

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 30 maggio 2011 (dott.ssa Margherita Ferracin – Dott.ssa Rosa Foscaro)

L'INTEGRAZIONE: DEFINIZIONE E RIFERIMENTI NORMATIVI

L'integrazione è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale ed è ormai da ritenersi un imperativo, per chiunque lavori nell'ambito dei servizi alla persona, operare in modo integrato.

I motivi sono diversi:

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

Si tratta, quindi, di motivi tecnici, di cause sociali, ma anche di esigenze etiche, conseguenti alla maggiore consapevolezza che, lavorando nell'ambito dei Servizi che si rivolgono alla persona, si ha la responsabilità, oltre che di erogare prestazioni, di promuovere uno star bene nelle persone, nelle famiglie, nelle comunità. E questo star bene, che non è solo superamento del bisogno materiale o sconfitta della malattia, presuppone un'azione sinergica, un apporto multiplo, un leggere, un pensare, un lavorare, un verificare, un esercitare la responsabilità, dove l'attore non è più solo questo o quell'operatore, questo o quel servizio, questa o quella istituzione.

Tuttavia l'Integrazione non va considerata come un fine ma come un mezzo per raggiungere traguardi che richiedono una gestione condivisa e finalizzata sulla base delle risorse disponibili. Si rivela condizione necessaria per sostanziare il valore della centralità, della globalità e dell'unicità della persona, e per avviare prassi che diano senso operante a questo valore e a questa centralità.

L'integrazione è quindi un valore che si realizza sulla base di un sistema di norme (leggi, regolamenti, accordi), attraverso percorsi tecnici metodologicamente fondati per ogni professione ma soprattutto attraverso una mentalità, una comune cultura.

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

Negli anni '90 la legge di riforma (D.Lgs 502/92 e D.Lgs 517/1993) che hanno segnato l'Aziendalizzazione delle ULSS e degli ospedali hanno finito con il separare più nettamente le competenze tra il settore sanitario e quello sociale, soprattutto da un punto di vista economico. Il processo di aziendalizzazione non prevedeva il ruolo dell'ente locale come organo di programmazione e di controllo. Esso prevedeva invece che l'azienda Usl potesse assumere la gestione di attività o di servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali, con oneri a totale carico degli stessi.

Il decreto 229/99 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" ha fatto rientrare i Comuni nel processo decisionale e programmatico, in particolare per l'approvazione dei Piani Sanitari e per la verifica della loro attuazione.

Il Dlgs 229/99 prevede dunque nuove condizioni di rapporto tra Regioni, Comuni e Aziende Unità Sanitarie Locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale, precisa, inoltre che l'integrazione sociosanitaria riguarda «tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale».

* Articolo 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229

Integrazione sociosanitaria

Si definiscono prestazioni sociosanitarie 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.

L'integrazione socio-sanitaria viene distinta su tre livelli:

- Istituzionale: promozione di collaborazioni tra istituzioni diverse con comuni obiettivi di salute attraverso convenzioni, protocolli operativi, accordi, governata dai Distretti attraverso le indicazioni contenute nei piani regionali;
- Gestionale: si cercano configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento adeguati ad incrementare approcci multidimensionali, metodologie di lavoro per progetti e valutazioni sistematiche partecipate
- Professionale; linee guida per l'orientamento del lavoro multi professionale, attraverso la definizione delle condizioni necessarie per la promozione dell'integrazione professionale: unità valutative integrate, gestione unitaria della documentazione, partecipazione ai momenti decisionali, individuazione di responsabilità del lavoro integrato.

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

Ulteriore ridefinizione e consolidamento in questo senso avviene attraverso il DPCM 14/2/2001 ("Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie") che ridefinisce l'assistenza socio-sanitaria come "prestata a persone che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale anche di lungo periodo, secondo progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali, sulla base dei seguenti criteri (vedi testo Canevini-Vecchiato – pag. 43):

§ Natura del bisogno (valutazione delle limitazioni e delle potenzialità della persona nel suo spazio di vita = funzioni psico-fisiche, natura delle attività e delle limitazioni, modalità di partecipazione alla vita sociale, fattori di contesto ambientale e familiare)

§ Complessità del bisogno

§ L'intensità dell'intervento assistenziale

§ La sua articolazione temporale

L'Assistenza Socio-Sanitaria si esplica nelle seguenti aree di intervento: materno-infantile, disabilità, anziani e persone con patologie cronico-degenerative, dipendenze da droga, alcool e farmaci; psichiatria, pazienti terminali. Le attività in queste aree sono programmate e finanziate all'interno dei piani regionali.

A seconda della rilevanza della componente sanitaria o socio-assistenziale viene data una denominazione di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria.

* Sono da considerare **prestazioni sanitarie** a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unita' sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

* Sono da considerare **prestazioni sociali** a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:

a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;

b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;

c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;

d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;

e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;

f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

g) dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo-assistenza.

