



Università degli Studi di Torino

Dipartimento Culture Politica e Società

Corso di Laurea in Servizio sociale

**Prova finale**

*La Rete Oncologica degli Assistenti Sociali del Piemonte e della Valle d'Aosta*

Candidata: Giulia Antonacci  
Matricola: 769452

Relatrice Prof.ssa Marilena DELLAVALLE

Anno accademico 2014-2015

## INDICE

INTRODUZIONE .....	4
1. IL CONCETTO DI RETE NEL SERVIZIO SOCIALE.....	9
1.1 Concetto di rete sociale .....	9
1.2 Dimensioni, strutture ed elementi costitutivi della rete sociale	10
1.3 Lavoro di rete e lavoro in rete .....	12
1.4 La Legge quadro 328/2000.....	14
2. IL RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE IN SANITA'.....	17
2.1 Il concetto di salute.....	17
2.2 La storia del Servizio Sociale in sanità .....	18
2.3 La definizione di Servizio Sociale Ospedaliero e le sue funzioni .....	21
2.4 La dimensione dell'organizzazione ospedaliera e il Servizio Sociale .....	23
2.5 L'integrazione socio - sanitaria e la continuità assistenziale ....	24
3. LA NASCITA DEL GRUPPO DI PROGETTO DELLA RETE ONCOLOGICA DEL PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA..	26
3.1 Le normative istitutive.....	26
3.2 I Centri di Accoglienza e Servizi e i Gruppi Interdisciplinari Cure .....	27
3.3 La Rete degli assistenti sociali .....	30
3.4 I progetti: la Guida al paziente oncologico e lo Sportello Informativo .....	33
4. LINEE DI INDIRIZZO PER L'INTERVENTO DELL'ASSISTENTE SOCIALE NELLA RETE ONCOLOGICA DELLE REGIONI PIEMONTE E VALLE D'AOSTA .....	35
4.1 Dimensione organizzativa .....	36
4.2 Dimensione professionale .....	38

4.3 Dimensione relazionale .....	41
CONCLUSIONE.....	45
APPENDICE .....	49
BIBLIOGRAFIA.....	67
SITOGRAFIA .....	70
FONTI NORMATIVE .....	70

## **INTRODUZIONE**

La diagnosi della patologia neoplastica e le sue conseguenze possono avere un forte impatto negativo sulla vita dei malati e delle loro famiglie.

Esse vanno ben oltre ai molteplici sintomi fisici sui quali generalmente si concentra l'attenzione di chi ha in cura i pazienti.

La presenza della malattia può limitare notevolmente l'individuo nelle sue attività, costituendo quindi anche un problema di natura sociale ed economica (Ghislandi, 2004).

La presenza degli assistenti sociali nelle attività di cura e assistenza dei malati oncologici e l'inserimento di questo ruolo professionale all'interno dell'*équipe* della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta risponde ad esigenze funzionali di conoscenza di procedure di tutela previste per i malati e per i familiari dall'attuale sistema di welfare, di supporto allo svolgimento di pratiche burocratiche spesso lente e complicate agli occhi degli utenti e di sostegno alle faticose implicazioni di cui devono farsi carico i *caregiver*.

La presenza della professione del Servizio Sociale nelle Rete Oncologica può pertanto costituire un punto di partenza verso la costruzione di ponti per un maggiore scambio ed integrazione fra le pratiche del modello di cura orientato alla guarigione con quello più orientato al "prendersi cura" del paziente e dei suoi familiari.

Lo scopo è quello di applicare un approccio biopsico-sociale che sostenga e accompagni il malato e la rete familiare in una fase della

vita e della malattia densa di implicazioni emotive, razionali e irrazionali.

La cura, infatti, è funzione non solo dell'evoluzione clinica del paziente, ma anche del suo stato psicofisico, delle relazioni con i propri cari, e del modo di gestire gli interventi dell'*équipe* a suo favore.

Per i professionisti che intervengono in queste situazioni si tratta di un difficile compito che si muove tra linee guida ed indicazioni cliniche e la necessità di calibrare proposte ed interventi nelle specifiche situazioni.

Si tratta di procedere attraverso un continuo ascolto ed una continua osservazione della situazione, di raccogliere dettagli che, all'apparenza inutili, possono essere importanti nel trovare una strada per superare un ostacolo che sembrava insormontabile nella relazione con il paziente ed i suoi familiari e ricercare, attraverso la comunicazione con gli altri professionisti ed il lavoro di *équipe*, dispositivi e strumenti da utilizzare nelle complesse situazioni di cura. (Sul sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta (<http://www.reteoncologica.it>) è possibile reperire il materiale).

L'assistente sociale diventa, in questo processo, anche ponte tra ospedale e territorio ed ospedale e utenza, promuovendo costanti collegamenti con i servizi esterni, pubblici e/o privati, per il trattamento integrato dei problemi di persone che vanno considerate nella loro dimensione globale (Dotti, 2015).

La mia dissertazione finale è a carattere compilativo in quanto si basa su di una rassegna bibliografica e sitografica finalizzata a ricostruire ed analizzare l'esperienza della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Gli strumenti da me utilizzati sono stati molteplici come volumi e riviste che ho reperito in diverse biblioteche locali e il sito della Rete Oncologica, fondamentale fonte di informazione riguardo tale tema.

Le motivazioni che mi hanno portato alla decisione di trattare questo argomento nascono dallo svolgimento dei miei due tirocini formativi:

- il primo svolto presso il Servizio Sociale dell'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di Candiolo, centro oncologico privato, convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale e di proprietà della Fondazione del Piemonte per l'Oncologia;
- il secondo svolto presso il Servizio Sociale Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano.

Entrambe queste realtà sono all'interno del progetto della Rete Oncologica e durante questo mio percorso formativo ho potuto partecipare a diverse riunioni, in cui è nato il mio interesse per la stessa.

Il presente lavoro si articola in quattro capitoli.

Nel primo mi sono concentrata sul concetto di rete all'interno della professione del Servizio Sociale, presentando il processo di nascita, i principi su cui si basa, le sue caratteristiche e la sua applicazione all'interno del contesto sociale.

Una volta elencati gli elementi costitutivi ed esaminate le dimensioni attraverso le quali nasce e si articola una rete, ho approfondito il concetto di lavoro di rete, presentando la figura dell'operatore di rete. Passaggio fondamentale di questo capitolo è l'enunciazione della Legge quadro n. 328 del 2000. Attraverso l'analisi della stessa ho evidenziato gli scopi e le innovazioni, tra cui il passaggio dalla concezione di utente come portatore di un bisogno specialistico alla concezione di utente come persona vista nella sua globalità, costituita anche da risorse proprie e facente parte di un contesto territoriale e di una rete familiare.

Nel secondo capitolo mi sono soffermata sul ruolo del Servizio Sociale all'interno del contesto sanitario.

Partendo dalla definizione di salute elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946, ho ripercorso i cambiamenti avvenuti negli anni di tale concetto.

Ho tracciato il percorso fatto dalla professione del Servizio Sociale in sanità attraverso una rassegna delle normative che ne hanno legittimato la presenza.

Dopo aver esposto le funzioni e gli obiettivi del Servizio Sociale Ospedaliero ho analizzato la sua relazione con la dimensione organizzativa degli enti in cui opera.

Ho focalizzato l'attenzione sui processi di integrazione socio sanitaria e di continuità assistenziale, facendo riferimento al concetto di vulnerabilità e di collaborazione tra le diverse competenze professionali delle figure protagoniste di tali processi.

Nel terzo capitolo mi sono concentrata sulla descrizione della nascita del gruppo di progetto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta, esponendo le normative istitutive, la sua composizione ed ubicazione.

Attraverso la descrizione dei Centri di Accoglienza e Servizi e i Gruppi Interdisciplinari Cure ho potuto mostrare le funzioni e obiettivi di tale organo, analizzando più nello specifico l'intervento degli assistenti sociali all'interno della Rete.

Ho presentato, quindi, i due progetti pensati a favore degli utenti e delle loro famiglie quali la *Guida al paziente oncologico* e lo *Sportello informativo*.

Nel quarto ed ultimo capitolo ho concentrato l'attenzione sulle linee di indirizzo che orientano l'attività professionale degli assistenti sociali all'interno della Rete Oncologica.



## **1. IL CONCETTO DI RETE NEL SERVIZIO SOCIALE**

### **1.1 Concetto di rete sociale**

Il concetto di rete si è generato in ambito antropologico, ed è stato inizialmente utilizzato alla fine degli anni Cinquanta, per descrivere l'insieme di contatti e rapporti che la persona intesse naturalmente intorno a sé nella sua vita quotidiana.

Il termine "rete sociale" fu coniato dal professor John Barnes nel 1954, il quale volle rappresentare l'insieme di legami esistenti tra familiari, amici e vicinato i quali però erano svincolati da limiti di carattere funzionale.

Viene impiegato quindi per definire sistemi in connessione, reti di comunicazione, strategie messe in atto dagli individui (Ferrario, 1999).

Il concetto di rete sociale presuppone una concezione di uomo come soggetto in interazione con gli altri, in cui si attua un processo di influenza reciproca e di continue negoziazioni.

Le istituzioni, quali ad esempio il posto di lavoro, la scuola, la stanza di degenza di un ospedale oppure le associazioni, sono gli strumenti che facilitano la costruzione di rapporti di rete poiché offrono diverse opportunità alle persone di mettersi in contatto tra di loro.

Le caratteristiche di una rete traggono origine dalle storie ed esperienze delle persone che ne fanno parte e si modificano in base all'età e alle fasi cruciali della vita delle stesse.

La rete quindi si configura come la costruzione unitaria di tutte le relazioni che la persona intrattiene con gli altri attori sociali delle varie

istituzioni con cui viene a contatto, in questo modo una singola persona può appartenere a diverse reti, ognuna delle quali riveste funzioni e significati (Quaglino, Casagrande & Castellano, 1992).

Nell'ambito delle scienze sociali il concetto di rete sociale è stato ed è tuttora utilizzato come "metafora" per rappresentare l'idea della società come rete di reticoli sociali, come esito di vincoli ed opportunità emergenti dalle relazioni tra i soggetti.

Il termine rete sociale rimanda metaforicamente a due diverse immagini, una di apertura e una di costrizione.

Alla base di tale concetto esiste una concezione della rete come realtà puntiforme, in cui l'aspetto strutturale e funzionale è quello che assume la rilevanza maggiore (Sanicola, 2013).

## **1.2 Dimensioni, strutture ed elementi costitutivi della rete sociale**

Gli elementi costitutivi della rete sociale sono rappresentati dai soggetti, che rappresentano le unità, dai nodi che compongono la rete (possono essere individui, gruppi, posizioni, luoghi, istituzioni) e dalle relazioni, che collegano i soggetti componenti della rete.

Le reti presentano al loro interno tre dimensioni fondamentali che le costituiscono.

