



LINEE DI INDIRIZZO

RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE NELLE COT E NELLE CASE DELLA COMUNITÀ

Gennaio 2026

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE	Pag. 2
2. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO	Pag. 4
3. GLOSSARIO-TERMINOLOGIA-ABBREVIAZIONI	Pag. 6
4. SCOPO	Pag. 7
5. CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag. 7
6. MODALITÀ OPERATIVE	Pag. 8
7. CICLO DI VITA DEL DOCUMENTO	Pag. 23
8. BIBLIOGRAFIA	Pag. 23

1. INTRODUZIONE

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹ e il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 (DM 77/2022)², prevedono che le Istituzioni realizzino un significativo sforzo sia in termini di risorse sia di programmazione, nell'adottare una strategia mirata a riorganizzare la sanità territoriale.

Nello specifico, questo processo di riforma sancisce il passaggio da un concetto di sanità ad un concetto di salute globale della persona, creando una rete di prossimità in cui gli assistiti possano essere al centro del sistema e trovare le risposte ai propri bisogni. La realizzazione del nuovo assetto organizzativo prevede un piano di investimento-sviluppo-miglioramento sul versante strutturale, in un'ottica di prossimità e di superamento della disomogeneità territoriale, e funzionale nel facilitare i percorsi di cura e assistenza anche secondo un'ottica di gestione proattiva della cronicità.

La Missione 6 del PNRR, denominata "Salute", affronta i processi organizzativi, i percorsi integrati e la programmazione, mettendo al centro la persona con l'adozione di un intervento multidisciplinare, per affrontare i bisogni a maggiore complessità sociosanitaria legati ad esempio a patologie emergenti e all'elevata prevalenza di malattie croniche.

Il quadro demografico attuale, caratterizzato dall'aumento dell'età media potrebbe comportare un aumento della prevalenza di cronicità e di non autosufficienza, a cui si accompagnano fenomeni di isolamento e solitudine legati anche ad un possibile incremento della povertà assoluta e relativa che investe direttamente e indirettamente diverse fasce di popolazione. In questo contesto il peso assistenziale dei pazienti fragili/vulnerabili, per motivazioni non solo sanitarie ma anche di ordine sociale e relazionale, deve essere intercettato e trattato sia a livello territoriale che ospedaliero. L'elevata complessità sociale comprende problematiche che incidono negativamente sugli outcome clinici ed i tempi di degenza; i fattori che condizionano la dimissione ospedaliera devono essere gestiti strutturando sin dalle prime fasi del ricovero percorsi di sostegno e accompagnamento sociosanitario, che rappresentano un cardine per le fasi successive di continuità delle cure e dell'assistenza.

La dimensione sociale è, infatti, componente sostanziale dello stato di benessere della persona e influisce sulla malattia, sui percorsi di cura e sul mantenimento delle condizioni di relativo benessere nelle situazioni di cronicità. La programmazione di interventi e investimenti in ambito sanitario deve, quindi, considerare la necessità di una appropriata e puntuale analisi degli aspetti sociali. È lo stato di malattia che genera la richiesta di un intervento sanitario ma la gestione del percorso di cura e il suo esito sono condizionati, in modo più o meno favorevole, dall'incidenza dei fattori sociali, che caratterizzano i cosiddetti "determinanti sociali della salute"³ (contesto ambientale, condizioni di vita personale e di relazione, presenza di risorse familiari e di sostegno, ecc.).

Si possono distinguere, come enunciato nella definizione della Fondazione Zancan⁴, diversi tipi di fragilità, che possono coesistere: sociale, relazionale, economica e sanitaria. Queste possono esporre la persona a una situazione di vulnerabilità, intesa come fenomeno multidimensionale di

¹ Consultabile al seguente link: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

² Consultabile al seguente link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

³ CNOAS, "Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità, Missione 6 e Missione 5", Roma 1/07/2021

⁴ Vecchiato T., "Le nuove frontiere del Servizio Sociale", Studi Zancan, 2/2014

deprivazione, che non riguarda esclusivamente la povertà economica, ma anche carenze rispetto ai legami sociali, ai sistemi abitativi e all'integrazione lavorativa e sociale.

La persona con bisogni sanitari e fragilità sociali, nell'ambito del diritto alla salute intesa in senso globale, necessita di una presa in carico integrata che si realizza a partire da una precoce valutazione multidimensionale; è quindi evidente che in questo contesto l'apporto professionale dell'Assistente Sociale diventa essenziale per la gestione dei percorsi di salute, cura, riabilitativi e assistenziali. L'Assistente Sociale del Sistema Sanitario Nazionale è competente nella costruzione delle risposte integrate ai bisogni di salute/malattia, verificando e attivando le risorse del contesto naturale e istituzionale⁵.

Inoltre, il Servizio Sociale Professionale Aziendale, attraverso l'analisi dei bisogni dei soggetti che afferiscono ai servizi, intercetta i nuovi fenomeni e rileva i determinanti sociali che hanno una ricaduta sui Servizi Sanitari, al fine di promuovere progettualità che rispondano a criteri di appropriatezza e sostenibilità.

Pertanto, l'Assistente Sociale all'interno dei servizi ricopre un ruolo rilevante nelle seguenti attività:

- Pianificazione e definizione della presa in carico;
- Attuazione operativa degli interventi pianificati e loro valutazione.

⁵ CNOAS, "Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità, Missione 6 e Missione 5", Roma 1/07/2021

2. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

Il presente documento è stato elaborato su mandato di Azienda Zero, della Regione Piemonte e della Rete degli Assistenti Sociali.

Componenti Gruppo Tecnico Regionale

Cognome Nome	Ruolo	Azienda	Firmato
MURDOCCA Silvia Maria	Coordinatore	ASL Città di Torino	Firmato
BARBERO Anna	Componenti	ASL TO 4	Firmato
BRESICH Maria Grazia		ASL NO	Firmato
CHERASCO Anna Lisa		AO CN	Firmato
DEL PERO Enrica		AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano	Firmato
DELLAVALLE Marilena		Università di Torino	Firmato
FAGLIANO Eleonora		AO Mauriziano di Torino	Firmato
FOTI Maria Concetta			Firmato
LANFRANCO Francesca		Asl CN 2	Firmato
MANASSERO Pierpaola		ASL CN1	Firmato
MANASSI Manuela		ASL VCO	Firmato
MARTINOLI Viviana		ASL AT	Firmato
MOLINAROLI Giada		ASL Biella	Firmato
MOMBELLO Antonella		ASL ALESSANDRIA	Firmato
PERUGINI Lorella		AOU Novara	Firmato
PITISANO Caterina		AOU Alessandria	Firmato
POGLIANO Andrea		Università del Piemonte Orientale	Firmato
RAVINA Silvia		ASL Città di Torino	Firmato
SDERCI		ASL TO3	Firmato

Cognome Nome	Ruolo	Azienda	Firmato
Paola	Componenti		
SPUNTON Laura		ASL VC	Firmato
TESTA Sabrina		Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali Regione Piemonte	Firmato
TOALDO Daniela		ASL TO 5	Firmato

Nello specifico, il GTR si è avvalso – per la realizzazione della LINEE DI INDIRIZZO in oggetto – del seguente Gruppo di Lavoro in cui i nominativi di Azienda Zero rappresentano il gruppo di coordinamento e supporto.