* Sono da considerare **prestazioni socio-sanitarie** ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare

riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

L'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie dovrà ed essere assicurata attraverso: una valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato, la valutazione periodica dei risultati

Tabella A - PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO -

(Tabella prevista dall'art.4, c.1 del [DPCM 14 febbraio 2001](#) -

"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie")

Publicato in G.U. n. 129 del 6 giugno 2001

| AREA | PRESTAZIONI - FUNZIONI | FONTE LEGISLATIVA | CRITERI DI FINANZIAMENTO |
|-------------------|---|--|---|
| Materno infantile | 1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative | L. 29/7/1975, n.405 | 100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) |
| " | 2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche | L. 22/5/1978, n.194 | 100% SSN |
| " | 3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni | Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali | 100% SSN le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie. |
| " | Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio, di disadattamento o di devianza | L. 28/8/1997, n.285 Leggi regionali | 100% a carico dei Comuni le prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale sui minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia |
| " | Interventi per minori soggetti a | | 100% a carico dei Comuni l'accoglienza in comunità educative o |

| | | | |
|----------|---|--|--|
| | provvedimenti penali, civili, amministrativi. | | familiari |
| " | 4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi | L. 15/2/1996, n. 66 L.3/8/1998, n. 269 D.M. 24/4/2000: P.O. Materno Infantile | 100% SSN |
| Disabili | 1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica | L. 23/12/1978, n.833 art.26 Provvedimento 7/5/1998: linee guida del Ministero della Sanità per l'attività di riabilitazione | 100% SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsività minimale. 100% SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico. |
| " | 2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia | L. 5/2/1992, n.104 L. 21/5/1998, n. 162 Leggi regionali | 100% SSN le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica 70% SSN e 30% a carico dei Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale) l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali. 40% SSN - 60% Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale) l'assistenza ai disabili gravi privi di sostegno familiare, nei servizi di |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | <p>residenza permanente.</p> <p>100% a carico dei Comuni l'assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo.</p> |
| <p>Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative</p> | <p>1. Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia</p> | <p>Linee Guida emanate dal Ministero della Sanità del 31/3/1994</p> <p>L. 11/3/1988, n.67</p> <p>L. 451/1998</p> <p>D.L.vo n. 229/1999</p> <p>DPR 23/7/1998: Piano Sanitario 1998/2000</p> <p>Leggi e Piani regionali</p> | <p>100% SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva.</p> <p>Nelle forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso di standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera,</p> <p>il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale).</p> |
| " | <p>2. Assistenza domiciliare integrata</p> | <p>P.O Anziani</p> | <p>100% SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione</p> <p>50% SSN e 50% Comuni</p> <p>(fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale) l'assistenza tutelare.</p> <p>100% a carico dei Comuni l'aiuto domestico e familiare</p> |
| <p>Dipendenze da droga, alcool e farmaci</p> | <p>1. Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale,</p> | <p>DPR 9/10/1990, n. 309</p> <p>L.18/2/1999, n.45</p> | <p>100% SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative ed i trattamenti specialistici, compreso il periodo della disassuefazione in comunità</p> |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| | domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale | Accordo Stato-Regioni 21/1/1999 | terapeutica 100% a carico dei Comuni i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza |
| Patologie psichiatriche | 1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale. | DPR 10/11/1999: P.O. Tutela della salute mentale 1998/2000 | 100% SSN |
| " | 2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo | | Nella fase di lungoassistenza, ripartizione della spesa tra Asl e Comuni secondo quote fissate a livello regionale prevedendo, nei parametri di ripartizione, una quota minima di concorso alla spesa tra il 30% ed il 70% (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale). |
| Patologie per infezioni da HIV | 1. Cura e trattamenti farmacologici particolare per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali | L. n.135/1990 DPR 8/3/2000: P.O. Aids | 100% SSN nella fase intensiva ed estensiva. Ripartizione della spesa tra Asl e Comuni in misura non inferiore al 30% per ognuno nella fase di lungoassistenza (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale). |
| " | 2. Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo | | 100% a carico dei Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale). |
| Pazienti terminali | 1. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale | L.28/2/1999, n. 39 | 100% SSN |

La Legge 328/2000

Tra il Decreto del 99 e quello del 2001 si inserisce un evento normativo fondamentale:

La legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e servizi sociali”. Affronta il tema dell’integrazione sociosanitaria con riferimento ai principi generali della programmazione (art. 3), alle funzioni dei comuni (art. 6), alle funzioni delle regioni (art. 8), alle figure professionali (art. 12), alla metodologia di intervento finalizzata all’elaborazione di progetti personalizzati (art. 14), ai livelli di programmazione (art. 18), ai piani di zona (art. 19), alla definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22).

Le norme sopra indicate fissano i livelli essenziali minimi di assistenza sanitaria e socio-assistenziale. (LEA)

La legge n. 328/00 mette in relazione la programmazione regionale e le priorità locali permettendo che effettivamente le scelte locali affrontino in modo integrato i fattori sanitari e sociali della salute,.