La prima è quella strutturale che fa riferimento a tutti i legami e gli scambi che avvengono tra gli attori sociali che fanno parte della rete e che a loro volta definiscono l'ampiezza, la densità e l'intensità; la seconda dimensione è quella funzionale che rappresenta la funzione svolta dalla rete, che può essere di vario tipo, come la funzione di

supporto sociale; la terza ed ultima dimensione è quella dinamica che rappresenta la dimensione dei processi di movimento da una condizione ad un'altra come per esempio dalla condizione di dipendenza a quella di autonomia.

Proprio in riferimento a tale concetto si sono sviluppate alcune considerazioni importanti. Le due reti, primaria e secondaria, sviluppano una relazione complementare e circolare tra di loro e permettono il superamento del confine tra sfera formale e informale facendo da ponte di collegamento tra queste due sfere.

La famiglia diventa un nodo centrale nel processo di transizione tra una rete e l'altra.

Le reti sono suddivise in reti primarie, costituite da relazioni familiari e di parentela, amicali, di vicinato, di scuola o di lavoro non possono essere create dal nulla, ma solo generate nel tempo, riconosciute, promosse e sono composte dagli elementi di affettività, svolgendo così una funzione di promozione e protezione.

Ci sono poi le reti secondarie, a loro volta suddivise in reti secondarie informali, che si riferiscono alle istituzioni create per assicurare determinati servizi per le persone.

Le reti secondarie informali, definite come aggregazioni realizzatesi intorno a un bisogno emergente, realizzano una funzione di sostegno e creano servizi che possano intervenire sulla base di una relazione personale, sulla base del principio di solidarietà.

Le reti secondarie formali invece hanno alla base il principio dell'uguaglianza, mettono in atto scambi fondati sul diritto, primo tra tutti quello di cittadinanza, erogando prestazioni o servizi.

Esiste poi una serie di altre reti chiamate di terzo settore le quali si costituiscono come organizzazioni di servizi no profit e presentano un mezzo intermedio tra sfera statale e mondo sociale. Possiamo riferirci ad esempio alle cooperative sociali, alle associazioni di volontariato e di promozione sociale, alle associazioni familiari e alle fondazioni (Sanicola, 2013).

### **1.3 Lavoro di rete e lavoro in rete**

Proprio riguardo quest'argomento, e ai fini dell'oggetto della mia dissertazione, mi sembra utile introdurre il concetto di lavoro di rete e di lavoro in rete.

Per lavoro di rete si intende l'insieme di interventi, mediante il collegamento di risorse e strategie, tesi a produrre processi di cambiamento e crescita nella persona (Ferrario, 1999).

Sanicola (2013) sostiene che

Possiamo considerarla quindi come forma di azione professionale fondata sul valore operativo del concetto di rete, pone le reti sociali al centro dell'azione, ottimizza sia le loro funzioni specifiche, ipotizza un cambiamento della realtà sociale in quanto rete di relazioni rilevanti non solo della morfogenesi dei bisogni, ma anche nel modo di farsene carico, di affrontarli e di risolverli. (p. 330)

Possiamo quindi individuare nella figura dell'operatore di rete un professionista che agisce in forza di un mandato, assegnatogli dalle reti secondarie e per la natura della sua stessa professione si identifica come guida delle relazioni all'interno delle reti che affianca gli attori sociali nei processi di promozione e sviluppo delle relazioni avendo come fine ultimo il conseguimento dell'obiettivo del bene comune. Assume quindi il ruolo di agente di collegamento tra reti primarie e reti secondarie.

Per guida relazionale si intende la relazione tra la rete naturale di aiuto ed un esperto che fa il lavoro di rete, cioè colui che, contrariamente ad altri eventuali professionisti già coinvolti che erogano prestazioni specialistiche, si pone come integratore ed interlocutore del fronteggiamento complessivo della rete. Relazione che non solo aggiunge un nodo in più alla rete esistente, ma che la collega anche globalmente con l'ambiente esperto al suo esterno, togliendole la sua naturalezza (facendola diventare una rete formale) (Ziliani, 2007).

Esiste quindi una netta distinzione tra lavoro di rete e lavoro in rete. Il lavoro di rete mira ad ampliare una rete, dell'utente o dei professionisti, cioè aggiunge un nodo ad una rete già esistente. Possiamo quindi immaginare il lavoro di rete come un processo di tessitura delle reti.

Svolge un'azione di raccordo tra le molteplici risorse al fine di supportare la rete.

L'operatore si configura quindi come uno dei nodi della rete, simmetricamente agli altri componenti. Nel lavoro in rete si svolgono azioni di coordinamento e collaborazione interprofessionale volte alla prevenzione o al recupero di situazioni di disfunzione.

L'assistente sociale si identifica come nodo della rete e coopera con altri professionisti coordinando gli interventi che possono essere costituiti da progetti o azioni specifiche attraverso una specifica struttura organizzativa; un valido esempio è il lavoro in *équipe* (Ziliani, 2007).

#### **1.4 La Legge quadro 328/2000**

Riguardo tale tema possiamo trovare nella Legge quadro 328/2000 il pilastro portante del significato di lavoro di rete.

I riferimenti normativi all'interno della legge hanno lo scopo di realizzare un sistema integrato di interventi e servizi sociali che attraverso le politiche sociali raggiungano diversi obiettivi quali garantire la qualità della vita, assicurare pari opportunità, rimuovere le discriminazioni, prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio degli individui e delle famiglie che possono derivare da diversi fattori come la disabilità, l'inadeguatezza del reddito, le difficoltà sociali oppure condizioni di non autonomia.

Il sistema viene denominato integrato perché, nella realizzazione dei suoi interventi attraverso le reti di servizi, coinvolge sia soggetti del settore pubblico che di quello privato.

Questo sistema si basa sul coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali quali Stato, Regioni, Province e Comuni operando secondo un principio di decentramento che ha come finalità il rispetto e la garanzia delle autonomie e specificità locali, ma anche il rispetto dei diritti comuni a livello nazionale.

Proprio a tal proposito, la Legge introduce il *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali* (2001-2003) che indica le linee di indirizzo e gli obiettivi che sono alla base degli interventi attuati.

Gli Enti locali, le Regioni e lo Stato si occupano della programmazione e organizzazione del sistema integrato degli interventi sociali che devono attenersi ai principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia ed economicità, omogeneità, autonomia organizzativa e regolamentazione degli enti locali.

Una delle più grosse innovazioni della legge 328/2000 è stata l'azione ri-equilibratrice fra settore pubblico e settore privato per quanto riguarda gli organismi del Terzo settore.

Questa novità ha messo in risalto un altro degli importanti scopi del sistema integrato cioè quello della promozione della solidarietà sociale e la valorizzazione delle iniziative che partono dalla società civile. Attraverso il metodo della programmazione partecipata il Terzo settore è così coinvolto nella progettazione dei servizi che verranno erogati.

La legge 328/2000 ha segnato il passaggio dalla concezione di utente quale portatore di un bisogno specialistico a quella di persona

nella sua totalità costituita anche dalle sue risorse e dal suo contesto familiare e territoriale.

Questo ha portato alla modifica del tradizionale concetto di assistenza, volta a realizzare interventi meramente riparativi, passando ad una concezione di assistenza pensata come protezione sociale attiva, strumento di rimozione e prevenzione delle cause del disagio e mezzo di promozione dell'inserimento della persona all'interno della società.

Attraverso la costruzione del sistema integrato e della rete di servizi si riconosce il diritto dei cittadini a rivolgersi ai servizi che reputano, essere i migliori per la risposta che danno alle loro specifiche e soggettive esigenze.



## **2. IL RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE IN SANITA'**

### **2.1 Il concetto di salute**

In questi anni, a causa dei cambiamenti avvenuti nella nostra società e alla luce delle nuove conoscenze socioculturali e non solo mediche, il concetto di salute si è ampliato, allargando le vedute verso aspetti più globali e importanti della vita dell'individuo (Dotti, 2015).

Il concetto di salute racchiude al suo interno, oltre alla dimensione fisica, diversi altri aspetti importanti della persona come quello emotivo, relazionale, spirituale e psicologico.

La salute è definita, infatti, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1946) come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

Questo concetto di salute non si riferisce soltanto all'assenza di malattia o di disturbo ma implica la consapevolezza che sia il risultato di determinanti di tipo sociale, economico, di elementi psicologici, di condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative e non il semplice prodotto di una organizzazione sanitaria.

Tutti elementi che interagiscono in modo positivo o negativo con l'esistenza dell'essere umano.

La salute viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

In Italia troviamo un chiaro esempio di disposizione legislativa nell'articolo 32 della Costituzione che sancisce la tutela della salute come un fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività.

Lo Stato, a questo proposito, ha il dovere di farsi carico di individuare e modificare, tramite un processo di integrazione professionale, quelle condizioni che influiscono negativamente sulla salute collettiva, promuovendo al contempo quelle favorevoli.

## **2.2 La storia del Servizio Sociale in sanità**

Dagli anni sessanta, in Italia, si aprono altre ipotesi per il miglioramento della salute che vedono protagoniste nuove figure professionali.

Risale al 1968, conseguentemente alla Legge n.132 del 12 febbraio 1968 che regolava gli Enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera ,all'art. 39, l'inclusione legittima della figura dell'assistente sociale nelle strutture ospedaliere.

Uno dei pilastri portanti in materia si istituisce sicuramente nella Legge 833 del 23 dicembre 1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

Con questa legge lo Stato mira a tutelare la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e cosa altrettanto importante assicura "il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività."

Solo con l'art.4 del Decreto Ministeriale del 13 settembre 1988 e in seguito con l'art.1, comma 13, del Decreto Legislativo n. 229, del 19 giugno 1999, viene riconosciuta a livello legislativo l'importanza del

concorso di una pluralità di figure professionali, ed in particolare la presenza dell'assistente sociale come necessaria in ospedale, prevedendola come figura integrante del personale specializzato (Dotti, 2015).

Tale norma istituisce le norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e all'art. 3-septies (Integrazione sociosanitaria) concretizza l'importanza dell'integrazione tra intervento sanitario e intervento sociale.

Essa, inoltre, evidenzia il concetto di prestazione socio sanitaria come "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." (Decreto Legislativo n.229, 19/06/1999, art. 3-septies)

Altro importante passo nella storia del Servizio Sociale Aziendale, per quanto riguarda la regione Piemonte, è stato l'emanazione della Deliberazione della Giunta Regionale del 2 novembre 2009, n.50 che ha istituito le linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.

Tale norma ha riconosciuto il Servizio Sociale e la sua importante funzione di attuazione dell'integrazione socio sanitaria.

Proprio a tal fine impone alle Aziende Sanitarie Regionali di provvedere a istituire il Servizio Sociale Aziendale, il quale interviene

secondo specifiche aree di intervento quali l'area organizzativa - progettuale in cui opera al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi aziendali in linea con i principi professionali, promuovendo l'innovazione e l'attuazione di modelli organizzativi assistenziali e collaborando all'individuazione e alle proposte di modelli di intervento basati sull'integrazione inter-professionale ed inter-aziendale tra Ospedale e Territorio; l'area tecnico - operativa in cui si occupa di informare gli utenti sui diritti di cittadinanza e sui servizi socio - sanitari - assistenziali esistenti, valutando i bisogni sociali ed assistenziali dei cittadini nel contesto sanitario e favorendo l'attivazione di percorsi finalizzati all'accompagnamento e alla tutela delle persone in stato di difficoltà.

