

DISPENSA TRE: L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE PROFESSIONI

L'esigenza di integrare (ossia far intervenire in modo congiunto, raccordare) diversi servizi deriva dal fatto che:

- a) molti bisogni dei cittadini sono composti da diversi problemi, includono disagi e sofferenze di natura differente, che interagiscono insieme nella vita della persona;
- b) problemi quindi che richiedono interventi diversi, da coordinare e attivare contestualmente;

Tuttavia il sistema dei servizi (e delle professioni) è suddiviso in molti segmenti diversi, e differenti Enti e servizi sono competenti a intervenire solo su specifici problemi. Questa suddivisione del welfare che assegna a diversi servizi ed Enti la competenza su diversi bisogni/problemi:

- deriva dalla necessità di assegnare competenze appropriate e precise in capo a diversi Enti (ad esempio Aziende Sanitarie o Comuni) e servizi (ad esempio a chi si occupa di problemi psichiatrici oppure di edilizia residenziale pubblica).
- Ma in molti casi è eccessiva e frantumata criticamente le offerte del welfare, creando un welfare "a canne d'organo", con servizi/enti che categorizzano artificialmente i bisogni, obbligando anche il cittadino a rivolgersi a luoghi/Enti/servizi diversi.

Ne deriva che quanto più il problema dell'utente è causato da diversi bisogni, tanto più occorre cercare di fornire interventi che seppur differenti siano coordinati, e quindi di promuovere la necessaria integrazione tra diversi Enti, servizi, professioni

Approfondiamo il tema attraverso una serie di esempi.

Negli schemi seguenti sono presentati 5 problemi che tipicamente si affrontano nei servizi del welfare: la povertà, la disabilità / non autosufficienza, la patologia psichiatrica, le dipendenze, la tutela dei minori. E per ciascuno si sintetizzano:

- a sinistra i bisogni che possono essere inclusi nel problema, e gli interventi che di conseguenza sarebbe necessario poter attivare
- a destra i servizi e gli Enti che hanno la competenza di allestire quegli interventi

Se ne può ricavare una sintetica mappa delle relazioni che vanno coltivate per integrare gli interventi, sia tra Enti che tra servizi

POVERTA'

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Integrare il reddito insufficiente	INPS o erogazioni di organi statali	INPS /Ministeri
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e la formazione	Servizi educativi	Stato, Regioni, Comuni
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Trovare casa o non perderla	Servizi per l'abitazione	Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni
Povertà estreme (senza dimora): lavoro di strada, e abitazione (dormitori)	Servizi socioassistenziali locali, spesso con quelli sanitari	Comuni / loro Consorzi. Ed ASL
Aumentare le capacità di autogestirsi	Tutti coloro che possono fare empowerment, tra i quali Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi

DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Valutazione del bisogno e della autonomia residua della persona, per definire le possibili prestazioni	Unità Valutative multidimensionali (UVMD), per gli anziani denominate Unità di Valutazione Geriatrica (UVG): équipe di operatori sia sanitari che sociali. I percorsi di assistenza sociosanitaria (vedi sotto) iniziano con la valutazione in UVMD /UVG	Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Supporti per la vita quotidiana: ausili e protesi	Medicina Legale e Servizi protesici	Aziende Sanitarie Locali
Supporti per le funzioni della vita quotidiana: vestirsi, muoversi, alimentarsi, lavarsi, (assistenza sociosanitaria). E conseguenti supporti ai care giver e alla famiglia	Assistenza domiciliare sociosanitaria (in varie forme), o inserimenti in centri diurni o in residenze (RSA)	Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno. E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito (quando sia necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e formazione (quando è possibile per i disabili in età lavorativa)	Servizi educativi	Stato, Comuni
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro (se possibile per i disabili in età lavorativa)	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Ridurre le barriere architettoniche in casa	Servizi per l'abitazione o socioassistenziali	Regioni, Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni

SALUTE MENTALE E PATOLOGIE PSICHIATRICHE

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie e sostegno ai familiari	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari, tra i quali la rete dei Servizi di salute mentale (ambulatorio, comunità, ospedale)	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Supporti per la vita quotidiana	Assistenza domiciliare (varie forme) o in centri diurni o in comunità	Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno. E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito (se necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e formazione (se possibile)	Servizi educativi, Servizi di salute mentale	Stato, Comuni, Aziende Sanitarie Locali
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro (se possibile)	Servizi per il lavoro, Servizi di salute mentale (per supportare il paziente)	Centri per l'impiego, Comuni, Aziende Sanitarie Locali

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

Trovare casa o non perderla	Servizi per l'abitazione, Servizi di salute mentale (per supportare il paziente)	Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni, Aziende Sanitarie Locali
-----------------------------	--	--