La L.328/2000, ha individuato nel **Piano di Zona** lo strumento di collegamento istituzionale e di forte integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra servizi sociali e sanitari. L’articolo 19, in particolare, richiama la necessità di coerenza tra la programmazione sociale e quella sanitaria all’interno dei Piani, procedendo alla costruzione di “sistemi locali di intervento” basati sulla complementarietà degli interventi sanitari e sociali e sul coordinamento nel territorio delle attività di enti e organismi che hanno competenze o realizzano iniziative in questi settori.

La legge n. 328/2000, dunque, riconosce nel **Piano di Zona ... lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell’integrazione sociosanitaria.**

Il Piano di Zona diviene il principale strumento di integrazione:

- ***l’integrazione delle politiche*** socio-sanitarie e di queste con quelle sociali;
- ***l’integrazione istituzionale*** e cioè dei soggetti istituzionali e sociali;
- ***l’integrazione operativa*** tra servizi sociali, tra servizi socio-sanitari e sociali (integrazione interna tra strutture operative della Azienda ULSS ed esterna tra servizi di soggetti diversi pubblici e privati della rete).

Mette insieme integrazione delle responsabilità e integrazione delle risorse

Il Piano di Zona, alla luce della normativa vigente, è lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, associati negli ambiti territoriali coincidenti con il territorio delle Unità Locali Socio Sanitarie, d’intesa con le Unità Locali Socio Sanitarie e con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, definiscono il sistema integrato di interventi e servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, alle priorità, agli strumenti e alle risorse da attivare, all’interno del più generale quadro delle politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istruzione, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni.

DAI PRINCIPI ALL’OPERATIVITA’

Se i diversi soggetti sono consapevoli di rappresentare qualcosa di parziale, di avere conoscenze parziali, di disporre di risorse limitate, ma nel contempo di dover garantire una risposta che risulti rispettosa della persona che è globale (e non sommativa di segmenti, di bisogni, di parti) ed efficace (che faccia star bene) allora c’è un’unica strada da percorrere che è quella dell’integrazione, della sinergia, del coordinamento, del condividere le responsabilità. Diventa questa una scelta etica, tecnica, economica.

La normativa dell'ultimo decennio ha sancito e riordinato questi principi riconoscendo anche strumenti operativi che garantiscono una cornice istituzionale e organizzativa entro la quale realizzare concretamente percorsi di integrazione.

Queste trasformazioni acquistano un peso significativo anche nei rapporti tra professionisti, nelle reciproche definizioni di identità, nella possibilità di cooperazione, negoziazione e condivisione di responsabilità.

Per realizzare l'integrazione è necessario agire con una "mentalità integrativa", una dimensione del pensiero che presuppone un'apertura mentale che consente di non farsi sfuggire la complessità dei problemi sociali e la parzialità-limitatezza strutturale di ogni professione... Questo considera prioritariamente l'unitarietà e l'integrità della persona (a fronte di situazioni di disgregazione personale e relazionale..) e la necessaria apertura di ogni professionista a saperi e strumenti diversi, di altri ambiti disciplinari e professionali da cui possono scaturire punti di vista nuovi (Neve in: "Diomede Canevini M., Vecchiato T, (a cura di) *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone* Centro Studi Fondaz. E.Zancan – Padova 2002 Pag. 81,82).

Il confronto tra diverse identità mette in gioco i tratti specifici di ogni professione.

La specificità strutturale del profilo professionale è determinata:

- Dal tipo e il grado di legittimazione – riconoscimento sostanziale/formale, sociale e giuridico che identificano ogni professione
- Dal particolare oggetto di studio e di intervento e il relativo corredo metodologico e strumentale che la contraddistinguono
- Dai contenuti deontologici – codificati o meno cui si ispira e con cui si autocontrolla. (E.Neve).

Altri fattori concorrono a connotare e consolidare l'identità professionale:

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

Nel concreto del lavoro quotidiano l'interazione tra operatori incontra ancora alcune difficoltà nel raggiungimento del delicato, ma fondamentale equilibrio tra specificità professionale e integrazione dei ruoli: il necessario margine di flessibilità e soggettività insito nei percorsi di presa in carico può divenire strumento difensivo o espressione delle resistenze da parte di chi stenta a riconoscersi nel necessario processo evolutivo che impone di lavorare in modo integrato.

Dall'altro lato qualora vengano adottate imposizioni organizzative e protocolli di collaborazione troppo rigidi si possono incontrare reazioni nei singoli operatori che si sentono attaccati nella propria autonomia professionale e condizionati dai vincoli istituzionali che, a volte divengono fattori limitanti piuttosto che risorse sia per l'esercizio dell'operatività, sia rispetto agli obiettivi in favore delle persone.

Inoltre i processi di integrazione possono rappresentare una minaccia a schemi classici e rigidi di funzionamento gerarchico.

Comunque, in generale, bassi livelli di integrazione diventano causa di inefficienze, ritardi, incomprensioni, che sfociano sia in un servizio inadeguato, sia nel malcontento e demotivazione da parte degli operatori (E.Neve).

