

L' integrazione socio- sanitaria

Margherita Ferracin

Rosa Foscaro

1

L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI E SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI

I motivi (tecnici, sociali, etici)

- la crescente complessità dei bisogni che si affrontano
- l'aumento della consapevolezza in ordine alla globalità della persona e alle interdipendenze tra persona, contesti di vita, ambiente
- La limitatezza/ parzialità delle singole competenze professionali richiede sempre di più un approccio multidisciplinare e pluriprofessionale ai problemi.



L'integrazione non è un fine ma è il mezzo

- per sostenere il valore della centralità della globalità e dell'unicità della persona
- per avviare prassi che diano senso operante a questo valore e a questa centralità
- per raggiungere traguardi che richiedono una gestione condivisa e finalizzata sulla base delle risorse disponibili



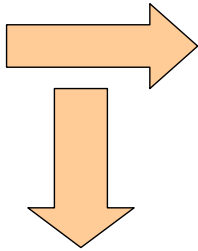
L'INTEGRAZIONE

È un valore che si realizza sulla base di un sistema di norme (leggi, regolamenti, accordi), attraverso

- percorsi tecnici metodologicamente fondati per ogni professione
- una mentalità aperta al cambiamento
- una comune cultura.

...L'INTEGRAZIONE NELLE RELAZIONI TRA PROFESSIONISTI

- scelta etica
- tecnica
- economica



Rispetto della globalità della persona
Efficacia degli interventi per il benessere

Equilibrio tra

- Specificità/ autonomia professionale
- Integrazione dei ruoli

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

5

... NELLE RELAZIONI TRA PROFESSIONISTI

- nelle reciproche definizioni di identità
- nella possibilità di cooperazione
- di negoziazione
- di condivisione di responsabilità

“ment alit à int egr at iva”

E.Neve

una dimensione del pensiero, un'apertura mentale che consente di non farsi sfuggire la complessità dei problemi sociali e la parzialità-limitatezza strutturale di ogni professione...

- A salvaguardia di unitarietà e integrità della persona
- Per esplorare punti di vista e saperi diversi

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

7

La specificità strutturale del profilo professionale è determinata da:

- Il tipo e il grado di legittimazione – riconoscimento sostanziale/ formale, sociale e giuridico che identificano ogni professione
- Il particolare oggetto di studio e di intervento e il relativo corredo metodologico e strumentale che la contraddistinguono
- I contenuti deontologici – codificati o meno cui si ispira e con cui si autocontrolla.
- Altri fattori concorrono a connotare e consolidare l'identità professionale

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

8

..Specificità professionale

- Il grado di consolidamento delle teorie, dell'impianto metodologico, della strumentazione tecnica di cui si avvale ogni professione
- La qualità della formazione teorico-pratica ricevuta
- Il grado di utilità sociale che le viene attribuito dalla cultura corrente e dalle istituzioni
- L'investimento affettivo e materiale che il singolo esercita sull'esplicazione della propria professionalità

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

9

□ Bassi livelli di integrazione

causa di inefficienze, ritardi, incomprensioni, che sfociano sia in un servizio inadeguato, sia nel malcontento e demotivazione da parte degli operatori

□ Buoni livelli di integrazione

superamento della segmentazione (frammentarietà) e della moltiplicazione degli interventi (messa in atto incontrollata di una molteplicità e sovrapposizione di azioni con sprechi e alimentazione di logiche assistenzialistiche e di dipendenza degli utenti). Nuove conoscenze e capacità con risultati più efficaci e maggiore soddisfazione

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

10



CARTA ETICA DELLE PROFESSIONI CHE OPERANO A SERVIZIO DELLE PERSONE

Fondazione Zancan 2004

- In una società complessa e in rapida trasformazione molti aspetti rendono sempre più difficile mettere concretamente al centro la persona e il bene comune
- La bussola che può mantenere l'orientamento su questi valori è l'etica, come scienza morale che regola i comportamenti, nel rispetto e nella realizzazione di questi valori fondamentali
- Necessità che ogni professione si impegni concretamente attraverso metodi e tecniche affinché questi valori non restino astrazioni ma trovino concretezza in azioni efficaci
- Parallelamente all'esigenza etica, si sottolinea l'esigenza dell'integrazione fra le professioni che si dedicano ai servizi alla persona
- Nessuna professione può lavorare efficacemente da sola
- Carta dei Diritti Umani e Costituzione sono una base comune che a cui le diverse professioni, pur mantenendo le proprie specificità, devono fare riferimento

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

11



Codice deontologico dell'Assistente Sociale (2009)

Art 3

- L'assistente sociale considera e accoglie ogni persona portatrice di una domanda, di un bisogno, di un problema, come unica e distinta da altre in analoghe situazioni e la colloca entro il suo contesto di vita, di relazione e di ambiente, inteso sia in senso antropologico-culturale che fisico.

