



# *Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

## **“FUNZIONI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN SANITÀ”**

*( Documento approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti il Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, per esaminare le problematiche connesse alla realizzazione nelle Aziende Sanitarie del Servizio Sociale Professionale in relazione a quanto previsto dalla Legge 251/00 e dalla normativa regionale di attuazione della stessa ).*

### **PREMESSA**

*La SALUTE è uno stato di pieno ben-essere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità. Il godimento di livelli il più possibili elevati di salute è uno dei diritti fondamentali d'ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, credo politico, condizione economica o sociale. (World Medical Association Bull. 1949/1- OMS)*

Il bisogno di salute/benessere è complesso, necessita di interventi “curativi”/cure ed interventi “assistenziali/care”: nel garantire l’appropriatezza dell’intervento tecnico sanitario e la continuità tra le cure primarie ed intermedie è necessario attivare un progetto individualizzato integrato di presa in carico, predisposto a livello multidimensionale e multiprofessionale, in particolar modo per le persone “fragili”, appartenenti alle aree senescenza, disabilità, materno infantile, patologie psichiatriche e dipendenze, patologie ed infezioni HIV, patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative.

L’assistente sociale nella sanità è previsto dalla riforma ospedaliera del 1968 (legge 132/1968) – anche se si possono elencare molte esperienze “pilota” già dai primi anni ‘60 - e la sua presenza strutturata è sancita dalla riforma sanitaria (legge n. 833/78), preceduta a sua volta da importanti leggi di settore, come la legge n. 405/1975 sui consultori, la legge n. 685/1975 sulle tossicodipendenze, la legge n. 194/1978 sulla maternità ed interruzione di gravidanza, la legge n. 180/1978 sull’assistenza ai malati psichiatrici, a cui si aggiungerà successivamente la legge n. 104/1992 sull’assistenza e l’integrazione sociale delle persone disabili, legge in cui sono previste prestazioni sanitarie e sociali integrate fra loro che “valorizzino le abilità di ogni persona e che agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità”.

La legislazione più recente (il Dlgs n. 229/1999, seguito dai DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001, istitutivo dei LEA) introduce il concetto di prestazioni sociosanitarie (art. 3 - septies del Dlgs. 229/1999), definite come “*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*”. Tale normativa coinvolge a pieno titolo la professione dell’assistente sociale, laddove si stabilisce che l’erogazione dei servizi e delle prestazioni avviene in seguito alla valutazione multidisciplinare, nel cui ambito la rilevazione e valutazione del bisogno emergente e sotteso è di stretta competenza dell’assistente sociale, finalizzata alla realizzazione di un piano di lavoro integrato che deve produrre il Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I.), come specificato dalla legge n. 328/2000, legge quadro, che individua i LIVEAS, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per la persona/ famiglia.

Con quest'ultima legge quadro lo Stato conferma la volontà di perseguire l'obiettivo della salute dei cittadini già dichiarato nella legge 833/1978, disponendo che gli interventi di natura sociale avvengano a forte integrazione con quelli sanitari. La legge n. 328/2000, all'art. 22, stabilisce che, tra i servizi essenziali che lo Stato è obbligato a garantire ai cittadini, vi è il Servizio Sociale Professionale. Servizio che riconosce la centralità delle competenze e delle funzioni dell'Assistente Sociale, professionista che si prende cura del disagio dell'individuo, della famiglia e/o della comunità e coniuga il mandato professionale, stabilito dalla legge e dal codice deontologico, con il mandato istituzionale di contribuire ad assicurare la salute della persona mediante l'individuazione e l'attuazione di azioni di protezione sociale tese a prevenire o a limitare i rischi connessi al disagio sociale che possano pregiudicare il pieno successo dei trattamenti sanitari o favorire l'instaurarsi della malattia.

La figura dell'Assistente Sociale è presente nei Servizi pubblici e privati accreditati del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nei servizi per la Salute Mentale, per le Dipendenze e le patologie correlate, per la Salute della donna e del bambino, per la Senescenza, la Disabilità e la Riabilitazione negli adulti, nelle Commissioni della medicina legale, negli Ospedali e nelle altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate rivolte alle famiglie, ai minori ed agli adolescenti, alle persone adulte che per ragioni socio-economiche, culturali, sanitarie si trovano in situazione di difficoltà o a rischio di esclusione sociale ed emarginazione, alle persone disabili ed anziane.

A tale riguardo lo scopo di questa iniziativa è quella di individuare percorsi e azioni condivise per promuovere e valorizzare il Servizio Sociale Professionale nel Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato ad una concreta riorganizzazione dei servizi nella logica di una corretta integrazione socio sanitaria nel territorio.

## **OBIETTIVI E PROPOSTE**

Il Servizio Sociale Professionale assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione. Permette di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell'Assistente Sociale ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare.

Il Servizio Sociale Professionale nel Sistema Sanitario Nazionale ha il compito di mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e socio sanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma continuativa, anche con gli organismi del terzo settore e del volontariato, in conformità agli obiettivi di integrazione tra ospedale e territorio del vigente Piano Sanitario.

Il Servizio Sociale Professionale deve essere una struttura organizzativa e funzionale degli enti sanitari prevista nel Piano Sanitario Nazionale, nel Piano sanitario regionale, nel Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (Prr) e nel Piano organizzativo aziendale; il Servizio Sociale Professionale opera in sinergia con la Direzione Sanitaria ed Amministrativa per realizzare gli obiettivi del Piano sanitario regionale e della pianificazione strategica aziendale.