Buoni livelli di integrazione garantiscono il superamento della segmentazione (frammentarietà) e della moltiplicazione degli interventi (messa in atto incontrollata di una

molteplicità e sovrapposizione di azioni con sprechi e alimentazione di logiche assistenzialistiche e di dipendenza degli utenti).

Riguardo agli operatori, nei processi di integrazione, vengono richiesti capacità riflessiva, apertura mentale, pensiero creativo, con la fiducia che, a fronte della perdita di qualche abitudine e certezza, i professionisti potranno ottenere come contropartita nuove conoscenze e nuove capacità in ordine a risultati più efficaci (E.Neve)

Riguardo a questa responsabilità che coinvolge tutti i professionisti, ricordiamo un documento prodotto da un gruppo di lavoro multidisciplinare condotto dalla Fondazione Zancan nel 2004: "Carta Etica delle Professioni che operano a servizio delle persone" vengono infatti citate le responsabilità nei confronti :

- della persona
- della propria professione
- delle altre figure professionali
- delle organizzazioni e delle istituzioni

E vengono suggerite precise indicazioni etiche :

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

L'INTEGRAZIONE E IL SERVIZIO SOCIALE

La logica di lavoro multidisciplinare introdotto dalle Riforme, che diventa modalità operativa fondante nell'Assistenza Socio-Sanitaria, non è nuova per il Servizio Sociale Professionale, che la annovera tra le fasi fondamentali del suo intervento, come strumento per la valorizzazione e promozione della persona e per la prevenzione dell'esclusione sociale, proprio nelle aree dove i rischi di emarginazione sociale sono più elevati.

Lo sguardo alla globalità della persona è richiamato nell'art. 3 del codice deontologico:

Art. 3: L'assistente sociale considera e accoglie ogni persona portatrice di una domanda, di un bisogno, di un problema, come unica e distinta da altre in analoghe situazioni e la colloca entro il suo contesto di vita. Di relazione e di ambiente, inteso sia in senso antropologico-culturale che fisico.

Art. 36: L'assistente sociale deve contribuire alla promozione, allo sviluppo e al sostegno di politiche sociali integrate favorevoli alla maturazione, emancipazione e responsabilizzazione sociale e civica di comunità e gruppi marginali e di programmi finalizzati al miglioramento della loro qualità di vita favorendo, ove necessario, pratiche di mediazione e di **integrazione**.

Art. 38: L'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, sia privati che pubblici, e ricercarne la collaborazione per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera articolata e differenziata a bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un **sistema di rete integrato**.

A. Campanini (In Campanini A., *L' intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Carocci Roma 2005 pagg. 81,82) ribadisce come il Servizio Sociale deve essere in grado di conoscere dialogare e collaborare con tutte le istanze sociali presenti in un territorio in modo da rendere il contesto sociale più ricettivo ai bisogni di vario genere e più accogliente rispetto alle difficoltà che i singoli possono incontrare.

La lettura della realtà esistente attraverso un'analisi corretta ed approfondita delle caratteristiche del contesto sociale diventa il primo passo per assumere un ruolo di sostegno e orientamento nonché di facilitazione delle possibilità di aggregazione che il territorio presenta.

Uscire dal proprio ambito e spingersi nella comunità implica accettare il confronto con punti di vista diversi che a volte possono apparire lontani, non farlo comporta rischiare di ignorare o non considerare risorse, interventi di altri. Numerose sono le difficoltà, i pregiudizi, le criticità che nascono dall'apertura a questo confronto. Tuttavia, laddove si riescono a sviluppare queste dinamiche attraverso un atteggiamento professionale aperto, si può rilevare che questo incontro e collaborazione si trasformano in un processo costruttivo capace di generare stimolo e incrementi qualitativi, innovando le prassi quotidiane e migliorando il livello di conoscenza dei problemi, realizzando forme di aiuto complesso e integrato in una prospettiva ecologica che tiene conto della globalità del soggetto.

Nelle relazioni interpersonali per realizzare e sostenere un processo di integrazione è importante assumere alcuni atteggiamenti professionali (M. Dal Prà Ponticelli).

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

L'Assistente Sociale ha, insita nel suo agire professionale, l'abitudine, a "connettere" gli elementi che percorrono tutte le fasi della sua attività: dall'ascolto, alla valutazione, alla formulazione del progetto e all'utilizzazione delle risorse." Questa professione riconosce e fa proprio il concetto di integrazione, sia come valore rispetto alla qualità dell'intervento, che verso l'utente, considerato nella sua globalità e complessità"

In ciascuna area d'intervento in ambito socio-sanitario, patologia -problematica prevalente devono essere connesse e complementari alla relazione individuo-contesto; questo passaggio deve essere curato dall' Assistente Sociale che necessita pertanto di trovare una stretta correlazione con gli altri specialisti di riferimento.

