

UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE  
DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA E SCIENZE POLITICHE,  
ECONOMICHE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SOCIETÀ E SVILUPPO LOCALE

TESI DI LAUREA

**Dalla Scheda alla Comunità. Percorsi integrati per ridurre accessi impropri**

Relatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Alba Angelucci

Correlatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Francesca Zaltron



Firmato digitalmente da Alba Angelucci  
Data: 23.03.2026 16:54:56 CET  
Organizzazione: UNIVERSITA' DEGLI  
STUDI DEL PIEMONTE  
ORIENTALE/01943490027

Candidata:

Anna Vercelloni

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

## **Abstract**

La tesi analizza il fenomeno della fragilità multidimensionale e il suo impatto sui percorsi di cura, con particolare attenzione al ruolo degli strumenti di valutazione precoce e dell'integrazione sociosanitaria nella prevenzione degli accessi impropri e dei ricoveri evitabili. Attraverso un approccio pragmatico e una ricerca empirica condotta presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara, lo studio esamina l'utilizzo della Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria e il contributo del Servizio Sociale Professionale Aziendale nei processi di continuità assistenziale. L'integrazione di dati quantitativi (profili di fragilità, setting attivati, rientri ospedalieri) e qualitativi (interviste a dirigenti, assistenti sociali e personale amministrativo) permette di evidenziare come la valutazione precoce orienti percorsi più appropriati, riduca il rischio di dimissioni non protette e rafforzi il raccordo ospedale-territorio. I risultati mostrano che la fragilità è un fenomeno complesso, radicato nei contesti di vita, e che la sua gestione richiede strumenti condivisi, governance integrata e un riconoscimento formale del ruolo del servizio sociale nei processi decisionali. La tesi propone infine alcune linee operative per consolidare modelli di presa in carico integrata, capaci di coniugare cura e cure e di sostenere la sostenibilità del sistema salute.

The thesis examines the phenomenon of multidimensional frailty and its impact on care pathways, with particular attention to the role of early assessment tools and sociosanitary integration in preventing inappropriate access to emergency services and avoidable hospital admissions. Through a pragmatic approach and empirical research conducted at the "Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità" in Novara, the study analyses the use of the Socio-Health Frailty Assessment Form and the contribution of the Professional Social Work Service within continuity-of-care processes. The integration of quantitative data (frailty profiles, activated care settings, hospital readmissions) and qualitative data (interviews with managers, social workers, and administrative staff) highlights how early assessment guides more appropriate care pathways, reduces the risk of unsafe discharges, and strengthens the connection between hospital and community services. The findings show that frailty is a complex phenomenon, rooted in individuals' life contexts, and that its management requires shared tools, integrated governance, and a formal recognition of the role of social work in decision-making processes. The thesis concludes by proposing several operational strategies to consolidate integrated care models capable of combining cure and care while supporting the sustainability of the health system.

## **Ringraziamenti**

Desidero esprimere la mia gratitudine alla Professoressa Alba Angelucci per la disponibilità, la guida attenta e la sensibilità con cui ha accompagnato l'intero percorso di ricerca, offrendo orientamento e stimoli preziosi. Un sentito ringraziamento va anche alla Professoressa Francesca Zaltron per il supporto competente e puntuale fornito nella fase conclusiva del lavoro, il cui contributo è stato determinante per affinare e completare l'elaborato.

Un ringraziamento particolare va al Servizio Sociale Professionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara per la collaborazione e per il contributo fornito alla realizzazione dell'indagine. Ringrazio la dirigente Lorella Perugini e tutti i professionisti che, attraverso le loro testimonianze, hanno reso possibile l'approfondimento dei temi trattati.

Infine, rivolgo il mio più sentito ringraziamento alla mia famiglia e a tutte le persone che, con la loro presenza e il loro sostegno, hanno accompagnato e reso possibile questo percorso di studio.

Il percorso di ricerca ha rappresentato l'occasione per lavorare su uno strumento innovativo, al quale il Servizio Sociale Professionale Aziendale di Novara attribuisce un valore strategico. L'auspicio è che quanto emerso possa contribuire, anche in misura modesta, a rafforzare il riconoscimento dell'importanza di pratiche valutative integrate e a sostenere lo sviluppo di modelli organizzativi capaci di rispondere con maggiore efficacia alla complessità della fragilità.

## INDICE

|                                                                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUZIONE.</b>                                                                                                                                   | <b>1</b>  |
| <b>CAPITOLO 1 – Salute, fragilità e integrazione: il quadro teorico di riferimento.</b>                                                                | <b>9</b>  |
| 1.1 – Ripensare la salute: fondamenti sociali e prospettive di integrazione.                                                                           | 9         |
| 1.2 L’impianto normativo dell’integrazione sociosanitaria: evoluzione nazionale e declinazione piemontese.                                             | 17        |
| 1.3– Fragilità e invecchiamento: una sfida multidimensionale.                                                                                          | 25        |
| 1.4 – Il servizio sociale nei contesti sanitari.                                                                                                       | 27        |
| 1.5 – Strumenti di valutazione precoce e presa in carico: sintesi teorica e applicazioni professionali.                                                | 38        |
| <b>CAPITOLO 2 – Il disegno della ricerca: contesto, strumenti e percorso operativo.</b>                                                                | <b>41</b> |
| 2.1 – Dare forma alla ricerca: obiettivi e ipotesi di lavoro.                                                                                          | 41        |
| 2.2 – Disegno metodologico: ricerca azione, strumenti e ciclo operativo.                                                                               | 43        |
| 2.3 – Dentro il caso studio: l’esperienza all’Ospedale Maggiore della Carità di Novara.                                                                | 49        |
| 2.4 - La Scheda di Valutazione Fragilità Socio-sanitaria: struttura e funzione.                                                                        | 53        |
| <b>CAPITOLO 3 – Fragilità in transizione: bisogni, risposte e significati nei percorsi di cura.</b>                                                    | <b>60</b> |
| 3.1 – Fragilità e complessità: profili multidimensionali delle persone valutate.                                                                       | 61        |
| 3.2 – Trigger di accesso improprio.                                                                                                                    | 67        |
| 3.3 – Dalla valutazione all’intervento: il ruolo della Scheda di valutazione Fragilità sociosanitaria e del servizio sociale in una lettura integrata. | 69        |
| 3.4 – Esiti dei percorsi e continuità assistenziale: tra dati e voci professionali.                                                                    | 72        |
| <b>CONCLUSIONI – Verso un modello integrato di lettura e presa in carico della fragilità.</b>                                                          | <b>80</b> |
| La fragilità nella teoria: un fenomeno multidimensionale.                                                                                              | 80        |
| La fragilità nella pratica: evidenze dai dati empirici.                                                                                                | 81        |
| La ricerca come “doppia” lente: cosa ha permesso di vedere.                                                                                            | 82        |
| La logica d’azione nei percorsi di continuità assistenziale.                                                                                           | 83        |
| Le voci dei professionisti: cosa ci dicono davvero.                                                                                                    | 84        |
| Punti di forza, criticità e limiti dell’integrazione sociosanitaria.                                                                                   | 86        |
| Verso un modello integrato: proposte operative.                                                                                                        | 87        |
| Riflessioni conclusive.                                                                                                                                | 89        |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>                                                                                                                                    | <b>91</b> |
| <b>APPENDICI – Tabelle, strumenti e materiali empirici.</b>                                                                                            | <b>94</b> |
| APPENDICE A – Tabelle e dati quantitativi                                                                                                              | 94        |
| APPENDICE B – Strumenti della ricerca                                                                                                                  | 97        |
| APPENDICE C – Materiale qualitativo                                                                                                                    | 105       |



## **INTRODUZIONE.**

Lo scenario attuale del nostro Paese è attraversato da tensioni e trasformazioni profonde: l'evoluzione, spesso discontinua e frammentata, delle politiche sociali e sociosanitarie; l'aumento della domanda di interventi ad alta complessità; le incertezze legate all'instabilità sociopolitica ed economica, accompagnate da costanti riduzioni del personale nella pubblica amministrazione. A questo quadro già complesso si sono aggiunte, negli ultimi anni, emergenze di portata sistemica — prima la pandemia da COVID-19, poi la crisi energetica, infine gli eventi climatici estremi uniti al degrado ambientale — che hanno amplificato il rischio sociale e sociosanitario, rendendo vulnerabili fasce sempre più ampie della popolazione.

A completare questo scenario, si aggiunge l'aumento esponenziale delle malattie e della povertà, tutti fattori che impongono una revisione profonda del modello di Servizio Sociale Professionale, parte integrante del sistema di welfare. Tale intervento deve tradursi in un adeguamento strutturale e metodologico, capace di rispondere alla complessità dei bisogni emergenti e di integrare strumenti innovativi, anche tecnologici, per la prevenzione e la tutela della salute dei cittadini.

A questo quadro si aggiunge l'aumento delle malattie croniche e della povertà, che impone una revisione profonda del modello di Servizio Sociale Professionale, chiamato a integrare strumenti innovativi, anche tecnologici, per rispondere alla complessità dei bisogni emergenti. Il sistema sanitario italiano si trova così ad affrontare una fase critica, non riconducibile a sole dinamiche interne, ma alimentata dall'impatto cumulativo dei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali.

A livello europeo, le stime socio-demografiche riportano che entro il 2050 oltre un terzo della popolazione avrà più di 65 anni, provocando implicazioni profonde sulla sostenibilità dei sistemi di welfare e sulla necessità di ripensare l'organizzazione dell'assistenza.

L'invecchiamento della popolazione è da considerarsi un fenomeno strutturale che caratterizza molte società avanzate, in particolare quelle occidentali e del Giappone. L'aumento dell'aspettativa di vita, il miglioramento delle condizioni economiche e il progresso tecnologico e sanitario stanno modificando in modo profondo la struttura anagrafica delle popolazioni.

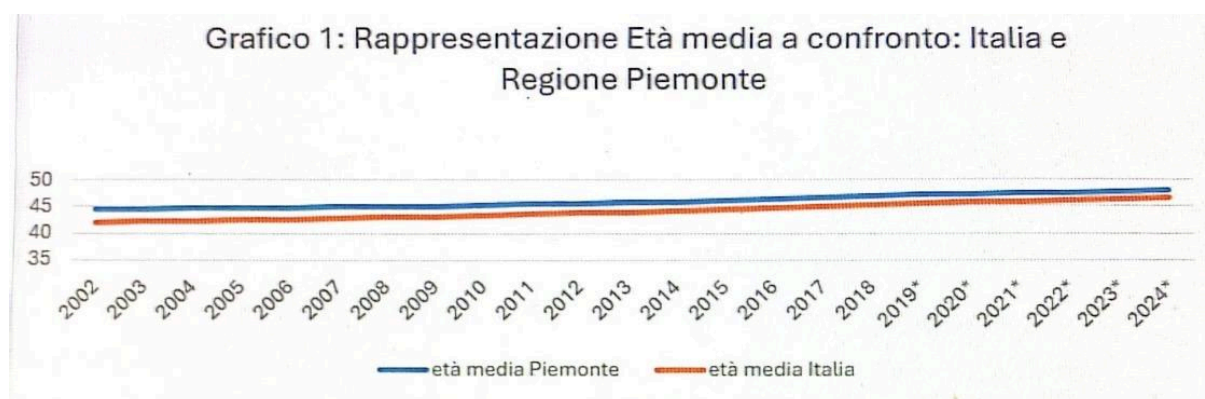
Ad oggi, il 60% della popolazione anziana risulta affetta da multi-patologie — come demenza, osteoporosi, cancro, malattie renali e cardiache — e ciò rende il bisogno di

salute-benessere sempre più complesso, richiedendo interventi capaci di integrare la dimensione della cura sanitaria con quella sociale del care.

In Italia, l'età media è passata da 45,7 anni all'inizio del 2020 a 46,4 nel 2023, fino a raggiungere i 46,6 anni al 1° gennaio 2024<sup>1</sup>. Alla stessa data, le persone con più di 65 anni erano 14 milioni e 356 mila, pari al 24,6% della popolazione totale. Cresce anche il numero di ultraottantenni, che ha raggiunto i 4 milioni e 554 mila (6,2% dei residenti), mentre il numero di ultracentenari è triplicato dall'inizio del millennio, con una prevalenza femminile<sup>2</sup>.

Considerando che la presente ricerca si colloca nel contesto piemontese, è utile soffermarsi brevemente anche sui dati demografici regionali, al fine di inquadrare meglio le dinamiche assistenziali locali.

Nel 2024, l'indice di vecchiaia in Piemonte ha raggiunto il valore di 232,3, indicando la presenza di oltre 232 anziani ogni 100 giovani sotto i 14 anni. Questo dato evidenzia una struttura per età significativamente più anziana rispetto alla media nazionale, con implicazioni rilevanti per la programmazione sociosanitaria e per la costruzione di modelli di presa in carico integrata.



Questi dati evidenziano il trend demografico tipico delle società occidentali, caratterizzato da questo progressivo e inarrestabile invecchiamento della popolazione. Come si può osservare nel Grafico 1, l'età media della popolazione piemontese risulta costantemente superiore rispetto alla media nazionale, attestandosi nel 2024 a 47,9 anni contro i 46,4 dell'Italia.

<sup>1</sup> ISTAT, *Indicatori demografici – Anno 2024*, pubblicato il 22 gennaio 2024, disponibile su [www.istat.it](http://www.istat.it)

<sup>2</sup> Ibidem.

Questo scostamento, pari a circa il 3,2%, conferma una pressione demografica più accentuata sul sistema sanitario regionale.

L'aumento significativo e costante del numero di anziani impone una riflessione strutturale: diventa imprescindibile potenziare i servizi sociosanitari per rispondere a una domanda crescente di interventi integrati. Al tempo stesso, è necessario aggiornare e innovare i modelli di gestione, affinché il sistema sia in grado di intercettare e soddisfare in modo efficace i bisogni di una fascia di cittadini sempre più fragile e vulnerabile.

Tale pressione demografica, dunque, se non accompagnata da un adeguato ripensamento dei servizi territoriali, si traduce inevitabilmente in un sovraccarico delle strutture ospedaliere.

Il modello ospedale-centrico si è sviluppato storicamente in risposta alla necessità di concentrare le risorse sanitarie in strutture specializzate, capaci di affrontare patologie acute e interventi complessi. Questo paradigma ha dominato la medicina moderna per gran parte del Novecento, fondandosi sull'idea che la cura coincidesse con il ricovero e che l'ospedale fosse il luogo privilegiato per la risoluzione dei problemi di salute.

L'ospedale è stato, di fatto, concepito come centro nevralgico del sistema sanitario, dotato di tecnologie avanzate, personale altamente qualificato e capacità diagnostiche e terapeutiche superiori. In un contesto simile, la medicina si è orientata verso la specializzazione, la frammentazione delle competenze e la centralità del trattamento clinico, spesso a discapito della dimensione relazionale, sociale e territoriale della cura.

A seguito dell'evoluzione demografica ed epidemiologica, il modello ospedale-centrico, storicamente costruito per rispondere alle acuzie, mostra oggi dei chiari limiti strutturali. L'aumento delle patologie croniche, della multimorbilità e della fragilità richiede una presa in carico continuativa e multidimensionale che l'ospedale, per sua natura, non può garantire.

È importante sottolineare che le strutture ospedaliere non sono progettate per gestire bisogni sociali, condizioni di solitudine, disabilità o vulnerabilità relazionale. La loro organizzazione, orientata all'efficienza clinica e alla gestione dell'urgenza, tende a escludere dimensioni oggi ritenute fondamentali della salute, quali le vulnerabilità familiari, le cronicità abitative e le assenze di reti comunitarie.