Gruppo di Lavoro

Cognome Nome	Ruolo	Azienda
SDERCI Paola	Referente	ASL TO 3
ANZILOTTI Sabrina	Componenti	ASL TO3
BARBERO Anna		ASL TO 4
FASOLO Elena		ASL Novara
MOLINAROLI Giada		ASL Biella
MOMBELLO Antonella		ASL AL
NICOLOSI Sara		AOU Novara
PALAIA Sabrina		ASL Città di Torino
PUSATERI Francesca		ASL AL
RUSSO Rita		AOU Mauriziano
TOALDO Daniela		ASL TO 5
FOTI Maria Concetta		Azienda Zero
RICCIO Federica		Azienda Zero

3. GLOSSARIO-TERMINOLOGIA-ABBREVIAZIONI

ACRONIMO	DESCRIZIONE
ATS	Ambiti Sociali Territoriali
CdC	Casa della Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
CSDI	Centri Servizi Distrettuali Integrati
CSM	Centro di Salute Mentale
ETS	Enti Terzo Settore
AMA	Gruppi di Auto Mutuo Aiuto
LEPS	Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali
MMG	Medico di Medicina Generale
NPI	Neuropsichiatria infantile
NOCC	Nucleo Ospedaliero per la Continuità delle cure
NSG	Nuovo sistema di garanzia
OMS	Organizzazione Mondiale di Sanità
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNE	Programma Nazionale Esiti
PUA	Punto Unico di Accesso
SerD	Servizi per le Dipendenze patologiche
SSPA	Servizio Sociale Professionale Aziendale
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Regionale
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica
UMVD	Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità

4. SCOPO

Il presente documento ha come obiettivo la declinazione del ruolo del Servizio Sociale Professionale Aziendale (SSPA) della Sanità, nell'ambito del nuovo modello dell'Assistenza Territoriale, in particolare nelle Centrali Operative Territoriali (COT), nelle Case di Comunità e nei relativi Punti Unici d'Accesso (PUA).

In queste Linee di indirizzo si propone un modello di riferimento per le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte in grado di affrontare la complessità legata ai determinanti sociali di salute e agli aspetti di fragilità sociale (minori, anziani, persone sole, persone a rischio di violenza domestica, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socioculturale e/o economico).

È importante sottolineare come la condivisione di un modello di Servizio Sociale Professionale Aziendale, in questa nuova organizzazione territoriale, contribuisca a:

- garantire equità di accesso ad un'assistenza di qualità ai cittadini, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità sociale
- promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili con la tempestività necessaria

L'attuazione delle presenti Linee di indirizzo avviene secondo principi di proporzionalità, gradualità e sostenibilità organizzativa, con declinazione locale in base a volumi, complessità e risorse disponibili, assicurando al contempo la continuità delle attività prioritarie.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il nuovo modello di Assistenza territoriale, strutturato con le Case di Comunità, i PUA e le COT, sottolinea il concetto di salute nella dimensione sia individuale sia collettiva. Il Progetto di salute deve tradursi in Servizi di prossimità intesa non solo come vicinanza del luogo fisico, ma come capacità di dare risposte adeguate a quel determinato territorio, il più possibile vicine ai bisogni di salute espressi, ma soprattutto quelli non espressi, dai cittadini che consentono anche di intercettare le problematiche in senso proattivo.

Appare oggi evidente la necessità del consolidamento e dell'integrazione sociosanitaria a livello di governance dei Servizi, prima ancora dell'erogazione delle prestazioni. Tale sistema non può prescindere da una reale collaborazione dei differenti professionisti, impegnati a vario titolo in questi ambiti.

6. MODALITÀ OPERATIVE

ATTIVITÀ DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE NELLE COT

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

La COT svolge una funzione organizzativa e facilitatrice non solo dei processi clinico-assistenziali ma anche della integrazione sociosanitaria, attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità di cura tra le diverse Istituzioni coinvolte nell'assistenza dei pazienti.

L'obiettivo di questo modello è quello di assicurare accessibilità, integrazione e continuità dei percorsi assistenziali.

Al fine di uno sviluppo dell'assistenza territoriale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) secondo i nuovi mandati e del buon funzionamento delle COT, il modello organizzativo deve prevedere un organico di personale adeguato all'aspetto multidisciplinare delle attività. Nel Quaderno di Monitor "La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione"⁶ AGENAS prevede la figura professionale dell'assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione. Proprio perché tale figura è determinante, nel rispetto della valutazione globale e integrata dei bisogni delle persone, si ritiene indispensabile la sua presenza in modo strutturato all'interno della COT. Si sottolinea, infatti, che la figura professionale dell'assistente sociale ha il mandato specifico di rilevare i bisogni sociali e di stabilirne il livello di complessità in un'ottica di lavoro multidisciplinare.

I benefici attesi dalla presenza del Servizio Sociale Professionale Aziendale all'interno delle COT sono i seguenti:

- condivisione di obiettivi, che puntano a fornire risposte integrate, sanitarie e sociali e a strutturare percorsi di connessione tra i diversi setting assistenziali
- disponibilità di un modello assistenziale che consente di rilevare i bisogni sociosanitari di salute e progettare interventi calibrati e proattivi
- capacità di effettuare un continuo monitoraggio delle attività svolte, attraverso un sistema strutturato di raccolta e analisi dei dati a livello multidimensionale
- crescita di una cultura condivisa, derivante dal continuo confronto tra professionisti del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e promozione di "comunità di pratica" territoriali

⁶ Il documento è consultabile al seguente link:
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/COT/Lettura_digital_Quaderno_COT.pdf

Il ruolo dell'assistente sociale all'interno delle COT con funzioni di governance

Per ottimizzare il funzionamento delle COT occorre prevedere una funzione di governo; il DM 77/2022 prevede una "COT di Governo" o "Cabina di Regia" intesa come vero sistema di governance (perciò anche di indirizzo e controllo) di aspetti complessi e cruciali in un ambito sociosanitario, dove lo sviluppo di una progettualità vede la partecipazione di interlocutori e professionisti diversi in un'ottica di multi-professionalità e multidimensionalità.

Questa funzione esprime l'unicità del sistema di gestione delle COT aziendali che vengono coordinate a livello centrale per realizzare un processo di integrazione funzionale tra le stesse oltre alla programmazione e monitoraggio delle attività svolte dalle singole unità.