Il mandato del Servizio Sociale Professionale in Sanità è di attivare e prendersi cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione interna all'Azienda (Ospedale -Territorio) che esterna (EE.LL., privato convenzionato/accreditato, III e IV settore). La presa in carico della persona/famiglia deve essere effettuata nel suo territorio (Distretto Socio-Sanitario) per evitare che problemi sociali, culturali ed economici esistenti ostacolino il raggiungimento dell'obiettivo salute-benessere: la persona, con il sostegno dei servizi e della rete familiare e sociale in cui è inserita, potrà così attivare ogni risorsa utile, in riferimento al concetto di *empowerment*.

Il Servizio Sociale Professionale, come prevedono gli artt.1 e 7 della legge 251/00 va istituito e posto in staff alla Direzione di Azienda, Aziende sanitarie locali (Asl), Aziende ospedaliere, altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Aziende Universitarie, Policlinici Universitari, Strutture Pubbliche equiparate-Fondazioni, Istituti di Ricerca etc.), nell'Atto

di Autonomia Aziendale, in rapporto alla tipologia dell'Ente, attraverso la costituzione di strutture dirigenziali operative di Servizio Sociale Professionale, qualificate come unità organizzative, complesse o semplici. In queste strutture afferisce il personale appartenente al profilo della professione e personale di supporto. A tale proposito diventa strategico prevedere la figura dirigenziale dell'assistente sociale nell'ambito del Servizio Sociale professionale.

Da molti anni gli assistenti sociali della sanità collaborano coi colleghi dell'Ente Locale, convinti per primi che l'integrazione indispensabile fra sociale e sanitario generi salute/benessere: in alcune situazioni si tratta di consultazione reciproca, in altre di vera e propria collaborazione tecnica su casi multiproblematici, in altre ancora sono presenti tavoli di consultazione e protocolli operativi fra servizi, in genere promossi proprio dagli Assistenti Sociali. In quasi tutte le regioni si hanno livelli di integrazione *istituzionale, gestionale e professionale e partecipativa*, anche se con forme e gradi diversi.

Un contesto di integrazione sociosanitaria è operativo già da tempo, soprattutto in una cornice di rapporti informali, di codici condivisi, di buone pratiche efficaci, ma a livello professionale personale, non sempre regolamentato da norme specifiche nelle diverse regioni. E anche laddove le leggi vi sono, si fa fatica ad applicarle, considerato che nessuna legge regionale riconosce come essenziale ed obbligatoria l'istituzione del Servizio Sociale Professionale, lasciandolo troppo spesso alla discrezionalità delle Aziende.

Pertanto con questa iniziativa avanziamo sostanziale e concreta richiesta di:

- ❖ Inserimento a pieno titolo del Servizio sociale Professionale nel nuovo Piano Socio Sanitario.
- ❖ definizione della normativa di accesso alla dirigenza professionale, e
- ❖ diffusione del documento condiviso, nelle realtà regionali, sia in ambito istituzionale che sindacale, per essere di stimolo alla realizzazione di un nuovo modello organizzativo.

Detto ciò, entriamo nel merito su alcuni aspetti della integrazione socio sanitaria, sottolineando schematicamente anche alcuni riferimenti normativi già operativi.

L'emanazione contestuale della riforma sanitaria ter Decreto Dlgs n. 229/99 e della legge di riforma del Sistema Integrato dei Servizi Sociali n. 328/2000 hanno introdotto una modalità programmatoria e di realizzazione di sistema integrato a rete: pertanto il servizio sociale professionale, che ha sempre rivestito un ruolo di garante degli aspetti sociali della persona con problemi sanitari, ha assunto sempre più una configurazione di snodo tra sistema sanitario e sistema sociale.

L'integrazione, nella sua declinazione ai diversi livelli, è un mezzo ed una condizione necessaria per raggiungere traguardi che richiedono una gestione condivisa e finalizzata di risorse disponibili ed è una condizione necessaria per passare dall'affermazione della centralità della persona a prassi operative, in grado di dare senso operante a questo valore e a questa centralità. Pertanto l'integrazione di responsabilità e risorse si deve declinare ai diversi livelli:

- ❖ **Istituzionale:** si basa sulla necessità di promuovere collaborazione tra istituzioni diverse (in particolare le Aziende sanitarie, gli Enti Locali, le Scuole, i Centri per l'impiego, il Ministero di Giustizia ecc), che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute; può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni, gli accordi di programma, i protocolli fra enti;
- ❖ **Gestionale:** si colloca a livello di struttura operativa, in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;
- ❖ **Professionale:** le condizioni necessarie sono.
  - Costituzione di Unità Valutative Integrate,
  - Gestione unitaria della documentazione,
  - Valutazione dell'impatto economico,

- Definizione delle responsabilità nel lavoro integrato,
  - Continuità terapeutica ospedale-territorio,
  - Collaborazione tra strutture residenziali e territoriali,
  - Predisposizione di progetti assistenziali individualizzati (P.A.I.) ;
- ❖ Partecipativa: componente sempre più emergente nella Comunità Locale, mossa da istanze di solidarietà, di auto aiuto secondo il principio di sussidiarietà orizzontale, che ha saputo incontrarsi e collaborare con i decisori istituzionali, gestionali e professionali, garantendo risposte efficaci a bisogni complessi non solo delle persone e delle famiglie, ma anche delle stesse Comunità Locali.