DIPENDENZE

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie e sostegno ai familiari	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari, tra i quali i Sert	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Supporti per la vita quotidiana	Assistenza domiciliare (varie forme) o in comunità	Aziende Sanitarie Locali
Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno . E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Aziende Sanitarie Locali e Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito (se necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Migliorare l'occupabilità e formazione (se possibile)	Servizi educativi	Stato, Comuni
	Servizi per il lavoro	Centri per l'impiego, Comuni
Inserimento al lavoro (se possibile)	Servizi per il lavoro, Sert (per supportare il paziente)	Centri per l'impiego, Comuni, Aziende Sanitarie Locali
Trovare casa o non perderla	Servizi per l'abitazione	Agenzia Territoriale per la Casa, Comuni

TUTELA DEI MINORI

BISOGNI / INTERVENTI	A CHI COMPETONO	
	SERVIZI	ENTI
Prestazioni sanitarie e sostegno ai familiari	Medico di medicina generale e diversi servizi sanitari, tra i quali la Neuropsichiatria Infantile (NPI)	Aziende Sanitarie Locali e/ o Aziende Ospedaliere
Supporti alla famiglia per la vita quotidiana:	Servizi socio assistenziali locali assistenza domiciliare (varie forme), interventi di educatori, centri diurni, potenziamento delle capacità educative	Comuni / loro Consorzi,

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

Sostituzione della famiglia d'origine (temporanea o definitiva):	Servizi socio assistenziali locali e Neuropsichiatria Infantile (NPI): affidamento familiare, inserimento in comunità, adozione	Comuni / loro Consorzi, Aziende Sanitarie Locali
Incontro del minore con il genitore al quale è stata limitata la potestà genitoriale (e non lo ha in affidamento)	Cosiddetti "Luoghi neutri": sedi di incontro tra i minori ed i genitori che non sono loro affidatari, con ruolo di supporto dei servizi socio assistenziali locali e Neuropsichiatria Infantile (NPI)	Comuni / loro Consorzi, Aziende Sanitarie Locali
Tutela giuridica se incapaci	Nomina di tutore o amministratore di sostegno. E successiva gestione della tutela	Procura (per la nomina) Comuni / loro Consorzi
Integrare il reddito della famiglia (se necessario)	INPS	INPS
	Servizi socioassistenziali locali	Comuni / loro Consorzi
Inserimento scolastico e formazione	Scuole di vario ordine	Stato, Comuni

STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

Per costruire integrazione tra diversi Enti e servizi, con l'obiettivo di fornire interventi coordinati ai cittadini, possono essere messi in opera **diversi strumenti, che operano su diversi livelli, da utilizzare contestualmente**. Ovviamente strumenti (e loro contenuti) devono essere adattati al contesto (tipo di Enti, tipo di servizi) e agli obiettivi che si cerca di ottenere. Dunque occorre chiedersi: integrazione per fare cosa? E integrazione "di che cosa"?

Una tipologia di strumenti può essere questa (per ciascuna si evidenziano esempi concreti):

1) STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

Ossia meccanismi che puntano a far interagire Enti (istituzioni) diversi, per coordinare / integrare le loro funzioni e il modo di gestirle. Si tratta perciò di accordi ed intese formalmente assunte da diverse Amministrazioni, il che può avvenire con atti amministrativi di diversa specie, che vengono formalmente assunti dalle amministrazioni. Ricordiamo solo due tipi di atti di intesa: gli "Accordi di programma" e le "Convenzioni", il cui contenuto (ossia che cosa si desidera mettere in opera in modo integrato tra due Enti) può riguardare una qualunque delle competenze degli Enti. Ad esempio:

- 1.1) E' in genere tramite "Accordi di programma" che le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni/Consorzi definiscono come mettere insieme propri operatori e servizi (e anche che cosa ciascun Ente deve spendere e impegnare come sue risorse) per realizzare attività integrate sociosanitarie per i disabili e gli anziani non autosufficienti, quali:
 - L'attivazione delle Unità Valutative Multidimensionali (ad es. l'UVG), che comprendono sia operatori sanitari delle ASL (es. geriatra e infermieri) sia operatori sociali dei Comuni /Consorzi), e che servono per valutare il grado di non autosufficienza e definire gli interventi di conseguenza

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

- La messa in opera dell'assistenza al domicilio, non solo infermieristica ma diretta agli atti della vita quotidiana, tramite anche assistenti familiari /badanti
- 1.2) Tramite "Accordi di programma" o "Convenzioni" possono essere definite intese tra le Aziende Sanitarie, i Comuni e l'Agenzia Territoriale per la Casa (ATC) allo scopo di individuare abitazioni da assegnare in modo riservato o preferenziale a persone seguite dai servizi di salute mentale o per le dipendenze. Lo stesso può accadere per definire eventuali percorsi di inserimento lavorativo (ad esempio tirocini guidati o "borse lavoro") da "riservare a utenti di quei servizi tramite intese tra ASL e Comuni. Oppure per gestire insieme (tra servizi sanitari e sociali) i bisogni delle persone senza fissa dimora. Oppure azioni coordinate tra servizi sociali del Ministero della Giustizia e dei Comuni, ad esempio per attivare luoghi e opportunità per l'inserimento in sedi esterne al carcere di chi sconta la pena
- 1.3) Si possono adottare atti che conducono a condividere tra Enti diversi non tanto "risorse" quanto "procedure", ossia "modi di lavorare insieme". Ad esempio una intesa tra Tribunale per i Minorenni e Comuni /ConSORZI per concordare una procedura efficace per segnalare minori a rischio di abbandono e/o maltrattamento, ed eseguire poi i conseguenti provvedimenti del TM.

2) STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA

Ossia meccanismi che puntano a far interagire servizi diversi, per coordinare / integrare le loro attività e il modo di gestirle. Servizi che possono essere interni allo stesso Ente (ad esempio entro uno stesso Comune i Servizi sociali e i Servizi educativi, o per l'abitazione, o per il lavoro), oppure appartenere ad Enti diversi (ad esempio un SERT dell'ASL ed un Servizio Sociale di un Comune/Consorzio).

E' utile richiamare due tipi di strumenti:

2.1) Investimenti nell'organizzazione, ossia iniziative assunte dall'Ente o dai Responsabili dei servizi per favorire integrazione, che possono promuovere:

- La collocazione in sedi e locali tra loro vicini di quei servizi che hanno maggiori necessità di lavorare insieme. Ad esempio organizzando la sede del "distretto" sanitario anche con presenze dei servizi socioassistenziali dei Comuni
 - La messa in opera di un sistema informativo che sia interoperabile, ossia di strumenti software per registrare le attività verso gli utenti che consentano un servizio di leggere ciò che ha registrato un altro servizio diverso.
 - La messa in opera di momenti di formazione comuni per operatori di differenti servizi che devono saper gestire insieme interventi coordinati. Ad esempio tra operatori sanitari della NPI dell'ASL (psicologi e neuropsichiatri) e operatori sociali dei servizi di Comuni / Consorzi (assistenti sociali, educatori, OSS) per una formazione comune sulla lettura dell'abbandono /maltrattamento dei minori e i conseguenti rapporti con il Tribunale dei minori. Oppure tra operatori sanitari che nell'ASL si occupano di cure domiciliari (infermieri, medici) e operatori sociali dei servizi di Comuni / Consorzi (assistenti sociali, OSS) per una formazione comune sugli interventi da attuare a casa per disabili e non autosufficienti
- 2.2) Definizione di accordi per condividere prassi di intervento coordinate e metodi di lavoro comuni, accordi di norma assunti dai Responsabili dei servizi, il che può avvenire con atti di diversa specie, ad esempio "protocolli d'intesa", "linee guida tecniche", cioè documenti che descrivono "chi deve fare che cosa come" per affrontare un problema.

Ad esempio:

- Un protocollo tra SERT (o Servizio di Salute Mentale) e Servizi per l'abitazione dei Comuni, per segnalare utenti con emergenze abitative
- Una linea guida condivisa SERT (o Servizio di Salute Mentale) e Servizi Socioassistenziali dei Comuni / Consorzi su come i primi possono coinvolgere i secondi quando hanno utenti in condizioni di povertà (e che quindi necessitano di assistenza economica). E su come i Servizi Socioassistenziali possono coinvolgere SERT (o Servizio di Salute Mentale) quando hanno utenti con problemi psichiatrici e/o di dipendenze. Oppure su come SERT e Servizi psichiatrici devono operare per fare diagnosi e interventi su pazienti multiproblematici (tossicodipendenti con problemi psichiatrici).

L'obiettivo è sempre di evitare che sia l'utente da solo che deve "navigare" tra diversi servizi e "crearsi da sé" l'integrazione degli interventi che è necessaria.

3) STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

Ossia meccanismi che puntano a far interagire professioni diverse, per coordinare / integrare le loro attività e prestazioni. Professioni che possono essere interne allo stesso Servizio (ad esempio assistenti sociali, educatori, medici interni allo stesso SERT o Servizio di Salute mentale), oppure appartenenti a servizi di Enti diversi (Comune/Consorzio e ASL).

Si tratta di tutte le iniziative che possono facilitare la condivisione (tra professionisti diversi) di diversi elementi: giudizi e valutazioni sul bisogno, modi per progettare gli interventi appropriati, scelte su criteri e metodi da usare. E si parte da formazioni di base diverse, metodologie professionali differenti, status e prestigio diverso, e (a volte) anche obiettivi diversi verso il nucleo familiare dell'utente

Gli strumenti più utili sono attivare occasioni di formazione in comune, ma anche la riflessione congiunta sul modo di lavorare e sulle decisioni che si assumono, per dedurre indicazioni sulle scelte più efficaci e appropriate. Ad esempio:

- Il lavoro di équipe per definire "chi fa che cosa" e "come è utile operare" allo scopo di definire il piano di intervento su un utente. La possibilità di identificare un operatore col ruolo di "case manager", che cerchi di operare come "regista" e "connettore" dell'équipe, e come referente con l'utente e la famiglia per conto di tutta l'équipe.
- Un lavoro di analisi retrospettiva dei casi seguiti (audit, catamnesi dei casi), per dedurre "che cosa ha funzionato meglio e in quali casi", e quali errori sono stati commessi. Si può imparare molto dagli errori, purché li si cerchi, si individuino le loro cause, e li si socializzi con chiarezza.
- Adottare uno strumento di scrittura comune, che vincoli diversi professionisti a scrivere insieme l'analisi dei bisogni e gli interventi conseguenti. Vuole avere questo scopo ad esempio in Piemonte il PAI (Piano di Assistenza Individuale), che è il piano di lavoro da attivare per i disabili e non autosufficienti

ALCUNI SNODI DI RILIEVO SUL TEMA DELL'INTEGRAZIONE.

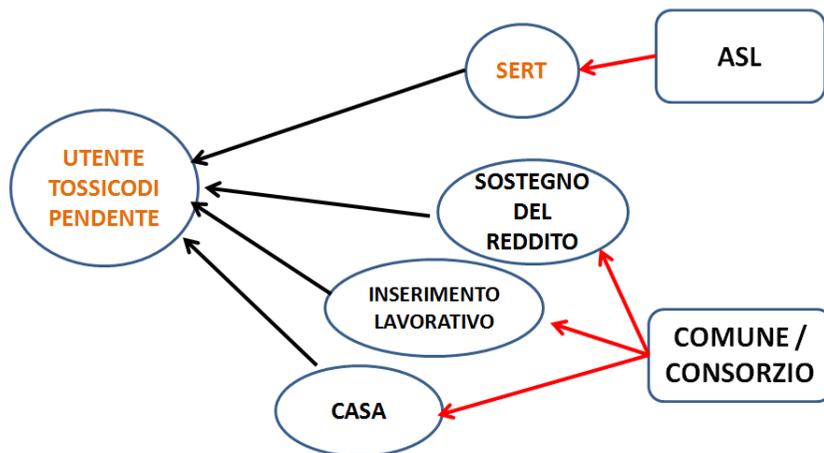
1) INTEGRAZIONE DELLE PROFESSIONI O DELLE PRESTAZIONI?

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

Alcuni servizi sanitari sono nati (e tuttora organizzati) includendo al loro interno, tra i loro operatori, sia profili sanitari (medici, infermieri, psicologi) sia profili sociali (assistenti sociali, educatori, operatori sociosanitari). Ad esempio i SERD, e i Servizi per la salute mentale. Ma la possibilità di offrire all'utente prestazioni integrate all'utente non dipende solo dalla compresenza di professionalità diverse all'interno del singolo servizio. Questa compresenza può essere una caratteristica che facilita azioni pluriprofessionali integrate, e offre all'utente una relazione con diverse competenze entro un unico servizio. Ma è decisivo verificare quali prestazioni (anche materiali, come l'erogazione di contributi economici) devono essere offerte in modo integrato, e possono esserlo solo facendo confluire sull'utente funzioni che sono svolte da Enti diversi (ad esempio ASL e Consorzi/Comuni).

Ad esempio una assistente sociale dei SERD e del Servizio per la Salute Mentale non può attivare sui suoi utenti interventi sociali che sono di competenza dei Comuni/Consorzi solo in ragione del suo profilo professionale. Ossia non può erogare contributi di sostegno al reddito solo perché è una assistente sociale, perché quegli interventi competono ad un altro Ente (Comuni / Consorzi). Ciò che determina la possibilità di erogare specifici interventi non è quindi solo la qualifica professionale dell'operatore bensì la competenza istituzionale dell'Ente. Perciò l'integrazione che serve all'utente va spesso ricercata facendo interagire non solo "le professioni", ma "le prestazioni", spesso separate perché di competenza di Enti diversi (ASL o Comuni/ Consorzi). Nell'esempio di prima l'assistente sociale dei SERT e del Servizio per la Salute Mentale potrebbe erogare un'assistenza economica di competenza del Comune /Consorzio solo se fosse operante un accordo formale assunto a questo scopo tra l'ASL e questi altri Enti.

Una visualizzazione grafica della necessità di integrare verso l'utente non solo "professioni" ma anche "prestazioni" (e di diversi Enti e servizi) può essere questa:



Quindi non si integrano le prestazioni solo inserendo assistenti sociali in tutti i servizi, ma chiedendosi come integrare verso il cittadino non solo "professionisti diversi", ma anche "prestazioni diverse" che sono di competenza di enti differenti

2) I CASI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

L'esigenza di interventi coordinati e integrati tra più servizi è particolarmente acuta nelle situazioni caratterizzate da "complessità assistenziale", ossia dalla presenza contestuale di più problemi, specialmente quando le risorse proprie della persona e della sua famiglia sono limitate. Ad esempio:

- arriva sabato notte al Pronto Soccorso di un Ospedale una persona con traumi e che presenta anche sintomi di sofferenza da dipendenza da sostanze.
- Nei giorni di ricovero si accerta anche che la persona soffre di disturbi psichiatrici e ha uno sfratto in corso.
- Dopo il ricovero ospedaliero è necessario programmare le dimissioni, ma individuando quale servizio del territorio deve / può prendere in carico e supportare la persona.