Il servizio sociale aziendale può partecipare al rafforzamento del ruolo delle COT su diversi ambiti:

- definire procedure operative e relativa modulistica
- promuovere l'integrazione dei servizi territoriali e di quelli ospedalieri
- condividere progetti formativi
- raccogliere dati

Al fine di svolgere le funzioni sopra descritte, che comprendono azioni a carattere socioassistenziale (ricezione e decodifica di segnalazioni socio-sanitarie provenienti dai servizi della rete, valutazione dei bisogni attraverso un approccio multidimensionale, messa in atto di percorsi operativi in risposta ai bisogni differenziati per livelli di complessità) anche a livello delle COT di governo, assume una funzione di rilievo la rappresentanza degli Assistenti Sociali.

I compiti dell'Assistente Sociale in questo contesto sono:

- individuare, studiare, analizzare e valutare le situazioni di rischio, di disagio e di bisogno sociale, individuale, familiare e di gruppo, in riferimento alle componenti personali e sociali, agli aspetti relazionali psico-sociali e socioassistenziali, nonché ai fattori sociali che possono provocare disagio ed emarginazione attraverso il monitoraggio, relativamente agli aspetti sociali, del percorso delle persone interessate
- partecipare alle riunioni di Direzione, ove sono definite le linee di governance, di coordinamento e di monitoraggio del sistema delle azioni a livello distrettuale
- svolgere un ruolo di regia dei processi sociali in ambito sanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione e integrazione fra sistema sanitario e sociale (raccordo con gli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, gli Enti Locali, gli Enti del Terzo Settore e del Volontariato)

- assicurare l'apporto specifico professionale del SSPA all'intero processo e garantire l'organizzazione delle funzioni esclusive di cui alla DGR 17/20187
- svolgere ruolo di coordinamento per i singoli assistenti sociali impegnati nelle COT/Case di Comunità/PUA
- supportare i singoli assistenti sociali nei casi più complessi trattati nelle COT, al fine di individuare risposte non strutturate a priori
- garantire il passaggio di informazioni e aggiornamento del SSPA all'interno delle singole COT, finalizzato alla omogeneizzazione degli interventi
- assicurare la formazione e l'aggiornamento dei singoli professionisti
- concorrere alla valutazione degli esiti delle attività e dei percorsi di continuità assistenziale con particolare attenzione agli impatti sulla dimensione sociale

Il ruolo dell'Assistente Sociale nelle COT con funzione operativa

All'interno delle COT l'Assistente Sociale svolge le funzioni professionali esclusive definite dalla DGR Regione Piemonte 17/2018, in collaborazione e integrazione con le altre figure professionali.

La presenza dell'Assistente Sociale nell'équipe della COT rafforza la possibilità di attuare interventi di domiciliarità che, sostenendo la centralità della persona nelle scelte del suo percorso di cura, ne promuovono l'empowerment e l'autodeterminazione.

Inoltre, la presenza delle competenze specifiche dell'Assistente Sociale nel lavoro di rete e di comunità rafforza le possibilità di interazione con il Servizio Sociale Territoriale e con gli stakeholder, compresa la rete dell'associazionismo e del Terzo Settore, aumentando le possibilità di reperire supporti per la permanenza delle persone al proprio domicilio.

Attraverso i percorsi integrati con i servizi socioassistenziali è promossa l'ottimizzazione degli investimenti della "Componente 2" (Infrastrutture sociali, Famiglie, Comunità e Terzo settore) della Missione 5 -Coesione e Inclusione-, destinate al "Sostegno delle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" e ai "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" con quanto previsto dalla Missione 6 Salute del PNRR.

Le azioni dell'Assistente Sociale all'interno delle COT sono le seguenti:

- accogliere la segnalazione ed eseguire la valutazione socioassistenziale, in integrazione con gli altri operatori, dei bisogni della coppia *caregiver*-utente
- effettuare, congiuntamente al personale infermieristico ove opportuno, i colloqui con i familiari per la condivisione del percorso di continuità assistenziale

⁷ Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 16 febbraio 2018, n. 17-6487, "Nuove Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell'organizzazione del Servizio Sociale Professionale Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e conseguente revoca parziale della DGR n. 50-12480 del 2.11.2009".

- verificare l'eventuale conoscenza e/o pregressa progettualità del paziente da parte dei Servizi territoriali di riferimento (Commissioni UVG⁸/UMVD⁹, Cure domiciliari e Servizi Sociali degli Enti Gestori delle Funzioni Socio-Assistenziali)
- partecipare all'individuazione del percorso di continuità assistenziale coerente con i bisogni evidenziati della coppia *caregiver*-utente e, laddove non risulti la presenza di familiari di riferimento, agevola la ricerca delle risorse sostitutive, al fine di favorire la permanenza e/o il rientro presso il domicilio
- effettuare l'eventuale orientamento/consulenza rispetto alle procedure di valutazione multidimensionale (UVG, UMVD) e colloqui orientativi di tutela della persona
- attivare le procedure di presa in carico e di sostegno sociale tenendo conto della sua rete sociale
- collaborare al monitoraggio del percorso di continuità assistenziale e alla definizione della progettualità successiva, favorendo l'attivazione di interventi anche innovativi, mirati a specifiche esigenze ed incentivando la flessibilità delle tipologie tradizionali di servizi
- assicurare azioni di sostegno nei confronti di persone senza fissa dimora e/o adulti in situazione di grave disagio sociale e/o straniere irregolari in difficoltà attivando la mediazione culturale, al fine di definire l'appropriatezza del percorso
- verificare la presenza di una misura di protezione, in relazione alle attività connesse con le funzioni assegnate all'assistente sociale di tutela di persone in stato di particolare fragilità e, qualora non presente, valutare di avviare la procedura del ricorso all'Autorità Giudiziaria competente per segnalarne la necessità
- rappresentare la figura di interconnessione con i Servizi Sociali Ospedalieri, degli Enti Gestori e dei Servizi specialistici aziendali ed extra aziendali (es. delle Strutture Riabilitative o della Residenza Sanitaria Assistenziale) per l'attivazione di percorsi di presa in carico
- partecipare nel territorio di riferimento, in collaborazione con gli operatori delle Case della Comunità, alla programmazione e progettazione di risorse integrative per facilitare i percorsi di presa in carico dei bisogni emersi, orienta anche le risorse del terzo settore in relazione alle necessità di risposta evidenziate
- partecipare all'elaborazione della modulistica adeguata alle procedure concordate
- contribuire alla rilevazione dei dati ai fini della documentazione delle attività e della pianificazione delle azioni successive

⁸ Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 16 maggio 2016, n. 34-3309, "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica".

⁹ Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 29 marzo 2010, n. 26-13680, "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)".

- partecipare al monitoraggio del progetto individualizzato, anche dopo il rientro a domicilio, avvenuto successivamente a un percorso di ricovero residenziale, al fine di evitare il fenomeno di “*revolving door*”¹⁰

Gli strumenti e i metodi di lavoro utilizzati dall'Assistente Sociale all'interno della COT possono essere i seguenti:

- coordinamento delle attività del servizio sociale aziendale in relazione a pazienti in dimissioni protette/assistite
- attivazione percorsi valutazione multidimensionale
- registrazione su modulistica specifica
- riunione sul caso in micro-équipe e riunioni organizzative
- percorsi di formazione

La COT, prevedendo la gestione “integrata” per gli aspetti sanitari e sociali, può rappresentare una grande sfida nell'organizzazione e nella strutturazione della continuità di cura; in questo modo non si realizza un mero passaggio di consegne, ma viene promossa la ricerca della soluzione più appropriata che tiene conto anche delle variabili sociali nel passaggio del paziente da un *setting* di cura e di vita a un altro, anche per le situazioni ad elevata complessità sociosanitaria.