Collabora inoltre con il Volontariato e il Terzo Settore, attivando reti sociali formali ed informali, per interventi individuali e per progetti di sensibilizzazione della comunità;

L'azione del Servizio Sociale dunque ha l'obiettivo di attuare una presa in carico globale della persona, affiancandola nel percorso sanitario, predisponendo progetti d'intervento, individuale o di gruppi sociali, nei processi di prevenzione, cura, riabilitazione e di continuità assistenziale.

Secondo le norme vigenti il Servizio Sociale Aziendale ha il compito di mettere in rete, attraverso interventi integrati volti a garantire continuità assistenziale ai cittadini, le proprie risorse con quelle del territorio, avendo come obiettivo la piena realizzazione dei processi sanitari e sociali sulla base dei principi di efficienza ed

efficacia, identificandosi così come punto di riferimento e organizzazione per l'integrazione socio sanitaria.

La necessità di integrazione tra interventi sanitari, socio - assistenziali e sociali hanno portato al riconoscimento della figura dell'assistente sociale come parte integrante dell'*équipe* ospedaliera, che conseguentemente ha creato la necessità di istituire nuovi modelli di coordinamento delle reti del welfare sanitario e sociale, attraverso la creazione di reti di risorse per rispondere ai bisogni delle persone.

### **2.3 La definizione di Servizio Sociale Ospedaliero e le sue funzioni**

Il Servizio Sociale Ospedaliero è stato definito come

un servizio di supporto a quello prettamente clinico [...] come un'unità operativa che coadiuva l'intervento clinico al fine di ristabilire il benessere della persona ricoverata. Si può quindi affermare che il servizio sociale, nel caso costituisca un'unità operativa dentro l'azienda ospedaliera, si caratterizza per una propria autonomia d'intervento che, secondo tecniche e metodologie proprie, agisce in un'ottica di rete e in un'area multilivello, concorrendo al mantenimento o al recupero della salute dei cittadini (Caprini, 2013, p. 631).

La malattia presenta, infatti, molte altre conseguenze oltre a quella biologica. Si pensi agli effetti che crea in ambito economico, previdenziale, sociale, e psicologico.

In un ambiente come quello ospedaliero, l'assistente sociale viene a contatto con la vulnerabilità sia dei pazienti sia dei famigliari, che può scaturire da diversi fattori come incapacità personali, status sociali

svantaggiati, ed è la manifestazione della fragilità insita nella malattia e tutte le sue implicazioni socio - economiche, con la possibilità di andare incontro ad esiti negativi (Casazza, 2010).

L'ospedale è pensato come luogo per la cura e protezione delle persone ammalate e il Servizio Sociale Ospedaliero svolge un ruolo chiave in questa direzione.

Dalla consulenza e sostegno professionale trasversale a tutti i reparti dell'ospedale, alla gestione e organizzazione delle risorse umane, strutturali ed economiche, alla promozione di strategie per l'integrazione socio sanitaria, l'assistente sociale diventa una figura di raccordo tra le risorse personali del paziente e della famiglia e le risorse territoriali.

Il soddisfacimento del bisogno di salute/benessere può essere soddisfatto solo nel momento in cui gli interventi effettuati siano sanitari ma anche socio assistenziali.

Il fine ultimo diviene il miglioramento della qualità della vita del paziente e della sua rete.

L'obiettivo del Servizio Sociale, dunque, diviene anche quello di soddisfare le necessità di interventi globali considerando però i limiti dei tempi di degenza in modo da assicurare risposte adeguate di continuità delle cure sia dentro che fuori dall'ospedale (Dotti, 2015).

## **2.4 La dimensione dell'organizzazione ospedaliera e il Servizio Sociale**

La dimensione dell'organizzazione è di fondamentale importanza nel lavoro sociale professionale e “rende necessario all'assistente sociale fare contemporaneamente riferimento ad un duplice mandato: quello sociale ossia il dover essere dell'operatore nei confronti dell'utenza e delle esigenze di cambiamento che essa esprime, e quello istituzionale, ossia le indicazioni provenienti dalle norme e dalle prassi dell'organizzazione in cui è inserito” (Zenarolla 2007, p. 49).

L'operato delle assistenti sociali del Servizio Sociale Aziendale e l'organizzazione delle strutture ospedaliere sono reciprocamente influenzate.

L'efficacia e l'appropriatezza delle cure dipende da un'integrazione di più professioni che, operando in modo sinergico, attivano progetti individualizzati nel rispetto di ogni diversità economica, sociale, di razza, religione o credo politico.

Il confronto fra gli operatori all'interno dell'ospedale è pertanto vissuto come occasione di sviluppo, poiché le assistenti sociali e gli altri professionisti ricercano molteplici strategie volte alla risoluzione della situazione problematica al fine di soddisfare compiutamente gli interessi degli utenti.

## **2.5 L'integrazione socio - sanitaria e la continuità assistenziale**

La professione dell'assistente sociale ospedaliero si attua dunque in tre principali aree di intervento, che riguardano le diverse fasi di *acuzie e post acuzie* del paziente:

- Area d'intervento di ricovero e delle cure ospedaliere;
- Area d'intervento della continuità assistenziale;
- Area d'intervento dell'integrazione socio sanitaria.

Al fine di raggiungere l'obiettivo di un'integrazione socio sanitaria è indispensabile l'intervento di attori diversi e il loro ricorso alle risorse disponibili in modo che da tale integrazione nasca la realizzazione di un progetto. Si apre perciò la ricerca di contatti e di relazioni, l'identificazione di obiettivi comuni e la creazione di una rete (Sanicola, 2009).

Questo diventa indispensabile nella gestione di pazienti ospedalizzati che presentano fragilità biologiche e sociali come l'assenza di un *caregiver* oppure una situazione abitativa non idonea al loro stato clinico.

Spesso in conseguenza a tali condizioni si va incontro a dimissioni difficili, cioè che riguardano persone le quali, una volta affrontata e superata la fase acuta della patologia, hanno esigenze di assistenza sanitaria che comportano un gravoso carico organizzativo per la rete familiare.

I pazienti in situazione di vulnerabilità, per poter essere dimessi, richiedono una grande integrazione di risorse.



In questi casi, quando le dimissioni sono ritardate perché non si riescono a trovare soluzioni immediate, è necessario il coinvolgimento dei servizi territoriali (Comodo, Maciocco, 2004).

Tali servizi territoriali si avvalgono di strumenti quali l'assistenza domiciliare integrata garantita da gruppi multidisciplinari per gestire fasi acute, programmi di dimissione protetta, assistita e programmata, programmi di ospedalizzazione domiciliare, *team* infermieristici di comunità che si recano a domicilio per servizi di diversa intensità assistenziale, cure palliative domiciliari.

Per continuità delle cure si intende continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario e tra livelli di assistenza nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Questo favorisce una presa in carico globale e completa del paziente poiché in tal modo si sviluppa un tipo di assistenza fondata su un rapporto multidisciplinare che comprenda l'integrazione delle prestazioni sociali, sanitarie, di cura e di riabilitazione (Dotti, 2015).

### **3. LA NASCITA DEL GRUPPO DI PROGETTO DELLA RETE ONCOLOGICA DEL PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA**

#### **3.1 Le normative istitutive**

La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è un dipartimento funzionale inter-aziendale ed inter-regionale che rappresenta lo strumento per l'organizzazione della cura e l'assistenza dei malati oncologici.

La Rete è stata istituita con la Deliberazione della Giunta Regionale n.446 del 27 novembre 1999 e, in seguito, revisionata dal punto di vista organizzativo con la successiva Deliberazione della Giunta Regionale n.21-11511 del 3 giugno 2009.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 15 del 2 dicembre 2002 è nato il polo oncologico di Ivrea e della Valle d'Aosta e, proprio dalla creazione di questa struttura, si è deciso di denominare quindi la Rete come “Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta”.

Il Dipartimento ha sede presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino e diretto dal Dottor Oscar Bertetto.

La Rete vede al suo interno, come principali attori, oltre al Direttore Generale, l'Unità di Coordinamento (U.C.R.) e i Dipartimenti di Oncologica di tutte le Aziende sanitarie che ne fanno parte.

Proprio la condivisione di risorse, tecnologie e percorsi di diagnosi e terapia e la collaborazione di più professionisti tra le due Regioni

permettono il miglioramento progressivo delle risposte ai bisogni di salute dei pazienti affetti da patologie tumorali, superando gli elementi di disomogeneità territoriale. (<http://www.ausl.vda.it/>)

La convenzione tra la Regione Piemonte e la Valle D'Aosta è stata decretata dalla Deliberazione della Giunta Regionale n.1-358 del 20 Luglio 2010.

### **3.2 I Centri di Accoglienza e Servizi e i Gruppi Interdisciplinari Cure**

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n.26-10193 del 1 agosto 2003 la Regione Piemonte ha istituito all'interno della Rete le linee guida sul piano organizzativo e metodologico dei Centri di Accoglienza e Servizi (C.A.S.) e dei Gruppi Interdisciplinari Cure (G.I.C.).

I Centri di Accoglienza Servizi sono le strutture di riferimento dei pazienti con queste particolari patologie poiché proprio da essi vengono accolti, informati sui servizi e accompagnati nella gestione del percorso diagnostico-terapeutico.

I Gruppi Interdisciplinari Cure vengono attivati all'interno dei poli C.A.S. e vedono come attori principali medici di diversa specializzazione che si occupano di stabilire e progettare i percorsi terapeutici più appropriati per ogni singola situazione.

Questo avviene grazie ad un approccio globale ed interdisciplinare al trattamento della persona malata, attraverso momenti di condivisione e confronto tra specialisti con differenti competenze, non solo

sanitarie ma anche infermieristiche, sociologiche, psicologiche e sociali, delle differenti Unità Operative.

*L'équipe* della Rete Oncologica, quindi, accompagna il paziente lungo i percorsi di diagnosi e di terapia, offrendogli modalità di cura multidisciplinari e assistenza amministrativa da parte di centri dedicati.

All'interno del percorso si attuano numerosi e significativi passaggi, si utilizzano molteplici strumenti professionali e si creano progetti mirati che permettono una presa in carico globale del paziente attivando un coordinamento del percorso diagnostico terapeutico uniforme e coerente, interdisciplinarietà del piano di cura e la tempestività degli interventi.

Attraverso la costituzione di tutti questi nodi di Rete è possibile semplificare la fase di accesso dell'utenza ai servizi e l'avvicinamento di questi al contesto di vita del paziente stesso.

Inoltre, prerogativa fondamentale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta è prestare particolare attenzione e riguardo al tema della formazione, delle attività di comunicazione e trasmissione delle informazioni utili, del finanziamento di progetti di ricerca per il conseguente trasferimento dei risultati in ambito clinico e dei processi di monitoraggio e valutazione.

Citando dal Decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999 che istituisce il Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative:

La rete di assistenza ai malati terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti.