Il mantenimento di un modello ospedale-centrico in un contesto di crescente fragilità si traduce in effetti sistemici negativi, tra cui:

- sovraffollamento del pronto soccorso;
- accessi impropri per bisogni non strettamente sanitari;

- ricoveri evitabili;
- dimissioni non accompagnate da continuità assistenziale.

Uno degli effetti più evidenti della frammentazione tra ambito sanitario e sociale, e di particolare contesto a questa ricerca, è rappresentato dagli accessi impropri alle strutture ospedaliere. Con questa espressione si intendono quegli ingressi in pronto soccorso o in reparti ospedalieri motivati da bisogni che non richiederebbero un intervento clinico urgente, ma che derivano da condizioni di fragilità sociale, solitudine, disabilità o carenza di supporto territoriale. Secondo i dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), nel 2023 si sono registrati circa 18,27 milioni di accessi ai Pronto Soccorso degli ospedali italiani, con un incremento del 6% rispetto all'anno precedente, pur rimanendo al di sotto dei livelli pre-pandemici. Di questi, il 68% è stato classificato come codice bianco o verde, ovvero casi non urgenti dal punto di vista clinico.

Tra questi accessi, circa 3,9 milioni — pari al 22% del totale — sono stati considerati impropri. Si tratta prevalentemente di pazienti che non presentano traumi, giungono in Pronto Soccorso in modo autonomo o su invio del medico di medicina generale, in orari diurni e nei giorni feriali o festivi, con dimissione al domicilio o a strutture ambulatoriali<sup>3</sup>.

A ciò si aggiungono i 2,25 milioni di ricoveri evitabili stimati dalla Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), che in un recente report ha denunciato un vero e proprio «blackout comunicativo» tra ospedali e territorio, responsabile di uno spreco annuo di circa 6 miliardi di euro in termini di risorse sanitarie e assistenziali<sup>4</sup>. In mancanza di strumenti valutativi capaci di intercettare tempestivamente i bisogni complessi, l'ospedale diventa l'unico punto di riferimento, anche quando non è la sede più appropriata.

Questi fenomeni generano discontinuità nei percorsi di cura, spreco di risorse e insoddisfazione da parte degli utenti e degli operatori. Inoltre, accentuano la frammentazione tra ambito sanitario e sociale, ostacolando la costruzione di reti territoriali capaci di rispondere in modo integrato ai bisogni complessi.

---

<sup>3</sup> Agenas, *Pronto Soccorso: un accesso su quattro è improprio*, in Quotidiano Sanità, 2023, disponibile su: [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it), 22 aprile 2024.

<sup>4</sup> FADOI, *Ogni anno 2,25 milioni di ricoveri impropri e uno spreco di 6 miliardi*, in Il Sole 24 Ore, 2024, disponibile su: [www.ilsole24ore.com](http://www.ilsole24ore.com), 13 maggio 2024.

Questi dati mostrano come la frammentazione tra ambito sanitario e sociale non sia un problema astratto, ma un fenomeno che produce conseguenze concrete sulla vita delle persone e sulla sostenibilità del sistema. In assenza di strumenti valutativi capaci di intercettare tempestivamente i bisogni complessi, l'ospedale diventa l'unico punto di riferimento, anche quando non è la sede più appropriata

Per superare la frammentazione tra ambito sanitario e sociale, è necessario rispondere efficacemente a queste sfide attraverso modelli di integrazione strutturata. In tale prospettiva, l'integrazione sociosanitaria si configura come risposta strategica e sistemica alle criticità generate dalla discontinuità dei servizi.

Essa rappresenta non solo un principio organizzativo, ma anche una trasformazione culturale del modo in cui si concepisce la cura: non più come intervento episodico e settoriale, ma come processo continuo, multidimensionale e centrato sulla persona.

Ripensare la cura in chiave integrata significa riconoscere la persona nella sua interezza, superando la frammentazione tra corpo e contesto, tra diagnosi e biografia. L'integrazione sociosanitaria si fonda su una visione della salute come bene relazionale, costruito attraverso legami, ambienti e reti di supporto. In questo senso, la cura non può essere ridotta a mera prestazione tecnica, ma deve essere intesa come processo di accompagnamento, ascolto e co-progettazione, capace di restituire dignità e centralità alla persona, soprattutto nei momenti di maggiore vulnerabilità.

La costruzione di percorsi integrati non riguarda soltanto l'organizzazione dei servizi, ma implica una trasformazione anche nelle pratiche professionali. L'integrazione sociosanitaria richiede nuove competenze relazionali, progettuali e comunicative, nonché un dialogo costante tra figure sanitarie e sociali.

In questo contesto, diventano centrali competenze trasversali come l'ascolto, la mediazione, la lettura del contesto e la co-progettazione degli interventi. La capacità di lavorare in équipe multidisciplinari e di costruire alleanze professionali orientate alla presa in carico condivisa rappresenta una condizione imprescindibile per garantire continuità assistenziale e risposte appropriate ai bisogni complessi.

È proprio attraverso queste sinergie professionali che l'integrazione tra ambito sanitario e sociale può superare la logica prestazionale, favorendo la costruzione di percorsi di presa in carico condivisi, capaci di rispondere in modo tempestivo e appropriato ai bisogni complessi della popolazione fragile.

Questa visione ha progressivamente trovato spazio anche nelle politiche pubbliche, che negli ultimi anni hanno iniziato a riconoscere l'integrazione sociosanitaria come una priorità strategica per la sostenibilità del sistema salute.

In particolare, il Decreto Ministeriale 77/2022 ha definito nuovi standard per l'assistenza territoriale, promuovendo modelli organizzativi orientati alla prossimità, alla multidisciplinarietà e alla continuità della presa in carico. All'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'integrazione tra ambito sanitario e sociale è stata riconosciuta come leva strategica per rafforzare la resilienza del sistema salute, con investimenti mirati alla creazione di Case della Comunità, all'implementazione di strumenti digitali condivisi e al potenziamento della rete territoriale.

Anche la letteratura internazionale conferma la centralità dell'integrazione: i sistemi sanitari con una primary care forte ottengono migliori risultati in termini di salute, efficienza e soddisfazione degli utenti.

Lo studio comparativo condotto da AISDET (Associazione italiana Sanità digitale e Telemedicina) sui modelli di assistenza primaria adottati in diversi Paesi europei — tra cui Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito — evidenzia come l'organizzazione dei servizi sanitari, pur variando per assetto istituzionale e modalità di finanziamento, converga verso soluzioni comuni: lo sviluppo di équipes multiprofessionali, la valorizzazione della primary care, l'integrazione ospedale-territorio e l'adozione di sistemi informativi condivisi<sup>5</sup>. In particolare, emerge che i sistemi sanitari caratterizzati da un'assistenza primaria forte e ben strutturata ottengono risultati migliori in termini di salute, efficienza, qualità dell'assistenza e soddisfazione degli utenti<sup>6</sup>.

Questi modelli offrono spunti utili per il contesto italiano, che con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha avviato un processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, puntando su prossimità, multidisciplinarietà e digitalizzazione<sup>7</sup>. Si tratta di un'occasione cruciale per costruire un sistema sanitario più equo, sostenibile e centrato sui bisogni reali della popolazione.

---

<sup>5</sup> AISDET, *Analisi comparata delle cure primarie in Europa*, Quaderno AISDET, 2022.

<sup>6</sup> Ibidem, pp. 83–85.

<sup>7</sup> Ministero della Salute, *PNRR – Missione 6: Salute*, 2022.

L'impianto teorico, normativo e comparativo fin qui illustrato costituisce il terreno su cui si innesta la presente ricerca, la quale si concentra sul legame tra frammentazione dei servizi e sovraccarico ospedaliero, ipotizzando che strumenti di valutazione precoce e pratiche integrate possano contribuire a prevenire accessi impropri e ricoveri evitabili. Il caso studio di Novara — con particolare attenzione al ruolo del Servizio Sociale Professionale e all'utilizzo della Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria — offre l'opportunità di osservare come strumenti valutativi e pratiche collaborative possano contribuire al rafforzamento dei percorsi di cura integrati e alla valorizzazione delle competenze sociali all'interno delle strutture sanitarie.

Durante il periodo di tirocinio sostenuto presso l'ufficio di Servizio Sociale Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara, si radica un'importante domanda, maturata anche grazie all'ispirazione della Dottoressa Perugini, Dirigente del Servizio in questione.

La domanda, diventata anche principale domanda di ricerca, è: “Quali strumenti di valutazione precoce e integrazione sociosanitaria possono contribuire alla prevenzione del sovraffollamento ospedaliero?”

Per rispondere a questo quesito, la ricerca si articola in una serie di sub-domande analitiche che esplorano:

- le cause degli accessi impropri;
- il grado di integrazione tra servizi;
- il ruolo degli operatori sociosanitari;
- gli effetti dell'applicazione della scheda di fragilità sui percorsi di cura.

In questo contesto, il servizio sociale professionale riveste un ruolo strategico nella costruzione di percorsi di cura integrati: la sua presenza all'interno delle strutture ospedaliere consente di intercettare precocemente bisogni sociali, relazionali e ambientali che spesso sfuggono alla valutazione clinica tradizionale. Attraverso l'ascolto, l'analisi del contesto familiare e la collaborazione con gli altri professionisti sanitari, l'assistente sociale contribuisce a orientare le decisioni assistenziali, favorendo dimissioni protette, attivazioni territoriali e continuità della presa in carico.

L'esperienza del Servizio Sociale Professionale Aziendale (SSPA) presso l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara, in sinergia con il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC), rappresenta un caso emblematico di applicazione concreta di integrazione

operativa. Questo ruolo di snodo strategico tra ospedale e territorio sarà oggetto di analisi nel corso della ricerca, con l'obiettivo di evidenziarne le potenzialità e le criticità all'interno di un sistema salute orientato all'integrazione.

Il disegno della ricerca si orienta verso un approccio qualitativo, con eventuali elementi di integrazione metodologica, in funzione della disponibilità dei dati e della natura delle informazioni raccolte. Il paradigma epistemologico di riferimento è pragmatico, in quanto si intende adeguare i metodi al contesto e all'oggetto di studio, privilegiando la comprensione delle pratiche e delle relazioni che rendono possibile l'integrazione.

La tesi si articola in tre capitoli:

- Il primo capitolo delinea il quadro teorico di riferimento, approfondendo il concetto di integrazione socio-sanitaria, la sua evoluzione normativa, le principali criticità che ne ostacolano l'attuazione, il ruolo del servizio sociale nei contesti sanitari e gli strumenti adottati per migliorare le valutazioni precoci secondo una logica di integrazione sociosanitaria.
- Il secondo capitolo descrive il disegno della ricerca, illustrando le ipotesi e gli obiettivi, la metodologia adottata e le caratteristiche del preciso caso studio di Novara e dell'adozione della Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria.
- Il terzo capitolo presenta l'analisi dei dati raccolti, discutendo i risultati emersi, il ruolo degli operatori, le criticità e le potenzialità dello strumento di valutazione precoce in oggetto.

A seguire sono presentate le conclusioni, con l'obiettivo di offrire una sintesi dei risultati emersi, una riflessione teorica e operativa e alcune proposte per rafforzare l'integrazione sociosanitaria e valorizzare il contributo del servizio sociale nei percorsi di cura.

Alla luce di queste premesse, l'integrazione sociosanitaria si configura come una risposta necessaria e urgente alle sfide poste dalla frammentazione dei servizi, dalla complessità dei bisogni assistenziali e dalla sostenibilità del sistema salute.

L'impianto teorico, normativo e comparativo fin qui illustrato costituisce il terreno su cui si innesta la presente ricerca, che si propone di esplorare in profondità un'esperienza concreta di integrazione operativa. Il caso studio di Novara — con particolare attenzione al ruolo del servizio sociale professionale e all'utilizzo della Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria — offre l'opportunità di osservare come strumenti valutativi e pratiche collaborative possano contribuire al rafforzamento dei percorsi di cura integrati e alla valorizzazione delle competenze sociali all'interno delle strutture sanitarie.

## **CAPITOLO 1 – Salute, fragilità e integrazione: il quadro teorico di riferimento.**

### **1.1 – Ripensare la salute: fondamenti sociali e prospettive di integrazione.**

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta una delle sfide più urgenti e strategiche per i sistemi di welfare contemporanei, chiamati a rispondere a bisogni assistenziali sempre più complessi, continui e multidimensionali.

In termini generali, per integrazione sociosanitaria si intende un processo volto a garantire continuità, coerenza e complementarità tra interventi sanitari e sociali, attraverso il coordinamento tra professionisti, servizi e istituzioni, con l'obiettivo di rispondere in modo unitario ai bisogni complessi delle persone. Non si tratta di una semplice giustapposizione di prestazioni, ma di una costruzione condivisa di percorsi di cura che tengano conto della globalità della persona e del suo contesto di vita.

L'integrazione, però, non rappresenta un presupposto del sistema, bensì un obiettivo spesso disatteso, proprio per la data frammentazione tra le logiche amministrative e logiche professionali<sup>8</sup>.

In stretta relazione al tema dell'integrazione, si propone il concetto di continuità delle cure: la capacità del sistema di garantire un percorso assistenziale coerente, senza interruzioni, che accompagni la persona nel tempo e nei diversi luoghi della cura.

La continuità non riguarda solo la successione ordinata degli interventi, ma implica una visione unitaria del bisogno e una comunicazione efficace sviluppata su tre livelli di analisi: micro (interazioni tra operatori e utenti), meso (relazioni tra organizzazioni), macro (logiche sistemiche e istituzionali)<sup>9</sup>.

Come anticipato nell'introduzione, il concetto stesso di salute ha subito negli anni una profonda trasformazione, passando da una visione puramente clinica e individuale a una prospettiva relazionale, sociale e territoriale e assumendo la forma di un processo mutevole nel tempo e nello spazio.

Già nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiva la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di

---

<sup>8</sup> Rossi P., *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali*, Carocci, Roma, 2014, p.162.

<sup>9</sup> Ibidem, pp. 32 – 33.

malattia o infermità<sup>10</sup>», iniziando una lettura multidimensionale del benessere. Questa visione è stata ulteriormente sviluppata dalla Carta di Ottawa del 1986, il cui accento è posto su empowerment, partecipazione e ambienti favorevoli alla salute<sup>11</sup>.

La sociologia della salute ha contribuito in modo decisivo a questa evoluzione concettuale, evidenziando come la salute sia una costruzione sociale, frutto dell'interazione tra individuo e contesto. Le condizioni di vita, le opportunità educative, le reti di supporto e l'accesso ai servizi sono solo alcuni degli elementi che incidono sulla possibilità di mantenere o recuperare uno stato di benessere. A livello teorico, questi fattori sono definiti determinanti sociali della salute: variabili non cliniche che influenzano in modo significativo lo stato di salute delle persone.

Il report "Closing the gap in a generation" (OMS, 2008), presieduto da Michael Marmot, ha definito i determinanti sociali come «le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano», sottolineando che tali condizioni sono modellate dalla distribuzione del denaro, del potere e delle risorse<sup>12</sup>.