Tale approccio vale innanzitutto per il paziente “fragile”, in cui lo standard di cura, adeguato alla complessità sociosanitaria, deve essere gestito e costruito attraverso alcuni step significativi quali:

- la rilevazione e l'analisi del bisogno anche attraverso la possibilità di categorizzazione in format sociosanitari condivisi
- la strutturazione di percorsi individuali e sostenibili
- la realizzazione di un panel di offerte e gestione
- la necessità di rispettare l'obiettivo di prossimità delle cure

¹⁰ Si intende il fenomeno del paziente che passa dal Pronto soccorso a casa e da casa al Pronto soccorso, definito “*revolving doors*” dagli addetti ai lavori

RUOLO E FUNZIONI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE NELLE CASE DELLA COMUNITÀ

L'istituzione della Casa della Comunità (CdC) è stata definita nei seguenti atti:

- Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Deliberazione del Consiglio Regionale Piemonte del 20 dicembre 2022 n. 257-25346 "Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione Assistenza Territoriale nella Regione Piemonte"

Precedente sperimentazione è stata quella delle Case della Salute, forme organizzative del Distretto a carattere multiprofessionale e multifunzionale, avviate con la D.G.R. n. 3-4287 del 29 novembre 2016 con oggetto "D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015. Interventi regionali e Linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute".

Il DM 77/2022 riconosce nelle Case della Comunità il luogo di primo contatto e di riferimento per la comunità di un determinato territorio rispetto alla salute in tutte le sue accezioni (salute fisica, salute mentale, dimensione individuale/collettiva), oltre che il luogo in cui viene garantita la presa in carico (sociale e sanitaria) della popolazione, che si responsabilizza e si autodetermina rispetto alla propria salute e alla salute intesa come bene comune¹¹.

La CdC, sotto la Direzione del Distretto, è la struttura pubblica fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dove la risposta ai bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, si integra e coordina con il sistema di Servizi Sociali per promuovere anche interventi di integrazione sociale, a partire dal lavoro delle équipes multidisciplinari dei diversi professionisti sanitari e sociali previsti in organico. Il DM 77/2022 indica, inoltre, espressamente "la partecipazione della comunità e la valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato". La comunità diventa, quindi, non solo la destinataria dei Servizi programmati da apposite politiche pubbliche, ma il soggetto attivo che, attraverso il suo capitale sociale e le sue risorse, è in grado di rilevare e definire il proprio bisogno di salute e partecipare alla co-produzione di politiche e servizi rivolti a soddisfarlo.

All'interno della CdC trovano spazio i Servizi di accoglienza, i Servizi sanitari primari di diagnosi, cura, riabilitazione garantiti da personale poli-specialistico (es. gruppi di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Psicologi, Medici Specialisti, Infermieri di famiglia e comunità, etc.), i Servizi Sociali, volontari e reti del Terzo Settore che partecipano alla costruzione del progetto di salute comunitario¹².

¹¹ AGENAS, "Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità", 2023

¹² Manifesto dell'Associazione Prima La Comunità, La casa della comunità: la salute per tutte e tutti, giugno 2021

I soggetti protagonisti della partecipazione/co-produzione sono le persone, in tutti i diversi ruoli che possono rivestire rispetto alla Salute e alla Sanità, con particolare riguardo ai pazienti, ai familiari e ai caregiver, ai cittadini/e in forma singola o associata (associazioni rappresentative dei pazienti, di tutela dei diritti dei/le cittadini/e, organizzazioni di volontariato, associazioni coinvolte nell'erogazione dei Servizi, associazioni che svolgono azione di advocacy, etc.) e alla comunità.

La dimensione sinergica è definita come co-produzione, intesa, in ambito sanitario, come condivisione con le persone e con la comunità delle informazioni (analisi dei problemi/risorse), del processo decisionale e dell'erogazione dei Servizi e della valutazione degli stessi.

Funzioni di Governance all'interno del Distretto

Il Servizio Sociale trova fondamento sulla pratica e sulla disciplina accademica, promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché l'autodeterminazione delle persone. Principi di giustizia sociale, diritti umani, responsabilità collettiva e rispetto delle diversità sono fondamentali per il Servizio Sociale. Sostenuto dalle teorie delle scienze sociali, umanistiche, il Servizio Sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere¹³.

Gli Assistenti Sociali sono pertanto chiamati a partecipare come attori fondamentali ai tavoli di regia del processo in corso, in ragione della storia della professione, dei loro saperi e delle loro peculiari competenze.

La professione e l'azione professionale sono caratterizzate da sempre da una particolare attenzione ai cambiamenti, che stanno rapidamente trasformando la società in cui viviamo. Per questo possono contribuire fattivamente alla costruzione di un differente modello di welfare, che integri il focus del case management con il care management comunitario.

L'assistente sociale della sanità attraverso processi di riflessività e, quindi, di intreccio tra la dimensione etica, la ricerca e le pratiche, apporta il suo contributo alla produzione di saperi per la realizzazione di un welfare generativo, che promuove lo sviluppo del concetto di Salute come Bene Comune.

Passare dalla dimensione di welfare redistributivo a una nuova di welfare generativo implica un approccio simile a ciò che avviene in natura: ogni organismo vivente non si limita solo a raccogliere e consumare, ma fa molto di più in quanto alimenta la vita, la promuove, la rigenera, mette a disposizione le proprie risorse-frutti¹⁴.

Solo attraverso un approccio di valorizzazione del contesto territoriale è possibile, infatti, ipotizzare un cambiamento volto alla promozione della salute, che supera il concetto di cura per accogliere il concetto di prendersi cura. Il lavoro di rete, nel e con il territorio, porta a identificare modalità di ascolto

¹³ Definizione internazionale di Servizio Sociale (traduzione in italiano dall'inglese "Global definition of Social Work" anno 2014; a cura di A. Sicora v1 dd. 30.04.14)

¹⁴ Fondazione Emanuela Zancan, Welfare generativo "Responsabilizzare, rendere, rigenerare. La lotta alla povertà", Rapporto 2014

dei bisogni e di costruzione di percorsi specifici, superando la logica delle risposte “burocratizzate” e “standardizzate”.

L'assistente sociale del Servizio Sociale Professionale Aziendale (SSPA) è da considerarsi risorsa e strumento strategico, per concorrere all'attivazione nell'ASL dei processi di cambiamento previsti dalla riforma. La sua specificità è la connessione dei sistemi, la lettura e l'interpretazione della complessità. Inoltre, questo professionista svolge una funzione di sostegno e di collegamento tra il particolare e il generale, tra la persona, l'ambiente e la sua comunità, restituendo agli organi decisionali un'analisi e una lettura delle necessità riscontrate. Tutto ciò finalizzato a ri-orientare ed eventualmente ri-programmare le azioni nell'ottica trifocale del Servizio Sociale (persona - organizzazione - comunità)¹⁵.