Una valutazione multidimensionale (di tutte le "dimensioni" della situazione) diventa l'elemento iniziale per un'attenta indagine di tutti i sistemi della persona (fisico, psichico,

socio-relazionale...) del loro intreccio nella sua storia, determinante per la definizione del problema. La teoria dei sistemi ci insegna, infatti, che il benessere è dato dal continuo aggiustamento degli equilibri nelle diverse dimensioni personali: al modificarsi di una, si modificano inevitabilmente tutte le altre.

Compito del Servizio Sociale, in questa fase, è quello di avviare e tenere le fila "in corso d'opera" delle modalità di lavoro integrato con tutte le altre professioni. La "regia" del coordinamento ed il lavoro sociale di rete messi in campo dall'assistente sociale e orientati alla globalità dell'intervento, sono una risorsa necessaria.

Folgheraiter definisce il compito di "gestione manageriale del progetto individuale" svolto dall'assistente sociale come una "funzione sovraordinata di raccordo cognitivo e operativo per rispondere adeguatamente alla complessità di situazioni socio-relazionali compromesse", dove è spesso necessario garantire, nel lungo termine, accudimento, sostegno, accompagnamento, con obiettivi di promozione, mantenimento, sviluppo delle autonomie funzionali presenti nella persona.

La funzione del "case management" definisce precisamente il progetto e gli operatori impegnati, a garanzia dell'integrazione e della gestione unitaria degli apporti professionali.

Questo nuovo sistema di "welfare socio-sanitario" più vicino al cittadino, promovendone la partecipazione attiva, ha dato avvio a esperienze integrate di lavoro socio-sanitario, avviando esempi di "buone-prassi", sistematizzando il lavoro integrato tra gli aspetti sanitari e le forti implicazioni sociali delle problematiche affrontate.

Spesso però, soprattutto nelle realtà locali dove la programmazione delle Politiche e dei Servizi trova difficoltà a concretizzarsi, si delineano situazioni dicotomiche di presa in carico, a danno del cittadino, poiché non tengono conto dei necessari obiettivi di inscindibilità e indivisibilità dell'intervento.

LE UNITÀ VALUTATIVE MULTIDIMENSIONALI DISTRETTUALI: STRUMENTO ORGANIZZATIVO E TECNICO-PROFESSIONALE PER REALIZZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Documento: Azienda Ulss 16 Padova , Area Adulti-Anziani

“BUONE PRASSI PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E LA DEFINIZIONE DI PROGETTI ASSISTENZIALI INTEGRATI”

(Sintesi di alcuni aspetti maggiormente significativi)

Ruolo dell'UVMD

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

Obiettivi dell'UVMD

- valutare in modo multidimensionale i bisogni sanitari , sociali o socio-sanitari complessi
- concordare le strategie assistenziali fra diversi servizi/professionisti
- verificare i progetti assistenziali

Destinatari:

adulti e anziani, e loro famiglie, con problemi socio-sanitari complessi, afferenti all'area della disabilità, della salute mentale e della dipendenza che richiedono:

- valutazione/o consulenza di natura integrata
- progetti integrati di sostegno a domicilio

- accoglienza in struttura

La UVMD costituisce l'unica porta di accesso ad una serie di servizi indicati nel protocollo

Criteri di convocazione:

- La salute (fisica psichica e sociale)
- Dimissione protetta
- Rete informale in difficoltà ad assicurare assistenza
- Necessità di consulenza sul progetto assistenziale per il coordinamento fra servizi

Procedure per l'attivazione e il funzionamento della UVMD

- Formalizzate ed evidenziate in ogni passaggio dalla segnalazione, alla convocazione dei partecipanti, ai tempi e alle priorità da assegnare, corredata da scheda S.VA.M.A la cui compilazione richiede il contributo delle varie professioni ;
- La valutazione sociale è a cura dell'Assistente Sociale del Comune che stabilisce autonomamente le modalità di effettuazione della valutazione stessa (visita domiciliare, colloquio, collaborazione con altri colleghi)
- Ruoli dei diversi operatori: ciascun operatore concorre alla valutazione del caso e alla gestione del progetto assistenziale con la propria professionalità, rispetto alla quale agisce con autonomia professionale... la valutazione di ciascuna singola dimensione è il frutto di un lavoro interdisciplinare...il responsabile della UVMD è responsabile della correttezza delle procedure nelle sue diverse fasi...i componenti della UVMD sono responsabili della valutazione relativa al proprio specifico professionale e congiuntamente della valutazione multidimensionale...la valutazione ed il corrispondente progetto assistenziale deve essere condiviso unanimemente.

Il progetto della UVMD viene formulato nel rispetto dei

- criteri di erogazione delle prestazioni (regolamenti comuni e ULSS e normative)
- vincoli di budgets a disposizione di ciascun servizio

Il Verbale

- sottoscritto da tutti i partecipanti
- sostituisce di norma ogni altra procedura autorizzativa per l'attivazione dei servizi sia sanitari che sociali nelle diverse forme (residenziali o domiciliari)

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

Il Referente del Caso

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

La verifica del progetto assistenziale costituisce un obiettivo esplicito della normativa regionale in materia.