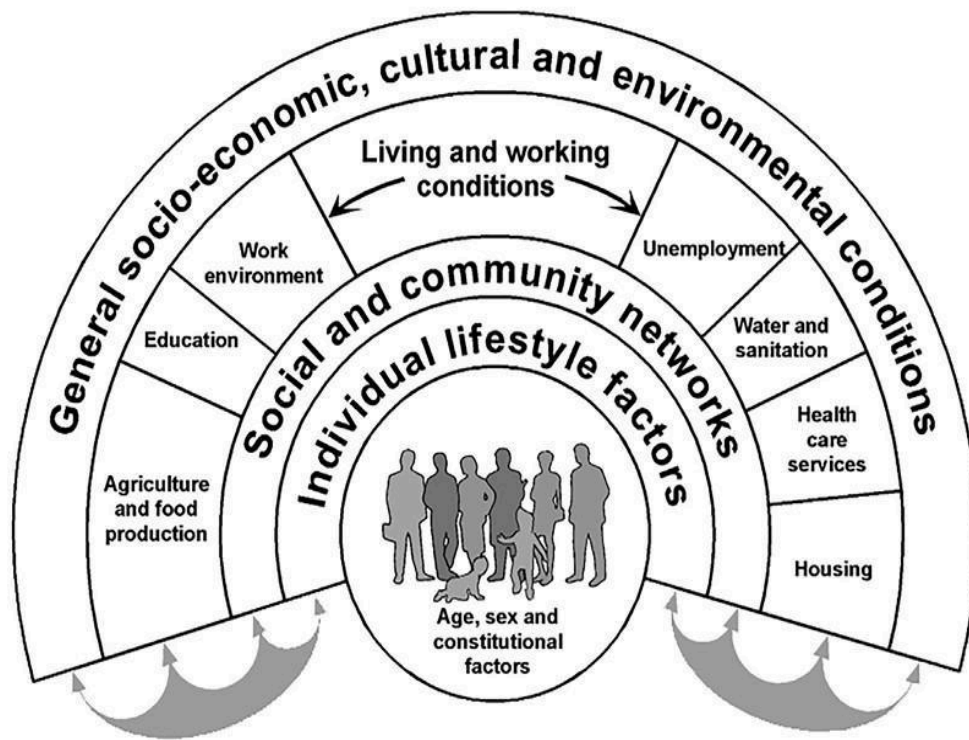
Dahlgren e Whitehead (1991) rappresentano questa complessità attraverso un modello a cerchi concentrici disposti dall'individuo al contesto socioeconomico e ambientale, evidenziando la necessità di politiche multilivello atte a promuovere equità e benessere: al centro si pone l'individuo con le sue caratteristiche biologiche, circondato da livelli successivi che includono gli stili di vita personali, le reti sociali e comunitarie, le condizioni di vita e di lavoro, e infine il contesto socioeconomico, culturale e ambientale.

---

<sup>10</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, *Costituzione dell'OMS*, 1948.

<sup>11</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, 1986

<sup>12</sup> OMS, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, 2008.



Questo schema evidenzia, ancora una volta, come la salute sia il risultato di interazioni multilivello e come le politiche pubbliche debbano agire su più fronti per promuovere equità e benessere.

La capacità di affrontare situazioni di vulnerabilità, di attivare supporti significativi e di attribuire senso alle esperienze di vita rappresenta un elemento chiave per il benessere individuale e collettivo.

Il lavoro sociale si confronta quotidianamente con situazioni di fragilità, discontinuità e marginalità e questo approccio risulta particolarmente rilevante

L'assistente sociale, nel suo ruolo di facilitatore, può contribuire a rafforzare le risorse delle persone accompagnate, promuovendo percorsi di riconoscimento, partecipazione e autonomia. In questo senso, la salute viene intesa non solo come assenza di malattia, ma come capacità di vivere in modo attivo, significativo e sostenibile all'interno dei propri contesti di riferimento.

In tale cornice, si inserisce perfettamente il concetto di capitale sociale, approfondito dal politologo Robert D. Putnam. Attraverso questa espressione, si fa riferimento all'insieme

delle reti sociali, delle norme di reciprocità e della fiducia che facilitano la cooperazione tra individui e gruppi. Secondo Putnam, il capitale sociale va considerato una risorsa fondamentale non solo per uno sviluppo economico e democratico, ma anche per il benessere delle persone e delle comunità<sup>13</sup>.

Nel corso dei suoi studi, Putnam analizza una varietà di contesti locali, dimostrando che la qualità delle interazioni sociali ha un impatto decisivo sulla coesione e sulla salute delle comunità. Egli evidenzia come la fiducia, le reti di relazione e la partecipazione civica siano elementi chiave per costruire ambienti sociali più forti e inclusivi. La diminuzione del capitale sociale, al contrario, è associata a una minore partecipazione civica e a una frammentazione del tessuto comunitario. Sebbene non si soffermi sul concetto di estrazione sociale individuale, mostra un grande valore del capitale sociale a livello comunitario, influenzando la capacità dei territori di generare risposte inclusive e sostenibili.

Numerosi studi hanno evidenziato come contesti caratterizzati da alti livelli di capitale sociale — ovvero da relazioni fiduciarie, partecipazione civica e senso di appartenenza — siano associati a migliori condizioni di salute, minore incidenza di malattie croniche, maggiore longevità e benessere percepito. Le reti sociali, infatti, svolgono una funzione protettiva, offrendo supporto emotivo, accesso a informazioni e risorse, e opportunità di partecipazione attiva alla vita collettiva.

A completamento di questa tesi, alcuni studi successivi, come quelli presentati dall'epidemiologo sociale Ichiro Kawachi, hanno evidenziato come la relazione tra il capitale sociale e la salute sia condizionata anche dalle disuguaglianze strutturali: vivere in contesti con basso capitale sociale aumenta il rischio di percepire la propria salute come “scarsa”, anche dopo aver controllato variabili individuali quali reddito, istruzione, fumo e obesità<sup>14</sup>.

Questi risultati offrono una base scientifica per valorizzare le reti di prossimità, le pratiche di partecipazione e le strategie di empowerment comunitario, che scopriremo essere snodo fondamentale nella ricerca.

---

<sup>13</sup> Putnam Robert, *Bowling Alone*, 2000, p.19.

<sup>14</sup> Kawachi I., Kennedy B.P., Glass R., *Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis*, American Journal of Public Health, 1999.

Per il servizio sociale, questa base scientifica di valorizzazione delle reti di prossimità può tradursi in promozione di ambienti favorevoli alla salute, in cui le relazioni siano riconosciute in qualità di risorse terapeutiche e preventive.

L'integrazione sociosanitaria, in questa prospettiva, suggerisce che non ci si può limitare alla sola connessione tra servizi, ma anzi si deve ambire alla costruzione di contesti relazionali e territoriali capaci di sostenere la persona nella sua interezza.

In termini operativi, l'integrazione sociosanitaria si configura come un processo volto a garantire continuità, coerenza e complementarità tra interventi sanitari e sociali, attraverso il coordinamento tra professionisti, servizi e istituzioni. Questo coordinamento non riesce sempre a realizzarsi in modo uniforme, al contrario può assumere forme diverse a seconda del contesto organizzativo e delle relazioni che intercorrono tra gli attori coinvolti.

Da qui, la necessità di ogni organizzazione di introdurre meccanismi di integrazione e di coordinamento del lavoro tra le proprie sottunità, affinché gli sforzi dei singoli convergano verso obiettivi comuni.

A scrivere a riguardo è l'economista canadese Mintzberg, il quale si propone di fornire una propria versione della realtà delle organizzazioni, dove l'integrazione si distingue sulla base di tre principali modalità di coordinamento: l'adattamento reciproco, la supervisione diretta e la standardizzazione.

L'adattamento reciproco si fonda sulla collaborazione tra professionisti di pari grado, che operano in modo autonomo ma condividono risorse e obiettivi; è tipico delle équipes multidisciplinari e dei contesti in cui la discrezionalità professionale è elevata. La supervisione diretta, invece, si basa su una struttura gerarchica, in cui il coordinamento è garantito dal controllo esercitato da un superiore. Infine, la standardizzazione può riguardare i processi, i risultati o le competenze: nel primo caso, si riduce la discrezionalità attraverso protocolli e procedure; nel secondo, si definiscono obiettivi comuni per valutare l'efficacia degli interventi; nel terzo, si garantisce l'allineamento professionale attraverso criteri di selezione e formazione.

Come succede in molti altri casi teorici, anche questi meccanismi non possono essere considerati alternativi l'uno all'altro, ma spesso coesistono e si combinano in modo differenziato all'interno delle organizzazioni sociosanitarie. La loro adozione consente di armonizzare le pratiche operative, favorire la comunicazione tra attori e promuovere una presa in carico realmente integrata.

In un contesto segnato da trasformazioni demografiche, epidemiologiche e sociali, la capacità di costruire percorsi di cura coordinati tra ambito sanitario e sociale si configura come condizione imprescindibile per garantire efficacia, equità e sostenibilità.

La crescente frammentazione dei servizi, la specializzazione settoriale degli interventi e la rigidità dei confini istituzionali hanno generato nel tempo una discontinuità nella presa in carico, con effetti negativi sulla qualità dell'assistenza e sull'efficienza del sistema.

Negli ultimi decenni, la governance dei sistemi assistenziali ha conosciuto un progressivo decentramento, con l'attribuzione di un ruolo sempre più centrale nella programmazione, gestione e implementazione degli interventi alle diverse realtà locali.

Con il termine “realtà locali” si fa riferimento a quell'insieme di soggetti istituzionali e organizzativi che operano a livello subnazionale — in particolare Regioni, Aziende Sanitarie Locali (ASL), Comuni, ambiti territoriali e distretti sociosanitari — e che, in virtù delle competenze loro attribuite, sono chiamati a costruire risposte integrate ai bisogni della popolazione. Queste organizzazioni non agiscono in modo isolato, ma all'interno di reti complesse che coinvolgono il Terzo Settore, le cooperative sociali, le associazioni di volontariato e le reti informali di cura.

Come evidenziato nel rapporto «L'integrazione delle politiche»<sup>15</sup> pubblicato nel 2012, la dimensione regionale rappresenta un livello privilegiato per l'analisi comparativa dei sistemi di welfare, ma al suo interno esiste una significativa variabilità organizzativa e gestionale. Questa diversificazione si riflette nella distribuzione delle risorse, nella definizione delle priorità assistenziali, nella capacità di attivare reti territoriali e nella concreta implementazione dei processi di integrazione.

Per questo motivo, l'analisi dell'integrazione sociosanitaria non può prescindere da una lettura territoriale, capace di valorizzare le pratiche locali e di interrogarsi sulle condizioni che ne favoriscono o ostacolano l'efficacia.

Studi comparativi condotti a livello regionale hanno evidenziato la presenza di modelli di welfare differenziati, frutto di processi di adattamento locale e di dinamiche di convergenza e divergenza tra territori.

In questa cornice si colloca la presente ricerca, focalizzata sull'esperienza dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara, come esempio di risposta locale alle sfide dell'integrazione socio-sanitaria.

---

<sup>15</sup> Di Nicola P., Pavesi N, *Welfare regionale in Italia*, Edizioni Ca' Foscari, 2012, p.211.

Il Piemonte, secondo la classificazione comparativa presentata da Giovanni Bertin nel 2012, rientra nel cluster definito come «welfare consolidato ma poco innovativo»: una configurazione caratterizzata da un sistema di offerta diffuso e strutturato, con un mix pubblico-privato e una relativamente bassa estensione dei servizi territoriali <sup>16</sup>.

È la sola Regione Piemonte a presentare queste caratteristiche, rendendo particolarmente interessante l'analisi di pratiche locali sviluppate che, pur inserite in un sistema consolidato, possono rappresentare segnali di innovazione e trasformazione.

Alla luce delle trasformazioni demografiche, epidemiologiche e organizzative che hanno investito il sistema sanitario negli ultimi anni, ci si può legittimamente domandare perché sia ancora necessario interrogarsi sull'integrazione tra ambito sanitario e sociale. La risposta emerge con forza dall'esperienza della pandemia da COVID-19, che ha agito da catalizzatore, portando alla luce criticità strutturali già presenti nel sistema e accelerando la consapevolezza della necessità di modelli assistenziali più coordinati e territoriali. L'emergenza ha evidenziato la debolezza delle reti di prossimità, la scarsa comunicazione tra professionisti, l'isolamento sociale di molte persone fragili e il sovraffollamento delle strutture ospedaliere.

Per questa indagine, il tema dell'integrazione sociosanitaria è centrale perché consente di esplorare il legame tra frammentazione dei servizi e sovraccarico ospedaliero, ipotizzando che una carenza di coordinamento tra ambito sanitario e sociale possa generare accessi non necessari, interruzioni nella presa in carico e una gestione inefficace della fragilità. Analizzare questo fenomeno significa interrogarsi sulle condizioni che rendono possibile una presa in carico realmente integrata, capace di rispondere in modo appropriato ai bisogni complessi della popolazione.

Ancora una volta, l'integrazione sociosanitaria non può essere intesa unicamente come una questione organizzativa: essa si configura come un processo complesso che coinvolge strutture, pratiche e culture professionali. Nel 2014, il professore universitario Paolo Rossi evidenzia come uno dei principali meccanismi attraverso cui le organizzazioni cercano di garantire coerenza e coordinamento tra le proprie componenti sia la standardizzazione delle competenze. Questo meccanismo agisce a monte dei processi operativi, selezionando e formando i professionisti in modo da assicurare un allineamento tra le scelte professionali e gli obiettivi dell'organizzazione. In contesti ad alta discrezionalità, come quelli sociosanitari, tale standardizzazione non limita l'autonomia degli operatori, ma ne costituisce il

---

<sup>16</sup> Bertin G., *Welfare regionale in Italia*, Edizioni Ca' Foscari, 2012, p. 6.

presupposto, favorendo l'integrazione attraverso una base comune di orientamenti e linguaggi professionali<sup>17</sup>.

Questo pensiero si avvalora anche attraverso gli studi di Annamaria Perino, la quale sottolinea come l'integrazione non possa essere considerato soltanto un assetto tecnico-istituzionale, ma anche, e soprattutto, un processo culturale e relazionale, che implica la costruzione di una visione condivisa tra attori diversi — istituzioni, servizi, professionisti — centrata sulla persona e sulla continuità assistenziale<sup>18</sup>. Tale processo si articola su tre livelli:

- istituzionale, attraverso il coinvolgimento di Regioni, Comuni e Aziende Sanitarie nella definizione di strategie convergenti;
- gestionale, mediante protocolli condivisi, strumenti di monitoraggio e una governance multilivello;
- professionale, nel lavoro quotidiano degli operatori che collaborano in équipe multidisciplinari, attivando strumenti come il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Anche questa tripartizione riflette la necessità di superare la frammentazione dei servizi e di promuovere ambienti sociali favorevoli alla salute, in cui le relazioni, la partecipazione e il riconoscimento diventano risorse fondamentali per il benessere individuale ma soprattutto collettivo.

In tale prospettiva, l'integrazione sociosanitaria non può essere ridotta a un semplice coordinamento funzionale tra ambiti distinti, ma va intesa come un cambiamento di paradigma: un modo nuovo di concepire la cura, fondato sulla centralità della persona, sulla continuità dei percorsi e sulla corresponsabilità tra attori istituzionali e professionali.

Promuovere una logica di intervento comunitaria e multidisciplinare significa riconoscere la cura come un processo collettivo, radicato nei territori e nelle relazioni che li attraversano.

In questa prospettiva, il servizio sociale assume un ruolo centrale nel facilitare connessioni, coordinare risorse e sostenere percorsi di presa in carico integrati, contribuendo alla costruzione di risposte più tempestive e appropriate ai bisogni complessi.

---

<sup>17</sup> Rossi P., *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali*, Carocci, Roma, 2024, p.36.

<sup>18</sup> Perino A., *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, RomaTrE-Press, 2022, p. 25.

## **1.2 L'impianto normativo dell'integrazione sociosanitaria: evoluzione nazionale e declinazione piemontese.**

L'integrazione sociosanitaria è da oltre vent'anni un obiettivo strategico del welfare italiano. La normativa ha delineato un impianto teorico solido, ma la sua attuazione concreta si è rivelata disomogenea e frammentata, segno di una tensione costante tra lo stesso impianto normativo e la capacità dei territori di tradurre questo impianto in pratiche operative.

Questa distanza tra principi e realtà può essere considerata la grande criticità strutturale che accompagnerà tutta la seguente analisi: la normativa riguardante i temi dell'integrazione ha spesso anticipato visioni avanzate, senza però garantire la possibilità di strumenti uniformi di implementazione.