Il Servizio Sociale Professionale in sanità lavora nei diversi livelli di integrazione: dalla predisposizione di protocolli d'intesa tra enti istituzionali, ai protocolli operativi di diversi percorsi di presa in carico per determinati bisogni di salute, alla predisposizione dei progetti individualizzati di presa in carico (ad esempio il P.A.I.), al lavoro diretto con i cittadini, sino alla stretta promozione/collaborazione con l'associazionismo per favorire la presentazione delle istanze ai livelli precedenti.

E' evidente che si tratta di una riorganizzazione funzionale e operativa atta a garantire una risposta unitaria e globale che eviti soprattutto "sprechi sovrapposizioni e percorsi inutili" , attraverso una razionalizzazione delle risorse, l'individuazione di percorsi assistenziali idonei e personalizzati con la corretta programmazione dei servizi.

Il Servizio Sociale Professionale, nella rete dei servizi sociali, sanitari e socio assistenziali, assume funzioni di accoglienza e orientamento e, in riferimento all'art. 22 della Legge quadro n. 328/00, la presa in carico della persona, della famiglia, del gruppo sociale, l'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, l'accompagnamento e l'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. L'assistente sociale, quindi, rappresenta la figura professionale titolata per promuovere garantire l'esigibilità dei diritti sociali, in grado di effettuare una diagnosi sociale e valutazione del bisogno.

Una ricerca del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali del 2004) sulla "Porta Sociale", individua alcuni nodi irrisolti tra: competenze del segretariato sociale, connessioni con URP e attività di programmazione del servizio sociale professionale. Ciò nasce dalla mancata consapevolezza che il segretariato sociale è una funzione del servizio sociale professionale, che va ben oltre la semplice informazione e invio.

*"Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria"* (P.S.N .2003-2005)

## ALLEGATO “ A”

### RICOGNIZIONE DEI SERVIZI SOCIALI NELLA SANITA' NEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Dai dati raccolti dal Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali è possibile fornire una fotografia della situazione del Servizio Sociale nella sanità di tutte le regioni del Paese. Si rileva innanzitutto, ma era nei presupposti, una notevole e importante diversità fra le regioni, relativamente sia all'emanazione di normativa inerente il Servizio Sociale Professionale, sia alla percentuale di Assistenti Sociali che operano in sanità, sia all'utilizzo di deleghe da parte dei Comuni alle Asl. Di seguito riassumiamo schematicamente i dati regionali raccolti sui diversi argomenti.

#### **Normativa regionale che disciplina il Servizio Sociale Professionale nel Servizio sanitario nazionale.**

Attuata: (8 regioni) Friuli, Lazio, Piemonte, Toscana, Puglia, Veneto, Calabria, Marche;  
da attuare ma normata: (5 regioni) Basilicata, Campania, Liguria, Sicilia, Sardegna;  
non prevista nelle rimanenti: (7 regioni) Abruzzo, Emilia, Lombardia, Umbria, Val d'Aosta, Molise, Trentino.

In molte realtà regionali, pur essendovi normative e piani sanitari nei quali è previsto il Servizio Sociale, non vi è stata attuazione dello stesso o è stata avviata una attuazione parziale (Veneto).

In altre, la normativa è di recente approvazione e non ancora applicata (Sicilia) ma si evidenziano leggi più che soddisfacenti, dal punto di vista professionale ed organizzativo, in cui viene riconosciuto e sostenuto il ruolo del servizio Sociale come parte integrante del Sistema Sanitarie.

#### **Regioni in cui è disciplinata la delega da parte dei Comuni alle ASL.**

Si evidenzia uno scarso ricorso alla delega, in via di ulteriore diminuzione, ed una situazione nazionale anche in questo caso alquanto disomogenea. Pare prevalere l'applicazione dei principi di sussidiarietà e di governance locale, cui si sono ispirate la legge n. 328/2000 e le leggi regionali che l'hanno recepita ed attuata, che individuano nella gestione associata dei Comuni, in ambiti territoriali/Distretti sociali integrati con i Distretti sanitari, il processo da seguire. Si rilevano prassi di particolare interesse, come nel Veneto.

#### **Buone prassi di integrazione socio-sanitaria.**

Si evidenziano, nella maggioranza delle regioni, buone prassi di integrazione socio sanitaria, sia come realizzazione della normativa in cui è inserito il Servizio Sociale Professionale, sia nelle realtà prive di normativa specifica ma con accordi di programma, protocolli applicativi dei piani di zona, etc.

### **ESEMPI di alcune Regioni: Piemonte, Lazio, Veneto**

#### **PIEMONTE: Organizzazione in consorzi**

Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1. *Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento.*

#### **Art. 9**

*(Forme gestionali)*

*5. Le attività sociali a rilievo sanitario per la tutela materno-infantile e dell'età evolutiva nonché per adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, le attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali e quelle relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture sono obbligatoriamente gestite in forma associata o dai comuni capoluoghi di provincia o dalle ASL delegate. I soggetti gestori assicurano le attività sociali a rilievo sanitario*

garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle ASL.

#### **Art. 14**

(I metodi della programmazione)

2. La Regione, le province e i comuni adottano come metodo della programmazione i seguenti criteri operativi: (...) b) la concertazione con le ASL per la programmazione dei processi di tutela della salute e, nell'ambito di questi, per le prestazioni socio-sanitarie integrate, specialmente quelle ad alta integrazione.