- In ciascuna UVMD viene programmata la data della successiva UVMD di verifica ad una distanza di tempo proporzionale alla stabilità clinica e sociale del caso
- Ogni passaggio viene rigorosamente documentato

L'UVMD e i programmi di Assistenza Domiciliare Integrata

- Costituisce obiettivo prioritario privilegiare e promuovere la domiciliarità in tutte le sue forme anche attraverso l'individuazione e la proposta di modalità innovative di intervento. Priorità e tempi di erogazione dovranno essere tenuti in relazione alle diverse tipologie di problemi socio-assistenziali e/o agli obiettivi assistenziali

Sistema informativo ADI

- Un sistema informativo che consente di documentare e condividere le informazioni relative agli utenti seguiti con i servizi domiciliari dai diversi Enti

Azienda Ulss 16 – protocollo: BUONE PRASSI MINORI

Come indicato nelle *Linee Guida Regionali 2005 per i servizi sociali e sociosanitari "La presa in carico, la segnalazione e la vigilanza"*, la responsabilità di realizzare specifici interventi finalizzati alla protezione e alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza appartiene, trasversalmente, ai diversi soggetti attivi nell'area materno-infantile (Regione, Enti locali, Aziende ULSS, Ufficio del Pubblico Tutore dei minori, Autorità Giudiziaria, famiglie affidatarie, enti di gestione delle comunità tutelari, tutori e curatori speciali) ciascuno per le proprie specifiche competenze.

Per definire e gestire al meglio le strategie di intervento è necessario, quindi, che gli operatori costruiscano alleanze professionali attraverso cui affrontare anche le situazioni caratterizzate da profonde disfunzioni individuali e/o familiari.

E' altresì fondamentale favorire un rapporto di collaborazione con la famiglia nella definizione e nella realizzazione del progetto di presa in carico, ricorrendo anche ad opportuni momenti di comunicazione e condivisione,

La predisposizione di un modello operativo integrato si pone come condizione preliminare per favorire l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, l'unitarietà e l'uniformità degli interventi nel territorio.

Assumere un tale modello permette lo sviluppo di sinergie tra le diverse agenzie territoriali, valorizza le interdipendenze fra strutture operative, definisce gli spazi di collaborazione, riconosce le specifiche modalità di lavoro e la reciprocità nella condivisione di informazioni tra servizi. Ciò consente, altresì, di introdurre un'innovazione metodologica attraverso la documentazione dei percorsi operativi, la misurazione e la verifica dei risultati.

1) OBIETTIVI GENERALI

1. Proteggere il minore attraverso l'attivazione di processi di cambiamento che mirino a garantire adeguata tutela al minore, sostenendo e valorizzando il ruolo peculiare della famiglia nella promozione dello sviluppo, nell'educazione e nella cura delle persone.
2. Rispondere ai bisogni psicologici, sociali e/o sanitari dei minori e delle loro famiglie.

3. Favorire la collaborazione intra ed interistituzionale per permettere un approccio multidimensionale nella valutazione delle situazioni multiproblematiche¹.

Si individuano come situazioni multiproblematiche quelle in cui si evidenzia una convergenza di elementi di rischio che possono mettere potenzialmente in pericolo il percorso evolutivo del minore.

“Per rischio si intende una situazione sfavorevole in cui non si è in grado di prevedere con ragionevole certezza lo sviluppo di un possibile danno alla salute psico-fisica del minore d’età, di una distorsione del suo sviluppo o di altri risultati patologici. Il rischio consiste nell’esistenza di uno squilibrio tra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al minore stesso, alla sua famiglia e al suo intorno sociale per superare le difficoltà” (*Linee Guida Regionali 2005*, pag. 28).

4. Costruire un osservatorio privilegiato sui minori e le loro famiglie, al fine di identificare i bisogni emergenti nel territorio, valutare i livelli di integrazione fra i servizi e promuovere le iniziative volte a migliorarli.

2) OBIETTIVI SPECIFICI

1. Individuare modalità condivise di collaborazione per la presa in carico delle situazioni di disagio dei minori e per la gestione della complessità, che mirino a garantire l’appropriatezza, l’efficacia, l’efficienza, l’unitarietà e l’uniformità degli interventi nel territorio.
2. Predisporre un modello operativo integrato per la valutazione e la gestione delle situazioni multiproblematiche di minori in quanto componenti di una famiglia, all’interno di uno specifico contesto sociale.
3. Documentare i percorsi operativi per:
 - consentire la misurazione e la verifica dei risultati,
 - rilevare le problematiche emergenti, evidenziando gli elementi di rilevanza epidemiologica e di criticità nell’integrazione tra servizi.

3) METODOLOGIA

L’attuazione delle buone prassi per la valutazione multidimensionale e la realizzazione di progetti integrati nell’area materno-infantile, prevede l’attivazione sinergica della rete dei servizi e delle altre agenzie, la valorizzazione delle interdipendenze fra strutture e operatori, l’individuazione degli spazi e dei tempi di presa in carico e collaborazione, la definizione delle specifiche modalità di lavoro e lo scambio d’informazione tra servizi.