Le basi del concetto di integrazione sociosanitaria possono ritrovarsi nel D.Lgs. 502/1992, modificato dal D.Lgs. 229/1999, che all'art. 3-septies introduce le prestazioni sociosanitarie, definite come interventi integrati volti a soddisfare bisogni di salute che richiedono congiuntamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. In questo quadro, la valutazione multidimensionale diventa lo strumento cardine per l'accesso ai servizi, e il ruolo dell'assistente sociale viene riconosciuto nella valutazione del bisogno sociale e nella costruzione del progetto assistenziale.

L'introduzione delle prestazioni sociosanitarie e della valutazione multidimensionale rappresenta un passo decisivo verso la presa in carico integrata. Tuttavia, la valorizzazione del ruolo dell'assistente sociale rimane in larga parte formale: la normativa ne riconosce la funzione, ma la pratica quotidiana sembra continuare a relegare questa figura professionale in posizioni marginali, con forte variabilità tra territori. L'integrazione viene affermata come principio, ma fatica a tradursi in un modello operativo stabile e uniforme.

A rappresentare una svolta paradigmatica nel welfare italiano, prevedendo l'introduzione di un impianto normativo organico in grado di superare la logica assistenziale frammentata e promuovere una visione di protezione sociale attiva, è la Legge 328/2000, chiamata «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali».

I suoi principi fondanti — universalità, equità, partecipazione e responsabilità condivisa — si ispirano agli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione<sup>19</sup> e mirano a garantire diritti di cittadinanza sociale a tutte le persone e famiglie in condizioni di bisogno.

Tra gli elementi più innovativi, si riportano all'attenzione:

- un sistema integrato di interventi e servizi sociali: insieme coordinato di prestazioni, risorse e attività, pubbliche e private, finalizzate alla promozione del benessere e alla presa in carico delle fragilità. L'integrazione con l'ambito sanitario è esplicitamente prevista;
- il ruolo centrale dei Comuni: titolari della programmazione e gestione degli interventi sociali, in collaborazione con ASL e altri attori territoriali;
- la presenza di Piani di Zona: strumenti di programmazione locale, elaborati in modo partecipato tra Comuni, ASL, terzo settore e cittadini;
- i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS): corrispettivo sociale dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), considerati invece indicatori sanitari. I LEPS diventano un indicatore di garanzia di equità nel momento di accesso ai servizi;
- la valorizzazione del terzo settore e delle reti informali, prevedendo il riconoscimento del ruolo attivo di volontariato, di cooperative sociali e di reti di prossimità.

---

<sup>19</sup> **Articolo 2**

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

**Articolo 3**

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale [cfr. XIV] e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso [cfr. artt. 29 c. 2, 37 c. 1, 48 c. 1, 51 c. 1], di razza, di lingua [cfr. art. 6], di religione [cfr. artt. 8, 19], di opinioni politiche [cfr. art. 22], di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

**Articolo 38**

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

L'assistenza privata è libera.

Se da un lato la 328/2000 ha cercato di rispondere alle criticità già emerse con il D.Lgs. 502/1992, introducendo principi avanzati e strumenti innovativi, dall'altro la sua attuazione mette in mostra differenti limiti significativi. La centralità dei Comuni e dei Piani di Zona ha generato un mosaico di esperienze locali, spesso ricche di sperimentazioni ma altrettanto frammentate. La mancanza di un sistema di monitoraggio nazionale e di standard vincolanti ha impedito di consolidare modelli stabili, lasciando l'integrazione dipendente dalla volontà politica e dalla capacità organizzativa dei singoli territori. Inoltre, la valorizzazione del terzo settore, pur positiva, ha accentuato la variabilità delle risposte, con il rischio di affidare la protezione sociale a reti informali non sempre strutturate.

In definitiva, la legge ha aperto prospettive importanti ma ha lasciato irrisolta la criticità della disomogeneità territoriale, continuando a rappresentare uno dei principali ostacoli alla piena realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

Per colmare queste lacune, i provvedimenti successivi — dal DPCM 14/02/2001 al Piano Nazionale della Cronicità fino al DM 77/2022 — hanno cercato di rafforzare l'impianto delineato dalla 328/2000, introducendo strumenti più vincolanti e architetture organizzative più definite.

Il DPCM 14 febbraio 2001<sup>20</sup> rappresenta un tassello fondamentale nella definizione dei LEA, ovvero di tutte le prestazioni e di tutti i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Tra queste, vengono esplicitamente incluse le prestazioni sociosanitarie, riconoscendo la natura integrata di alcuni bisogni complessi e la necessità di risposte coordinate tra ambito sanitario e sociale. Il decreto distingue tra prestazioni a rilevanza sanitaria, a rilevanza sociale e a integrazione sociosanitaria, contribuendo a chiarire le competenze e le responsabilità dei diversi attori istituzionali.

Questo passaggio normativo ha registrato un impatto significativo circa il consolidamento del principio dell'integrazione come diritto esigibile, e nel promuovere una presa in carico multidimensionale, soprattutto per le persone fragili, anziane e con patologie croniche.

Tuttavia, la distinzione tra rilevanza sanitaria e sociale ha finito per alimentare conflitti di competenza e sovrapposizioni, con la conseguenza di un rallentamento della costruzione di percorsi realmente unitari. Inoltre, l'assenza di strumenti operativi condivisi e di un

---

<sup>20</sup> Il DPCM 14 febbraio 2001 ("Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria") è il decreto fondamentale che definisce le prestazioni socio-sanitarie e la collaborazione tra Comuni e ASL in Italia.

monitoraggio efficace ha limitato l'efficacia del decreto, lasciando ancora una volta l'integrazione più come principio dichiarato che come pratica consolidata.

A distanza di quindici anni, il Piano Nazionale della Cronicità (PNC, 2016) rilancia e approfondisce questo orientamento, proponendo un modello di presa in carico proattiva e personalizzata per le persone affette da patologie croniche. Il piano sottolinea la necessità di costruire percorsi assistenziali integrati, basati sulla valutazione multidimensionale e sulla collaborazione tra professionisti sanitari e sociali. Viene valorizzato il ruolo dei distretti sociosanitari, delle équipes multiprofessionali e dei servizi territoriali, con l'obiettivo di superare la frammentazione e garantire continuità assistenziale lungo tutto il ciclo di vita della malattia. Il PNC rappresenta un riferimento strategico per le Regioni e le Aziende Sanitarie, chiamate a sviluppare modelli organizzativi coerenti con i principi di centralità della persona, umanizzazione delle cure e integrazione tra livelli di assistenza.

In questo piano può esservi riconosciuto un ulteriore avanzamento importante, che preveda un approccio proattivo e personalizzato alla cronicità; tuttavia, la sua attuazione ha incontrato ostacoli significativi.

La natura di “piano strategico” ha lasciato ampi margini di discrezionalità alle Regioni, generando una forte variabilità territoriale e una traduzione operativa disomogenea. La carenza di risorse dedicate e di strumenti vincolanti di monitoraggio ha limitato la capacità di trasformare i principi in pratiche consolidate. Anche la valorizzazione delle équipes multiprofessionali e dei distretti sociosanitari è rimasta spesso confinata al livello programmatico, con difficoltà nel coordinamento tra servizi e nel pieno riconoscimento del ruolo del servizio sociale. In questo senso, il PNC conferma la tensione già emersa nelle normative precedenti: l'integrazione viene affermata come obiettivo strategico, ma fatica a tradursi in un modello operativo stabile e uniforme.

Un impulso decisivo al quadro normativo arriva con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR, 2021), strumento strategico per la ripresa post-pandemica e per la modernizzazione del sistema Paese. Il piano si articola in sei missioni: nella Missione 5, dal titolo “Inclusione e coesione” e nella Missione 6 intitolata “Salute”, si ritrovano alcuni elementi centrali per il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria.

La Missione 5 mira a ridurre i divari territoriali, sociali e generazionali, promuovendo l'inclusione attiva delle fasce più fragili della popolazione. Gli investimenti si concentrano su politiche abitative, rigenerazione urbana, empowerment femminile, rafforzamento del terzo

settore e sviluppo delle competenze professionali, con l'obiettivo di costruire un welfare più equo e radicato nei territori.

La Missione 6, invece, è interamente dedicata alla riforma del sistema sanitario. La componente "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale" prevede la realizzazione di una sanità più vicina ai cittadini, capace di garantire continuità assistenziale, presa in carico integrata e riduzione dei ricoveri impropri.

L'esperienza del PNRR rappresenta un'occasione straordinaria per rilanciare l'integrazione sociosanitaria, grazie all'impiego di risorse ingenti e a un disegno riformatore dall'ampio respiro. Tuttavia, il carattere straordinario e a termine del PNRR può tradursi nella realizzazione di criticità rilevanti: ancora una volta, la diversa capacità progettuale delle Regioni e degli enti locali ha determinato il prodursi di esiti disomogenei e frammentati; inoltre, l'enfasi sugli investimenti infrastrutturali e tecnologici non sempre si è accompagnata a un adeguato rafforzamento delle risorse umane e delle competenze professionali, indispensabili per rendere effettiva la presa in carico integrata.

In questo senso, il PNRR ha predisposto prospettive importanti ma ha lasciato irrisolto il nodo della sostenibilità a lungo termine, confermando la necessità di un quadro normativo più stabile e vincolante.

Una possibile risposta giunge con il DM 77/2022, il principale strumento attuativo della missione salute<sup>21</sup>.

Il DM 77/2022, entrato in vigore il 7 luglio 2022, definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Il decreto introduce una nuova architettura organizzativa fondata su strutture e figure chiave per la sanità di prossimità:

- Case della Comunità, aperte fino a 24 ore su 24, come punto di accesso unificato ai servizi sanitari e sociosanitari;
- Centrali Operative Territoriali (COT), per il coordinamento della presa in carico, l'attivazione dei servizi domiciliari e la gestione delle dimissioni protette;

---

<sup>21</sup> Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*, in Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2022-06-22&atto.codiceRedazionale=22G00085>.

- Infermiere di Famiglia e Comunità, figura di riferimento per la promozione della salute, la prevenzione e il supporto alle persone fragili;
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA), équipe multiprofessionali che operano a domicilio per la gestione dei pazienti complessi.

Il decreto promuove un modello di sanità territoriale integrata, in cui la collaborazione tra professionisti sanitari e sociali è essenziale per garantire continuità assistenziale, superare la frammentazione dei servizi e costruire percorsi centrati sulla persona e sul contesto di vita.

Il DM 77/22 è il contesto nel quale la Regione Piemonte ha sviluppato un corpus normativo articolato, volto a promuovere l'integrazione sociosanitaria con particolare attenzione alla presa in carico delle persone fragili e alla continuità assistenziale. Tra i provvedimenti più significativi si segnalano:

- DGR 72-14420/2004, che introduce il percorso di continuità assistenziale per anziani non autosufficienti<sup>22</sup>;
- DGR 27-3625/2012, che riorganizza la rete territoriale e rafforza il ruolo dei distretti sociosanitari<sup>23</sup>;
- Piano Socio-Sanitario Regionale 2012–2015, che definisce gli indirizzi strategici per l'integrazione tra servizi<sup>24</sup>;
- Determinazione n. 924/2015, che stabilisce le modalità operative per la continuità assistenziale a valenza sanitaria<sup>25</sup>.

Più recentemente, la DGR 10-5445/2022 ha approvato un “Percorso protetto di continuità assistenziale” per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari assimilabili, dimessi da strutture ospedaliere o di post-acuzie ma non assistibili al domicilio<sup>26</sup>. Il provvedimento prevede il trasferimento temporaneo in RSA autorizzate e

---

<sup>22</sup> Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale n. 72-14420 del 15 marzo 2004, *Percorso di continuità assistenziale per anziani non autosufficienti*.

<sup>23</sup> Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale n. 27-3625 del 19 marzo 2012, *Riorganizzazione della rete territoriale e rafforzamento dei distretti sociosanitari*.

<sup>24</sup> Regione Piemonte, *Piano Socio-Sanitario Regionale 2012–2015*, approvato con DGR n. 25-4280 del 30 luglio 2012.

<sup>25</sup> Regione Piemonte, Determinazione Dirigenziale n. 924 del 30 dicembre 2015, *Modalità operative per la continuità assistenziale a valenza sanitaria*.

<sup>26</sup> Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale n. 10-5445 del 29 luglio 2022, *Modifica parziale ed integrazione della DGR n. 1-5265 del 28 giugno 2022: Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti dimessi da strutture ospedaliere verso RSA*, pubblicata nel Bollettino Ufficiale n. 32 dell'11 agosto 2022.

accreditate, con l'obiettivo di garantire una presa in carico appropriata e continuativa, evitando ricoveri impropri e situazioni di abbandono assistenziale. La durata massima del ricovero è fissata in 60 giorni, durante i quali deve essere attivato un percorso di valutazione e definizione del progetto assistenziale personalizzato.

La Determinazione Dirigenziale n. 906/2022 ha, invece, avviato un progetto pilota per lo sviluppo delle COT nelle Aziende Sanitarie Locali piemontesi, collocandosi all'interno della Missione 6 del PNRR. Le COT svolgono funzioni cruciali per la presa in carico integrata e la gestione delle dimissioni protette. Il progetto pilota mira a definire un modello organizzativo condiviso, a sperimentare la funzionalità in contesti locali differenziati e a promuovere l'interconnessione tra servizi sanitari, sociali e domiciliari, anche attraverso strumenti digitali e di telemedicina.

Giungendo verso la fine di questa presentazione normativa regionale, non si possono non evidenziare alcuni tratti caratteristici, come, per esempio, la volontà politica di costruire un sistema sociosanitario integrato, la capacità di rispondere in modo coordinato e personalizzato ai bisogni complessi della popolazione, con particolare attenzione alla fragilità, alla cronicità e alla transizione ospedale-territorio. L'evoluzione normativa dell'integrazione sociosanitaria in Italia ha delineato un impianto teorico e istituzionale solido, fondato sul principio della presa in carico globale e sulla collaborazione tra ambiti sanitari e sociali.