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

12

Art. 36

L'assistente sociale deve contribuire alla promozione, allo sviluppo e al sostegno di politiche sociali integrate e favorvoli alla maturazione, emancipazione e responsabilizzazione sociale e civica di comunità e gruppi marginali e di programmi finalizzati al miglioramento della loro qualità di vita favorendo, ove necessario, pratiche di mediazione e di integrazione.

Art. 38

L'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, sia privati che pubblici, e ricercarne la collaborazione per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera articolata e differenziata a bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un sistema di rete integrato.

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

13


(Dal Prà Ponticelli)

Nelle relazioni interpersonali per realizzare e sostenere un processo di integrazione è importante assumere alcuni atteggiamenti professionali:


- accettazione dell'altro, della sua specificità professionale o istituzionale quale mezzo per un continuo apprendimento dall'esperienza e una progressiva revisione critica delle proprie posizioni
- ascolto empatico: cercare di capire il senso e il significato delle affermazioni altrui, il loro retroterra culturale e teorico, il rapporto con il problema in discussione
- confronto critico fra idee e posizioni diverse cercando di trovare i punti di convergenza, le possibilità di integrazione senza un rifiuto a priori ma anche senza acquiescenza passiva per giungere ad una mediazione, concertazione, negoziazione.


L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

14




L'integrazione socio-sanitaria risponde al dovere dello stato di dare risposte ai bisogni complessi del cittadino, riconosciuto nella sua globalità come persona a cui va garantito uno stato di benessere bio-psico-sociale.

- 
- Legge di riforma n. 502, (D.Lgs 502/ '92 e D.Lgs 517/ 1993)
 - Il Dlgs 229/ 99: nuove condizioni di rapporto tra regioni, comuni e aziende unità sanitarie locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale e precisa che l'integrazione sociosanitaria riguarda «tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale».




L'integrazione socio-sanitaria
nei tre livelli:

- Istituzionale
- Gestionale
- Professionale



Luogo dell'integrazione è il Distretto
Socio-Sanitario, articolazione della
Azienda ULSS, con autonomia tecnico-
gestionale e di budget, che assicura la
continuità assistenziale attraverso il
coordinamento, l'approccio
multidisciplinare e l'integrazione delle
attività nelle aree previste



PCM 14/2/2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”

L'assistenza socio-sanitaria :“prestata a persone che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”. Le relative prestazioni sono definite tenendo conto:

- della natura del bisogno (funzioni psico-fisiche, limiti e attività, partecipazione vita sociale, fattori di contesto ambientale e familiare)
- della complessità del bisogno
- dell'intensità dell'intervento assistenziale
- della sua durata



L.E.A

Al fine di garantire:

- la dignità della persona;
- il bisogno di salute;
- l'accesso all'assistenza;
- la qualità delle cure e loro appropriata riguardo alle specifiche esigenze;
- l'economicità nell'impiego delle risorse.



Finalità D.p.c.m. 14/ 2/ 2001

- definire modalità ed aree di attività per un'effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali
- disciplinare la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

21





Aree di intervento

- materno-infantile
- disabilità
- anziani
- persone con patologie cronico-degenerative
- dipendenze da droga, alcool e farmaci
- psichiatria
- pazienti terminali.

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

22

- 
- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
 - Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
 - Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria



L'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie dovranno ed essere assicurate attraverso:

- una valutazione multidisciplinare del bisogno,
- la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato,
- la valutazione periodica dei risultati

Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione

legge costituzionale 18 ottobre 2001, N° 3

- riguarda la ripartizione dei poteri tra i diversi livelli territoriali di governo riguarda l'assetto della ripartizione del potere tra i diversi livelli territoriali di governo ed ha ulteriormente potenziato il ruolo centrale della Regione
- ha ulteriormente potenziato il ruolo centrale della Regione

25

Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e servizi sociali”.