#### **Art 18**

(fra le prestazioni essenziali è elencato alla lettera a) il servizio sociale professionale

#### **Art. 20**

(Integrazione sociosanitaria)

1. In attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento(...) ed al fine di rispondere ai bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, il benessere delle persone, la Giunta regionale,(...) fornisce indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento. 2. L'accordo di programma di cui all'articolo 17 regola le attività socio-sanitarie integrate, realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale. 3. Le attività sono realizzate con modalità operative condivise dai settori sanitario e sociale e, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi, viene nominato il responsabile del procedimento. 4. L'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati, sulla base di indirizzi e protocolli emanati dalla Giunta regionale al fine di rendere omogenei sul territorio i criteri di valutazione.

#### **LAZIO:**

L'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, nell'esercizio delle proprie funzioni amministrative, di indirizzo, di programmazione e controllo, per dare attuazione alla L.251/00 (e successive modifiche) riconoscendone le funzioni individuate dal DPR 5 giugno 2001 n 328, ha predisposto una **Circolare** indirizzata ai Direttori delle AUSL che prevedeva l'istituzione di specifici SERVIZI, diretti da Dirigenti provenienti dalle stesse aree, al fine di "assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività, mediante l'ottimizzazione, il coordinamento e il controllo di qualità delle prestazioni delle professioni sanitarie e sociali".

I servizi sono così individuati:

- servizio per l'assistenza infermieristica e ostetrica e delle connesse funzioni di supporto
- servizio professionale di diagnostica strumentale e tecnico assistenziale
- servizio professionale di riabilitazione
- servizio professionale di prevenzione
- servizio professionale sociale.

"... i compiti dei Dirigenti di cui sopra, che non sono sostitutivi dei compiti dei dirigenti medici e degli altri profili sanitari, tecnici e professionali, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, alla individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla D.G. dell'Azienda per la programmazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione cura e riabilitazione..."

L'articolazione organizzativa prevede che il servizio sociale professionale sia, di norma, articolato nelle seguenti aree:

- ❖ area distrettuale
- ❖ area della salute mentale
- ❖ area della formazione.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale 14 luglio 2006 n°424, "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie", in riferimento alla l.r.

3marzo2003 n°4 “norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività socio-sanitarie” a seguito di tavolo di concertazione con gli Ordini Professionali è stato previsto l’inserimento nell’organico di tutte le strutture/servizi sanitari e socio-sanitari di assistenti sociali con contratto “a tempo pieno” e “a tempo parziale” in relazione al numero dell’utenza servita: le strutture/servizi sanitari e socio-sanitari che presentano diversificate aree di intervento ( Lungodegenza, RSA, Riabilitazione post-acuzie, Hospice, comunità terapeutiche etc.) sono obbligate alla presenza di assistenti sociali deputati a favorire la presa in carico integrata, garantendo l’appropriatezza degli interventi in continuità assistenziale.

Nell’ “Atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della regione Lazio” l’Assessorato ha individuato nella gestione della cronicità (dovuta alla progressiva evoluzione del quadro clinico epidemiologico imputabile ai cambiamenti demografici, alle problematiche ambientali dello sviluppo e all’evoluzione dell’assistenza sanitaria nel mondo industrializzato), l’area di massimo impegno: dalla presa in carico alla definizione di percorsi assistenziali in continuità assistenziale.

I servizi del territorio dovranno essere potenziati (trasferimento di risorse umane ed economiche dall’area ospedaliera all’area territoriale).

Il Distretto svolgerà “il ruolo di erogatore di prestazioni e servizi” sarà “dotato di una configurazione organizzativa costituita da unità operative semplici e complesse di coordinamento funzionale interdistrettuale per il governo clinico”.

“Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio e responsabile in particolare delle attività del Distretto.....della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi nonché, della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Il Direttore di Distretto supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all’art.1 della legge n°328/2000.”

“Nel caso in cui l’Azienda USL assuma per delega dai Comuni la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali, il Direttore di Distretto ha anche la responsabilità organizzativa e gestionale di dette attività e servizi, fermo restando la loro direzione funzionale in capo al Coordinatore Socio-Sanitario di Distretto”

....“Nell’ambito dell’organizzazione delle funzioni del direttore del Distretto si collocano l’Ufficio di coordinamento del distretto e le attività di supporto amministrativo.”

“Il Coordinamento delle Attività Sociali di Distretto, anche per i rapporti tra le unità operative del distretto, i comuni e/o i municipi, avviene tramite la figura del Coordinatore Socio Sanitario di Distretto che si rapporta per tale funzione al direttore di Distretto ed è componente dell’ufficio di coordinamento di distretto.

Per quanto riguarda l’ufficio di coordinamento del distretto, (rappresentativo delle professionalità presenti nel Distretto), del quale fanno parte, in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, i Medici di medicina generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato, è necessario evidenziare il suo ruolo di supporto al direttore di Distretto nel definire le modalità di attuazione delle politiche distrettuali, laddove gli apporti professionali devono favorire la condivisione degli obiettivi e dei processi produttivi. Peraltro, tale organismo va integrato con il responsabile del Centro di salute mentale (delegato dal direttore del Dipartimento di salute mentale) e con il responsabile del Dipartimento di prevenzione (o suo delegato) con riferimento all’elaborazione e all’attuazione dei Programmi delle attività territoriali (PAT).”