Strumento indispensabile all’innovazione metodologica è la documentazione condivisa dei percorsi operativi, la valutazione dei processi, la verifica dei risultati.

¹ Si individuano come situazioni multiproblematiche quelle in cui si evidenzia una convergenza di elementi di rischio che possono mettere potenzialmente in pericolo il percorso evolutivo del minore.

“Per rischio si intende una situazione sfavorevole in cui non si è in grado di prevedere con ragionevole certezza lo sviluppo di un possibile danno alla salute psico-fisica del minore d’età, di una distorsione del suo sviluppo o di altri risultati patologici. Il rischio consiste nell’esistenza di uno squilibrio tra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al minore stesso, alla sua famiglia e al suo intorno sociale per superare le difficoltà” (*Linee Guida Regionali 2005*, pag. 28).

4) DEFINIZIONE DELLA UVMD² MINORI

L'UVMD è un metodo di lavoro per condividere la valutazione delle situazioni e delineare gli interventi e rappresenta lo strumento operativo per la realizzazione a livello distrettuale dell'integrazione socio-sanitaria.

Questa modalità operativa particolarmente significativa è finalizzata alla valutazione multidimensionale delle situazioni complesse di minori e delle loro famiglie, a rilevanza sociale e/o sanitaria, nonché alla definizione e realizzazione di un progetto di presa in carico congiunta; tale modalità operativa consente quindi l'accordo tra operatori, tramite l'integrazione dei diversi punti di vista professionali e delle diverse chiavi di lettura.

5) OBIETTIVI OPERATIVI

1. Valutare in modo multidimensionale i bisogni psico-sociali e/o sanitari complessi
2. Definire in modo condiviso il progetto d'intervento
3. Individuare strumenti e metodologie di attivazione comune
4. Facilitare la condivisione del progetto da parte della famiglia
5. Monitorare e rivalutare il processo di aiuto integrato

6) MOTIVAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DELL'UVMD

L'attivazione dell'UVMD può essere richiesta da un operatore della rete dei servizi socio-sanitari per:

1. grave disagio di diversa natura che arrechi un rischio evolutivo, in cui si valuta l'imprescindibilità di un coinvolgimento degli operatori della rete dei servizi in un lavoro integrato per la valutazione della situazione, la definizione e la realizzazione del progetto operativo;
2. garantire un confronto fra i diversi attori della rete dei servizi rispetto a difficoltà metodologiche incontrate nella realizzazione del progetto di intervento, tenendo conto del fatto che la responsabilità di protezione e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza appartiene trasversalmente ai diversi soggetti attivi nell'area materno-infantile;
3. incarico da parte dell'autorità giudiziaria e situazioni in cui si prospetta la necessità di interventi di tutela e protezione.

9) IL REFERENTE DEL CASO

Il referente del caso viene individuato di volta in volta in sede di prima convocazione UVMD tenendo conto della problematica prevalente e svolge i seguenti compiti:

- a) mantenere informata la famiglia del percorso e degli esiti della valutazione compiuta dalla UVMD anche attraverso colloqui di restituzione, avvalendosi, se necessario, della collaborazione di altri operatori;
- b) assicurare funzioni di raccordo tra i diversi operatori/servizi, che lo dovranno informare su eventuali nuovi eventi rilevanti rispetto al progetto concordato o all'evolvere della situazione;
- c) condividere con tutti i componenti del gruppo la responsabilità dell'attuazione del progetto di aiuto;
- d) proporre al responsabile UVMD una nuova convocazione del gruppo, nei casi in cui il progetto di aiuto abbia subito modifiche sostanziali o la famiglia non abbia accettato il progetto presentato.

² Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale

11) VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTAZIONE

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

Gli esiti della valutazione ed il progetto sono documentati nella scheda "*Valutazione multidimensionale e progetto di presa in carico integrata*" (allegato n. 5).

Qualora in sede di UVMD si registrassero posizioni difformi difficilmente conciliabili o margini di dubbio relativamente alla valutazione e/o alla definizione del progetto, il responsabile UVMD può chiedere ulteriori approfondimenti e aggiornare la seduta. In tal caso nella scheda di valutazione non si compilerà la parte "*Progetto di presa in carico integrata*" (pag. 3), che sarà sostituita dalla parte "*Criticità nella presa in carico integrata e decisioni assunte*" (pag. 4). Si sottolinea che comunque ciascun operatore mantiene competenza e responsabilità nell'esercizio delle funzioni di tutela.

Il progetto d'intervento deve essere restituito alla famiglia, secondo le modalità definite in UVMD.

Il progetto sarà attivato d'ufficio, anche in mancanza dell'adesione della famiglia, nei casi di tutela o in presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

13) VERIFICA DEL PROGETTO

Gli incontri di verifica in itinere vengono effettuati secondo quanto previsto dal progetto o preferibilmente su richiesta del referente del caso con i seguenti obiettivi:

1. valutare l'andamento e gli esiti delle azioni progettuali,
2. apportare eventuali cambiamenti laddove necessari,
3. formalizzare la chiusura dell'UVMD.