Affronta il tema dell'integrazione socio-sanitaria con riferimento


- ai principi generali della programmazione (art. 3)
- alle funzioni dei comuni (art. 6)
- alle funzioni delle regioni (art. 8)
- alle figure professionali (art. 12)
- alla metodologia di intervento finalizzata all'elaborazione di progetti personalizzati (art. 14)
- ai livelli di programmazione (art. 18)
- ai piani di zona (art. 19)
- alla definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22).



Piano di Zona

lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

- Integrazione delle politiche
- Integrazione istituzionale
- Integrazione operativa




BUONE PRASSI PER LA VALUTAZIONE MULTI DIMENSIONALE E LA DEFINIZIONE DI PROGETTI ASSISTENZIALI INTEGRATI



□ D.G.R. n.561/ 1998

approvazione dello schema tipo di regolamento sull'attività dell'Unità Operativa Distrettuale (UOD) intesa quale "strumento di valutazione multidimensionale di presa in carico dei problemi, di definizione e di verifica di progetti assistenziali personalizzati e come porta di ingresso unitaria alla rete organizzata dei servizi extra ospedalieri".

29



La Giunta Regionale del Veneto con il provvedimento n. 3242/ 2001 ha determinato la struttura, l'assetto organizzativo, le funzioni e l'operatività del Distretto Socio Sanitario nell'ambito del sistema sanitario e socio sanitario regionale.



La Regione Veneto con n. DGR 3242/2001

- ha definito le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria con riferimento alle aree: materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie terminali,
- ha identificato nell' U.V.M.D., Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale, lo strumento più idoneo a garantire e realizzare l'integrazione socio sanitaria, in quanto specifica metodologia integrata per i casi più complessi ed unica porta di accesso per questi ultimi alla rete integrata dei servizi.

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

31



Ruolo della UVMD

- capacità di effettuare una diagnosi del bisogno socio-sanitario complesso
- capacità di individuare, all'interno della rete, il servizio/i più idonei a soddisfare i bisogni rilevati (appropriatezza)
- capacità di modularne sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno (personalizzazione dell'intervento e continuità assistenziale)

32



ALLEGATO “A” alla Dgr n. 4588 del 28 dicembre 2007

- Linee di indirizzo per la definizione delle attività dell’ Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D)
- Superamento della disomogeneità territoriale

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

33



Obiettivi

- Obiettivo dell’attività dell’UVMD è la definizione, in ciascuna area di intervento, del progetto individuale della persona in condizioni di bisogno socio sanitario o, nel caso di minori, in situazione di tutela del progetto quadro.
- Deve individuare la migliore soluzione possibile, rispondente alle esigenze e alle scelte, nell’ambito delle soluzioni previste dalla programmazione regionale del sistema di offerta.
- Nelle diverse aree di intervento: Anziani, Disabili, Minori, Salute Mentale e Dipendenze, le Conferenze dei Sindaci e le Aziende ULSS, sentite nei comitati aziendali MG e PLS, individuano i propri obiettivi prioritari specifici per area, per la valutazione dei casi complessi e per le situazioni specificamente previste dai provvedimenti regionali.

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

34



Destinatari:

per persone in stato di bisogno socio sanitario complesso:

- Anziani, Disabili, Salute Mentale, Dipendenze e Minori che richiedono particolari interventi di protezione e tutela



Funzioni

Premesso che il dialogo ed il confronto tra professionisti è indispensabile ed essenziale per la buona conduzione delle attività di valutazione, di presa in carico e di accesso al sistema integrato dei servizi socio sanitari che richiedono coordinamento interistituzionale ed integrazione delle risorse, l'UVMD esplica le seguenti funzioni:

- La funzione prima dell'UVMD è la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, cioè la lettura delle esigenze della persona in modo correlato (sanitarie, sociali, relazionali, ambientali) al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio (quali professionisti, quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con che modalità e per quanto tempo) e quindi quali risorse, in termini di personale, servizi, in atto, o da attivare, a breve, medio e lungo termine.
- approva ed autorizza la realizzazione di un progetto individuale o familiare, come raccordo tra le esigenze specifiche della persona e gli interventi ad essa necessari, e quindi di sintesi tra soggettività e oggettività.