L'assistente sociale del SSPA affianca quindi, la Direzione del Distretto nelle funzioni di programmazione dei Servizi da erogare (committenza), nell'erogazione dei Servizi sanitari e sociosanitari territoriali (produzione), nell'assicurare l'accesso e l'equità (garanzia) ai Servizi e nel promuovere uno spazio relazionale, in quanto operatore che dialoga con il territorio (cittadini, volontariato, ETS, e Enti Locali, etc.).

Emerge pertanto per questi professionisti, l'importanza di radicarsi sui territori per costruire alleanze con i cittadini e gli Enti del terzo settore al fine di preservare insieme i diritti acquisiti attraverso le seguenti linee programmatiche¹⁶:

- analisi, approfondimento e interpretazione degli attuali importanti cambiamenti demografici e sociali, epidemiologici e tecnologici, senza prescindere dalla crisi economica e culturale (universo valoriale che cambia), che continua ad attraversare il nostro Paese nell'attuale scenario post-pandemico
- necessità di rilanciare e far conoscere quanto di valido ed efficace si è già realizzato nei Servizi e sul territorio, con mappatura delle esperienze virtuose e buone prassi, anche attraverso costituzione di comunità di pratica
- progettazione di iniziative di lavoro di Comunità con gli altri attori di *governance* della Case della Comunità

Come indicato dalla DGR n.17-6487 del 16 febbraio 2018 “Nuove linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell'organizzazione del SSPA delle ASL della regione Piemonte”, tra le finalità del SSPA sussistono:

- la *governance* dei diversi interventi sociali in ambito sanitario
- la promozione di strategie di razionalizzazione e integrazione fra il sistema sanitario e sociale, nonché delle risorse economiche impiegate

¹⁵ Gui L., Organizzazione e servizio sociale, Carocci, 2009

¹⁶ Per maggiori informazioni si rimanda al seguente link: <https://www.oaspiemonte.org/il-croaspiemonte-incontra-la-bottega-del-possibile-in-due-importanti-eventi-formativi-a-cura-di-sabrina-anzillotti-consigliera-delegata>

- la messa in rete e la messa a sistema di tutte le risorse presenti sul territorio al fine di garantire interventi integrati e sinergici
- la partecipazione ad eventuali progetti

Il ruolo dell'assistente sociale nelle Case della Comunità con funzione operativa

Seguendo il corpus teorico e metodologico illustrato ne "Il servizio sociale di comunità" di Elena Allegri¹⁷, il mandato professionale dell'assistente sociale nella Casa della Comunità prevede anche un ruolo attivo nella dimensione della Comunità, finalizzato a sostenere i processi di sussidiarietà tra Servizi, Associazioni e Gruppi, a partire dalla mappatura delle agenzie e delle risorse del terzo settore del territorio in una prospettiva di Welfare Generativo. L'assistente sociale opera nel territorio costruendo reti, creando legami, connessioni, *partnership* con enti pubblici e privati, con il privato sociale e il volontariato, in una logica di co-progettazione partecipata. Al fine di assicurare un miglioramento qualitativo e quantitativo delle risposte ai bisogni di salute della popolazione, risulta utile, quindi, favorire un approccio di lavoro di rete all'interno delle Case di Comunità.

In particolare, le competenze dall'assistente sociale della sanità, in base alla letteratura e alle indicazioni normative, riguardano:

- conoscenza delle organizzazioni delle strutture, dei servizi sanitari e dei processi aziendali, che sostengono i diversi percorsi di cura
- funzione di ascolto attivo, di orientamento e accompagnamento, nonché di advocacy nei confronti dei cittadini e delle loro famiglie per implementare la fiducia nel rapporto con le istituzioni
- conoscenza di prassi operative consolidate sia nel lavoro con la rete sia nel lavoro di équipe con il personale sanitario
- competenza relativa alla mission aziendale
- valutazione sociale, la promozione della continuità dei percorsi di cura interni ed esterni all'azienda, lavorando per superare la frammentazione delle risposte. Tutto questo, al fine di cogliere la complessità dei bisogni dei cittadini, in particolare dei soggetti fragili e di integrare ciò che troppo spesso viene artificialmente separato (valutazione congiunta degli aspetti sociali con quelli sanitari)
- 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
- promozione della domiciliarità, il sostegno ai caregivers e la costruzione di nuove reti di prossimità
- sostegno alla diffusione della cultura di promozione e tutela dei diritti delle persone, al di là di ogni fragilità

¹⁷ Allegri E., "Il servizio sociale di comunità", Carocci Faber, 2015.

- applicazione del processo decisionale promosso dall'Evidence Informed Practice del Servizio Sociale professionale, che consiste nella capacità di far interagire la conoscenza delle norme con il sapere scientifico, che guida la professione e quanto emerge dall'esperienza, nell'ambito della valutazione dei bisogni di salute delle persone, nella definizione e accompagnamento dei percorsi di cura
- funzione di raccordo con gli altri Servizi coinvolti e con il territorio, sia di carattere preventivo e di contrasto alla vulnerabilità, sia per la promozione di reti solidali e di prossimità
- sviluppo di un atteggiamento di fiducia verso le risorse delle persone e della comunità, per la definizione di un progetto di salute territoriale in grado di ricomporre i percorsi di cura e di salute

Punto Unico di Accesso (PUA)

La Conferenza Stato-Regioni nel 2003 definiva il Punto Unico di Accesso (PUA) come “un sistema di accoglienza della domanda in grado di offrire al cittadino l'opportunità di accedere a tutti i servizi della rete locale nello stesso momento, consentendogli di percorrere a partire da un solo punto di accesso, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari”.

Il D.M. Salute del 10/07/2007 - Linee guida per l'accesso delle regioni al finanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, indica i PUA con l'obiettivo di promuovere l'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali.

Il D.M. Solidarietà sociale del 12/10/2007 - “Fondo per le non autosufficienze”, invitava le Regioni a prevedere/rafforzare i PUA, soprattutto per agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari.

L'Accordo Stato-Regioni del 25/3/2009 prevedeva la costituzione in ambito territoriale dei Punti Unici di Accesso (PUA) per la presa in carico delle persone non autosufficienti.

In base alle indicazioni della normativa, si sono sviluppati sul territorio nazionale diversi modelli organizzativi per l'accesso alle prestazioni del welfare e il PUA è stato progressivamente identificato come uno degli strumenti strategici di intervento, per il miglioramento dell'accessibilità ai Servizi Territoriali.

La Regione Piemonte, con la DGR 55-9323 del 28/7/2008, ha istituito lo Sportello Unico Socio-Sanitario e, con la DGR n.3-2257 del 13/11/2020 ha confermato la piena operatività dei PUA definendoli come la “modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari”.