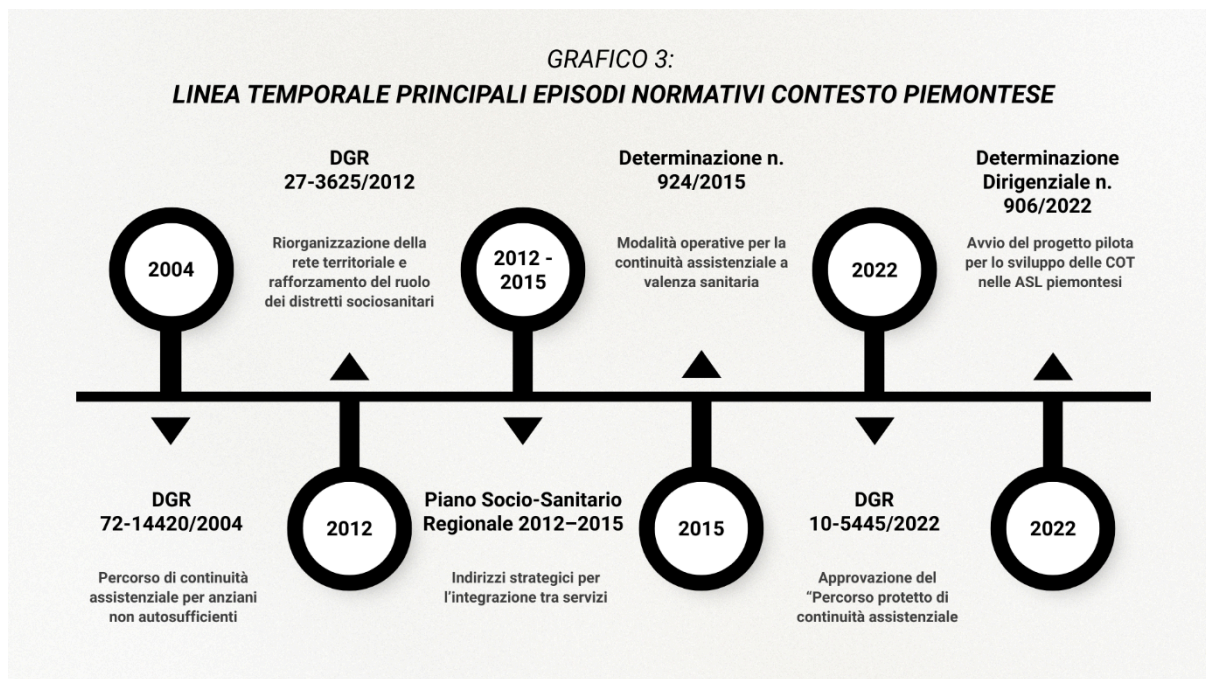
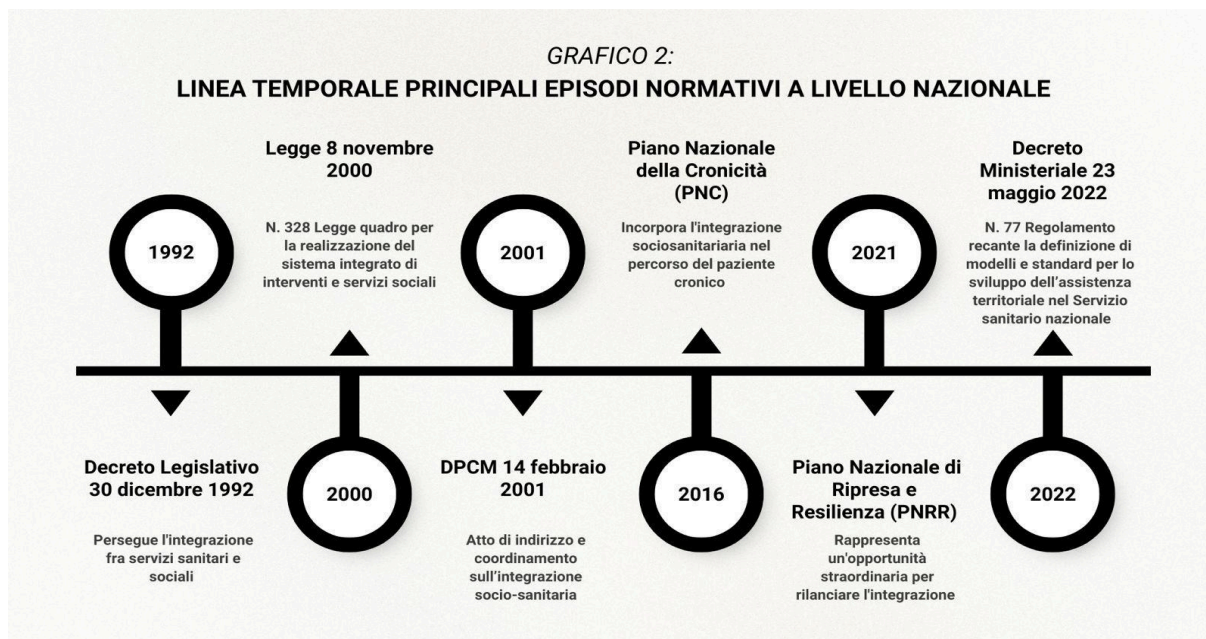
Tuttavia, l'attuazione concreta continua a incontrare ostacoli significativi: frammentazione istituzionale, disomogeneità territoriale, carenza di strumenti condivisi e debolezza dei meccanismi di monitoraggio compromettono la costruzione di modelli realmente integrati. Anche laddove le Regioni, come il Piemonte, hanno sviluppato un corpus normativo coerente e orientato alla continuità assistenziale, permangono difficoltà nella traduzione operativa delle politiche e nella stabilizzazione di prassi interprofessionali. A conferma di ciò, la ricerca-azione condotta dal SUNAS (2021–2024) ha evidenziato come il Servizio Sociale Professionale in Sanità, pur formalmente riconosciuto da diversi provvedimenti normativi, non risulti ancora pienamente integrato nei processi sociosanitari<sup>27</sup>. Il quadro che emerge è quello di una presenza disomogenea, spesso affidata all'iniziativa dei singoli territori, con

---

<sup>27</sup> SUNAS, *Ricerca-azione sul Servizio Sociale Professionale in Sanità*, 2021–2024. Il progetto ha analizzato la presenza, il riconoscimento e i modelli organizzativi del servizio sociale nei contesti sanitari italiani, evidenziando una forte disomogeneità territoriale e una valorizzazione ancora parziale delle competenze sociali nei processi di presa in carico integrata.

modelli organizzativi frammentati e una valorizzazione ancora parziale delle competenze sociali nella presa in carico.

Il tema del ruolo del servizio sociale in ambito sanitario verrà approfondito nel paragrafo 1.4, dove si ripercorreranno le principali tappe normative e si analizzeranno le competenze professionali che ne delineano il contributo nei percorsi di cura integrata.



### **1.3– Fragilità e invecchiamento: una sfida multidimensionale.**

Come anticipato nel paragrafo precedente, l'evoluzione normativa e organizzativa dell'integrazione sociosanitaria non possono essere disgiunte dalla necessità di tradurre i principi enunciati in risposte concrete, capaci di intercettare e accompagnare i bisogni delle fasce più vulnerabili della popolazione. L'invecchiamento e la fragilità emergono con particolare urgenza tra i fenomeni che più condizionano la società odierna, configurandosi tra le sfide più complesse e trasversali per il sistema di welfare contemporaneo.

Facendo riferimento ai dati proposti nell'introduzione, l'invecchiamento della popolazione è uno dei fenomeni demografici più significativi del nostro tempo, con implicazioni profonde sul piano sanitario, sociale, economico e relazionale. In Italia, come in molti altri Paesi europei, l'aumento dell'età media e della speranza di vita ha comportato una crescita esponenziale delle situazioni di cronicità, di non autosufficienza e di vulnerabilità sociale. Tali dinamiche impongono una riflessione strutturale sulle modalità di presa in carico, sulla sostenibilità dei servizi e sulla necessità di costruire risposte integrate, personalizzate e orientate alla continuità assistenziale.

La fragilità, in questo contesto, non può essere intesa solo come una condizione clinica, ma deve essere interpretata in qualità di dimensione complessa che coinvolge aspetti fisici, psicologici, sociali, ambientali ed economici.

La letteratura scientifica e le pratiche professionali convergono nel definire la fragilità come una condizione dinamica, che può evolvere nel tempo e che richiede una valutazione multidimensionale per essere compresa e affrontata in modo efficace.

Il paradigma bio-psico-sociale, adottato in ambito sanitario e sociale, rappresenta lo strumento teorico più adeguato a leggere la fragilità nella sua interezza. Questo si propone di superare la frammentazione degli interventi e di costruire percorsi di cura che tengano conto della persona nella sua globalità, valorizzando le risorse individuali e comunitarie. A questo paradigma si affianca quello dell'invecchiamento attivo, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002, che riconosce il diritto delle persone anziane a partecipare pienamente alla vita sociale, culturale ed economica. L'invecchiamento attivo non si limita alla salute fisica, ma include la possibilità di mantenere relazioni significative, di contribuire alla comunità e di vivere con dignità e autonomia.

In ambito clinico, tra gli strumenti più consolidati per affrontare la complessità della fragilità si colloca la Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD). La VMD è definita come un processo diagnostico multidimensionale e interdisciplinare atto a identificare le necessità

assistenziali, il piano di cura e con l'obiettivo di migliorare gli esiti di salute della persona anziana fragile. Gli obiettivi principali della VMD sono migliorare l'accuratezza diagnostica, ottimizzare il trattamento medico, migliorare gli esiti di salute (inclusi lo stato funzionale e la qualità di vita), ottimizzare l'ambiente di vita, minimizzare l'uso di servizi non necessari, e organizzare una gestione personalizzata a lungo termine della persona anziana.

In questo scenario di vecchiaia e fragilità che stiamo descrivendo, un ruolo che si rivela cruciale è quello dei caregiver familiari. La loro presenza o assenza incide profondamente sulla gestione della fragilità e sulla possibilità di attivare percorsi assistenziali efficaci. I caregiver rappresentano spesso il primo presidio di cura, ma sono anche soggetti esposti a stress, sovraccarico emotivo e isolamento. Pascale Molinier ha una volta descritto il lavoro di cura come invisibile, sottovalutato e caricato di aspettative affettive e morali, soprattutto quando svolto da donne o da reti informali. Il care, scrive la psicologa in uno dei suoi testi, non può essere ridotto a semplice gesto tecnico: spesso questo lavoro «inestimabile» è senza tariffario, senza orari né vacanze e non vi è altro modo per descriverlo se non come «attenzione alla vita umana»<sup>28</sup>.

È quindi fondamentale che il sistema sociosanitario preveda interventi di sostegno strutturato alle reti informali, attraverso servizi di sollievo, formazione, accompagnamento e valorizzazione del ruolo sociale svolto dalle famiglie.

Come approfondito nel capitolo normativo, la Regione Piemonte ha adottato documenti specifici che promuovono la valutazione precoce della fragilità e la presa in carico integrata. Tra questi, la DGR 10-5445/2022 ha definito un percorso protetto di dimissione verso RSA per pazienti fragili, mentre la Determina Dirigenziale n. 906/2022 ha avviato un progetto pilota per lo sviluppo delle COT nelle ASL piemontesi.

A livello aziendale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara ha implementato la Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria come strumento operativo, integrandola nei protocolli di dimissione protetta e continuità assistenziale, in sinergia con il Piano Aziendale per le Cronicità e le procedure Istruzione Operativa n. 074 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara (IO\_AOU\_8-074)<sup>29</sup>, Procedura

---

<sup>28</sup> Molinier P., *Care. Prendersi cura. Un lavoro inestimabile*, Moretti & Vitali, 2019, pp. 68 – 69.

<sup>29</sup> IO\_AOU\_8-074, *Scheda di Fragilità – Istruzione Operativa*, documento interno, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara, versione in uso nel 2024.

Generale n. 084 dell'AOU (PG\_AOU\_8-084)<sup>30</sup> e Istruzione Operativa n. 057 dell'AOU (IO\_AOU\_8-057)<sup>31</sup>.

Concludendo, la sfida dell'invecchiamento e della fragilità richiede un approccio integrato, che coinvolga il sistema sanitario, il sistema sociale, le reti territoriali, la comunità e la famiglia. L'assistente sociale, in questo scenario, assume un ruolo centrale nella costruzione di percorsi personalizzati, nella mediazione tra servizi e nella promozione dell'umanizzazione delle cure. Come evidenziato dai documenti del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali CNOAS e dalla ricerca avviata dal SUNAS di cui si è già accennato, la presenza strutturata del Servizio Sociale Professionale in Sanità è una condizione da considerarsi necessaria per affrontare in modo efficace le situazioni di fragilità. Solo attraverso un modello organizzativo condiviso, una formazione specifica e una piena valorizzazione del ruolo dell'assistente sociale sarà possibile garantire risposte adeguate, sostenibili e rispettose della dignità delle persone.

#### **1.4 – Il servizio sociale nei contesti sanitari.**

L'exkursus storico della presenza del Servizio Sociale negli ospedali e nel sistema sanitario evidenzia l'attenzione da parte del legislatore mostrata nei confronti della procedura di presa in carico sociale all'interno dell'organizzazione ospedaliera. I cambiamenti demografici nel nostro Paese avrebbero dovuto suggerire sin da subito un potenziamento dell'intervento dell'assistente sociale, ma solo di recente il servizio sociale in ambito sanitario ha assunto un ruolo di fatto più strategico all'interno della costruzione di percorsi di cura integrati e nella promozione della continuità assistenziale. L'assistente sociale non deve essere più considerata solo una figura di supporto, bensì un attore professionale capace di leggere la complessità dei bisogni, di attivare risorse e di costruire ponti tra ospedale e territorio.

Ma procediamo per gradi, prima provando a ricostruire un percorso normativo che ha modificato il ruolo del Servizio Sociale in Sanità.

---

<sup>30</sup> PG\_AOU\_8-084, *Segnalazione e attivazione del percorso di continuità assistenziale – Procedura Generale*, documento interno, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara, versione in uso nel 2024.

<sup>31</sup> IO\_AOU\_8-057, *Rilevazione presenze specializzandi tramite IrisWeb – Istruzione Operativa*, documento interno, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara, versione in uso nel 2024.

La presenza del servizio sociale in ambito sanitario ha radici profonde, che precedono di decenni la formalizzazione dell'integrazione sociosanitaria. Un primo riconoscimento normativo risale alla Legge n. 132/1968<sup>32</sup>, nota come «Riforma ospedaliera», che prevedeva la costituzione di servizi sociali presso gli enti ospedalieri, con il compito di collaborare alla presa in carico globale del paziente, favorire il reinserimento sociale e attivare risorse territoriali. Sebbene la professione dell'assistente sociale non fosse ancora regolamentata da un albo, il provvedimento sanciva la necessità di integrare la dimensione sociale nei percorsi di cura, anticipando il paradigma bio-psico-sociale che oggi guida l'approccio alla fragilità e alla cronicità.

Al fine di attualizzare il profilo dell'assistente sociale si richiama anche la Legge 84/1993<sup>33</sup>, che disciplina la professione e prevede l'istituzione dell'Albo professionale. L'art. 1 sancisce che l'assistente sociale è libero di operare con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno ed il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative. Sempre nell'articolo primo vengono riportati i compiti di gestione, di organizzazione e di programmazione che l'assistente sociale può esercitare, oltre alle attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali.

A partire da questi primi riferimenti, il ruolo dell'assistente sociale in sanità si è evoluto attraverso una serie di provvedimenti normativi e contrattuali che ne hanno progressivamente definito il profilo professionale, le competenze e le funzioni.

Riprendendo i già citati provvedimenti: la Legge 328/2000, che riconosce il servizio sociale come componente essenziale del sistema integrato di interventi e servizi; il DPCM 14 febbraio 2001, che include le prestazioni sociosanitarie tra i livelli essenziali di assistenza, aprendo alla collaborazione tra professionisti sanitari e sociali; il Piano Nazionale della Cronicità (2016) e il DM 77/2022, che rafforzano ulteriormente questa prospettiva, promuovendo modelli organizzativi centrati sulla persona e sulla continuità assistenziale.

È opportuno ora soffermarsi su un passaggio istituzionale da ritenersi fondamentale: il documento del Tavolo Tecnico nazionale sul servizio sociale in sanità, approvato dal Ministero della Salute nel 2010<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Legge 12 febbraio 1968, n. 132, «*Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 68 del 12 marzo 1968.

<sup>33</sup> Legge 23 marzo 1993, n. 84, «*Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale*».

<sup>34</sup> Ministero della Salute – Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie, *Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità*, documento approvato il 29 ottobre 2010 dal Tavolo Tecnico istituito dal Ministro Ferruccio Fazio.

Questo testo rappresenta una tappa cruciale nel processo di riconoscimento e valorizzazione del ruolo dell'assistente sociale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, anticipando molte delle linee di indirizzo poi formalizzate nel documento ordinistico: poiché approvato dal Ministero della Salute rappresenta una presa di posizione ufficiale sulla necessità di integrare il servizio sociale nelle Aziende Sanitarie.