La scoperta e la presenza della malattia nella vita di un paziente comportano grosse implicazioni sia a livello clinico che a livello psico-sociale.

Oltre alle visibili conseguenze di natura fisica e biologica, esistono moltissimi effetti psicologici che vengono attivati durante tutto il percorso terapeutico del paziente, a partire dalla comunicazione della diagnosi.

Per questo motivo è considerata di fondamentale importanza la presenza di un professionista del servizio sociale che sappia interfacciarsi e utilizzare nel modo più appropriato le risorse presenti nel contesto di vita, all'interno della complessa struttura organizzativa di trattamento di questi pazienti (Plodari, 2003).

Proprio a questo riguardo il dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta ha ritenuto opportuno costituire dei gruppi di lavoro formati da professionisti con particolari e differenziate competenze in ambito sanitario e sociale che cooperino e interagiscano tra loro.

Ogni professionista è stato scelto tra gli operatori delle aziende sanitarie in rappresentanza delle diverse realtà regionali e ha il

compito di collaborare per creare nuove possibili soluzioni analizzando le criticità di ogni situazione.

### **3.3 La Rete degli assistenti sociali**

La Rete degli assistenti sociali è stata istituita con Deliberazione della Giunta Regionale n.48-9824 del 30 giugno 2003 ed è entrata a far parte, insieme alle reti rappresentate da altre professioni, nella Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta.

Con la successiva Determinazione Regionale n. 265 dell'8 settembre 2004 sono stati previsti e stanziati fondi destinati alla realizzazione di progetti formativi rivolti alle assistenti sociali e per la pubblicazione di documenti informativi rivolti ai pazienti, riconfermati annualmente nei piani di attività.

La rete è costituita da assistenti sociali che operano nell'ambito dei servizi sanitari delle due Regioni.

Le norme, sia su piano nazionale che su piano regionale, vedono nell'integrazione socio sanitaria l'elemento fondante della creazione di un sistema di servizi prestati agli utenti.

A partire dalla Legge Regionale n.18 del 6 agosto 2007, istitutiva delle norme per la programmazione socio sanitaria e il riassetto del servizio sanitario, si sottolinea il dovere della Regione di assicurare all'utenza lo sviluppo dei servizi di prevenzione, servizi ospedalieri, servizi territoriali in una prospettiva di rete e di integrazione con i servizi di assistenza sociale.

Questi principi si ricollegano al concetto di salute definito dall'O.M.S., in cui la salute è considerata il risultato delle interazioni tra diversi elementi presenti nel contesto di vita delle persone.

A questo proposito appare evidente l'esigenza di costruire un organo che intervenga mediante un approccio globale e interdisciplinare in modo da accompagnare e sostenere il paziente e la sua famiglia durante tutto il percorso diagnostico terapeutico, nel processo di cura, nella riabilitazione e in tutte le fasi della malattia.

Il problema della persona non è solo sconfiggere la malattia ma anche mantenere il più elevato possibile il livello della qualità della sua vita e di quella della sua famiglia, sia durante la fase acuta della malattia che nella fase di reinserimento sociale.

Attraverso l'attuazione dell'integrazione socio sanitaria si possono affrontare le conseguenze derivanti dalla malattia come implicazioni di natura economica, lavorativa e sociale.

Riprendendo la Deliberazione della Giunta Regionale 50 del novembre 2009 che istituiva le linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle A.S.L. della Regione Piemonte, l'obiettivo dell'azione professionale dell'assistente sociale può essere identificato nel garantire, attraverso la collaborazione con gli altri operatori, la funzionalità del sistema e favorire la tutela dei cittadini in modo che possano accedere ad appropriati percorsi socio sanitari.

All'interno della Rete Oncologica gli assistenti sociali promuovono la comunicazione tra i diversi sistemi (altri professionisti, istituzioni,

utenza ecc), costituendosi come collegamento tra le risorse e i pazienti.

Proprio le risorse sono l'elemento centrale dell'intervento del Servizio Sociale, che sono valorizzate, promosse e utilizzate mantenendo sempre l'attenzione alla tridimensionalità del sistema Utente - Ente - Territorio (Dotti, 2015).

L'obiettivo principale rimane l'attuazione dell'integrazione socio sanitaria attraverso azioni professionali quali consulenza e supporto professionale trasversale a tutti i Dipartimenti delle A.S.L., la gestione e organizzazione delle risorse e il raccordo con il Terzo Settore. (Giraudò, 2010).

La Rete si attiva dopo aver individuato il livello di vulnerabilità e rischio sociale di una situazione di disagio, pianificando e costruendo così il percorso appropriato, utilizzando le risorse del paziente e della sua rete familiare e creandone delle nuove utilizzando il contesto territoriale, rispettando così i principi di qualità ed economicità del sistema.

L'obiettivo è quello di promuovere e mantenere l'individuo nel suo ambiente di vita, limitando il più possibile il ricovero perché la cura possa avvenire all'interno di un contesto nel quale il paziente stesso possa coinvolgere tutte le risorse dell'ambiente di vita formali e informali.

Il Servizio Sociale all'interno della Rete si occupa di facilitare ai pazienti l'accesso ai servizi utilizzando strumenti quali Centri di Accoglienza e Servizi.



### **3.4 I progetti: la Guida al paziente oncologico e lo Sportello Informativo**

Gli assistenti sociali all'interno della Rete in questi anni si sono occupati di diversi progetti.

Da un lungo lavoro è nata la *Guida al paziente oncologico* nata come risposta alla necessità di sostegno delle persone che soffrono di queste patologie e dei loro familiari, durante i percorsi di accompagnamento nelle diverse fasi di cura.

La Guida indirizza gli utenti verso le soluzioni possibili e verso le risorse disponibili riguardo ai bisogni della loro vita in relazione alla loro situazione familiare, situazione economica e previdenziale, alla loro situazione giuridica.

Mette a disposizione anche informazioni sul tema del volontariato e sui servizi offerti dal territorio.

Essa si basa sul principio del rispetto della dignità e della capacità di scelta del paziente e si identifica come valido strumento per orientarlo in modo da valorizzare il suo percorso di *empowerment*, tenendo presente le implicazioni che la malattia ha sulla vita quotidiana.

Questo processo di crescita coinvolge ovviamente le reti attorno al paziente, come quella locale dei servizi, quella familiare e del terzo settore e il Servizio Sociale mira ad attivare le risorse individuali, la responsabilizzazione e le capacità autonome degli utenti.

E' nato, successivamente, presso la struttura ospedaliera Regina Margherita, il progetto dello "*Sportello Informativo*".

Questo sportello ha sede presso l'Ufficio del Servizio Sociale dell'Ospedale pediatrico Regina Margherita ed è formato da due assistenti sociali specializzate in ambito di invalidità pediatriche.

Il progetto è interamente finanziato dalle agenzie del terzo settore e al suo interno è prevista una stretta collaborazione con il Servizio di Continuità Assistenziale.

Questo servizio si occupa di svolgere attività di segretariato sociale rivolta ai genitori dei piccoli pazienti, al fine di accompagnare nel percorso di comprensione e di affronto della patologia ed è gestito direttamente dal coordinatore della Rete.

La famiglia può rivolgersi a questo Sportello e trovare supporto nello svolgimento delle pratiche utili all'interno dell'ospedale, senza doversi allontanare dal minore, poiché al suo interno sono presenti i patronati tutti i giorni.

L'obiettivo di tutto il progetto è quello di garantire il diritto a tutti i cittadini di un'informazione dettagliata e capillare dei servizi offerti e delle risorse disponibili.

Per ulteriori indicazioni è possibile consultare la pagina <http://www.reteoncologica.it/>

#### **4. LINEE DI INDIRIZZO PER L'INTERVENTO DELL'ASSISTENTE SOCIALE NELLA RETE ONCOLOGICA DELLE REGIONI PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**

Come già descritto in precedenza, negli anni gli assistenti sociali della Rete Oncologica hanno lavorato a diversi progetti, tra cui la creazione di due Guide, la prima rivolta ai cittadini (già citata e descritta nel terzo capitolo) e la seconda riguardante le linee di indirizzo per l'intervento dell'assistente sociale all'interno della rete oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta.

Quest'ultima Guida citata è stata elaborata dopo un lungo percorso di formazione e ricerca, iniziato nel 2010 e durato circa due anni, che ha visto come protagonisti e artefici della sua realizzazione quaranta assistenti sociali.

Questo percorso formativo è stato condotto dalle assistenti sociali operative all'interno dei poli oncologici e delle strutture sanitarie delle Regioni del Piemonte e della Valle D'Aosta, con la collaborazione dall'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano.

Studiando gli approcci metodologici e gli strumenti utilizzati dalle assistenti sociali, analizzando i percorsi di accesso e presa in carico degli utenti da parte del servizio sociale ed esaminando gli strumenti utilizzati nei percorsi specifici della professione, si sono creati nuovi criteri ed indicatori per la valutazione dell'azione professionale degli assistenti sociali in ambito oncologico.

Questa Guida è nata con l'obiettivo di integrare interventi e strategie utilizzati dai professionisti delle due Regioni per arrivare ad un

metodo unitario nell'azione di sostegno dei pazienti e dei loro percorsi sanitari, a partire dalla diagnosi della patologia, alla fase di dimissione fino ad arrivare alla fase di accompagnamento nel processo di *post* dimissione.

#### **4.1 Dimensione organizzativa**

L'azione professionale dell'assistente sociale all'interno della Rete Oncologica può essere analizzata attraverso tre dimensioni.

La prima è la dimensione organizzativa.

Essa riguarda il ruolo professionale dell'operatore all'interno dell'organizzazione istituzionale dell'Ente di appartenenza.

La dimensione dell'organizzazione è di fondamentale importanza nel lavoro sociale e come dichiara Zenarolla (2007, p.49) “rende necessario all'assistente sociale fare contemporaneamente riferimento ad un duplice mandato: quello sociale ossia il dover essere dell'operatore nei confronti dell'utenza e delle esigenze di cambiamento che essa esprime, e quello istituzionale, ossia le indicazioni provenienti dalle norme e dalle prassi dell'organizzazione in cui è inserito”.

Questa dimensione vede l'assistente sociale protagonista nell'elaborare e condividere con gli altri operatori procedure su misura per l'intervento sociale di presa in carico del paziente oncologico, che riguardino tutte le fasi del percorso del paziente all'interno del servizio.

E' utile ricordare che "non esisterebbe alcuna collettività organizzata durevole senza una qualche volontà di cooperazione, intendendo quest'ultima nel senso più ampio di "operare con gli altri"" (Albano & Dellavalle, 2013, p.26).

La prima fase, quella della segnalazione, deve essere attivata dal Servizio Sociale con una modalità di codifica che abbia alla base i principi di precisione e immediatezza.

Uno strumento utile per attivare in modo proficuo e tempestivo l'intervento del Servizio Sociale è una scheda, da sottoporre al personale sanitario, in cui indicare i fattori di rischio sociale del paziente, attraverso la forma di una richiesta scritta di consulenza sociale.