Il D.M. n. 77/2022 precisa che la cornice del PNRR si è arricchita con l'entrata in vigore della Legge 234/2021 (definizione LEPS e ATS), poiché viene favorita l'integrazione tra gli ambiti sanitario, socio-sanitario e sociale. L'integrazione con i Servizi Sociali degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, come definita dall'art.1 comma 163 della Legge 31/12/2021, n. 234, rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni da realizzarsi nelle Case della Comunità:

“Il SSN e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza, l'accesso ai servizi sociali e servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario, denominate “Case della comunità; presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al SSN e agli ATS”.

La DGR n. 16 – 6873 del 15 maggio 2023 - “Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, per l'attuazione del piano nazionale di cui al DPCM del 3 ottobre 2022”, individua i PUA come LEPS di processo qualificanti il Piano Nazionale per la non autosufficienza.

All'art.9 precisa che “il PUA rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali”, delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e socio sanitaria, ed è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorialità degli interventi.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 ribadendo le caratteristiche del PUA, ne estende la competenza nell'ambito dei Servizi rivolti all'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità anche travalicando gli aspetti di natura strettamente sociosanitaria.

PUA - porta di accesso *da e per* il lavoro di Comunità

Il PUA avendo come obiettivo la creazione di “*porte di accesso*”, che agevolino e semplifichino l'informazione, l'orientamento e l'accesso ai Servizi sociosanitari, deve necessariamente mantenere una forte connotazione di prossimità e deve essere in grado di dialogare con il territorio di riferimento, in un'ottica di *welfare* di comunità.

Compito e sfida del SSPA sono l'integrazione della dimensione di intervento individuale con quella comunitaria, il superamento della logica prestazionale e l'apertura alla comunità, intesa sì come portatrice di bisogni ma, anche, di soluzioni, di innovazioni e di risorse.

Il PUA deve essere in grado di proporre soluzioni innovative che creino valore aggiunto nel tessuto sociale in cui si inserisce, divenendo un luogo di accoglienza sociale e sanitaria, dal quale possano prendere avvio i processi di interazione multidimensionale, multidisciplinare e multilivello sostanziali, in modo particolare per affrontare le fragilità. La figura professionale dell'assistente sociale dell'ASL e dell'Ente Gestore, insieme con le altre figure coinvolte all'interno dei PUA, si integrano in un approccio globale, al fine di far convergere l'apporto professionale e le risorse dei rispettivi Enti di appartenenza, per cogliere la complessità delle situazioni e condividendone la responsabilità delle risposte.

In particolare, si sottolinea che, per garantire una reale integrazione socio-sanitaria, l'approccio deve tenere in considerazione la complessità, ponendo attenzione a tutti i bisogni della persona (sanitari, relazionali, stili di vita, etc.) e all'accessibilità ai Servizi.

In questa prospettiva, il Budget di Salute “aiuta a considerare i fattori ambientali, sociali, culturali e comportamentali non più ‘esterni’ alla ‘tecnicità sanitaria’, rafforzando la consapevolezza della dimensione sociale nella produzione di salute”¹⁸. Quest’ultimo rappresenta, infatti, lo strumento più articolato e composito utilizzato per dare fedele attuazione ai principi dell’integrazione sociosanitaria (art. 3-septies, d.lgs 502/92 e successivo DPCM 14 febbraio 2001).

Il carattere unitario del Servizio Sociale prevede, infatti, la ricomposizione della risposta ai bisogni complessi, a partire delle domande individuali che arrivano al PUA, secondo un modello di lavoro che valorizza le risorse della comunità.

Orientato principalmente da modelli di matrice ecologico-sistemica, che evidenziano l’interconnessione tra sistemi e l’interdipendenza tra diversi livelli di analisi, il servizio sociale di comunità segna la transizione da una cultura basata sul bisogno e sulla mancanza e una basata sulle risorse e sulle capacità”¹⁹.

Il Servizio Sociale è chiamato a mediare tra i vari mandati istituzionali e la complessità sociale, riflettendo in modo particolare sulla tensione tra domanda individuale e contesto sociale.

L’analisi del contesto dell’attuale società in cui viviamo non può prescindere, tuttavia, dalla conoscenza di come le trasformazioni sociodemografiche, la crisi finanziaria ed economica, la crisi dell’attuale modello di *welfare* si ripercuotano sull’ambiente e sulla comunità locale in cui si vive, sui Servizi e sulle professioni.

Nel contesto attuale si registrano, inoltre, altre tendenze, quali la de-giurisdizionalizzazione, ossia la negoziazione quotidiana dei ruoli; la preponderanza della sfera individuale, ovvero siamo tutti più autocentrati; la patologizzazione dei bisogni, con consapevolezza che ogni problema individuale ha anche una soluzione sul piano sociale²⁰.

Si possono mettere in atto strategie di contrasto a queste tendenze, tra le quali, seguendo l’excursus di Allegri, il potenziamento e la “ripavimentazione” delle relazioni sui territori, coinvolgendo gli “altri significativi” nel lavoro, abbattendo gli steccati e i muri divisorii, uscendo anche dalla logica del ruolo professionale.

Lavorare in un’ottica di comunità significa lavorare per tutti, non soltanto per le categorie più svantaggiate.

L’assistente sociale fornisce stimoli per eliminare gli ostacoli relativi ai problemi della comunità, attraverso un approccio complesso, ossia un insieme di modelli e di prospettive. Il lavoro sociale di comunità implica la presenza di un sistema, di una “regia” morbida.

¹⁸ Starace F. “Il budget di salute nel sistema di welfare italiano”, Il Pensiero Scientifico Editore, 2024.

¹⁹ Allegri E., “Il servizio sociale di comunità”, Carocci Faber 2015

²⁰ Ibidem

Nel Servizio Sociale di comunità la ricerca-azione partecipata costituisce il *frame work* che dà senso ad azioni e strumenti. La forza dello sviluppo di comunità sta nel riuscire a connettere il processo con il risultato.

Il processo prevede il passaggio dal *casework* (ossia lavoro con la persona, lavoro con la famiglia, lavoro di rete sul caso con altri servizi/istituzioni), al Servizio Sociale nella comunità (ossia gruppi auto mutuo aiuto, laboratori sul territorio, *photovoice*, progetti sui legami sociali e tra generazioni, Piano di Zona), al Servizio Sociale di comunità (ossia progetti di sensibilizzazione, ricerca azione, partecipazione, valutazione partecipata)²¹.

La prospettiva teorico-metodologica di riferimento prevede un metodo unitario, attraverso la multidimensionalità, il territorio (servizi vicini ai cittadini), l'integrazione e la trifocalità o tridimensionalità (in riferimento alle teorie di Ferrario, 1996, Dal Pra Ponticelli, 1988, e Gui, 2004, le situazioni sono analizzate contemporaneamente da tre angolature: del singolo, del contesto ambientale e dell'istituzione)²².