Il documento nasce su impulso della Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute, con l'obiettivo di definire in modo sistemico le funzioni del Servizio Sociale Professionale in sanità. Il Tavolo Tecnico, istituito nel 2009 e composto da rappresentanti del Ministero, delle Regioni, delle Aziende Sanitarie, del CNOAS e delle organizzazioni sindacali, ha lavorato per costruire un quadro condiviso che potesse orientare le politiche regionali e aziendali in materia di compiti del Servizio sociale in contesto di integrazione sociosanitaria.

Di seguito, un sintetico elenco delle finalità principali che il documento si propone di perseguire:

- riconoscere formalmente il contributo del servizio sociale nei percorsi di cura, prevenzione e riabilitazione;
- definire ambiti di intervento, competenze e funzioni specifiche dell'assistente sociale in sanità;
- favorire l'inserimento strutturato del servizio sociale nei modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie, superando la frammentazione e la marginalità operativa;
- promuovere una cultura professionale condivisa, capace di valorizzare il lavoro sociale come componente essenziale della presa in carico integrata.

Il documento si colloca nel solco della Legge 251/2000, che disciplina le professioni sanitarie e sociosanitarie, e si propone come strumento di orientamento per le Regioni e le Aziende Sanitarie nella definizione dei propri assetti organizzativi. In tal senso, rappresenta un punto di svolta: da una presenza episodica e non sempre riconosciuta, il servizio sociale viene proposto come funzione strategica e trasversale, capace di contribuire alla qualità, all'equità e alla sostenibilità dei percorsi assistenziali.

Quanto, invece, si può estrapolare dal documento del Tavolo Tecnico 2010 è una declinazione del ruolo dell'assistente sociale in sanità più chiara e profonda e che evidenzia come la sua

---

presenza non sia accessoria, ma strutturalmente necessaria per garantire percorsi di cura integrati, equi e centrati sulla persona. Il testo individua tre dimensioni strettamente interconnesse: le funzioni specifiche, le competenze professionali e le prospettive organizzative. Si suggerisce una lettura dei livelli non in qualità di ambiti separati, ma bensì come elementi che si alimentano reciprocamente, definendo l'identità e il valore aggiunto del servizio sociale nei contesti sanitari.

Le funzioni attribuite all'assistente sociale si collocano all'interno di un approccio bio-psico-sociale, che riconosce la salute come esito di fattori clinici, sociali, relazionali e ambientali. In questo quadro, il professionista sociale:

- partecipa alla presa in carico globale della persona, contribuendo alla valutazione multidimensionale e alla costruzione di progetti assistenziali personalizzati;
- svolge un ruolo chiave nella gestione delle dimissioni protette e nella continuità assistenziale, raccordando ospedale, territorio e reti familiari;
- promuove la tutela dei diritti, la mediazione istituzionale e il sostegno ai caregiver, agendo come facilitatore nei processi di cura e come garante dell'equità di accesso ai servizi.

Queste funzioni si traducono in un'azione concreta e quotidiana, che incide sulla qualità dell'assistenza e sulla sostenibilità dei percorsi, soprattutto nei casi di maggiore complessità e vulnerabilità.

Per realizzare il più efficacemente possibile tali funzioni, l'assistente sociale deve disporre di un insieme articolato di competenze, che vanno ben oltre la dimensione tecnica. Il documento evidenzia:

- la capacità di lettura del contesto, intesa come abilità di interpretare le dinamiche sociali, istituzionali e relazionali che influenzano la condizione di salute;
- la progettazione sociale e il lavoro di rete, che consentono di costruire interventi coerenti, integrati e orientati alla persona;
- la conoscenza della normativa sociosanitaria e le abilità relazionali e organizzative, indispensabili per operare in équipe, mediare tra attori diversi e contribuire alla governance dei servizi.

Queste competenze rappresentano il fondamento dell'autonomia professionale e della responsabilità etica dell'assistente sociale, non sono statiche, ma si sviluppano attraverso la pratica riflessiva, la formazione continua e il confronto interdisciplinare.

Infine, il documento sottolinea che per valorizzare pienamente il contributo del servizio sociale è necessario un ripensamento dei modelli organizzativi. Non basta riconoscerne le funzioni e le competenze: occorre garantire una presenza strutturata e stabile dell'assistente sociale nelle Aziende Sanitarie, superando la logica dell'intervento residuale o emergenziale. In particolare, si propone:

- l'inserimento del servizio sociale nei dipartimenti, nei distretti e nei servizi ospedalieri, con ruoli definiti e riconosciuti;
- l'adozione di modelli organizzativi integrati, che valorizzino la trasversalità del servizio sociale e ne promuovano il coinvolgimento nei processi decisionali;
- il riconoscimento del servizio sociale come funzione strategica, capace di contribuire alla qualità, all'equità e alla sostenibilità del sistema sanitario.

In questa prospettiva, l'assistente sociale non è solo un operatore dell'emergenza o della marginalità, ma un professionista della complessità, in grado di leggere i bisogni, attivare risorse e costruire connessioni tra persone, servizi e istituzioni.

A distanza di oltre un decennio da questo documento, il contesto sociosanitario ha subito ulteriori trasformazioni, le più significative introdotte dal documento del CNOAS<sup>35</sup> del 2021, intitolato «Profilo e funzioni dell'assistente sociale della sanità», inserendosi come naturale prosecuzione e aggiornamento del lavoro avviato nel 2010. Se il Tavolo Tecnico aveva posto le basi per il riconoscimento del servizio sociale come funzione strategica nei contesti sanitari, il documento ordinistico del 2021 ne rafforza la legittimità professionale, ne precisa il contributo nei modelli organizzativi integrati e ne valorizza il ruolo nei percorsi di cronicità e fragilità, in coerenza con le più recenti riforme (vedi PNC 2016 e DM 77/2022).

Il passaggio da un documento ministeriale a un documento ordinistico non va interpretato come una discontinuità, ma piuttosto come un'evoluzione: il CNOAS, in quanto ente

---

<sup>35</sup>Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, l'organo nazionale di rappresentanza e coordinamento della professione di assistente sociale in Italia. È un ente pubblico non economico che tutela la professione e gli utenti dei servizi sociali. È stato istituito dalla Legge 23 marzo 1993, n. 84; l'Ordine è articolato su base territoriale in 20 Ordini regionali più il Consiglio nazionale.

rappresentativo della professione, si fa promotore di una visione matura e propositiva del ruolo dell'assistente sociale in sanità, delineandone con chiarezza le competenze distintive, le funzioni specifiche e le condizioni organizzative necessarie per un'effettiva integrazione nei percorsi di cura.

Il documento rappresenta un punto di arrivo e al contempo un rilancio per la professione nei contesti sanitari. Esso si propone di sistematizzare il contributo dell'assistente sociale alla luce delle trasformazioni normative, organizzative e demografiche che hanno investito il Servizio Sanitario Nazionale, con particolare attenzione alla presa in carico integrata, alla cronicità e alla complessità sociale. Il testo si articola in cinque sezioni fondamentali, che delineano in modo chiaro e coerente il perimetro professionale, le competenze distintive e le condizioni organizzative necessarie per un'effettiva valorizzazione del servizio sociale in sanità.

A seguire, una breve analisi.

L'intento del documento è quello di offrire un riferimento condiviso e autorevole per:

- dare visibilità istituzionale al ruolo dell'assistente sociale nei contesti sanitari, spesso ancora marginalizzato o frammentato;
- orientare le politiche regionali e aziendali verso modelli organizzativi che includano stabilmente il servizio sociale;
- rafforzare l'identità professionale, promuovendo una cultura della salute che riconosca la dimensione sociale come componente essenziale della presa in carico.

In tal senso, si configura come uno strumento di advocacy e di indirizzo, capace di dialogare con le istituzioni, le direzioni sanitarie e le altre professioni.

Il CNOAS individua una pluralità di contesti in cui l'assistente sociale opera, sottolineando la trasversalità del suo contributo:

- In ambito ospedaliero, il professionista è coinvolto nella gestione delle dimissioni complesse, nella valutazione sociale e nella costruzione di percorsi di continuità assistenziale.
- Nel territorio, partecipa alla presa in carico multiprofessionale, attiva reti formali e informali, sostiene i caregiver e promuove l'accesso ai servizi.
- Nei contesti di emergenza-urgenza, svolge funzioni di mediazione, tutela e attivazione delle risorse, soprattutto nei casi di vulnerabilità sociale.

- Nella prevenzione e promozione della salute, contribuisce all'empowerment delle persone, all'educazione sanitaria e al contrasto della marginalità.

Questa articolazione dimostra come il servizio sociale non possa essere confinato a un ambito specifico, ma rappresenti una funzione trasversale che attraversa l'intero continuum assistenziale.

Nel documento del 2021 si dedica ampio spazio alla definizione delle competenze richieste all'assistente sociale in sanità, configurato come un insieme integrato di saperi, abilità e atteggiamenti:

- Competenze tecnico-professionali, tra cui la valutazione sociale, la progettazione degli interventi, la conoscenza della normativa sociosanitaria e la capacità di orientarsi nei modelli organizzativi.
- Competenze relazionali, fondamentali per costruire alleanze terapeutiche, mediare tra attori diversi e sostenere le persone nei momenti di crisi.
- Competenze organizzative e gestionali, che includono la capacità di lavorare in équipe, di coordinare risorse e di contribuire alla governance dei servizi.

Anche le competenze non possono esser definite statiche, ma richiedono un aggiornamento continuo e una riflessione costante sulla pratica, in coerenza con i principi deontologici della professione.

Il cuore del documento propone una sistematizzazione delle funzioni dell'assistente sociale, riassumibile in cinque aree:

- Competenza esclusiva: comprende attività che rientrano nel nucleo identitario della professione, come la valutazione sociale, la presa in carico globale, l'attivazione della rete territoriale e la tutela dei diritti.
- Prevenzione e promozione: include interventi di educazione alla salute, empowerment, contrasto alla stigmatizzazione e promozione della partecipazione attiva delle persone e delle comunità.
- Ricerca: valorizza il contributo dell'assistente sociale nella raccolta e analisi dei dati, nella partecipazione a studi e nella produzione di conoscenza utile alla programmazione dei servizi.

- **Formazione:** riconosce il ruolo del professionista nella formazione continua, nella supervisione e nella diffusione della cultura professionale all'interno delle organizzazioni.
- **Organizzazione e management:** prevede la partecipazione ai processi decisionali, il coordinamento di équipe, la progettazione di servizi e la promozione dell'innovazione organizzativa.

Ancora una volta, la ricchezza e la trasversalità del ruolo vengono ribadite e messe in luce, non esaurendosi nell'intervento individuale, ma estendendosi alla dimensione collettiva, sistemica e trasformativa.

Infine, il documento propone alcune indicazioni operative per l'inserimento strutturato del servizio sociale nelle Aziende Sanitarie:

- presenza nei Dipartimenti di Salute Mentale, Cure Primarie, Ospedale-Territorio;
- integrazione nelle COT, Case della Comunità, Centri Servizi;
- riconoscimento del servizio sociale come funzione strategica, dotata di autonomia, risorse e visibilità.

Dopo una simile ultima sezione, è ancora più evidente la necessità di una regolamentazione in termini di integrazione in quanto l'efficacia dell'intervento sociale dipende non solo dalle competenze del singolo professionista, ma anche dalle condizioni organizzative che ne permettono l'esercizio pieno e qualificato.

Seguendo l'orientamento temporale adottato sino a qui, a scopo della creazione del miglior setting di conoscenze è utile nominare il documento CNOAS del 2022, dal titolo: «Il Servizio Sociale Professionale nei processi di continuità assistenziale».

Questo testo rappresenta un completamento operativo e contestuale del precedente, focalizzandosi in modo specifico sul ruolo dell'assistente sociale nei percorsi di transizione tra ospedale e territorio, con particolare attenzione alle Centrali Operative Territoriali (COT) e al Servizio Sociale Professionale Ospedaliero (SSPO).

Il documento nasce in risposta alle trasformazioni introdotte dal DM 77/2022 e dal PNRR, che hanno ridefinito l'architettura dell'assistenza territoriale, ponendo al centro la continuità assistenziale come principio guida. In questo nuovo scenario, il CNOAS propone una lettura aggiornata e sistemica del ruolo dell'assistente sociale, superando la tradizionale dicotomia

ospedale-territorio e promuovendo un modello organizzativo orientato ai processi di cura, piuttosto che alle sole strutture.

L'innovazione del documento non risiede solo nella creazione di nuove strutture (come le Case della Comunità o le COT), ma anche nella riconfigurazione dei modelli organizzativi secondo una logica di processo. In questo cambio di paradigma, l'assistente sociale è chiamato a operare in modo fluido lungo l'intero continuum assistenziale, garantendo:

- la presa in carico globale della persona;
- la valutazione multidimensionale precoce;
- la connessione tra sistemi (sanitario, sociale, giudiziario, comunitario);
- la costruzione di percorsi personalizzati e sostenibili.

Nel contesto ospedaliero, il Servizio Sociale Professionale Aziendale (SSPA) assume una funzione strategica nella gestione delle dimissioni complesse, nella mediazione tra tempi clinici e bisogni sociali, e nella costruzione di reti di supporto per il rientro al domicilio o il passaggio ad altri setting. Il documento evidenzia come il SSPA:

- operi secondo il paradigma bio-psico-sociale;
- agisca come case manager nei casi complessi;
- promuova l'umanizzazione delle cure e la valorizzazione delle capacità residue;
- collabori alla definizione di protocolli operativi condivisi per la presa in carico integrata.

Le COT vengono identificate in qualità di snodi fondamentali per la continuità assistenziale. La loro efficacia dipende dalla presenza strutturata del servizio sociale, il quale si prefigge di garantire:

- l'attivazione tempestiva delle risorse territoriali;
- il coordinamento tra attori diversi (MMG, servizi sociali comunali, terzo settore);
- la presa in carico precoce delle situazioni complesse già in fase di accesso al Pronto Soccorso;
- la riduzione dei ricoveri impropri e delle dimissioni tardive.

Particolare attenzione è rivolta ai tre ambiti ospedalieri ad alta complessità, quali:

- Pronto Soccorso: luogo di accesso privilegiato per molte situazioni di fragilità sociale, dove l'assistente sociale può intervenire per prevenire ricoveri impropri, attivare risorse e sostenere pazienti e familiari.
- Area materno-infantile: contesto delicato in cui l'assistente sociale tutela la maternità fragile, supporta i genitori e collabora con i servizi territoriali per la protezione dei minori.
- Dimissioni protette/complesse: nodo cruciale per la continuità assistenziale, in cui il servizio sociale garantisce la transizione sicura verso il domicilio o altre strutture, riducendo i tempi di degenza e migliorando l'appropriatezza degli interventi.

Questo documento, frutto del lavoro del Tavolo nazionale Salute e Sanità del CNOAS, rappresenta un contributo tecnico-politico di grande rilievo, che rafforza la legittimazione del servizio sociale nei processi di cura e ne propone una collocazione strutturale e strategica nei nuovi assetti organizzativi del SSN.

Una figura professionale di cui è doveroso fare un accenno all'interno di questo paragrafo, è quella del Dirigente del Servizio Sociale Professionale.

In coerenza con le linee di indirizzo regionali e nazionali, il ruolo del dirigente del SSP in sanità è regolato da modifiche alla Legge 251/2000 e si configura come figura strategica per la governance dei percorsi socio-sanitari, con funzioni di coordinamento, programmazione e valorizzazione professionale.

La Legge 251/2000, inizialmente, prevedeva la dirigenza solo per quattro aree (infermieristica-ostetrica, tecnico-sanitaria, riabilitazione, prevenzione). Le modifiche normative chiave da segnalare sono rappresentate da:

- Art. 2-sexies della Legge 138/2004: estende la possibilità di incarico dirigenziale anche all'area del servizio sociale professionale.
- Art. 1-octies della Legge 27/2006: conferma l'inserimento del SSP tra le aree dirigenziali del SSN.
- CCNL Sanità 2019–2021: riconosce formalmente l'area delle professioni sociosanitarie, includendo gli assistenti sociali tra i profili dirigenziali.