Le modalità con cui la segnalazione perviene al servizio sono importanti poiché i casi presi in carico hanno carattere d'urgenza che richiedono all'assistente sociale celerità di scelta e tempi rapidi nel processo di riconoscimento degli elementi di rischio e risorse (Dotti, 2015).

Una volta arrivata al Servizio Sociale la segnalazione, si attua una fase di valutazione dei fattori di rischio del caso, indicati nella scheda. In questa fase è importante che l'analisi del caso sia attuata da più professionisti con diverse competenze in modo da attuare una sinergica unione degli strumenti e in modo da avere una visione globale della situazione.

Questo porta alla successiva creazione di progetti di percorsi protetti di dimissione.

L'attuazione di questa fase richiede che siano anticipatamente previsti momenti di riunione e condivisione con le varie altre professioni all'interno del contesto ospedaliero.

E' importante che esistano dei momenti di formazione condivisi dalle varie professioni su temi di comune interesse e che si sottolinei e si promuova il contributo degli assistenti sociali nel processo di integrazione socio sanitaria, anche dando spazio all'attività di progettazione, calibrando l'istituzione del Servizio Sociale Aziendale, basato sulla normativa della Deliberazione della Giunta Regionale n.50-12480 del 2 novembre 2009 della Regione Piemonte.

Funzionale a questo proposito è la creazione di iniziative informative per la professione sociale in tema di legislazione e sul suo aggiornamento.

Al fine di migliorare sempre di più le modalità di intervento e i propri strumenti è utile trovare momenti di riflessione e valutazione del proprio agire professionale, evidenziando gli esiti e correggendo ciò che pone difficoltà nei passaggi.

#### **4.2 Dimensione professionale**

Per dimensione professionale si intende l'insieme delle competenze metodologiche, deontologiche e tecniche dell'assistente sociale.

Specularmente ai punti analizzati nel precedente paragrafo, si possono ipotizzare miglioramenti anche per quanto riguarda questa dimensione.

Gli assistenti sociali devono essere i primi promotori della propria professione come parte integrante dell'organico del personale sanitario al fine di attuare una presa in carico globale del paziente.

Questa promozione prevede la predisposizione di momenti di formazione comune tra le due aree, sanitaria e sociale e nell'azione pratica il continuo confronto, soprattutto nella gestione di casi più complessi.

La formazione è un passaggio fondamentale per la professione e deve evolvere in momenti di aggiornamento e di continuità formativa, sempre congiuntamente alle altre professioni del contesto sanitario.

Attraverso questo confronto risulta utile progettare percorsi assistenziali, sulle linee guida emerse dalla valutazione multiprofessionale, identificando, per le varie fasi del percorso, un *case manager*.

Questa figura viene riconosciuta come guida del lavoro di rete e ha il compito di assumersi la responsabilità rispetto agli esiti della presa in carico.

In quanto guida dell'intervento di rete, essa agisce e decide in nome dell'autorità locale da cui dipende (Folgheraiter, 1998).

Come sostiene Bortoli (2013) esistono diversi modelli nell'esercizio del *case management*.

Un primo modello considera tale funzione assunta da un operatore che controlla costantemente i progressi della persona attraverso una visione del percorso globale e che quindi ricopre un più alto grado all'interno dell'organizzazione gerarchica degli operatori.

Un secondo, invece, è il "modello di mediazione", in cui la figura del *case manager* è ricoperta da qualsiasi operatore che abbia la capacità di riconoscere gli elementi di vulnerabilità dell'utente, in modo da attivare conseguentemente le risorse necessarie

Per accelerare i tempi di intervento è utile la progettazione e costruzione di una scheda informatizzata da utilizzare come strumento di immediata identificazione degli indicatori di rischio sociale individuati dagli operatori sanitari in una prima valutazione, che per primi hanno contatti con il paziente.

Questo tipo di organizzazione professionale può essere la base per offrire delle chiavi di lettura ed analisi da sottoporre alla Direzione Sanitaria dei presidi, attraverso la raccolta di dati informatizzati, suddivisi per tipologie di pazienti e di interventi attuati.

Tale impostazione porta all'emergere delle problematiche del territorio in questione che possono essere così sottoposte all'attenzione dei vertici istituzionali.

Questi elementi evidenziano uno stretto legame tra questa dimensione e la dimensione organizzativa.

A questo proposito è utile la costruzione di una mappa delle risorse, informatizzata e aggiornata regolarmente, che offre il territorio, utilizzata come strumento dell'agire professionale degli assistenti sociali.

Le informazioni all'interno della mappa devono essere facilmente conseguibili e di immediata comprensione in modo da essere utilizzate come importante fonte di linee guida per gli operatori della rete.



### 4.3 Dimensione relazionale

Per dimensione relazionale si intende l'insieme delle dinamiche che si attivano nella costruzione della relazione d'aiuto tra l'assistente sociale e la persona.

L'intervento del Servizio Sociale si può definire, infatti, come "processo di aiuto" teso ad attivare un cambiamento nei rapporti fra soggetti e problemi e problemi e risorse (Dal Pra Ponticelli, 1987).

Il tema della relazione d'aiuto è centrale nel Servizio Sociale e si identifica con il rapporto che si instaura tra utente e operatore sociale. Si presenta anch'essa come strumento professionale.

L'obiettivo del processo di aiuto è quella di promuovere l'autodeterminazione degli utenti, la loro capacità di *problem solving* e di stimolare le loro capacità, risorse, attitudini, competenze, abilità ed opportunità in una logica di *empowerment* (Di Lauro, 2012).

L'assistente sociale è la figura professionale a cui la persona rivolge, nei Servizi, la richiesta di aiuto: un problema familiare, un disagio personale, una situazione difficile.

Si potrebbe dire che è fondamentale nel ricucire lo strappo che si è avuto tra individuo e società.

Proprio a questo proposito vorrei qui citare le parole del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, che in occasione della Giornata mondiale del Servizio Sociale, ha manifestato l'apprezzamento verso la professione dell'assistente sociale, sottolineando come "gli assistenti sociali, prodigandosi in situazioni complesse e difficili contribuiscono

in maniera preziosa alla necessaria azione di rammendo di un tessuto sociale spesso messo a dura prova.”

(Ordine Assistenti Sociali, Consiglio nazionale [http://www.cnoas.it/Attivita/Giornata\\_mondiale\\_del\\_Servizio\\_Sociale\\_2015.html](http://www.cnoas.it/Attivita/Giornata_mondiale_del_Servizio_Sociale_2015.html)).

La relazione però è asimmetrica e implica l'assunzione di responsabilità di guida e di controllo da parte dell'assistente sociale.

L'elemento centrale di questa relazione è la fiducia, che non va data per scontata, ma va costruita attraverso l'ascolto, la disponibilità e la coerenza tra ciò che viene detto e ciò che poi realmente viene fatto.

L'utente deve essere accolto nella sua unicità e ciò comporta da parte dell'assistente sociale un atteggiamento attento all'altro, di accoglienza, di ascolto, apertura non condizionata e di rispetto.

Per rispetto si intende il riconoscimento dell'altro diverso da noi e, in quanto tale, portatore di idee, opinioni e convinzioni proprie tra cui la personale concezione di benessere.

Da questo punto di vista è fondamentale strutturare i colloqui, sia che si tengano in ufficio, sia che avvengano in una stanza di degenza, assicurando agli utenti e alle loro famiglie la privacy, la riservatezza, l'accoglienza e l'ascolto di cui hanno diritto (Pincus, Minahan, cit. in Dal Pra Ponticelli, 1985).

Ci sono molte condizioni da considerare.

La comunicazione non verbale e il linguaggio del corpo, soprattutto durante i colloqui, è una parte imprescindibile della relazione con il paziente.

E' importante determinare ed esplicitare all'utenza la durata del colloquio, a seconda della tipologia, in modo da attivare una relazione efficace.

Il tempo è un elemento fondamentale nella costruzione della relazione d'aiuto e per garantire all'utenza un tempo dedicato appropriato deve essere organizzato.

Fa parte di questa organizzazione, inoltre, rendere note all'utente e ai suoi familiari, i tempi e le diverse fasi del percorso, fin dall'inizio della presa in carico, al fine di dare maggior consapevolezza ad essi, di sollecitare la possibilità che essi propongano soluzioni alternative e di attivare risorse familiari e di rete (Dotti, 2015).

E' utile la preparazione di materiale informativo e della modulistica da lasciare ai pazienti e ai loro familiari in modo da esplicitare ed orientare concretamente i compiti a loro richiesti e di accelerare i tempi di intervento.

La disponibilità dell'operatore diventa quindi una risorsa fondamentale.

Per disponibilità però non si intende come risorsa incondizionata ma come capacità di dare confini, legata alla chiarezza del tempo dedicato, al rispetto della sofferenza, alla "giusta" distanza emotiva, alle capacità di accoglienza, di attenzione, di ascolto e di rimando.

L'incontro con l'utente, con tutto il carico delle richieste che questi porta, stimola nell'assistente sociale una risonanza emozionale che lo pone, in modo più o meno consapevole, tra due atteggiamenti apparentemente opposti: o di tipo difensivo, caratterizzato da distacco

e negazione del proprio coinvolgimento emotivo, oppure di intensa partecipazione, che non permette, però, quella “distanza di sicurezza” necessaria per una corretta comprensione del problema.

L'utente affronta la relazione con l'operatore con il suo bagaglio culturale che influenza il suo modo di pensare, sentire e agire, ma anche l'assistente sociale porta con sé un insieme di fattori che potrebbero influire nella relazione.

L'interazione è quindi reciprocamente condizionata, ma la struttura del colloquio è asimmetrica perché l'operatore è considerato l'esperto, la persona a cui affidarsi in quel momento e per questo motivo deve essere in grado di mantenere un comportamento congruo alla sua attività professionale e non sprofondare nei problemi della persona che ha davanti, dirigendosi così verso il fallimento della presa in carico e dell'azione di aiuto (Ferrario, 1996).

A fronte di tutto ciò, per riuscire ad affrontare e sostenere un carico emotivo così elevato, sono fondamentali, per l'assistente sociale, i momenti di supervisione con esperti, al fine che di elaborare le proprie emozioni.

Per ulteriori indicazioni è possibile consultare la pagina

<http://www.reteoncologica.it>

## CONCLUSIONE

Nella sua dimensione operativa il professionista di Servizio Sociale si trova a fronteggiare continue emergenze, a fronte di nuovi bisogni emergenti sempre più diffusi e complessi.

L'assistente sociale assume un ruolo di interprete e ponte intersistemico, promuovendo contatti tra i diversi sistemi esistenti (professionisti, istituzioni, utenti).

Il suo obiettivo è creare una relazione di aiuto con i pazienti e le loro famiglie, utilizzando le proprie competenze professionali per costruire un progetto di intervento in grado di mettere in comunicazione persone e risorse disponibili nel contesto di vita o fornite dal territorio, mantenendo come focus centrale la tridimensionalità del lavoro sociale (AA.VV.,2010).