Il Piano Di Zona si inserisce nel governo della rete dei servizi, deve essere definito dai COMUNI ASSOCIATI di un ambito territoriale, d’intesa con l’azienda Sanitaria Locale e individua:

gli obiettivi strategici e le priorità d’intervento, nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione

le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali

le modalità per garantire l’ integrazione tra servizi e prestazioni

le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con soggetti operanti nell’ambito della solidarietà sociale a livello locale e con altre risorse della comunità

le forme di rilevazione dei dati nell’ambito del sistema informativo

le forme di concertazione con l’azienda sanitaria locale, le ONLUS, le cooperative, associazioni

Il sistema integrato dei servizi, viene programmato a livello dell’ambito territoriale, superando l’impasse storica del *frazionamento comunale*.

Il Direttore di Distretto, su delega del Direttore Generale dell'AUSL, partecipa alla Conferenza dei Sindaci del Distretto e il Coordinatore Socio-Sanitario di Distretto è presente nell'Ufficio di Piano; Si programma con il metodo della concertazione: i Comuni associati nell'ambito territoriale programmano in modo congiunto anche con la ASL, non nella logica della delega, ma in quella dell'integrazione operativa a livello territoriale. Gli assistenti sociali, come cittadini e come professionisti, con mandato istituzionale derivante dall'ente pubblico di appartenenza, sono impegnati alla definizione e costruzione dei Piani di Zona, definiti quali "*sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili*". Partecipano ai Tavoli di Concertazione (per area di intervento: minori e famiglia, disabilità, anziani etc.) apportando informazioni quantitative e qualitative specifiche sui bisogni rilevati nel territorio, proponendo soluzioni operative tese ad ottimizzare i servizi esistenti o a strutturarne dei nuovi, più rispondenti ai bisogni emergenti.

## **VENETO**

### **Il Modello proposto dalla Regione Veneto**

Il modello veneto di welfare si configura come un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria, attraverso la gestione unitaria di tali servizi in ambiti territoriali omogenei. La gestione dei servizi stessi viene delegata da parte dei Comuni all'Azienda Unità locale Socio Sanitaria o, in alternativa, vengono stipulati accordi di programma tra gli enti interessati.

Sin dalla Legge Regionale del Veneto n. 5 del 3 febbraio 1996 "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998" e successivamente con la Legge Regionale V. n. 11/2001, nei territori sono state distinte le competenze per gli Enti Locali e quelle delle ULSS. Molte altre leggi e delibere regionali hanno poi regolamentato le azioni in diversi settori specifici, in linea con la Legge Nazionale sul Sistema Integrato n. 328/2000.

Per favorire l'integrazione nella Delibera di Giunta Regionale del Veneto n. 4588 del 28/12/2007, relativa al funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVDM) viene individuato fra i componenti necessari per lo svolgimento dell'attività di tale nucleo di valutazione, oltre al Direttore del Distretto o suo delegato, l'Assistente Sociale dell'Azienda ULSS o del Comune di residenza della persona e altre eventuali specialisti individuati in base alle necessità specifiche. Tale Delibera coglie una esperienza di integrazione pluridisciplinare indispensabile e ormai consolidata nei servizi territoriali.

### ***I Piani di Zona dei Servizi alla Persona***

Il Piano di Zona è lo strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa tra attività sociali e socio sanitarie. Tale documento viene approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Azienda ULSS coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, nel caso i Comuni coinvolti siano più di uno.

Nell'ambito del Sistema Socio Sanitario veneto, al Piano di Zona viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, in quanto strumento condiviso per individuare i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni di valutazione sociale dei risultati.

I diversi soggetti istituzionali (Regione, Enti locali, Aziende ULSS, Amministrazioni periferiche dello stato, Ipad) e i soggetti sociali (Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Enti con finalità religiose e altre Organizzazioni private), pur nel rispetto delle specificità, dei ruoli e delle competenze, condividono un modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi.

Considerate le caratteristiche che il Piano di Zona ha assunto nella nostra Regione, esso si configura come piano dei servizi alla persona, e ha assunto pertanto la denominazione di "Piano di Zona dei servizi alla persona". La programmazione che così si esplicita è un processo continuo che accompagna, costantemente, le azioni di sviluppo locale dei servizi e le linee di indirizzo prodotte a livello regionale.