All'interno dei processi di informazione e consultazione della Comunità rientrano:

- la rilevazione dei bisogni di informazione e formazione dei cittadini e dei pazienti mirata a progettare specifiche attività di comunicazione istituzionale, campagne di informazione/sensibilizzazione, predisposizione di strumenti informativi, attività di promozione della salute
- la consultazione della cittadinanza anche attraverso metodi e tecniche di ricognizione dei bisogni (es. *focus group*), per il coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni di interesse collettivo relative alla salute e all'organizzazione e l'erogazione dei servizi
- la creazione di spazi di ascolto e collaborazione presso le Case della Comunità con Associazioni e movimenti di pressione e difesa dei diritti dei malati, gruppi di cittadini, gruppi di volontari che svolgono attività di promozione e tutela della salute pubblica, anche con finalità di *advocacy*

Diventa, pertanto, necessario proporre un radicale cambiamento nell'organizzazione della cura e connettere gli aiuti delle organizzazioni pubbliche e private con quelli emergenti dalla comunità stessa. Il modello di lavoro più adeguato a questo fine è quello che si fonda sull'idea che in ogni comunità vi sono risorse non sufficientemente valorizzate, nelle persone e nel territorio. Gli elementi che contraddistinguono questo modello sono: coinvolgimento dei cittadini, collaborazione volontaria, *problem solving* collaborativo, *empowerment*, *focus* sui risultati per la comunità²³.

Come esempio di realizzazione di interventi di Comunità si individua l'attivazione di una rete di gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) già in corso in alcune ASL, sviluppati a cura del Servizio Sociale Professionale Aziendale, con l'obiettivo di sensibilizzare e sviluppare l'*empowerment* della Comunità e delle sue risorse di capitale sociale, in un'ottica di solidarietà, consapevolezza, senso di

²¹ Ibidem

²² Ibidem

²³ Ibidem

responsabilità. L'Auto Mutuo Aiuto è l'insieme di tutte le misure adottate per promuovere, mantenere o recuperare la salute come dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera questo strumento maggiormente capace di ridare ai cittadini senso di responsabilità e protagonismo, per umanizzare l'assistenza socio-sanitaria e per migliorare il benessere della comunità. La metodologia dell'Auto Mutuo Aiuto è, infatti, validata e riproducibile per tutte le condizioni e le problematiche che le persone possono incontrare nel corso della vita. Nei gruppi AMA si restituisce dignità alla persona, riconoscendola come competente e si pratica l'*empowerment*²⁴, processo individuale, sociale, culturale e politico attraverso il quale le persone e i gruppi sociali acquisiscono un maggior controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute e il proprio benessere.

Esistono, inoltre, progetti redatti e condotti dal Servizio Sociale Professionale Aziendale che avvalorano l'importanza del legame della persona con il suo ambiente, al fine di operare in maniera preventiva contro la cronicizzazione del disagio mentale. La metodologia concerne la costruzione e il rafforzamento di reti territoriali di collaborazione tra diversi attori del territorio, tra figure professionali ed Enti Pubblici e Privati, grazie ai quali vengono organizzati sistemi di attività integrate, fra cui co-progettazione ed erogazione di iniziative educative (laboratorio di teatro, laboratorio di cinema, laboratorio di storytelling), progettazione/attuazione di interventi di peer education, progettazione/attuazione di incontri di sensibilizzazione e di formazione per la comunità educante (Istituti Scolastici e Associazioni sportive), formazione di esperti per esperienza per giovani adulti; creazione di una rete diffusa multi *stakeholder*, messa a disposizione di luoghi di incontro non connotati, *focus group* con giovani migranti di seconda generazione.

Un'altra esperienza sviluppata in alcune ASL concerne l'attività dei Centri Servizi Distrettuali Integrati (CSDI)/Case della Salute (CdS), che ha evidenziato un approccio riconducibile al lavoro di Comunità, ossia orientato alla prevenzione, attraverso un intervento di prossimità precoce dell'assistente sociale all'interno di una équipe socio-sanitaria. Tale approccio favorisce un modello orientato alla promozione della Salute in tutte le sue componenti.

La sfida che il modello organizzativo della Casa della Comunità propone in ultima analisi, attraverso i suoi principi ispiratori che abbiamo esplorato, concerne un necessario cambiamento culturale, sia dei Servizi sia dei professionisti, secondo la traiettoria evolutiva dalla sanità alla salute, dalle istituzioni alla Comunità.

Per poter promuovere la partecipazione e la co-produzione, così come previste dal DM 77/2022, è indispensabile che i rappresentanti istituzionali/politici e tutti i professionisti riconoscano le caratteristiche e le effettive risorse proprie della comunità territoriale di riferimento, attraverso lo sviluppo e la formazione del personale all'utilizzo, ad esempio, di metodi quali: "mappe di comunità" e "profili di comunità".

Il Servizio Sociale di Comunità, attraverso l'analisi, la ricerca, la progettazione, l'intervento e la valutazione, promuove iniziative con la collettività e collega persone e gruppi tra loro perché intraprendano azioni utili a fronteggiare problemi e conflitti comuni. Si può, pertanto, definire il servizio sociale di comunità come l'approccio complesso che il servizio sociale adotta per concorrere allo

²⁴ Glossario OMS della Promozione della Salute, 1998

sviluppo della comunità locale, utilizzando le conoscenze, il metodo, gli strumenti e le tecniche specifiche della professione e adattando le proprie funzioni alle esigenze del territorio (s)oggetto di intervento²⁵.

La figura dell'assistente sociale del SSN, grazie alle sue competenze, conoscenze e risorse, può contribuire alla realizzazione di Case della Comunità quali ambiti davvero in grado di accompagnare le persone ad affrontare le complesse e variegate difficoltà che possono incontrare nell'arco della loro vita, con una risposta professionale integrata.

Conclusioni

Si ritiene utile sottolineare l'importanza dell'innovazione delle Case di Comunità, nel riconoscere e valorizzare il principio della centralità della persona e nell'accogliere il cittadino nella sua complessità (principi cardine del Sistema Sanitario). Per garantire tale funzione occorre una nuova prospettiva da parte delle Istituzioni, nella gestione delle fasi di programmazione e di progettazione, che deve prevedere una partecipazione attiva dei Servizi Sociali delle ASL. A tal fine, diviene fondamentale, anche, il coinvolgimento e l'integrazione dei Servizi di Tutela Materno Infantile, Consultori Familiari e per adolescenti e i Servizi Specialistici Territoriali, quali CSM, SerD, NPI, Servizi di Psicologia a fronte dei bisogni di salute sempre più complessi delle persone.

Edgar Morin, sociologo e filosofo, ci ricorda in merito alla complessità che “La separazione delle discipline rende incapaci di cogliere ciò che è tessuto insieme, cioè, secondo il significato originario del termine, il “complesso”²⁶ e, inoltre, “la mancanza di una percezione globale causa l'indebolimento del senso di responsabilità perché ognuno diventa responsabile soltanto di ciò in cui è specializzato”²⁷.