Poiché sono virtualmente coinvolti almeno tre servizi (SERT, Servizio di Salute Mentale, Servizi socioassistenziali), e il nodo consiste:

- nell'individuare quale servizio debba assumere la titolarità del caso, e svolgere il ruolo di "regista" della presa in carico, coinvolgendo poi con sue iniziative gli altri servizi interessati.
- Oppure in quel territorio si è attivato un organismo ad hoc per i casi complessi, ad esempio una équipe composta da operatori provenienti dai diversi servizi, per valutare e gestire casi simili, o per decidere a quale servizio assegnarne la regia.

3) I RISCHI DI "PALLEGGIAMENTO DELLE COMPETENZE"

Vi sono molte situazioni nella quali sono presenti contestualmente problemi che chiamano in gioco diversi servizi, anche quando non vi sia una elevata complessità assistenziale. Ad esempio povertà economica (che coinvolge i Servizi socioassistenziali di Comuni /Consorti) e tossicodipendenza (SERT dell'ASL), oppure disturbi psichiatrici (Servizio di Salute Mentale dell'ASL) o rischio per i minori entro la famiglia (che coinvolge i Servizi socioassistenziali di Comuni /Consorti).

Può accadere a volte che in tali casi si presentino difficoltà di varia natura ad un intervento congiunto di diversi servizi, oppure che si attivi addirittura una sorta di "palleggiamento delle competenze" derivante dal fatto che ogni servizio "resiste" a ricoprire il ruolo di unità che deve prendere in carico il caso. Banalizzando un poco può accadere che il Servizio di Salute Mentale dell'ASL ritenga che i disturbi psichiatrici non sono poi così rilevanti da giustificare un suo intervento, e sono comunque secondari rispetto ai problemi socio assistenziali; oppure che i Servizi socioassistenziali di Comuni /Consorti ritengano di non poter gestire la situazione perché i problemi psichiatrici sono quelli decisivi. Oppure può accadere che un paziente seguito da tempo dai servizi di salute mentale venga attribuito alla competenza dei servizi sociali solo "perché è diventato anziano"

Il rischio è quindi quello di un conflitto strisciante su "a chi tocca questo utente", a tutto danno di un intervento coordinato. E talvolta questo "conflitto di competenze" non si manifesta in decisioni nette e motivate, ma in ritardi, dilazioni, incertezze

Possibili correttivi a questa eventuale criticità possono essere la definizione di intese e protocolli di interventi espliciti, che vincolino (ma al contempo aiutino) i diversi servizi a seguire criteri non casuali in queste circostanze, chiarendo "chi deve fare che cosa".

4) IL RAPPORTO OSPEDALE / TERRITORIO

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

Nel sistema sanitario italiano è da sempre molto fragile l'organizzazione di percorsi che supportino il paziente quando viene dimesso dopo un ricovero ospedaliero, ossia si soffre quasi ovunque di una separazione tra il momento dell'assistenza entro l'ospedale e il momento che segue la dimissione. Questa criticità si propone in due situazioni:

- a) quando il paziente viene dimesso perché gli interventi eseguibili in ospedale sono terminati, ma è necessario un periodo di monitoraggio attento e di assistenza sanitaria (infermieristica, prelievi ed esami, controlli) per un certo tempo sino alla guarigione completa. Ad esempio dopo un infarto grave, o un trauma complesso.
- b) Quando il paziente viene dimesso perché gli interventi eseguibili in ospedale sono terminati (in quanto l'ospedale è mirato solo alla fase acuta della malattia), e tuttavia la persona non è più autosufficiente, e quindi necessita di un'assistenza sanitaria (infermieristica, prelievi ed esami, controlli) e/o sociosanitaria (assistenza negli atti della vita quotidiana: vestirsi, lavarsi, andare in bagno, alimentarsi, etc). E spesso è "cronico non autosufficiente", ossia necessita di questi interventi per tutta la vita residua, anche con tendenza ad aggravarsi (pensiamo alle demenze o al Parkinson o ad una grave disabilità fisica).