Queste norme consentono alle Aziende Sanitarie di conferire incarichi dirigenziali a tempo determinato agli assistenti sociali, in coerenza con le esigenze organizzative e con i modelli di integrazione sociosanitaria.

Il dirigente assistente sociale è responsabile della programmazione, dell'organizzazione e della gestione del servizio, con il compito di garantire l'autonomia tecnico-professionale e di rappresentare il Servizio Sociale nei tavoli decisionali aziendali. È il garante della qualità degli interventi, il promotore dell'integrazione sociosanitaria e il coordinatore delle relazioni con i Comuni, il Terzo Settore, le COT e le altre strutture territoriali. La sua presenza è essenziale per assicurare coerenza, continuità e innovazione nei percorsi di cura e assistenza<sup>36</sup>.

L'attuazione concreta del servizio sociale in sanità trova espressione, a livello locale, in una serie di strumenti e dispositivi che riflettono il quadro normativo regionale e nazionale. Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara, il Servizio Sociale Professionale è coinvolto in procedure operative codificate (IO\_AOU\_8-074, PG\_AOU\_8-084, IO\_AOU\_8-057), nell'attuazione del Piano Aziendale per le Cronicità, e nel raccordo ospedale-territorio previsto dalla Determina 1211/2012 relativa al NOCC.

In questo contesto, la Scheda di Fragilità si configura come uno strumento operativo fondamentale per la valutazione precoce multidimensionale, contribuendo all'identificazione dei bisogni sociali e alla costruzione di percorsi assistenziali personalizzati.

Come evidenziato dalla ricerca SUNAS (2021–2024) e dal documento CNOAS 2022, la presenza del Servizio Sociale Professionale in sanità è ancora da considerarsi disomogenea a livello nazionale, con modelli organizzativi differenti e una scarsa uniformità tra Regioni. Tuttavia, là dove il servizio è attivo e strutturato, si configura come una risorsa indispensabile per garantire:

- la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- l'integrazione tra cure e care, tra dimensione clinica e sociale;
- la centralità della persona nei percorsi di cura.

Secondo quanto estrapolato dai diversi documenti analizzati, il servizio sociale nei contesti sanitari non è solo un presidio operativo, ma un luogo di innovazione, mediazione e costruzione di reti. La sua azione contribuisce a rendere il sistema sanitario più umano, più equo e più capace di rispondere alle sfide poste dalla fragilità, dalla cronicità e dalla complessità sociale. In questo senso, il Servizio Sociale Professionale rappresenta in sé una

---

<sup>36</sup> CNOAS, *Vademecum per il conferimento di incarichi di dirigente assistente sociale nelle Aziende Sanitarie*, 2024.

funzione strategica, capace di connettere sistemi, leggere i bisogni emergenti e orientare le risposte istituzionali verso modelli di cura integrata e sostenibile.

L'analisi dei documenti istituzionali e ordinistici, integrata con l'esperienza applicativa aziendale, mostra chiaramente come il servizio sociale in sanità abbia progressivamente assunto un ruolo centrale nei processi di presa in carico integrata. Da funzione residuale, l'assistente sociale è oggi riconosciuto come professionista della complessità, capace di operare nei nodi critici del sistema salute e di contribuire alla costruzione di percorsi personalizzati, equi e sostenibili. La sua presenza nei contesti ospedalieri e territoriali, se adeguatamente strutturata e valorizzata, rappresenta una leva fondamentale per l'effettiva realizzazione di un welfare sanitario centrato sulla persona.

### **1.5 – Strumenti di valutazione precoce e presa in carico: sintesi teorica e applicazioni professionali.**

La valutazione precoce dei bisogni assistenziali rappresenta uno degli strumenti più efficaci per garantire una presa in carico tempestiva, integrata e personalizzata, soprattutto nei confronti dei soggetti fragili.

In un sistema sociosanitario orientato alla continuità delle cure, l'adozione di dispositivi capaci di intercettare le vulnerabilità fin dai primi contatti con il servizio sanitario è essenziale per prevenire accessi impropri, ricoveri evitabili e frammentazioni nei percorsi di cura.

Nel contesto dell'integrazione sociosanitaria, la valutazione multidimensionale costituisce il fondamento metodologico per garantire interventi appropriati e centrati sulla persona. Si tratta di un processo sistemico, interdisciplinare e dinamico, volto a rilevare in modo integrato le condizioni cliniche, funzionali, psicologiche, sociali e ambientali dell'individuo. Secondo la letteratura e i riferimenti normativi nazionali, la valutazione non è un atto formale, ma uno strumento operativo che orienta le decisioni assistenziali, consente la costruzione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) e favorisce l'attivazione tempestiva delle risorse più adeguate.

All'interno di questo processo, l'assistente sociale è titolare della valutazione sociale, che comprende l'analisi della rete familiare, delle condizioni abitative, delle risorse economiche, della capacità di cura del contesto e della presenza di fattori di rischio sociale. Questa componente è essenziale per garantire una lettura completa della situazione della persona e per attivare percorsi di cura realmente integrati.

Gli strumenti di valutazione precoce — come le scale funzionali (Barthel, ADL/IADL, SVaMA) e gli indicatori di rischio sociale — rappresentano dispositivi fondamentali per sistematizzare l'osservazione, favorire il confronto tra professionisti e costruire un linguaggio comune tra sanitario e sociale. La loro adozione consente di superare approcci frammentati e di promuovere una cultura della presa in carico fondata sull'integrazione, sulla tempestività e sulla personalizzazione degli interventi.

La scala BRASS è uno strumento di screening pensato per identificare i pazienti a rischio di dimissione complessa: valuta fattori clinici per classificare il rischio di difficoltà post-dimissione e attivare percorsi di continuità assistenziale o interventi di case management. È rapida da somministrare e orientata alla pianificazione della dimissione protetta, all'attivazione di COT e al coinvolgimento dei servizi sociali. È possibile prendere visione di questo modello di valutazione in Appendice B della tesi.

L'Indice di Barthel misura l'autonomia nelle attività di vita quotidiana attraverso 10 item (alimentazione, igiene, vestirsi, trasferimenti, deambulazione, controllo sfinterico ecc.) e restituisce un punteggio da 0 a 100: valori più alti indicano maggiore indipendenza. È uno strumento consolidato per definire il livello funzionale, orientare interventi riabilitativi e monitorare i progressi nel tempo. anche questo documento è riportato in Appendice per una migliore presa visione.

Le ADL (Attività della Vita Quotidiana) comprendono le funzioni di base necessarie per la cura personale — alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare il bagno, trasferirsi e camminare — e forniscono una misura diretta del livello di dipendenza funzionale dell'anziano. Le IADL (Attività Strumentali della Vita Quotidiana) riguardano compiti più complessi legati all'autonomia domestica e sociale — gestione dei farmaci, preparazione dei pasti, spesa, uso del telefono, gestione del denaro e dei trasporti — e sono sensibili ai primi segnali di perdita di autonomia che possono compromettere la permanenza a domicilio.

La SVaMA (Scheda Valutazione Multidimensionale Adulto Anziano) è una scheda multidimensionale pensata per raccogliere in modo strutturato le informazioni cliniche, funzionali, cognitive e socio-ambientali della persona anziana o adulta con bisogni complessi, e costituisce la base operativa per definire priorità di accesso ai servizi e per costruire il Progetto Assistenziale Individuale (PAI). Integrando dati anagrafici, comorbilità, farmaci, valutazioni funzionali, stato cognitivo e umore, condizioni nutrizionali, rete sociale e fattori ambientali, la SVaMA fornisce un profilo sintetico che facilita il coordinamento tra ospedale e territorio e la presa in carico continua.

Tra questi strumenti, la Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria sperimentata presso l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara costituisce un esempio emblematico.

Essa consente di rilevare, già in fase di accesso, elementi di vulnerabilità sociale, relazionale, economica e ambientale che possono influenzare negativamente il decorso clinico e la transizione verso il domicilio o altre strutture. La scheda viene compilata in modo multidisciplinare, coinvolgendo il personale sanitario e il Servizio Sociale Professionale Aziendale, e rappresenta un punto di partenza per la costruzione del PAI.

A differenza delle Schede Brass-Barthel, focalizzate sull'autonomia funzionale, la Scheda di Fragilità include variabili sociali come la scolarizzazione, lo stato civile, la presenza di caregiver, le condizioni abitative ed economiche, la rete di supporto e l'eventuale riconoscimento di invalidità civile. Questo approccio consente una lettura più ampia e profonda della condizione del paziente, favorendo l'attivazione di percorsi di cura più adeguati e sostenibili.

Il percorso teorico fin qui tracciato ha evidenziato come la salute, l'integrazione sociosanitaria e la presa in carico delle fragilità siano concetti profondamente interconnessi, che richiedono una lettura multidimensionale e una risposta sistemica. La salute non è più intesa come semplice assenza di malattia, ma come progetto comunitario, costruito attraverso l'interazione tra individui, servizi e territori. In questo scenario, il Servizio Sociale Professionale in Sanità assume un ruolo strategico, capace di connettere la dimensione clinica con quella sociale, promuovendo percorsi di cura personalizzati e sostenibili.

La Scheda di Fragilità, introdotta come strumento operativo per la presa in carico, rappresenta un esempio concreto di come il servizio sociale possa contribuire alla costruzione di percorsi di continuità assistenziale. La sua applicazione, integrata con il lavoro del NOCC e delle COT, si prefigge di intercettare vulnerabilità, ridurre i rientri ospedalieri e promuovere una cultura dell'assistenza fondata sull'integrazione tra cure e care.

Nel loro insieme, questi elementi mostrano come la valutazione precoce, l'integrazione sociosanitaria e il ruolo del servizio sociale costituiscano i cardini di un modello di cura capace di rispondere in modo appropriato alla complessità della fragilità. È su questa cornice teorica che si innesta l'analisi che seguirà.

## **CAPITOLO 2 – Il disegno della ricerca: contesto, strumenti e percorso operativo.**

### **2.1 – Dare forma alla ricerca: obiettivi e ipotesi di lavoro.**

Gli obiettivi delineati nella presente ricerca si fondano su un impianto teorico che riconosce la salute come fenomeno complesso e multidimensionale, influenzato da fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali.

In ambito italiano, il paradigma dell'integrazione sociosanitaria ha trovato una formalizzazione normativa a partire dalla Legge 328/2000 e dal DPCM 14 febbraio 2001, ma la sua effettiva implementazione richiede un cambiamento culturale e organizzativo profondo.

Già nel primo capitolo prendiamo d'esempio Perino e la sua visione dell'integrazione sociosanitaria descritta non come un semplice coordinamento tra servizi, bensì come un processo di co-costruzione di risposte complesse, che richiede la presenza di figure professionali capaci di leggere il bisogno nella sua interezza e di attivare reti di cura flessibili e personalizzate<sup>37</sup>.

Assumendo come punto di partenza questa prospettiva, secondo la quale il ruolo del SSP si ipotizza non essere solo operativo, la presente ricerca nasce da un'esperienza diretta maturata in un contesto ospedaliero nel quale la presa in carico delle persone fragili si confronta quotidianamente con bisogni complessi strutturali e con la difficoltà di garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Questo percorso ha sollevato alcuni interrogativi fondamentali sino ad orientare l'interesse verso il tema dell'integrazione sociosanitaria e della continuità assistenziale, ipotizzando che una loro carenza possa generare ricadute negative sull'efficienza del sistema, in particolare sul pronto soccorso e sulle strutture ospedaliere. L'ipotesi di partenza è che l'assenza di strumenti operativi integrati contribuisca a percorsi di cura disomogenei e a un sovraccarico delle strutture ospedaliere.

Da questa riflessione è scaturita la domanda di ricerca principale: “Quali strumenti di valutazione precoce e integrazione sociosanitaria possono contribuire alla prevenzione del sovraffollamento ospedaliero?”

---

<sup>37</sup> Perino A, *L'integrazione socio-sanitaria dalla teoria alla pratica. Percorsi, strumenti e criticità*. Università di Trento, 2023, pp. 23-24.

Esaminando il processo di presa in carico attivato dal NOCC e dalla COT, con particolare attenzione al ruolo dell'assistente sociale. Si propone un'indagine circa le modalità con cui la valutazione precoce può tradursi in azioni concrete di presa in carico, attraverso il lavoro integrato tra ospedale e territorio.

L'attenzione sarà rivolta al ruolo dell'assistente sociale come figura di raccordo tra i diversi attori coinvolti, nonché alla sua funzione di mediazione tra bisogni clinici e risorse sociali. L'analisi del funzionamento del NOCC e della COT permetterà di evidenziare punti di forza, criticità e margini di miglioramento nella governance dei percorsi assistenziali.

Analizzare la struttura e la funzione della Scheda di Fragilità in relazione ai criteri di valutazione multidimensionale e agli esiti assistenziali permetterà di comprendere in che modo la Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria si inserisce nel più ampio paradigma della valutazione multidimensionale, intesa come processo sistemico e interdisciplinare volto a rilevare le condizioni cliniche, funzionali, psicologiche, sociali e ambientali dell'individuo. L'analisi si concentrerà sulla struttura dello strumento, sulle variabili rilevate e sulla sua capacità di orientare le decisioni assistenziali, con particolare attenzione agli esiti in termini di continuità delle cure e qualità della presa in carico.

L'obiettivo è quello di dimostrare come l'integrazione non sia un dato acquisito, bensì un processo in divenire, che implica la costruzione di linguaggi comuni, la condivisione di strumenti e la negoziazione continua tra saperi e poteri professionali<sup>38</sup>.

In questo senso, gli obiettivi della presente ricerca si collocano all'interno di un orizzonte epistemologico che valorizza la complessità, la relazionalità e la riflessività come dimensioni costitutive dell'agire professionale nei contesti sociosanitari.

---

<sup>38</sup> Ibidem, pp. 23-24.

## **2.2 – Disegno metodologico: ricerca azione, strumenti e ciclo operativo.**

La presente ricerca si colloca nell'alveo della ricerca-azione<sup>39</sup>, un approccio metodologico che coniuga osservazione empirica e finalità trasformativa, superando la dicotomia tra teoria e pratica. In questa prospettiva, il ricercatore non si limita a descrivere un fenomeno dall'esterno, ma vi partecipa attivamente, contribuendo alla sua comprensione e, potenzialmente, al suo miglioramento.

Essendo l'ufficio del SSAP di Novara un ufficio dalle dimensioni ridotte e caratterizzato dal poco personale, è stato possibile seguire da vicino le pratiche quotidiane di tutti i professionisti coinvolti e di apprendere da loro competenze sia tecniche che umane.

È stata effettuata una consultazione degli archivi per individuare le schede dei pazienti e contribuire al recupero dei dati necessari alla ricerca. Nel corso di tale attività sono state acquisite competenze nell'utilizzo dei database dell'ufficio, impiegati per compilare e calcolare informazioni utili all'ospedale e allo studio. L'interazione con i reparti ha permesso di sviluppare capacità di catalogazione degli interventi necessari. Infine, sono state curate la registrazione e l'organizzazione delle attività svolte dai mediatori culturali, consolidando ulteriormente le competenze operative maturate durante l'esperienza.

Sin dall'inizio, la dirigente dell'ufficio mi ha affidato un lavoro di ricerca e analisi, che mi ha accompagnata per tutta la durata del tirocinio, avente come tema la Continuità delle Cure. Questo lavoro rappresenta un aspetto fondamentale per l'attività del SSPA, in quanto testimonianza del percorso svolto dall'ufficio fino a oggi.