Funzioni

- L'UVMD individua il "case manager", cioè l'operatore di riferimento per la persona e la sua famiglia, che ha il compito di verificare le varie fasi del progetto, raccordare il sistema dei servizi e della rete formale ed informale, che dà impulso, stimola e monitora gli interventi e che, in ultima analisi attuale e concreta, la presa in carico per la realizzazione del progetto individuale. L'UVMD individua il case manager nell'ambito degli operatori sociali, sanitari e socio-sanitari che, rispetto alla situazione personale e familiare, è funzionale alla realizzazione del progetto approvato
- svolge una funzione di verifica rispetto ai risultati, intesi come esiti dei progetti individuali di intervento. A tale scopo ogni A.Ulss individua gli indicatori di verifica, anche in correlazione a quelli definiti nella Programmazione locale del Piano di Zona e dei Piani Settoriali che lo compongono.

37

Il referente del caso

viene individuato di volta in volta in sede di UVMD e ha principalmente il compito di seguire la fase applicativa del progetto assistenziale predisposto in sede di UVMD, di rilevare se ci sono scostamenti rispetto alle previsioni o fatti nuovi rilevanti. Ha funzioni di raccordo fra i diversi servizi/ professionisti e con il privato sociale o volontariato coinvolto. Il referente del caso non ha responsabilità del progetto assistenziale (questa responsabilità è di tutti) e non è il responsabile della condotta terapeutica del caso (responsabilità medico-sanitaria).



VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTAZIONE

- Nello svolgimento dell'UVMD ciascuno operatore contribuisce alla valutazione multidimensionale con tutte le conoscenze di cui dispone; il progetto così elaborato è lo strumento attraverso cui gli operatori definiscono il percorso operativo traducendolo in azioni concordate. La valutazione e il progetto d'intervento sono quindi frutto di un lavoro interdisciplinare.
- Gli esiti della valutazione ed il progetto sono documentati in una scheda

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

39



RESTITUZIONE

E' sempre prevista

la restituzione all'interessato delle informazioni essenziali sulla decisione assunta, relativamente alla valutazione multidimensionale alla proposta di progetto assistenziale.

- La restituzione alla persona o alla famiglia del progetto di intervento è fondamentale alla realizzazione dello stesso e sarà effettuata secondo le modalità concordate all'interno dell'UVMD e documentate nelle apposite schede

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

40

Gestione manageriale del progetto individuale

L'Assistente Sociale svolge una funzione
sovrordinata di raccordo cognitivo e
operativo per rispondere adeguatamente
alla complessità di situazioni socio-
relazionali compromesse

L'Integrazione Socio-sanitaria / Ferracin - Foscaro

41

Bibliografia

- Bertelli B. (a cura di) *Servizio Sociale e Prevenzione* - Franco Angeli - Milano 2007
- Brizzi L., Cava F. *L'integrazione socio-sanitaria – Il ruolo dell'Assistente Sociale* – Carocci Faber , Roma Luglio 2003
- Campanini A. *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale* Carocci Roma 2005
- Carta Etica delle Professioni Sociali - Fondazione E.Zancan - 2004
- Dal Prà Ponticelli M. Pieroni G. *Introduzione al Servizio Sociale – Storia, principi, deontologia* – Roma - Carocci 2009
- Dal Pra Ponticelli M. (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale* , Carocci Faber, Roma 2005
- Diomede Canevini M., Vecchiato T, (a cura di) *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone* Centro Studi Fondaz. E.Zancan – Padova 2002
- Folgheraiter F. *Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete* – Franco Angeli - Milano 1998
- Giuriatti R Tesi di Laurea *Servizio Sociale nel Sert e Servizio Sociale di base : quale costruttiva collaborazione?*,Università degli studi di Trieste Facoltà di Scienze della Formazione Corso di Laurea in Servizio Sociale, Anno Accademico 2003/2004.
- Grigoletti Butturini P. e Nervo G. a cura di : *La persona al centro nel Servizio Sociale e nella società: il contributo di Elisa Bianchi* Fondazione Zancan – Padova 2005
- Maggian R., *Il sistema integrato dell'assistenza*,Carocci Faber, Roma 2001
- Neve E., *Il Servizio Sociale - Fondamenti e cultura di una professione* – Carocci – Roma 2000
- Sicora A. *l'Assistente Sociale riflessivo* – Pensa Multimedia 2005
- Vecchiato T. (a cura di), *Aziende, leggenda e strategie- Gruppi di lavoro e servizi alle persone*, in Collana "Scienze Sociali e Servizi Sociali" n.29, Fondaz. E.Zancan, Padova 1997
- Ziliani A. Rovai B. *Assistenti Sociali Professionisti* – Carocci Faber Roma 2007

42