Il nodo della "integrazione ospedale / territorio" presenta diversi aspetti e cause:

- A) I servizi ospedalieri di norma non seguono il paziente quando viene dimesso, e dunque l'assistenza al domicilio "deve passare" al medico di medicina generale e ai servizi di assistenza sanitaria domiciliare delle Aziende Sanitarie (ad esempio infermieri a domicilio), i quali sono in genere piuttosto carenti rispetto alle esigenze. Vi sono rare esperienze di servizi ospedalieri che svolgono attività anche per non ricoverati, o per evitare il ricovero o per supportarli dopo le dimissioni. Come avviene in raccordo tra Ospedale e servizi territoriali? Deve costruirselo da solo il paziente dimesso?
- B) Le esigenze di assistenza sociosanitaria dei non autosufficienti (assistenza negli atti della vita quotidiana: vestirsi, lavarsi, andare in bagno, alimentarsi, etc.) aprono per il paziente un percorso con diversi possibili rami:
 - E' possibile un ricovero temporaneo (di norma 60 giorni) in una "Casa di cura", ossia una residenza post ospedaliera con fini di riabilitazione
 - Va eseguita una Valutazione multidimensionale in una Unità Valutativa Multidimensionale (o Geriatrica), che può essere interna all'Ospedale o esterna.
 - Può essere impossibile un ritorno alla vita al proprio domicilio, ed essere quindi indispensabile un ricovero in struttura residenziale per non autosufficienti (RSA). Ma vi sono in genere lunghe liste di attesa, a meno che il ricoverato si paghi da sé l'intera retta (50/70 Euro al giorno)
 - Per attivare una assistenza sociosanitaria al domicilio che consista nel supporto negli atti della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, andare in bagno, alimentarsi, etc) i servizi territoriali di ASL e Comuni / Consorzi hanno di norma liste di attesa non brevi, e possibilità di intervento che copre non molte ore settimanali. Dunque spesso la famiglia deve pagarsi da sé la badante (in tutto o in parte).

Sia A) che B) (soprattutto B) sono eventi che vedono spesso coinvolto il servizio sociale interno agli ospedali. Sono state attivate entro gli Ospedali unità operative dedicate alla progettazione del percorso post ospedaliero, in particolare per persone e famiglie fragili. In Piemonte sono denominate NOCC (Nuclei Operativi di Continuità delle Cure), e di norma coincidono con il Servizio Sociale dell'ospedale. Mentre nel territorio, entro le ASL, in Piemonte sono costituiti i NDCC (Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure), per coordinare gli interventi territoriali.

Segnalo che l'integrazione tra servizi sanitari e socio assistenziali, ossia tra interventi delle Aziende Sanitarie (Locali e/o Ospedaliere) e dei Comuni / Consorzi è denominata "integrazione sociosanitaria". E' una esigenza che, come evidenziato in molti esempi precedenti, si pone quando il problema da affrontare ha componenti e necessità sia sanitarie che socio assistenziali, ad esempio nell'assistenza residenziale o domiciliare per persone non autosufficienti, ma anche ad esempio quando bisogna segnalare alla Magistratura minorile un minore a rischio di abuso o maltrattamento, cosa che è bene sia fatta insieme dal servizio sociale dei Comuni e dalla neuropsichiatria (npi) dell'ASL

5) IL RAPPORTO CON I SOGGETTI DEL TERZO SETTORE: IMPRESE SOCIALI, COOPERATIVE, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Si possono attivare diverse modalità di "integrazione" tra servizi pubblici e soggetti del terzo settore (che abbiamo già presentato); alcune possono essere queste:

- Rapporti regolati da intese contrattuali, con retribuzione dei servizi resi. Ad esempio quando una impresa Cooperativa gestisce un servizio (ad es. assistenza domiciliare o comunità alloggio) in seguito ad un affidamento da parte dell'ASL oppure del Comune/Consorzio. Descrivere questo scenario come di "integrazione dei servizi" è però fuori luogo, perché l'impresa Cooperativa gestisce il suo servizio in quanto è retribuita a questo scopo dalla Pubblica Amministrazione. E' più appropriato usare il concetto di "integrazione tra persone giuridiche (o servizi) diversi" quando ciascuno mette comunque in atto le sue funzioni (anche se non ha relazioni con l'altro soggetto), e poi sui devono far interagire. Invece nel caso di una impresa sociale o cooperativa che opera in esisto ad un affidamento di servizi di un ente pubblico l'impresa sociale opera perché riceve un incarico contrattuale. Certo poi nell'operare deve interagire con i servizi dell'ente che l'ha ingaggiata.
- Rapporti di collaborazione senza retribuzione di servizi resi, ad esempio quando una associazione di volontariato mette in opera un suo progetto (non finanziato dall'Ente pubblico, oppure solo con un rimborso spese parziale) e i servizi pubblici si raccordano con quell'attività per farla fruire anche dai loro utenti (ad esempio una mensa per senza dimora, oppure un centro diurno per minori). O quando una Fondazione bancaria gestisce autonomamente suoi interventi (come l'erogazione di contributi di sostegno al reddito, o di percorsi di inserimento lavorativo guidati) e i servizi pubblici, tramite accordi, coordinano con la Fondazione come farli fruire anche ai propri utenti. Oppure di farne fruire persone che sono fragili, ma che sono escluse dai criteri di accesso alle prestazioni pubbliche.