Gli esiti degli incontri sono documentati nelle schede "*Monitoraggio e verifica in itinere integrata*" (allegato n. 6) e "*Chiusura UVMD minori*" (allegato n. 7).

14) RESTITUZIONE

La restituzione alla famiglia del progetto di intervento è fondamentale alla realizzazione dello stesso e sarà effettuata secondo le modalità concordate all'interno dell'UVMD e documentate nelle apposite schede ("*Valutazione multidimensionale e progetto di presa in carico integrata*" – all. n. 5; "*Monitoraggio e verifica in itinere integrata*" – all. n. 6; "*Chiusura UVMD minori*" – all. n. 7).



**PROTOCOLLO D'INTESA COMUNI – ULSS
UVMD MINORI**

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo – New York 1989, ratificata dall'Italia con legge 27 maggio 1991 n. 176
- Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli – Strasburgo 1996, ratificata dall'Italia con legge 20 marzo 2003 n. 77
- Costituzione Italiana, artt. 2, 3, 13, 24, 29, 30, 31, 32, 111
- D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, art. 23 – Interventi a favore di minorenni soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria
- Legge 23 dicembre 1978 n. 833 di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 s.m.i. di riordino della disciplina in materia sanitaria
- D.P.R. 23 maggio 2003 – Piano sanitario nazionale 2003-2005
- Legge 8 novembre 2000 n. 328 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- D.P.R. 3 maggio 2001 – Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003
- Legge regionale 13 aprile 2001 n. 11 – Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112
- Legge regionale 15 dicembre 1982 n. 55 – Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale
- Legge regionale 14 settembre 1994 n. 56 – Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale
- Legge 29 luglio 1975 n. 405 e Legge regionale 25 marzo 1977 n. 28 – Istituzione dei Consultori Familiari
- D.G.R.V. 11 febbraio 2005 n. 392 – Atto di indirizzo e di organizzazione dei Consultori Familiari Pubblici della Regione Veneto, Legge regionale 25 marzo 1977 n. 28
- Legge 4 maggio 1983 n. 184 e successive modifiche apportate dalla Legge 28 marzo 2001 n. 149 – Diritto del minore a una famiglia (disciplina dell'adozione e dell'affidamento)
- Legge 28 agosto 1997 n. 285 – Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza
- D.P.R. 2 luglio 2003 - Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2002-2004, a norma dell'art. 2 della legge 23 dicembre 1997 n. 451
- Decreto del Ministero della Sanità 24 aprile 2000 – Progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998- 2000"

- Decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 – Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero
- Legge 3 agosto 1998 n. 269 – Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù
- Legge 9 gennaio 2004 n. 6 – L’amministratore di sostegno
- D.P.R. 22 settembre 1988 n. 448 – Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni
- D.P.R. 9 ottobre 1990 N. 309 – Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza
- D.P.C.M. 9 dicembre 1999 n. 535 – Regolamento concernente i compiti del Comitato per i minori stranieri
- D.G.R.V. 19 dicembre 2003 n. 4029 – Attivazione della Rete regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile terminale
- Codice Civile: artt. 330, 333, 336, 337, 343, 344, 357, 360, 403, 417, 2047, 2048
- Codice Penale: artt. 328, 361, 362, 365, 527, 528, 564, 566-568, 570-572, 575, 578-580, 582, 584, 586, 588-591, 593, 600, 600bis, 600ter, 600quater, 600quinqies, 601, 602, 605, 609, 609bis, 609quater, 609quinqies, 609septies, 609octies, 610, 611, 613, 622,
- Codice Procedura penale: artt. 103, 200, 331-335
- Legge regionale del Veneto 9 agosto 1988 n. 42 – Istituzione dell’Ufficio di protezione e pubblica tutela dei minori
- Legge regionale del Veneto 16 agosto 2002 n. 22 – Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali
- D.G.R.V. 8 agosto 2004 n. 2473 – Unità di offerta e standard per autorizzazione al funzionamento e accreditamento. Allegato A – Approvazione degli standard relativi all’autorizzazione e all’accreditamento dei servizi sociali, di alcuni servizi socio-sanitari e unità di offerta non soggette all’autorizzazione all’esercizio
- Prefetture, Regione del Veneto, Tribunale per i minorenni, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni – protocollo d’intesa per il monitoraggio e la programmazione delle attività a favore dei minori stranieri non accompagnati accolti nell’ambito regionale, luglio 2004
- Legge 3 aprile 2001 n. 119 – Disposizioni concernenti l’obbligo del segreto professionale per gli assistenti sociali
- Codice deontologico degli psicologi italiani, 1997
- Codice deontologico dei medici italiani, 1998
- Codice deontologico dell’assistente sociale, 2002
- Regione del Veneto - Linee guida 2005 e 2008 per i servizi sociali e sociosanitari – La presa in carico, la segnalazione e la vigilanza per la protezione e la tutele dell’infanzia e dell’adolescenza nelle situazioni di rischio e pregiudizio

Bibliografia

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