Il DM 77/22 ha previsto che nelle Case di Comunità sia presente l'assistente sociale del SSPA, e riteniamo che questa figura professionale sia essenziale per cogliere la complessità dei problemi del territorio e superare all'interno del sistema sanitario la separazione delle discipline, rafforzando quella visione di insieme nella lettura dei bisogni e delle risorse della Comunità (competenza appartenente alla professione dell'assistente sociale, come sottolineato nel Codice Deontologico)²⁸. Inoltre, grazie alla trasversalità della sua presenza nei Servizi ASL, essa agevola la continuità dei percorsi di presa in carico tra i vari *setting* di cura e assistenziali.

La Deliberazione della Giunta Regionale 16 febbraio 2018, n. 17-6487²⁹ prevedendo che le Aziende Sanitarie Locali istituiscano il profilo professionale di Dirigente Assistente Sociale -Responsabile del Servizio Sociale in sanità, rafforza il ruolo svolto dal Servizio Sociale Professionale Aziendale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) assicurandone la partecipazione al livello di *governance* dei processi finalizzati a tale scopo.

²⁵ Allegri E., “Il servizio sociale di comunità”, Carocci Faber, 2015, p. 47.

²⁶ Morin E., “La testa ben fatta”, Raffaello Cortina, 1999.

²⁷ Ibidem

²⁸ Codice Deontologico dell'assistente sociale, 2020.

²⁹ Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 16 febbraio 2018, n. 17-6487, “Nuove Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell'organizzazione del Servizio Sociale Professionale Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e conseguente revoca parziale della DGR n. 50-12480 del 2.11.2009”

Alla luce di quanto finora esposto si evidenzia, infatti, il valore della partecipazione attiva del SSPA alla progettazione aziendale, al fine di costruire, attuare e verificare gli indirizzi e gli obiettivi strategici promuovendo e integrando la valutazione dei fattori sociali nella programmazione dei Servizi.

Si sottolinea che l'assistente sociale del SSPA, per mandato istituzionale, svolge un ruolo diverso dall'analoga figura professionale appartenente ai Servizi Sociali dei Comuni/Enti gestori. Ne deriva la necessità di prevedere la presenza dell'assistente sociale del SSPA in tutti gli ambiti di integrazione socio-sanitaria.

7. CICLO DI VITA DEL DOCUMENTO

Il presente documento verrà revisionato qualora se ne ravveda un'indicazione di tipo normativo o clinico-organizzativo.

È previsto un monitoraggio periodico degli impatti organizzativi e l'aggiornamento delle modalità attuative sulla base delle evidenze raccolte.

8. BIBLIOGRAFIA

Per la definizione delle presenti Linee di indirizzo sono stati utilizzati i seguenti documenti:

- Agenas, "Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità", 2023
- Agenas, "La centrale operativa territoriale: dalla realizzazione all'attivazione", 2022
- Agenas, "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case di Comunità *hub*", 2024
- Allegri E., "Il servizio sociale di comunità", Carocci Faber, 2015
- CNOAS, "IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NEI PROCESSI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE. Un approfondimento sul Servizio Sociale Professionale negli Ospedali e nelle COT", 2024
- CNOAS, "Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità, Missione 6 e Missione 5", Roma 1/07/2021
- Codice Deontologico dell'assistente sociale, 2020
- CROAS Lombardia, "Il ruolo dell'assistente sociale della Sanità all'interno delle Case di Comunità", 2022
- CROAS Piemonte, "La Bottega del Possibile", in due importanti eventi formativi. A cura di Sabrina Anzillotti, consigliera delegata, 2018
- Fondazione Emanuela Zancan, Welfare generativo "Responsabilizzare, rendere, rigenerare. La lotta alla povertà", Rapporto 2014

- Glossario OMS della Promozione della Salute, 1998
- Gui L., "Organizzazione e servizio sociale", Carocci, 2009
- Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, agosto 2021
- Manifesto dell'Associazione Prima La Comunità, "La casa della comunità: la salute per tutte e tutti", giugno 2021
- Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali <https://www.piemontesociale.it/leps>
- Morin E., "La testa ben fatta", Raffaello Cortina, 1999
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021
- Starace F. "Il budget di salute nel sistema di welfare italiano", Il Pensiero Scientifico Editore, 2024
- Vecchiato T., "Le nuove frontiere del Servizio Sociale", Studi Zancan, 2/2014

Normativa

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, 25 marzo 2009, Atto n. 57/CSR: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009
- Decreto del Ministero della Salute 10 luglio 2007, n. 236, "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano"
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
- Decreto del Ministero della Solidarietà Sociale 12 ottobre 2007, n. 96, "Assegnazione alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano e relativa ripartizione, delle risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2007"
- Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 28 luglio 2008, n. 55-9323, "Definizione delle modalità e dei criteri dell'utilizzo da parte delle A.S.L. e dei Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali, delle risorse assegnate a livello nazionale, al "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte"
- Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 15 maggio 2023, n. 16 – 6873, "Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, per l'attuazione del piano nazionale di cui al DPCM del 3 ottobre 2022"
- Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 16 febbraio 2018, n. 17-6487, "Nuove Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell'organizzazione del

Servizio Sociale Professionale Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e conseguente revoca parziale della DGR n. 50-12480 del 2.11.2009”

- Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 29 marzo 2010, n. 26-13680, “Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)”
- Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 16 maggio 2016, n. 34-3309, “Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica”
- Deliberazione Regione Piemonte della Giunta Regionale 3 novembre 2020, n. 3-2257, “Programmazione regionale degli interventi e dei servizi per l’attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021 di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019”. Approvazione delle “Disposizioni attuative della Regione Piemonte”
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”

**La presente copia e' conforme all'originale depositato
presso gli archivi dell'Azienda ASL Citta' di Torino**

02-2F-2C-BD-D3-6B-DE-ED-B6-30-8F-9D-A0-3E-B7-4C-D4-E7-62-33

CAdES 1 di 5 del 05/03/2026 12:56:55

Soggetto: Adriano Leli

S.N. Certificato: 17F6322

Validità certificato dal 05/02/2024 09:34:59 al 05/02/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT'

CAdES 2 di 5 del 05/03/2026 12:53:29

Soggetto: Arturo Pasqualucci

S.N. Certificato: 1FE179E

Validità certificato dal 04/11/2025 13:03:24 al 04/11/2028 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT'

CAdES 3 di 5 del 05/03/2026 12:48:32

Soggetto: Patrizia Nebiolo

S.N. Certificato: 1A89D39

Validità certificato dal 06/05/2024 07:44:20 al 06/05/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT'

CAdES 4 di 5 del 04/03/2026 06:56:32

Soggetto: Federica Riccio

S.N. Certificato: 128C110

Validità certificato dal 05/07/2023 12:58:08 al 05/07/2026 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT'

CAdES 5 di 5 del 03/03/2026 19:29:48

Soggetto: Cristian Rolle

S.N. Certificato: 18CDCEB

Validità certificato dal 07/03/2024 13:28:32 al 07/03/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT'