In un contesto come quello sanitario la *mission* del Servizio Sociale è favorire i processi di integrazione socio sanitaria, collaborando con il personale sanitario e il Terzo settore al fine di attuare una presa in carico globale e individuare tempestivamente i fattori di rischio sociale (Dotti, 2015).

Lo scopo del mio lavoro è stato quello di presentare la Rete Oncologica delle Regioni Piemonte e Valle D'Aosta in cui gli assistenti sociali si sono inseriti come nuovi operatori protagonisti del processo di integrazione socio sanitaria.

La sua nascita è dovuta alla necessità di contrastare i disagi che una determinata condizione patologica implica, con strumenti capaci di avviare processi di *empowerment*, di responsabilizzazione e di crescita

personale dei pazienti, coinvolgendo inevitabilmente le reti attorno ad essi.

Attraverso la lettura e l'analisi di testi e manuali centrati su temi quali il Servizio Sociale Ospedaliero, il lavoro di rete, l'integrazione socio sanitaria, la continuità delle cure e attraverso lo studio del materiale in merito alla nascita e allo sviluppo della Rete Oncologica, ho potuto ricostruire la storia, i principi fondanti e gli obiettivi della Rete Oncologica.

Il sistema di welfare nato negli ultimi tempi è un welfare che ha lo scopo di attivare risorse individuali attraverso un sostegno attivo delle persone attraverso la creazione di condizioni che rendono possibile un livello di qualità di vita adeguato, eliminando i fenomeni di ospedalizzazione prolungata.

La visione di tale sistema risulta essere più ampia, poiché non si focalizza solo su persone con esigenze più gravemente connotate, ma anche su quelle persone con necessità di diverso grado di complessità, ed ha costruito nel tempo la capacità e gli strumenti per rivolgersi alla generalità della popolazione, sostenendo il principio di partecipazione consapevole e attiva (Folgheraiter, 1998).

La Rete Oncologica si attiva per mettere in sinergia le risorse del paziente e del suo sistema familiare, con quelle del territorio.

Attraverso la collaborazione di più professionisti si garantisce al paziente un percorso idoneo, basando il sistema dei servizi chiamati in causa sui principi di qualità ed economicità.

Attraverso la Rete Oncologica i pazienti beneficiano di un accesso facilitato alle risorse e ai servizi a loro utili come i Centri di Accoglienza e Servizi (C.A.S.) della Rete stessa, gli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie (U.R.P.) ,alle Associazioni di tutela dei pazienti e al Terzo settore.

L'obiettivo principale della Rete è quello di limitare il più possibile i processi di ospedalizzazione, promuovendo il mantenimento dell'ammalato nel suo ambiente di vita, in modo da coinvolgere così tutte le risorse formali e informali esistenti.

Attraverso la collaborazione di tutti questi sistemi si vuole assicurare al paziente e alla sua famiglia una migliore qualità di vita e realizzare la continuità assistenziale necessaria.

E' sottolineata, quindi, l'importanza dell'integrazione tra servizi sanitari e Servizio Sociale che viene attuata come risposta alla crescente domanda di unitarietà di intervento, valutazioni multiprofessionali degli elementi di vulnerabilità e costruzione di progetti personalizzati.

La mancata integrazione di questi due sistemi porta ad una disfunzione dell'azione e dell'intervento professionale e ad esiti negativi nella presa in carico del paziente.

Uno dei principi fondanti della Rete Oncologica degli assistenti sociali è l'idea che il problema principale del paziente non sia solo la lotta alla patologia, ma il recupero di un certo grado di qualità della vita che può venire a mancare durante la fase acuta della malattia e nel successivo periodo di riabilitazione.

La costruzione delle due guide presentate nasce proprio da queste basi.

Entrare a far parte di una rete attiva dei processi di consapevolezza e produce relazioni interpersonali capaci di ripercuotersi positivamente sulla salute.

Sentirsi sostenuti e supportati nel proprio percorso di cura, fornisce alle persone risorse emotive di cui necessitano per affrontare i passaggi più delicati della malattia.

Un approccio globale e interdisciplinare centrato sul paziente risulta quindi imprescindibile nel favorire il miglioramento del benessere della persona, attuata anche attraverso un'assistenza psico-sociale (Caprini & Marini, 2001).

Durante la costruzione della mia dissertazione finale ho incontrato alcune difficoltà in merito al reperimento delle informazioni sulla Rete Oncologica degli assistenti sociali, poiché essendo un organismo nato da pochi anni e ancora sconosciuto a diverse realtà sociali, esiste poca bibliografia in merito.

La mia intenzione è di proseguire lo studio iniziato, con un'analisi più approfondita dell'intervento degli assistenti sociali all'interno della Rete Oncologica e come questo intervento sia percepito dagli altri professionisti membri, attraverso l'utilizzo di strumenti scientifici quali interviste e questionari.



## **APPENDICE**

- **Legge 12 febbraio 1968, n. 132 Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera.**

### **Art. 39.**

#### Personale degli enti ospedalieri

Il personale degli enti ospedalieri e' costituito dal personale sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario, esecutivo e di assistenza religiosa.

Il personale sanitario e' costituito dai medici e dai farmacisti.

Il personale amministrativo e' costituito dal segretario generale o direttore amministrativo, dal personale dirigente, di concetto e d'ordine.

Il personale sanitario ausiliario e' costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici dell'infanzia, dalle assistenti sociali, dai terapisti della riabilitazione, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici.

Il personale tecnico e' costituito dai tecnici specializzati per i laboratori di indagine e diagnosi e di terapie speciali.

Il personale esecutivo e' costituito dai portantini, dal personale di cucina, pulizia, custodia e degli altri servizi similari.

Possono essere istituiti altri ruoli speciali di personale sanitario e tecnico con compiti rispettivamente direttivi e ausiliari

in relazione alle reali esigenze dell'ente ospedaliero.

Il personale di assistenza religiosa e' costituito da ministri del culto cattolico, per l'assistenza religiosa agli infermi di confessione cattolica. Gli infermi di altre confessioni hanno diritto all'assistenza dei ministri dei rispettivi culti.

- **Decreto Ministeriale 13 settembre 1988, Determinazione degli standards del personale ospedaliero**

#### **Art 4. Servizi ospedalieri.**

1. Per i servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali del presidio ospedaliero, le dotazioni organiche di personale determinate in applicazione degli standards di cui al precedente art. 3 sono maggiorate come segue:

[...]

D. Personale tecnico-sanitario, di riabilitazione, assistenti sociali e altre figure infermieristiche.

Per le esigenze generali del presidio, da utilizzare nelle unità operative e nei servizi generali secondo le necessità assistenziali e la particolare configurazione e complessità del presidio stesso:

1 unità ogni 5 unità di personale infermieristico.

Nel parametro sono comprese le unità di personale operatore professionale dirigente tecnico e di riabilitazione.

E. Personale ausiliario.

Gli standards di personale ausiliario socio-sanitario sono così stabiliti:

E.1. Nelle unità operative di degenza e di ospedale diurno annesso:

per le funzioni di terapia intensiva e subintensiva: 1 ogni posto letto;  
per le funzioni di riabilitazione, di lungodegenza e di geriatria: 0,25  
per posto letto;  
per le funzioni di elevata assistenza: 0,20 per posto letto;  
per le altre funzioni: 0,15 per posto letto.

E.2. Nei servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali:  
in complesso, come dotazione organica regionale da distribuire nei  
diversi presidi e, all'interno di questi, secondo le esigenze funzionali in  
rapporto alla complessità strutturale e tecnologica del presidio:  
maggiorazione della dotazione organica risultante dagli standards di  
cui al precedente punto E.1., fino ad un massimo del 15%.

- **Deliberazione della Giunta Regionale n. 48-9824 del 30 giugno 2003, Approvazione del progetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e dei nuovi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica.**

La Giunta regionale, con proprio atto deliberativo n. 50-1391 del 20.11.2000, ha approvato la sperimentazione del progetto organizzativo di Rete Oncologica Piemontese, il cui obiettivo finale è quello di giungere all'attuazione di un modello definitivo di rete, attraverso la creazione dei Poli Oncologici e l'articolazione delle attività sia all'interno, sia trasversalmente a ciascuno di essi.

Nello specifico, sono stati individuati, come obiettivi intermedi:

- la definizione delle funzioni, delle competenze e delle attività degli organi strutturali, previsti per la Rete ed all'interno di ciascun Polo, attraverso l'approvazione di un Regolamento di Polo e di un Regolamento di Rete;
- l'impostazione di un sistema informativo di Rete per la gestione del percorso diagnostico-terapeutico e l'interfaccialità della Rete stessa;
- l'impostazione e l'attivazione di programmi formativi per gli operatori della Rete e di una campagna di sensibilizzazione e di comunicazione su tutto il territorio regionale.

Con successiva determinazione dirigenziale n. 21 del 05.02.2001, sono stati approvati il Regolamento del Polo Oncologico ed il Regolamento della Rete Oncologica, che definiscono la composizione, i compiti e le modalità di funzionamento degli organi strutturali di ogni Polo e della Rete nel suo complesso.

Negli anni 2001-2002, la Rete Oncologica Piemontese ha definito le nuove modalità organizzative, all'interno dei Poli ed ha iniziato ad attuare l'articolazione delle prestazioni, secondo il principio guida della Rete stessa, che è la presa in carico globale e continua del paziente.

Sono stati, infatti, attivati in ogni Polo Oncologico, il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) ed i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) e sono stati avviati i processi di supporto trasversali alla Rete stessa, inerenti la formazione, l'informatizzazione e la comunicazione.

Nello specifico, sono stati attuati:

- i corsi di formazione (master post laurea e corsi di aggiornamento) nelle due sedi universitarie del Piemonte e all'interno di ciascun Polo, che hanno coinvolto un numero significativo di operatori;
- la campagna di comunicazione, presentata a novembre 2002, che è stata attivata con programmi rispondenti a ciascuna realtà territoriale, in ogni Polo;
- il sistema informativo, che ha elaborato un prototipo di scheda sintetica oncologica (SSO), in via di sperimentazione.

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi e la concreta attuazione della Rete, l'Assessorato alla Sanità ha assegnato alle Aziende Sanitarie, sedi di Polo, oltre alle risorse destinate alle Aziende per le attività istituzionali (FSR), anche specifiche risorse finalizzate, chiedendo altresì rendicontazione annuale, relazionale e finanziaria, delle attività svolte.

Dopo l'approvazione del Regolamento di Polo e del Regolamento di Rete, dal 2001, i Progetti di Polo ed i Progetti Trasversali della Rete sono stati valutati dall'Unità di Coordinamento Rete ed inviati all'Assessorato alla Sanità - Direzione Programmazione, per l'opportuna approvazione e conseguente finanziamento.

Fra i compiti dell'Unità di Coordinamento Rete, infatti, organo direttivo della Rete Oncologica, è stato individuato quello di programmazione e controllo di tutte le attività interne e trasversali alla Rete, entro il quadro di riferimento generale, nell'ambito del quale deve muoversi la programmazione locale, con la precisazione di obiettivi prioritari, limiti e vincoli.