Anche in base alla recente normativa sul cd Terzo settore si stanno diffondendo modalità di rapporto tra Enti pubblici e soggetti del terzo settore fondati su percorsi di co-programmazione e co-progettazione, ossia nei quali non accade che l'Ente pubblico "acquisti" interventi che ha già ben predefinito dal terzo settore, ma che si arrivi a individuare progetti ed interventi dopo un percorso di analisi comune

Questo tema del rapporto con soggetti del terzo settore richiama un'altra questione / oggetto di osservazione: il rapporto tra **TITOLARITÀ DI FUNZIONI ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Osservando un Ente (Amministrazione pubblica o no) che gestisce servizi, occorre distinguere fra titolarità della funzione e compito di produzione ed erogazione:

A) LA TITOLARIETA' DELLA FUNZIONE: OSSIA QUALE È L'ENTE CHE LA LEGGE IDENTIFICA COME TITOLARE DI QUELLA SPECIFICA FUNZIONE DI TUTELA DEI CITTADINI. La titolarità della funzione (che è l'attribuzione all'Ente della "competenza" di

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

svolgere una funzione) incardina in quell'Ente la responsabilità dell'esercizio di quel compito. Ossia il dovere di rispondere ai cittadini dei modi con i quali la competenza (ad esempio l'assistenza ai poveri, oppure l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti) viene tradotta e concretizzata in interventi e prestazioni per gli utenti. E se si tratta di una persona giuridica privata, le sue funzioni possono essere previste nei suoi atti fondativi, ad esempio lo Statuto

Questa è la "funzione di tutela"

B) CHI PRODUCE ED EROGA I SERVIZI CONNESSI A QUELLA FUNZIONE, E QUINDI CHI ORGANIZZA E GESTISCE GLI OPERATORI CHE LAVORANO CON GLI UTENTI. L'Ente titolare della funzione di tutela può quasi sempre scegliere diverse modalità per esercitarla, per produrre ed erogare le prestazioni, ossia decidere come tradurre la "competenza della quale è titolare" in concreti servizi ed offerte per i cittadini.

Questa è la "funzione di produzione" dei servizi finalizzati a svolgere la funzione di tutela

Ad esempio:

- 1) L'ASL è titolare della funzione di tutela della salute, che implica anche ricoveri ospedalieri ed esami di laboratorio Ma per gestirla può utilizzare operatori e servizi che dipendono direttamente dall'ASL, oppure strutture (come ospedali e laboratori) non gestiti direttamente dall'ASL (e anche privati, e quindi di organismi "profit", e non necessariamente del terzo settore), che l'ASL accredita a questo scopo. Il garante della tutela dei cittadini resta l'ASL, che deve far in modo che i produttori svolgano correttamente i loro interventi, e risponde ai cittadini, e che nel territorio l'offerta di prestazioni sia adeguata ai bisogni. I produttori sono responsabili delle prestazioni che erogano, e del rispetto degli accordi con l'ASL.
- 2) Il Comune è titolare dell'assistenza ai minori in stato di abbandono, ma può esercitarla tramite comunità alloggio di proprietà del Comune/Consorzio di Comuni (e con operatori dipendenti dal Comune), oppure gestite da imprese cooperative alle quali il Comune ha affidato il servizio. Il garante della tutela dei minori resta il Comune/Consorzio, che deve far in modo che i produttori svolgano correttamente i loro interventi e che nel territorio l'offerta di prestazioni sia adeguata ai bisogni. I produttori (le Cooperative) sono responsabili delle prestazioni che erogano, e del rispetto degli accordi con il Comune / Consorzio .
- 3) In materia di interventi sociosanitari l'ASL è titolare della l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e deve svolgerla anche tramite intese con i Comuni (o loro Consorzi), i quali devono almeno compartecipare per il pagamento della parte di costo a carico del cittadino, quando questi non sia in grado di sostenerla. Ma questa competenza può essere tradotta in prestazioni attraverso molte modalità:
 - a) tramite operatori domiciliari dipendenti dall'ASL e/o dal Comune / Consorzio
 - b) tramite imprese cooperative alle quali ASL e Comune/Consorzio hanno affidato il servizio di assistenza domiciliare
 - c) tramite strutture di ricovero (RSA) gestite da privati o da imprese cooperative, con posti letto in convenzione con le ASL
 - d) tramite voucher / buoni servizio, ossia titoli/buoni che sono forniti all'utente da ASL e Comune (Consorzio) con i quali l'utente sceglie un fornitore che l'Ente pubblico ha accreditato (una impresa privata o cooperativa), e che con i suoi operatori eroga la prestazione

Laurea in Servizio Sociale, Torino, Corso supporto al primo tirocinio anno 2023/24. Docente Maurizio

Il garante della tutela dei cittadini restano ASL e Comune/ConSORZI, che devono far in modo che i produttori svolgano correttamente i loro interventi, e che nel territorio l'offerta di prestazioni sia adeguata ai bisogni. I produttori sono responsabili delle prestazioni che erogano, e del rispetto degli accordi con gli Enti pubblici.