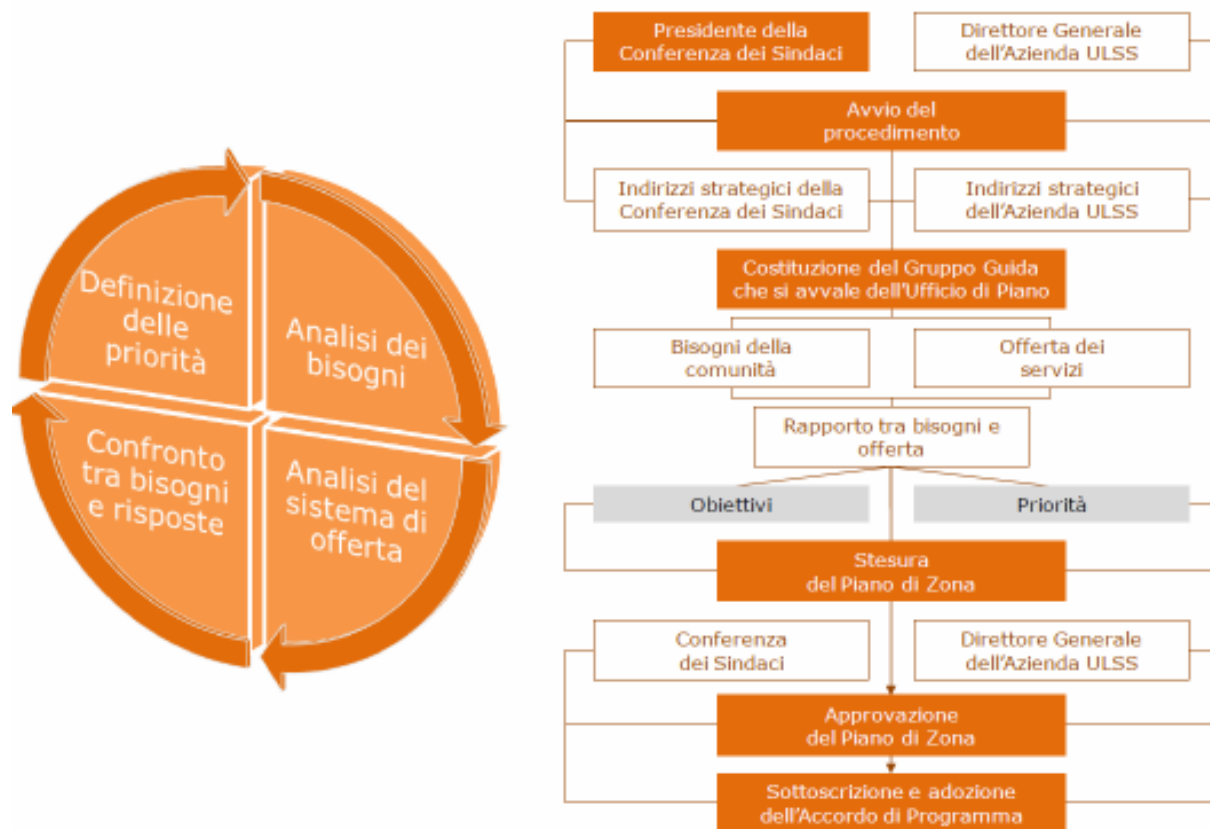
Nella Regione del Veneto, i Piani di Zona dei servizi alla persona, che hanno come ambito di applicazione il territorio dell'Azienda ULSS, sono giunti alla quarta triennialità di approvazione. In particolare, sono stati approvati, da parte delle Conferenze dei Sindaci e



recepiti dalle Aziende ULSS, tutti i Piani di Zona dei servizi alla persona 2007/2009.

Il Piano di Zona come processo di programmazione partecipata. Dopo l'approvazione del Piano di Zona vi è l'adozione da parte della Conferenza dei Sindaci e del Direttore Generale dell'Azienda dell'Accordo di programma, che da attuazione al Piano di zona stesso (art. 19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 e art. 34 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267). Tale accordo è sottoscritto, per espresso mandato della Conferenza dei Sindaci, dal Presidente della Conferenza e dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS e da eventuali altre istituzioni pubbliche interessate.

Il Piano di Zona come processo di programmazione partecipata



**Presenza del Servizio Sociale Professionale a favore dell'integrazione e della continuità assistenziale.**

In molti Tavoli territoriali dei Piani di Zona sono presenti Assistenti Sociali in rappresentanza di Enti Locali, Servizi dell'Azienda ULSS ed anche delle Cooperative Sociali, che in diverse situazioni gestiscono servizi e strutture di accoglienza in convenzione con gli enti pubblici, contribuendo ai processi di Programmazione Partecipata.

Gli Assistenti Sociali sono presenti nei servizi Distrettuali e facilitano il lavoro di integrazione degli interventi sociali e di quelli sanitari: nei Consultori Familiari, Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva, Servizi Domiciliari per anziani e pazienti fragili, ed anche nei servizi per le Dipendenze e nei Dipartimenti di Salute Mentale per attivare interventi di sostegno ai percorsi di recupero e reinserimento sociale e lavorativo, e di prevenzione del disagio.

Il Servizio Sociale Professionale opera per favorire la continuità assistenziale anche tra gli interventi ospedalieri, quelli territoriali, domiciliari e di accoglienza in strutture residenziali, quando necessario.

**c. esempi di buone prassi integrazione ed una sorta di "modello"**

AUSL VITERBO Distretto 5: sin dal primo piano di zona il Servizio Sociale è stato definito Servizio Sociale Professionale Integrato e tutti i professionisti della Azienda ULS Distretto 5 e degli 11 Enti Locali del territorio, svolgono le funzioni di accoglienza, informazione, decodifica della domanda, eventuale presa in carico e/o invio ai servizi preposti (integrazione professionale-organizzativa ed istituzionale).

Il gruppo professionale territoriale, con i due coordinatori AUSL VT Distretto 5/Comune capofila (presenti ambedue in Ufficio di Piano presso l'Ufficio Integrazione socio-sanitaria), lavora in stretta collaborazione ed ha prodotto protocolli d'intesa operativi (integrazione organizzativa) sulle aree minori –disabili adulti- residenzialità anziani-, recepiti dalla Conferenza dei Sindaci e con Delibera dall'AUSL (integrazione istituzionale), nonché giornate formative di studio su temi specifici ( Affidamento Familiare, Amministratore di Sostegno, S.S.P. e medicina legale). Inoltre gli assistenti sociali del Distretto dell' Azienda USL, su richiesta dei singoli Sindaci, nei casi di impossibilità di presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale comunale, per eccessivo carico di lavoro o evidente incompatibilità, effettuano su delega, la diretta presa in carico (famiglie multiproblematiche con minori).

