronici, delle persone anziane non autosufficienti e di tutti coloro che presentano bisogni di salute complessi. La collocazione di queste articolazioni nella Casa della Comunità deve essere in forte connessione da una parte con la COT centralizzata, riferimento per i soggetti della rete sociosanitaria, e dall'altra con il PUA, luogo di primo accesso per il cittadino. Ciò assicura a nostro parere la continuità degli interventi riducendo



interruzioni dei percorsi con ricorsi impropri agli ospedali e al Pronto Soccorso, ricoveri ripetuti, sovrapposizioni o duplicazioni.

In entrambi i modelli risulta indispensabile prevedere collaborazione/interazione/coordina-mento/equipe stretta con il Servizio Sociale Territoriale, considerando, nel caso la COT svolga anche funzioni di UVM, la presenza dell'Assistente Sociale del Territorio come verificato nell'esperienza dell'AgiCOT abruzzese; ciò evita sovrapposizioni e la creazione nei cittadini di aspettative in alcuni casi non realizzabili, favorendo invece progettualità territoriali con elementi di alta fallibilità.

Le proposte

Alla luce della strutturazione che stanno assumendo le COT nella programmazione delle Regioni e nelle esperienze avviate, si ritiene di esprimere l'indicazione verso un modello organizzativo con queste caratteristiche:

- strutturazione di una COT centralizzata con funzioni più di governance, coordinamento e monitoraggio del sistema a livello distrettuale secondo lo standard del DM77/22: 1 COT ogni 100.000 abitanti;
- organizzazione di COT operativa rivolte a un bacino di popolazione più ridotto, con funzioni dirette alla gestione dei singoli percorsi di continuità assistenziale in più stretto raccordo con i servizi locali e maggiormente accessibili ai diversi soggetti per il coordinamento sia della presa in carico della persona, che diventa integrata e coordinata, che del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Standard di personale e organizzativi della COT

Partendo da questa breve analisi e ferma restando la variabilità dei modelli sanitari e sociosanitari regionali, si ritiene che vi siano evidenze per proporre che lo standard organizzativo e gestionale riferito alla COT sia nel modello a Centrale unica che nel modello a Centrale ramificata, preveda, ad integrazione di quanto attualmente indicato nel DM 77/22:

- la presenza del Servizio Sociale Professionale con almeno n. 2 assistenti sociali dipendenti a tempo pieno dal SSN in ogni COT centralizzata e decentrata;
- la previsione di accordi e protocolli che definiscano dove si colloca la VMD e la composizione dell'equipe sociosanitaria con particolare riferimento alla presenza dell'assistente sociale del Servizio Sociale Territoriale;
- la definizione delle modalità e dei percorsi di raccordo con i PUA sociosanitari delle Case di Comunità.



CONCLUSIONI

La stesura di questo documento è avvenuta mentre l'impianto di riforme previste dalla Missione 5 e missione 6 del PNRR prendeva forma, anche attraverso norme regionali. Nel 2023 si è entrati nella fase cruciale per l'attuazione del nuovo assetto dell'assistenza territoriale previsto con il DM 77/22; ora, gli investimenti, non solo finanziari, si devono spostare dai muri alle risorse umane, per il rafforzamento dell'organizzazione dei servizi e delle reti tra i servizi, l'implementazione della necessaria digitalizzazione e della presenza di personale e di professionisti formati e valorizzati.

La definizione di standard organizzativi e di personale omogenei per tutto il Paese è stato un passaggio importante per assicurare a livello regionale i LEA e i LEPS collegati ai percorsi di continuità assistenziale: standard che, come proposto nel documento, potranno essere modificati e adeguati anche alla luce delle esperienze già avviate in alcuni territori.

È utile sottolineare che nel sistema in costruzione sono strategiche la programmazione e pianificazione congiunta tra Ambiti Territoriali Sociali e Azienda Sanitarie, nonché i relativi accordi e protocolli tra servizi sanitari e servizi sociali dei Comuni. È in questi processi che la presenza del Servizio Sociale Professionale del Sistema Sanitario assicura la lettura multidimensionale dei bisogni e delle risorse, funzionale all'équipe sanitaria e sociosanitaria nella definizione dei percorsi di cura, riabilitazione e assistenza.

La riorganizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale rappresentano certamente l'occasione per rilanciare in tutte le Regioni e aziende sanitarie l'istituzione del Servizio sociale professionale con unità operative o aree dedicate alla continuità dei percorsi assistenziali dirette da assistenti sociali con incarichi di dirigenza.

Infine, il ruolo e le funzioni dell'assistente sociale indicati in questo documento evidenziano la specificità insita nell'agire all'interno dei contesti sanitari e sociosanitari della professione e la necessità di percorsi formativi dedicati sia nei corsi di laurea triennale e magistrale che in Master di I e II livello e scuole di alta formazione.

Roma, 22 marzo 2024



Ordine degli
Assistenti
Sociali

Consiglio
Nazionale



Bibliografia di riferimento

- A. Campanini *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*- Roma- Carrocci Faber- 2005- edizione 2022.
- M. Dotti, *Il servizio sociale ospedaliero*”, Roma, Carrocci Faber- 2015.
- D. Cosenza (a cura) *L’Assistente sociale nel contesto ospedaliero*, - Ed Franco Angeli- Politiche e servizi sociali, 2006.
- SICIP- Documento di Raccomandazioni Commissione Assistenti sociali Società >cure Palliative “L’apporto dell’Assistente Sociale nella valutazione multidisciplinare in cure palliative”, 2016.
- AGENAS, La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all’attivazione, Monitor, supplemento alla rivista semestrale, 2022.
- Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera, Il management della transizione: COT e non solo COT in Rapporto Bocconi, di OASI 2022.
- CNOAS, “Profilo e Funzioni dell’Assistente Sociale della Sanità”, 2018.
- CROAS Lazio “Linee guida per l’organizzazione del Servizio Sociale Aziendale e la definizione di un modello organizzativo nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio”, 2023.
- CROAS Umbria “Il servizio sociale professionale nelle aziende sanitarie locali dell’Umbria: spunti e prospettive per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario (decreto ministero della salute n. 77 del 23/05/22), 2022.
- CROAS Lombardia- *Rete dei Servizi Sociali Professionali Ospedalieri Buone prassi, normativa d’area e modelli organizzativi dei servizi sociali professionali nella realtà ospedaliera lombarda*” - Ottobre 2011.
- Regione Emilia Romagna, *Il Servizio Sociale Professionale nel SSR*, Gruppo di lavoro regionale, istituito ai sensi della DD 19536 del 28/10/2019.

Normativa di riferimento

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
- Legge n. 84 del 23/03/1993 “Ordinamento della professione di Assistente Sociale e istituzione dell’albo professionale”.
- Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 14/02/2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”.
- CNOAS- Codice deontologico dell’assistente sociale approvato nella seduta del 17/12/2020.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251” Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 regolamento recante standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all’assistenza ospedaliera.
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.