Questo scenario definisce dunque anche i ruoli reciproci delle Pubbliche Amministrazioni e delle imprese (Cooperative sociali o meno) che hanno rapporti con loro. Anche se:

- ci sono molte diverse modalità di rapporto tra Enti pubblici e produttori di servizi (incluse le Cooperative sociali). E scegliere la modalità più efficace (per quella Pubblica Amministrazione, per quel servizio, in quel territorio) è una decisione strategica, molto rilevante. Ad esempio, anche in seguito alla "riforma del terzo settore" si diffondono esperienze nelle quali si attiva un percorso di coprogettazione tra Ente pubblico e soggetti del terzo settore, per definire insieme quali interventi attivare e come, prima di affidarne la gestione
- ci possono essere anche altre modalità di offerta dei servizi per mettere in atto una competenza, accanto all'intervento messo in opera da operatori pubblici, ad esempio favorire l'assistenza a domicilio di non autosufficienti fornendo agli utenti (da parte dell'ASL e del Comune/ConSORZIO) non operatori ma denaro, con il quale le famiglie assumono come loro dipendente una assistente familiare (cd. badante). In molti territori questo intervento si chiama "assegno di cura", erogato alla famiglia perché lo usi per assumere un lavoratore

Perciò nel vostro contesto/servizio è opportuno che individuiate gli interventi:

- che sono erogati ai cittadini direttamente dall'ente che è titolare della competenza, ad esempio tramite operatori che da questo Ente dipendono, oppure tramite prestazioni attivate da questi operatori (ad esempio erogazioni monetarie /contributi)
- oppure che sono erogati ai cittadini a cura di organismi (del terzo settore o no) che operano in base ad accordi / affidamenti di servizio con l'Ente titolare della competenza; ad esempio in uno scenario nel quale il cittadino riceve interventi da parte di operatori dipendenti di una Cooperativa che opera in base ad un affidamento di servizi da parte di un Ente locale

Quelle descritti sopra sono solo alcuni possibili snodi e oggetti di osservazione sul tema della integrazione tra amministrazioni, servizi, operatori. **CHIEDETEVI DUNQUE NEL TIROCINIO (E CHIEDETE AI VOSTRI TUTOR AZIENDALI):**

- 1) Avete rilevato esistono esigenze di integrazione con altri servizi interni allo stesso Ente/persona giuridica? E verso servizi di altri Enti/persone giuridiche?
- 2) Per quali ragioni ci sono queste esigenze?
- 3) Vi sono strumenti organizzati che sono stati predisposti per facilitare questa integrazione, e quali? Come: intese tra le diverse persone giuridiche, protocolli tecnici di raccordo tra servizi (che chiariscono chi deve fare che cosa e come), etc. Eventuali punti di forza e criticità di questo scenario? Se non ci sono strumenti del genere, li riterreste utili? Su quali argomenti e perché?
- 4) Avete rilevato qualcuna delle criticità e/o delle dinamiche richiamate in questa dispensa? Ossia possibili:
 - a) Esigenze di integrazione non solo "delle professioni" ma anche delle "prestazioni di Enti diversi"?

- b) Casi di complessità assistenziale?
- c) Rischi di “palleggiamento delle competenze” e conflitti per evitare prese in carico?
- d) Nodi relativi al rapporto tra ospedale e territorio?
- e) Altre dinamiche che vi sembrano interessanti?

Sono stati messi in opera correttivi e strumenti organizzativi su questi problemi?

- 5) Avete incontrato situazioni di lavoro che richiedono l'integrazione operativa di operatori di diverso profilo professionale (tutti interni allo stesso servizio, oppure di servizi diversi). Eventuali punti di forza e criticità. Ci sono strumenti organizzativi per facilitare questo tipo di integrazione? Ad esempio:
- a) Per una formazione in comune
 - b) Per definire “chi fa che cosa” e “come è utile operare” entro una equipe
 - c) Per identificare un operatore col ruolo di “case manager”, che cerchi di operare come “regista” e “connettore” dell'equipe, e come referente con l'utente e la famiglia per conto di tutta l'equipe.
 - d) Un lavoro di analisi retrospettiva dei casi seguiti (audit, catamnesi dei casi), per dedurre “che cosa ha funzionato meglio e in quali casi”, e quali errori sono stati commessi.
 - e) Per adottare uno strumento di scrittura comune
 - f) Altri?
- 6) Potete individuare situazioni nelle quali il soggetto che è titolare delle funzioni e competenze (pubblico o privato che sia) per tradurle in interventi utilizza non suoi dipendenti bensì altri soggetti (profit o non profit) che per suo conto gestiscono le prestazioni verso gli utenti? Eventuali punti di forza e criticità di questo scenario?