Asp di Cosenza: Progetto di scrittura professionale. Il Servizio Sociale Professionale dell'Azienda ASP di Cosenza ha realizzato un Progetto Depliant Social Workers, che ha coinvolto l'Università degli Studi della Calabria, Corso di Servizio Sociale, e la Direzione Sanitaria- Servizio Sociale Professionale/Area ISS e l'Ufficio URP dell'Azienda ASP di Cosenza, evidenziando le competenze dell'Assistente Sociale necessarie per interventi integrati e che rispondano in maniera più adeguata ai bisogni sempre più complessi delle persone e delle famiglie.

**ALCUNI DATI DALLA RICOGNIZIONE SVOLTA DAL CNOAS –  
AGOSTO 2010**

**- Numero, ruolo e appartenenza assistenti sociali collocati nel socio-sanitario (con e senza delega) con indicazione servizio di appartenenza.**

<b>Regione</b>	<b>Occupati sanità</b>	<b>in</b>	<b>Tot. Iscritti Albo</b>	<b>al</b>	<b>%</b>	<b>note</b>
			<b>31/12/09</b>			
Abruzzo	192		1141		17%	
Basilicata	99		381		26%	4 P.O.
Calabria	395		2024		20%	15 P.O.
Campania	584		3810		15%	4 P.O.
Emilia R.	408		1964		21%	
Friuli	101		772		13%	2 P.O
Lazio	646		2857		23%	1 direttore
Liguria	140		936		15%	
Lombardia	1000		4456		22%	
Marche	174		1098		16%	13 P.O.
Molise	60		408		15%	2 P.O.
Piemonte	289		2152		13%	9 P.O.
Puglia	(dato parziale)		2957		/	
Sardegna	122		1139		11%	
Sicilia	725		5233		14%	2 dirig-
Toscana	458		1843		25%	
Trentino	45		672		7%	
Umbria	100		539		19%	10 P.O.
Val d'Aosta	9		65		14%	
Veneto	603		2373		25%	

## ALLEGATO "B"

### RIFERIMENTI NORMATIVI E CONTRATTUALI

Assistente Sociale collaboratore, un professionista che opera in accordo funzionale con l'Assistente Sociale coordinatore di area, per il raggiungimento degli obiettivi del Servizio sociale in accordo, con gli obiettivi individuati a livello aziendale e garantisce le funzioni proprie della professione. (livello contrattuale D)

Assistente sociale collaboratore esperto; (livello contrattuale DS)

Assistente sociale con indennità di coordinamento

Assistente Sociale con Posizione organizzativa

Assistente Sociale coordinatore, un professionista che coordina all'interno di un'unità operativa o di un dipartimento territoriale o ospedaliero, tutte le figure degli Assistenti Sociali con un ruolo intermedio tra professionista e dirigenza strategica aziendale.

Assistente sociale Dirigente

Requisiti formativi: laurea specialistica/magistrale classe 57/s e iscrizione sezione A dell'Albo professionale

Il Direttore del Servizio Sociale, un professionista assistente sociale dotato di autonomia organizzativa professionale e gestionale con responsabilità del servizio di competenza.

Requisiti formativi: laurea specialistica/magistrale classe 57/s e iscrizione sezione A dell'Albo professionale

### Quadro normativo

La legge n. 84 del 23 marzo 1993 disciplina la professione di Assistente Sociale e istituisce l'Albo professionale, prevede che per l'esercizio della professione sia necessario il possesso del diploma universitario sancito secondo le caratteristiche dell'articolo n. 2 della legge 341 del 19 novembre 1990. Queste norme hanno condotto alla soppressione delle scuole dirette a fini speciali introducendo la professione nel nuovo sistema universitario. Il DM n. 590 del 2000 trasforma il diploma universitario in laurea triennale in scienze del servizio Sociale e istituisce la laurea specialistica anche per gli Assistenti Sociali. Il DM n. 270 del 2004, pur tenendo la suddivisione dei corsi di laurea su due livelli, trasforma i titoli precedenti in "laurea" e "laurea magistrale".

### Percorso normativo e contrattuale

- 20/09/2001 Ccnl comparto sanità 1998 – 2001 (secondo biennio 2000-2001)

Assistente Sociale: ruolo tecnico - categoria D/Ds Inoltre l'art 10 introduce l'indennità di coordinamento per gli assistenti sociali anche se la legge n. 84 del 23 marzo 1993 aveva già previsto, la possibilità per l'assistente sociale, di svolgere compiti di attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali.

- 10/04/2008 Ccnl comparto sanità 2006-2009 (primo biennio 2006-2007)

Ai fini dell'affidamento dell'incarico di coordinamento l'art 4 richiede la necessità per gli appartenenti alle professioni sanitarie (il riferimento è alla legge 43/06 ed al relativo accordo in sede di Conferenza Stato/Regioni) - del possesso del master del primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università con un'esperienza professionale complessiva nella categoria D e/o Ds di almeno tre anni. Questo articolo, però, non abroga e/o sostituisce il precedente art. 10 del Ccnl comparto sanità 1998 – 2001 (secondo biennio 2000-2001) del 20/09/2001, che prevede la possibilità dell'indennità di funzione di coordinamento anche ai collaboratori professionali - assistenti sociali.