Nello specifico, l'Unità di Coordinamento Rete collabora con la Commissione Oncologica Regionale (COR), istituita con D.G.R. n. 35-622 del 31.07.2000, verificando l'applicazione delle linee guida diagnostico-terapeutiche ed organizzative approvate dalla COR stessa. Inoltre, nell'ambito del Protocollo d'Intesa siglato tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle D'Aosta per l'attivazione di rapporti di collaborazione in ambito sanitario, con D.G.R. n. 15-7893 del 2.12.2002, è stata approvata la convenzione per la costituzione della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta, che prevede una nuova configurazione territoriale della Rete Oncologica, con la costituzione di una nuova sede di Polo Oncologico presso l'Unità Sanitaria Locale di Aosta, funzionalmente collegata con il Polo Oncologico di Ivrea.

La concretizzazione dei percorsi della Rete Oncologica, la sua estensione oltre il territorio regionale ed il suo riconoscimento in ambito nazionale, richiedono una maggiore sinergia e collaborazione, sia in ambito regionale, tra le Aziende Sanitarie, sia tra le stesse Regioni, che hanno investito sul modello di Rete ed hanno creduto in questa nuova scommessa tecnico-organizzativa e culturale.

Il lavoro sino ad oggi svolto ha evidenziato la necessità di garantire, sia il riconoscimento formale del nuovo percorso assistenziale, sia l'aggiornamento e l'integrazione dell'organo direttivo della Rete stessa, l'Unità di Coordinamento Rete, con ulteriori rappresentanze istituzionali, prima tra tutte quella della Regione Autonoma Valle D'Aosta.

Al fine, quindi, di dare continuità alle nuove forme procedurali, garantendo, nel contempo, l'uso appropriato delle risorse investite, risulta necessario sancire il rapporto di collaborazione sia tra ciascuna Regione e le proprie Aziende Sanitarie, sia tra le Aziende Sanitarie stesse, all'interno del territorio regionale, attraverso la formalizzazione del rapporto tra i Poli Oncologici ed i Quadranti, nell'ambito di ciascuna Conferenza di Quadrante.

Infatti, con D.G.R. n. 27-26318 del 21.12.1998, è stata approvata l'articolazione aziendale in Quadranti, come momento di aggregazione, su base territoriale, di interessi di programmazione e di gestione coincidenti; con le successive D.G.R. n. 2-29273 del 1.02.2000, D.G.R. n. 39-6552 del 08.07.2002 e D.G.R. n. 33-8242 del 20.01.2003, la Giunta regionale ha completato il collegamento tra le azioni di programmazione delle attività e quelle di erogazione delle risorse finanziarie, necessarie al funzionamento del sistema.

Si rende, a questo punto, necessario garantire una totale integrazione tra l'impostazione organizzativa di Rete Oncologica e la programmazione coordinata tra Aziende Sanitarie regionali, nell'ambito del Quadrante, approvando un nuovo Regolamento di Polo Oncologico ed un nuovo Regolamento di Rete Oncologica, allegati A e B, parte integrante della presente deliberazione, che prevedano le rappresentanze dei Coordinatori di Polo Oncologico, all'interno di ciascuna Conferenza di Quadrante, nonché l'integrazione dell'Unità di Coordinamento Rete, con l'inserimento, oltre che dei Direttori Generali, designati da ciascuna Conferenza di Quadrante e sub-area

per il Quadrante di Torino, di un rappresentante dei Medici di Medicina Generale, di un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta, di un rappresentante degli Infermieri Professionali, operanti nel settore dell'oncologia, di un rappresentante dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, di un rappresentante dell'Assessorato alla Sanità della Regione Valle D'Aosta e del coordinatore della sede di Polo di Aosta.

Con ulteriore atto deliberativo saranno, altresì, approvati il percorso di accesso e di totale presa in carico da parte della Rete, attraverso il Centro Accoglienza e Servizi ed i Gruppi Interdisciplinari Cure e la formalizzazione della Rete di Oncoematologia Pediatrica, che, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta, coordina le attività di cura delle patologie oncoematologiche del bambino.

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale,

- viste le D.G.R. n. 27-26318 del 21.12.1998, n. 2-29273 del 1.02.2000, n. 39-6552 del 08.07.2002 e n. 33-8242 del 20.01.2003;
  - viste le D.G.R. n. 35-622 del 31.07.2000, n. 50-1391 del 20.11.2000 e n. 15-7893 del 02.12.2002;
  - vista la determinazione n. 21 del 05.02.2001,
- accogliendo le argomentazioni del relatore, all'unanimità

d e l i b e r a

- di approvare il progetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta, con la costituzione di una nuova sede



di Polo Oncologico presso l'Unità Sanitaria Locale di Aosta, funzionalmente collegata con il Polo Oncologico di Ivrea;

- di approvare il nuovo Regolamento del Polo Oncologico ed il nuovo Regolamento della Rete Oncologica, allegati A e B, parte integrante della presente deliberazione, che sostituiscono i precedenti regolamenti di cui alla determinazione dirigenziale n. 21 del 05.02.2001.

Il progetto di Rete Oncologica prevede la massima razionalizzazione del percorso assistenziale del percorso del paziente oncologico e quindi è compatibile con quanto previsto dai provvedimenti di Giunta Regionale, finalizzati, da un lato, all'attuazione dei L.E.A. e, dall'altro, al controllo ed alla riduzione della spesa sanitaria.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 65 dello Statuto.

#### *ALLEGATO A*

##### REGOLAMENTO DEL POLO ONCOLOGICO

###### I POLI INDIVIDUATI

I Poli Oncologici individuati sono:

- polo di Torino Est, con sede presso l'Ospedale San Giovanni Antica Sede (ASO San Giovanni Battista di Torino), con afferenti le AA.SS.LL. 1, 4, 8 e 10;
- polo di Torino Ovest, con sede presso l'ASO San Luigi di Orbassano con afferenti le AA.SS.LL. 2, 3 e 5;

- polo della Cittadella Ospedaliera, con sede presso l'ASO San Giovanni Battista di Torino e l'ASO OIRM /Sant'Anna con afferente l'ASO CTO-CRF-Maria Adelaide;
- polo di Candiolo, con sede presso l'IRCC di Candiolo;
- polo di Ivrea e Aosta, con sedi presso l'Ospedale di Ivrea (ASL 9) e l'Ospedale di Aosta (USL di Aosta), con afferenti le AA.SS.LL. 6 e 7;
- polo di Biella, con sede presso l'Ospedale degli Infermi di Biella (ASL 12);
- polo di Novara e Vercelli, con sedi presso l'ASO Maggiore Carità di Novara e l'Ospedale Sant'Andrea di Vercelli (ASL 11), con afferenti le AA.SS.LL. 13 e 14;
- polo di Cuneo, con sede presso l'ASO Santa Croce e Carle di Cuneo con afferenti le AA.SS.LL. 15, 16, 17 e 18;
- polo di Alessandria e Asti, con sedi presso l'ASO S. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria e l'Ospedale Civile di Asti (ASL 19), con afferenti le AA.SS.LL. 20, 21 e 22.

#### COORDINATORE DI POLO

- Presso la Sede di Polo è nominato un Coordinatore di Polo.
- Il Coordinatore di Polo ha il compito di monitorare il perseguimento degli obiettivi generali della Rete Oncologica e di quelli specifici indicati nel Programma di Polo, svolgendo la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività oncologiche all'interno del Polo.
- Le funzioni sopraindicate riguardano tecnologie e strutture, linee guida, controlli di qualità, formazione e aggiornamento, informazione

e comunicazione, programmazione e controllo economico, allocazione finanziamenti, sistema informativo.

- Il Coordinatore di Polo si avvale di una segreteria di Polo.
- Il Coordinatore di Polo viene nominato dal Direttore Generale dell'Azienda sede di Polo, sentita la Conferenza di Quadrante.
- Nel caso in cui all'interno di uno stesso Polo, ci siano più Aziende, sedi di Polo, i rispettivi Coordinatori devono concordare il Programma di Polo.

#### COMITATO CONSULTIVO

- Il Comitato Consultivo è istituito al fine di assicurare un opportuno grado di coinvolgimento di tutte le Aziende, gli ospedali ex artt. 41-43 della legge 833/78 e gli istituti IRCCS (Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico) afferenti al Polo.
- Il Comitato Consultivo è composto da un Direttore Generale nominato dalla Conferenza di Quadrante di ciascun Quadrante e sub-area per il Quadrante di Torino, un rappresentante per gli ospedali ex artt. 41-43 della legge 833/78 e per gli istituti IRCCS (Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico) che al Polo afferiscono e dal Coordinatore di Polo.
- Il Comitato Consultivo è consultato e informato dal Coordinatore di Polo in relazione alle proposte formulate e alle determinazioni assunte dalla Conferenza di quadrante relativamente all'attività del Polo.

#### RAPPORTI TRA POLO E QUADRANTE

- Il Coordinatore di Polo, sulla base degli indirizzi di programmazione regionale e nell'ambito degli obiettivi definiti dalla Rete Oncologica,

predispone il Programma di Polo e lo discute in Conferenza di Quadrante;

- Il Programma di Polo approvato in Conferenza di Quadrante, costituisce formale impegno alla sua attuazione e relativo finanziamento da parte delle singole Aziende Sanitarie che lo recepiranno nel rispettivo Piano di attività;
- Il Coordinatore del Polo aggiorna tempestivamente il Quadrante dei lavori del Comitato Consultivo.

### *ALLEGATO B*

#### REGOLAMENTO DELLA RETE ONCOLOGICA

##### UNITA' DI COORDINAMENTO RETE

- L'Unità di Coordinamento Rete ha sede presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, alla quale compete la gestione delle risorse finanziarie specificamente attribuite per lo svolgimento del progetto generale di Rete e dei progetti trasversali di Rete.
- L'Unità di Coordinamento Rete è composta da:
  - il Direttore Generale dell'Azienda, sede dell'Unità di Coordinamento Rete, che ne è il presidente;
  - i coordinatori di Polo;
  - un rappresentante dell'Università degli Studi di Torino;
  - un rappresentante dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale;

- un rappresentante della Commissione Oncologica Regionale (COR) di ciascuna Regione;
- un rappresentante del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte);
- un Direttore Generale designato da ciascuna Conferenza di Quadrante e sub-area per il Quadrante di Torino;
- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale di ciascuna Regione;
- un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta di ciascuna Regione;
- un rappresentante degli Infermieri Professionali, operanti nel settore dell'oncologia, di ciascuna Regione;
- un rappresentante dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte;
- un rappresentante dell'Assessorato alla Sanità della Regione Valle D'Aosta;
- un rappresentante dell'Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari (ARESS) di ciascuna Regione.
- Il presidente dell'Unità di Coordinamento Rete ha le seguenti funzioni:
  - convoca e presiede l'Unità di Coordinamento Rete;
  - è responsabile dell'esecuzione delle decisioni adottate dall'Unità di Coordinamento Rete.
  - L'Unità di Coordinamento Rete si avvale di un Coordinatore Operativo.