- 17/10/2008 Ccnl dell'area della dirigenza Stpa del Ssn - 2006-2009 (biennio 2006-2007)  
Più recentemente, questo contratto, all'art. 9, conferma "in via provvisoria quanto stabilito nell'art. 24, comma 20, del Ccnl 3 novembre 2005, l'incarico di cui all'articolo precedente può essere conferito dalle aziende anche al personale appartenente al profilo di assistente sociale, indicato nell'art. 7 della legge 251 del 2000, come integrato dall'art. 1 - octies del DLgs. 250/2005, convertito dalla legge 27 del 2006 per il coordinamento della specifica area professionale".

### **Profilo professionale Assistente Sociale:**

- Regioni dove è prevista la dirigenza  
Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia, Liguria.
- Regioni dove è prevista la posizione organizzativa  
Marche, Piemonte.
- Regioni dove non sono previste funzioni dirigenziali  
Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sardegna

### **Ruolo Professionale**

Percorso normativo e contrattuale che parte dai superati "ruoli professionali" per arrivare agli attuali "profili e declaratorie": il superamento del "ruolo" per valorizzare il percorso contrattuale, normativo e professionale sviluppato, negli ultimi dieci anni, delle professioni che operano nel servizio sanitario nazionale.

- *Dpr 20 dicembre 1979, n. 761* – "Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali".  
L'art. 1 prevede che il personale addetto ai servizi sanitari è inquadrato in *ruoli* nominativi regionali: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo (vedi poi art. 2, 3, 4 e 5).

- *Legge 23 ottobre 1992, n. 421* – "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale".

- L'art. 2, paragrafo c), punto 5, per le controversie di lavoro riguardanti i pubblici dipendenti prevede l'affidamento al giudice ordinario ma chiarisce che tra le materie regolate con legge rientrano i *ruoli* e le dotazioni organiche.

- *Dpr 27 marzo 2001, n. 220* – "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del servizio sanitario nazionale". Sono citati i termini di figura e profilo professionale ma mai i ruoli.

- *01/09/1995 - Ccnl comparto sanità - parte normativa 1994/1997 e parte economica 1994/1995*

I ruoli del personale sono confermati, ad esempio art. 45 (Indennità di qualificazione professionale e valorizzazione delle responsabilità)

- *7 aprile 1999 - Ccnl comparto Sanità - parte normativa 1998/2001 e parte economica 1998/1999*

Con l'art. 12 parte la nuova classificazione del personale intesa a superare il precedente sistema di inquadramento basato sulle posizioni funzionali di cui Dpr 761/1979 e del Dpr 384/1990 con nuove declaratorie e profili definiti precisamente nel testo contrattuale.

L'art. 17, *criteri e procedure per i passaggi all'interno di ciascuna categoria*, supera la rigida ripartizione dei ruoli prevedendo, in possesso dei requisiti, il passaggio orizzontale tra profili diversi indipendentemente dal ruolo di provenienza. Procedura assolutamente impraticabile al tempo dei ruoli regionali, quando per cambiare professione, oltre ai requisiti, era d'obbligo affrontare un concorso pubblico mentre, in caso di eventuale selezione interna, il candidato veniva escluso a priori se non appartenente allo stesso ruolo previsto nel bando.

L'art. 44, *disapplicazioni e sostituzioni*, prevede che, per effetto del presente contratto, quali norme risultano sostituite o disapplicate. Con riguardo al sistema classificatorio del personale dalla data di entrata in vigore del presente contratto *sono inapplicabili tutte le norme previgenti incompatibili e*, in particolare, le seguenti disposizioni: a) articoli 1, comma 4, 63, comma 9 e allegato 1 del DPR 20 dicembre 1979, n 761;

Nell'art. 44 è citato "*in particolare*" la disapplicazione del comma 4 dell'art. 1 del Dpr 761/1979 ma la norma prevede che "*sono inapplicabili tutte le norme previgenti incompatibili*", quindi si potrebbe

sostenere che tutta la normativa sui ruoli, dopo l'entrata dei profili e declaratorie, non ha più ragione di esistere. Questo è confermato soprattutto dalla progressione interna prevista dall'art. 15 che sarebbe stata impossibile con i ruoli.

- 20 aprile 2001 – Ccnl integrativo del Ccnl comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999

L'art. 52, *disapplicazioni*, prevede che dalla data di stipulazione del presente Ccnl sono disapplicate tutte le norme contenute: d) nel DPR 761/1979, ivi compreso il rinvio alle disposizioni del T.U. del 3 gennaio 1957 degli impiegati civili dello Stato, espressamente menzionate nei Ccnl citati nelle precedenti lettere e nel presente contratto.

Inoltre, lo stesso contratto riporta all'Allegato 1 le declaratorie delle categorie e profili che sostituisce i precedenti dove di fatto si conferma, oltre il superamento dei ruoli, il nuovo percorso classificatorio dei contratti di sanità pubblica. E' opportuno sottolineare ancora due aspetti: il primo che il *Dpr 27 marzo 2001, n. 220* – "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del servizio sanitario nazionale" prevede i termini figura e profilo professionale senza mai citare parola ruolo. Secondo, la riforma costituzionale ha assegnato organizzazione e responsabilità sanitaria alle regioni, importante novità rispetto alle normative precedenti.

Si sottolinea, in fine, che l'art 15 septies, comma 2 del "testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, prevede che "le aziende unità sanitarie e le aziende ospedaliere possono stipulare, oltre a quelli previsti dal comma precedente, contratti a tempo determinato, in numero non superiore al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, a esclusione della dirigenza medica nonché della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, a esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico.*

***Firmato e condiviso da:***

***Ministero della Salute***

***Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali***

***FP-CGIL, FP-CISL, FPL-UIL, SUNAS, FIALS, FSI***