- Il Coordinatore Operativo è nominato dal Presidente dell'Unità di Coordinamento Rete, su designazione dell'Unità di Coordinamento Rete stessa, con maggioranza qualificata.
- L'Unità di Coordinamento Rete è affiancata da un Ufficio di Staff con specifiche funzioni di segreteria e di supporto costante per l'implementazione ed il monitoraggio delle attività della Rete, dei Programmi Trasversali e dei Progetti sperimentali.
- La composizione dell'Ufficio di Staff è decisa dall'Unità di Coordinamento Rete e formalizzata dal Presidente dell'Unità di Coordinamento Rete stessa.

#### I COMPITI

Di seguito vengono specificati i compiti dell'Unità di Coordinamento Rete.

##### *Coordinamento dei Programmi di Polo*

- definisce le linee di indirizzo e gli obiettivi della Rete Oncologica;
- coordina i Programmi di Polo e ne verifica la congruità con le linee di indirizzo e gli obiettivi della Rete Oncologica;
- collabora con ciascuna Regione alla verifica e validazione delle decisioni assunte in sede di Conferenza di Quadrante sul Programma di Polo;
- redige annualmente, in collaborazione con il CPO Piemonte, una relazione sulle attività della Rete Oncologica e sugli obiettivi raggiunti.

##### *Ricerca*

- promuove e coordina iniziative di ricerca all'interno della Rete;

- propone all'Università degli Studi di Torino ed all'Università degli Studi del Piemonte Orientale ed al CPO-Piemonte temi, iniziative e progetti di ricerca;
- promuove iniziative finalizzate al finanziamento della ricerca, orienta l'utilizzo dei fondi e ne realizza il controllo;
- coordina la partecipazione a bandi di finanziamento pubblico per ricerche in campo oncologico.

*Tecnologie e infrastrutture (technology assessment)*

- individua e propone l'introduzione e l'uso di nuove tecnologie in ambito oncologico;
- predispose le linee guida per la stesura dei piani di investimento e ne verifica l'attuazione

*Linee guida*

- provvede alla divulgazione delle linee guida sull'oncologia approvate dalla Commissione Oncologica Regionale di ciascuna Regione e ne verifica la loro effettiva applicazione;

*Formazione professionale ed aggiornamento*

- definisce i fabbisogni formativi;
- elabora un piano formativo;
- verifica periodicamente il suo grado di realizzazione;
- controlla la coerenza degli specifici programmi formativi di Polo con le linee generali del piano.

*Informazione e comunicazione*

- provvede alla promozione diretta dell'immagine della Rete Oncologica mediante campagne istituzionali;

- elabora gli indirizzi per l'informazione alle diverse categorie di destinatari (Istituzioni, utenti, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici, altri operatori sanitari, associazioni di volontariato,etc.);

- ne realizza il controllo.

*Sistema informativo-informatico*

- definisce le linee guida del sistema informativo di rete;

- vigila sulla loro osservanza.

*Controllo di qualità*

- definisce le linee guida per la valutazione della qualità in oncologia;

- definisce modalità per la certificazione dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC).

▪ **Determina Regionale n. 265 del 8 settembre 2004**

***Supplemento Ordinario n. 1 al B.U. n. 48***

***Codice 28.1***

***D.D. 8 settembre 2004, n. 265***

Approvazione del proseguo, per un periodo di 12 mesi, dei programmi trasversali e dell'attivazione dei nuovi programmi sperimentali della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Impegno della spesa di Euro 1.761.550,00, cap. 12292/2004

(omissis)

IL DIRIGENTE

(omissis)

determina



- Di approvare il proseguo, per un periodo di 12 mesi, dei programmi trasversali alla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, che sono, nello specifico;

- Comunicazione;
- Formazione;
- Informatizzazione;
- Quality Assurance;
- Technology Assessment.

- di approvare l'avvio ed il proseguo, per un periodo di 12 mesi, dei nuovi programmi sperimentali, relativamente a:

Estensione della Rete Oncologica alla città di Zenica (Bosnia) all'interno del Programma Regionale di supporto e di gemellaggio con il Cantone di Zenica;

Programma di formazione a distanza in campo oncologico per i Medici di Medicina Generale, "Sophia" e per gli Infermieri "Nosos";

Progetto "Standard di qualità della Radioterapia Oncologica per i tumori della prostata, del retto, del polmone e della mammella"

Progetto "Farmacoepidemiologia e farmaeconomia", progetto di Oncologia Medica;

Progetto "Ufficio Trials clinici", presso il Polo Oncologico di Cuneo;

Progetto "Qualità-Anatomia Patologica"

Attivazione della Rete di Neuro-Oncologia per definire i percorsi diagnostico-terapeutici nei pazienti affetti da neoplasia cerebrale;

Progetto di ricerca "L'esperienza quotidiana del morire di cancro: un'analisi della vita dei malati"

Prosecuzione del progetto di “Comunicazione”, con estensione degli interventi all’ambito della Cure Palliative e della Rete di Oncoematologia pediatrica;

Coordinamento del Gruppo di Progetto delle Reti Infermieristiche, Assistenti Sociali, Volontariato, Tecnici di Radioterapia, etc.;

Progetto di sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sul carcinoma del polmone.

- di assegnare e liquidare all’ASO San Giovanni Battista, sede dell’Unità di Coordinamento della Rete Oncologica, la somma di Euro 1.761.550,00;

- la somma di Euro 1.761.550,00 trova copertura sullo stanziamento del capitolo 12292 dell’anno 2004, accantonamento n. 100557;

- di far obbligo all’ASO San Giovanni Battista, sede dell’Unità di Coordinamento della Rete Oncologica, di presentare entro il 30.06.2005, rendiconto relazionale e finanziamento delle attività svolte, dei risultati ottenuti e delle spese sostenute, il piano di attività e la relativa previsione di spesa, per un periodo di 12 mesi, condizione essenziale per la determinazione dei futuri contributi necessari alla prosecuzione dei programmi trasversali e dei programmi sperimentali stessi.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale.

Il Dirigente responsabile Margherita Colombano

## **BIBLIOGRAFIA**

- Albano, R., & Dellavalle, M. (Ed.). (2013). *Organizzare il servizio sociale*. Milano: FrancoAngeli.
  
- Bortoli, B. (2013). Case Management. In *Nuovo dizionario di servizio sociale*. (2nd ed. pp. 126-131). Roma: Carocci.
  
- Caprini, C. (2013). Servizio Sociale e Salute. In *Nuovo dizionario di servizio sociale*. (2nd ed. pp. 327-332). Roma: Carocci.
  
- Caprini, C., Marini, N. (2001). *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*. Roma: Phoenix.
  
- Casazza, S. (Ed.). (2010). *Continuum for Care: Continuità e discontinuità nella cura dell'anziano fragile*. Milano: FrancoAngeli.
  
- Dal Pra Ponticelli, M. (1985). *I modelli teorici del servizio sociale*. Roma: Astrolabio.
  
- Dal Pra Ponticelli, M. (1987). *Lineamenti di servizio sociale*. Roma: Astrolabio.
  
- Di Lauro, D. (2012). *La resilienza: La capacità di superare i momenti critici e le avversità della vita*. Milano: Xenia.

- Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci.
  
- Ferrario, F. (1992). *Il lavoro di rete nel servizio sociale: gli operatori fra solidarietà e istituzioni*. Roma: Carocci.
  
- Ferrario, F. (1996). *Le dimensioni dell'intervento sociale: Un modello unitario centrato sul compito*. Roma: Carocci.
  
- Ferrario, F. (1999). *Il lavoro nel servizio sociale: Gli operatori fra solidarietà e istituzioni*. Roma: Carocci. (Originariamente pubblicato nel 1992).
  
- Folgheraiter, F. (1998). *Teoria e metodologia del servizio sociale: La prospettiva di rete*. Milano: FrancoAngeli.
  
- Ghislandi, E. (2004). *Il malato non guaribile*. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 20, 11-14.
  
- Quaglino, G.P., Casagrande, S., & Castellano, A.M. (1992). *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo: Un modello di lettura della dinamica di gruppo. Una proposta di intervento nelle organizzazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
  
- Sanicola, L. (2009). *Dinamiche di rete e lavoro sociale: un metodo relazionale*. Napoli: Liguori.

- Sanicola, L. (2013). Intervento di rete. In *Nuovo dizionario di servizio sociale*. (2nd ed. pp. 327-332). Roma: Carocci.
  
- Zenarolla, A. (2007). *Costruire qualità sociale: Indicazioni operative e teoriche per lo sviluppo della qualità dei servizi*. Milano: FrancoAngeli.
  
- Ziliani, A., & Rovai, B. (2007). *Assistenti sociali professionisti: Metodologie del lavoro sociale*. Roma: Carocci.

### **Riviste**

- AA. VV. (2010), Ri-pensare in supervisione. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 14, 6-10.
  
- Comodo, N., & Maciocco, G. (2004). Cure intermedie: basi concettuali. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, 1.
  
- Plodari, J. (2003). *Assistente sociale e cure palliative*. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2, 13-16.

### **Articoli**

- Giraud, A. (2010). *Articolo rete oncologica delle assistenti sociali "una rete dentro la rete: il percorso degli assistenti sociali in sanità"*. Novembre 5, 2010.

## **SITOGRAFIA**

- <http://www.ausl.vda.it>

- <http://www.reteoncologica.it>

- Ordine Assistenti Sociali, Consiglio nazionale

[http://www.cnoas.it/Attivita/Giornata\\_mondiale\\_del\\_Servizio\\_Sociale\\_2015.html](http://www.cnoas.it/Attivita/Giornata_mondiale_del_Servizio_Sociale_2015.html)

## **FONTI NORMATIVE**

- Costituzione della Repubblica Italiana, Approvata dall'Assemblea costituente il 22 Dicembre 1947, promulgata dal Capo provvisorio dello Stato il 27 Dicembre del 1947 ed entrata in vigore il 1° Gennaio 1948

- Legge 12 febbraio 1968, n. 132, Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera.

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale.

- Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
  
- Decreto Ministeriale 13 settembre 1988, Determinazione degli standards del personale ospedaliero
  
- Decreto Ministeriale 28 settembre 1999, Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative
  
- Legge Regionale n. 18 del 6 agosto 2007, Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.
  
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 48-9824 del 30 giugno 2003, Approvazione del progetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e dei nuovi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica
  
- Deliberazione della Giunta Regionale 1 agosto 2003, n. 26-10193, Rete Oncologica Piemontese. Approvazione linee guida metodologico-organizzative del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)

- Deliberazione della Giunta Regionale 3 Giugno 2009, n. 21-11511, Approvazione della bozza di nuova convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta. Approvazione del nuovo assetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta dei relativi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica. Modifica della D.G.R. n. 48-9824 del 30.06.2003 e della D.G.R. n. 33-5539 del 19.03.2007

- Deliberazione della Giunta Regionale 2 novembre 2009, n. 50-12480, Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte

- Deliberazione della Giunta Regionale 20 luglio 2010, n. 1-358, Approvazione della proposta di bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per istituzione del Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", a parziale modifica della D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009

- Determina Regionale n. 265 del 8 settembre 2004