Il confronto diretto è avvenuto principalmente con gli assistenti sociali, mentre l'interazione con medici e infermieri è stata circoscritta ai momenti di conferenza e di formazione ai quali ho partecipato seguendo la Dottoressa Perugini, la Dirigente dell'ufficio: queste occasioni mi hanno permesso di ascoltare le domande e le perplessità del personale sanitario sull'operatività del nuovo strumento di valutazione sociosanitaria, nonché le risposte e i

---

<sup>39</sup> La ricerca-azione trova le sue origini negli anni Quaranta grazie a Kurt Lewin (1890-1947), psicologo sociale di origine tedesca, poi attivo negli Stati Uniti. Lewin è considerato il fondatore di questo approccio metodologico, elaborato per coniugare indagine scientifica e cambiamento sociale, superando la tradizionale separazione tra teoria e pratica. Egli sosteneva che i fenomeni sociali non potessero essere compresi dall'esterno, ma richiedessero il coinvolgimento diretto del ricercatore. La ricerca-azione si configura pertanto come un processo ciclico di osservazione, riflessione, azione e nuova osservazione, concepito come "esperimento sul campo". La sua celebre affermazione – "Non c'è nulla di più pratico di una buona teoria" – sintetizza l'idea che la validità di un impianto teorico si misura nella sua capacità di incidere concretamente sulla realtà (Lewin, 1946).

chiarimenti forniti dalla Dottoressa, arricchendo la mia comprensione delle modalità di utilizzo e delle criticità emergenti.

La scelta di un approccio qualitativo risponde alla necessità di cogliere la complessità dei bisogni delle persone fragili e delle dinamiche organizzative che caratterizzano i percorsi di cura. L'attenzione è rivolta non solo agli esiti misurabili, ma anche ai processi, alle relazioni e ai significati che emergono dall'interazione tra soggetti, contesti e istituzioni.

Il disegno metodologico ha integrato diversi strumenti e tecniche di indagine:

- Osservazione partecipante, che ha consentito di rilevare pratiche quotidiane, strategie informali di coordinamento e tensioni tra ruoli professionali.
- Analisi documentale, relativa alle normative nazionali e regionali, alle procedure interne e alla letteratura scientifica di riferimento.
- Raccolta e sistematizzazione dei dati attraverso la Scheda di Fragilità, utilizzata come strumento di valutazione precoce e multidimensionale.
- Riflessione critica, sviluppata a partire dall'esperienza diretta di tirocinio e dal confronto con gli operatori, finalizzata a individuare criticità, buone pratiche e margini di miglioramento.
- Interviste qualitative e colloqui informali con i professionisti, condotti nel corso delle attività quotidiane e dei momenti di confronto con la Dirigente, gli assistenti sociali e il personale amministrativo. Accanto all'osservazione partecipante, la ricerca ha previsto la raccolta di dati qualitativi attraverso interviste semi-strutturate e colloqui informali con i professionisti coinvolti nei percorsi di continuità assistenziale. Le interlocuzioni hanno coinvolto la Dirigente del Servizio Sociale Professionale Aziendale, gli assistenti sociali dell'Ufficio SSPA e il personale amministrativo, con l'obiettivo di approfondire il funzionamento operativo della Scheda di Fragilità, le criticità percepite, le pratiche di coordinamento tra reparti e territorio e il ruolo del servizio sociale nei processi decisionali. Il materiale raccolto è stato analizzato attraverso una lettura tematica, finalizzata a individuare ricorrenze, significati condivisi e elementi di discontinuità nelle pratiche organizzative. Queste evidenze qualitative hanno integrato l'analisi dei dati quantitativi, contribuendo a una comprensione più completa della fragilità e dei processi di presa in carico.

Questa integrazione di metodi ha permesso di valorizzare la dimensione empirica e, al tempo stesso, di collocare l'indagine in un orizzonte epistemologico che riconosce la salute come

fenomeno complesso e multidimensionale, influenzato da fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali.

In tale prospettiva, il modello biopsicosociale di Engel rappresenta un riferimento fondamentale, poiché supera la visione riduzionista della malattia e promuove un approccio integrato alla persona.

La metodologia adottata, dunque, non si limita a raccogliere dati, ma mira a produrre conoscenza situata e trasformativa, capace di interrogare le pratiche professionali e di contribuire al rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria.

Il focus principale della ricerca verte sulla valutazione dell'operatività e del ruolo della Scheda di valutazione di Fragilità Socio-sanitaria nel percorso di dimissione protetta e nella scelta del setting assistenziale.

L'indagine si concentra sull'analisi dei flussi informativi e decisionali che attraversano le fasi clinico-organizzative — Reparto → NOCC → COT → Team Dimissioni — e mira a verificare la coerenza tra la proposta formulata dal reparto e il progetto territoriale di presa in carico.

L'esperienza presso l'Ufficio SSPA, svoltasi da ottobre 2024 a febbraio 2025, può essere articolata in un percorso di cinque fasi, pensate per guidare in modo coerente l'osservazione, la raccolta dati e la riflessione critica.

Di seguito viene riportata la descrizione delle cinque fasi, con le attività svolte e i principali prodotti generati.

- Fase 1 – Avvio e prime esplorazioni. Sotto la supervisione della Dott.ssa Perugini sono state svolte ricerche documentali sulle Regioni italiane e osservazioni delle pratiche di presa in carico e transizione ospedale-territorio, ponendo le basi per la riflessione critica sul modello di continuità assistenziale (fase 5).
- Fase 2 – Approfondimento documentale e formazione interna. L'attività si è concentrata sull'analisi delle procedure di presa in carico nel percorso di Continuità delle Cure e sulla formazione operativa del personale. Ho seguito da vicino il lavoro del personale amministrativo e degli assistenti sociali, partecipando ai corsi interni che hanno fornito strumenti teorici e pratici per l'applicazione delle procedure aziendali. Parallelamente, è stata avviata la registrazione sistematica dei pazienti nei database dell'ufficio mediante le tabelle "Continuità delle Cure", strumento fondamentale per il monitoraggio e la tracciabilità delle segnalazioni.

- Fase 3 – Raccolta e sistematizzazione delle schede di fragilità. Mi sono occupata della raccolta e dell'analisi delle Schede di Fragilità Socio-Sanitaria adottate a partire da settembre 2024. Le schede, ricevute via e-mail, sono state catalogate e confrontate con gli accessi registrati su ECWMED per verificare l'eventuale presenza di rientri in Pronto Soccorso. Per supportare l'analisi ho predisposto una tabella Excel ad hoc che ha consentito la codifica sistematica e la comparazione dei casi, mettendo in relazione la valutazione iniziale con gli esiti clinico-assistenziali.

La tabella include i seguenti campi principali: genere, età, COT di presa in carico, giorno di ingresso e reparto di provenienza, data presumibili dimissioni e data effettiva dimissione, valore valutazione Scheda di Fragilità (assente/ moderata/ grave), valore scala Brass/Barthel (bassa/ medio/ alta), setting individuato per dimissione, se effettuato rientro ed entro quanto (meno di 7 giorni, meno di 30 giorni, oltre 30 giorni), comparazione con nuova scheda e individuazione nuovo setting se previsto.

L'elaborazione ha previsto il confronto temporale tra la valutazione iniziale e gli eventi successivi (rientri in PS, variazioni di punteggio), permettendo di individuare punti di forza e criticità nell'uso operativo della scheda e di valutare la sua capacità di orientare le decisioni assistenziali.

- Fase 4 – Analisi delle prassi organizzative. Senza ricorrere a interviste formali, ho condotto un'analisi delle prassi organizzative osservando processi, flussi informativi e modalità operative del Servizio Sociale Professionale nella gestione delle transizioni ospedale-territorio. L'approccio ha privilegiato l'osservazione partecipante e la revisione documentale delle procedure, con particolare attenzione ai punti di snodo (segnalazione, proposta, presa in carico) e alle interazioni tra reparto, NOCC e COT. L'indagine ha permesso di individuare criticità operative — quali ridondanze nella documentazione, tempi di risposta, e variabilità nella compilazione della Scheda di Fragilità — nonché elementi di buona pratica legati al coordinamento interprofessionale e all'uso dei sistemi informativi. I risultati di questa fase hanno fornito la base empirica per le successive riflessioni critiche e per le proposte di miglioramento procedurale.
- Fase 5 – Elaborazione conclusiva e riflessione critica. La fase conclusiva ha riguardato la sintesi dei dati raccolti e la loro interpretazione, con un duplice obiettivo: da un lato redigere una relazione sullo status del Servizio Sociale Professionale in ambito ospedaliero; dall'altro documentare l'incremento dei pazienti che richiedono percorsi di continuità delle cure e valutare il ruolo operativo della Scheda di Fragilità come strumento di orientamento decisionale.

Il lavoro ha preso avvio da una ricerca normativa, volta a individuare le principali fonti degli ultimi anni relative alla professione dell'Assistente Sociale in ambito sanitario. Tra queste, si ricorda il fondamentale documento nazionale del 2010 intitolato "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità".

Dopo aver analizzato le componenti strutturali del documento, il focus è stato spostato sulla portata innovativa: una visione del Servizio Sociale Professionale non più concepito come un insieme di professionisti operanti in modo settoriale e isolato, ma come una nuova organizzazione, integrata, multiprofessionale e multidimensionale.

Successivamente, la stessa ricerca normativa è stata ampliata a un contesto regionale comparato di quattro Regioni italiane (Sicilia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Lazio), indicate dalla Dirigente, dando avvio al secondo progetto di ricerca svolto durante l'esperienza di tirocinio.

Riprendendo il lavoro iniziato nel 2021 da un gruppo di assistenti sociali aderenti al sindacato SUNAS (Sindacato Professionale degli Assistenti Sociali), un'organizzazione professionale e di categoria con funzioni di rappresentanza, tutela e promozione dei professionisti, l'interrogativo centrale si concentrava sulla reale implementazione del documento "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità" (2010). In altre parole, questo gruppo di assistenti sociali, di cui è facente parte la stessa Dirigente Perugini, si è posto la domanda se il Servizio Sociale Professionale (SSP) fosse realmente presente e operativo su tutto il territorio nazionale. A smuovere le acque è stato sicuramente l'avvento epidemiologico del Covid-19.

Questo interrogativo ha dato il via a una ricerca e a un monitoraggio sullo stato del SSP, realizzati per la prima volta a distanza di 11 anni dalla pubblicazione del documento del Tavolo Nazionale del 2010 e di 21 anni dalla Legge 251/2000, la quale già prevedeva la possibilità di incarichi dirigenziali anche per il Servizio Sociale (così come per ostetricia e infermieristica), a condizione che fossero assegnati a professionisti del settore.

Il lavoro di questo gruppo è consistito nella somministrazione di un questionario ai responsabili dei Servizi per ciascuna Regione e, successivamente, direttamente ai CROAS (Consigli Regionali dell'Ordine degli Assistenti Sociali). Tale progetto si è concluso nel 2024 con le ultime interviste alle Regioni di Liguria, Marche, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Abruzzo, Molise, Basilicata e, infine, Sicilia.

Il compito eseguito durante il periodo di tirocinio è consistito nell'analizzare, fase per fase di questa ricerca, se ogni Regione fosse stata influenzata da esperienze normative di altre Regioni e raggruppare le Regioni in base ai risultati ottenuti.

Dall'analisi è emerso che il SSP in Italia può essere suddiviso in cinque macroaree:

1. Regioni che hanno attivato il Servizio SSP con specifica normativa e relativa dirigenza (Piemonte, Sicilia, Toscana, Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Umbria).
2. Regioni con una normativa specifica e un dirigente, ma che non hanno attivato il SSP (Basilicata).
3. Regioni che hanno proposto un modello o un'organizzazione di SSP con normativa correlata, ma senza la figura del dirigente (Puglia, Marche).
4. Regioni con politiche e servizi integrati, una gestione condivisa delle risorse e la presenza di un dirigente (Toscana, Veneto).
5. Regioni prive di modelli e norme specifiche, senza una figura dirigenziale predisposta (Campania, Trentino-Alto Adige, Abruzzo, Molise).

Successivamente alla raccolta e all'analisi dei dati, è possibile affermare che il Servizio di SSP è presente nelle Regioni di Piemonte, Sicilia, Lazio, Toscana, Umbria e Friuli-Venezia Giulia (nello studio precedente svolto dal SUNAS, le Regioni identificate erano solo quattro: Piemonte, Toscana, Sicilia e Lazio).

Tuttavia, benché queste Regioni appartengano alla stessa macroarea di riferimento, i modelli organizzativi adottati risultano diversi e non comparabili. Inoltre, è utile ai fini della ricerca, mettere in evidenza come anche all'interno della stessa Regione, il modello di SSP risulta non applicato in modo omogeneo.

Il modello organizzativo ha il compito di sviluppare e consolidare le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali più adeguate. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

Come già accennato, il filo conduttore del periodo di tirocinio presso l'ufficio SSPA è stato il tema della Continuità delle Cure e l'analisi del programma dedicato, implementato sia presso l'azienda Ospedaliera sia presso l'ASL di Novara.

Per avviare questo percorso, è stato approfondito il contenuto del documento redatto dall'AOU Maggiore della Carità di Novara dal titolo "Dimissioni in Continuità Assistenziale," aggiornato al mese di gennaio 2025 alla versione 6.

A seguito di questo studio preliminare, su incarico della Dirigente, ci si è dedicati a una raccolta sistematica di dati riguardanti i casi di dimissioni protette gestiti dall'ufficio NOCC dell'ospedale di Novara.

L'obiettivo principale del lavoro, oltre al supporto alle attività quotidiane dell'ufficio mediante l'aggiornamento e la compilazione delle tabelle relative ai fruitori del percorso di continuità, alle tempistiche di dimissione e ai setting assistenziali utilizzati, è quello di verificare se i percorsi attivati abbiano effettivamente soddisfatto i criteri di adeguatezza e siano stati efficaci nel rispondere alle esigenze dei pazienti.

Per raggiungere questo obiettivo, si è svolta un'analisi delle richieste di continuità delle cure ricevute tra settembre e dicembre 2024, periodo in cui il team del SSPA di Novara ha introdotto il nuovo modulo di valutazione precoce chiamato "Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria", come allegato necessario alla scelta del miglior setting possibile.

Nell'ambito di questo lavoro, è stato aggiornato il modello di tabella Excel già in uso dall'ufficio per la catalogazione dei casi, integrandolo con nuove voci per migliorare la valutazione dell'efficacia del nuovo strumento di segnalazione. Tra i dati raccolti figurano l'età del paziente, la valutazione della COT, il livello di fragilità sanitaria (classificato come Lieve, Moderata o Grave), il valore Brass-Barthel, l'eventuale rientro in ospedale dopo la dimissione (entro 7 giorni, entro 30 giorni o oltre 30 giorni), e dettagli relativi alla condizione abitativa e all'eventuale presenza di invalidità civile.

### **2.3 – Dentro il caso studio: l'esperienza all'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.**

La presente sezione descrive il caso studio condotto presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara, selezionato per la sua rilevanza rispetto all'implementazione della Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria e alla revisione del percorso di "Dimissioni in Continuità Assistenziale". L'indagine si inserisce in un disegno di ricerca-azione volto a osservare l'operatività dello strumento, comprendere le pratiche di presa in carico e proporre possibili miglioramenti.

Il contesto oggetto dell'osservazione ha avviato procedure di continuità assistenziale in ottemperanza a disposizioni aziendali e normative regionali e nazionali<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> La procedura aziendale di continuità assistenziale è stata attivata in ottemperanza alla DRG n. 27-3628 del 28/03/2012 e successivamente rivista alla luce del DM 77/2022 e della D.C.R. 20 dicembre 2022 n. 257-25346 (Rif. DM 77/2022). Tali atti hanno reso necessaria la revisione del percorso "Dimissioni in Continuità Assistenziale" e l'integrazione delle strutture e dei soggetti coinvolti nei percorsi di continuità.

Tra le misure implementate per rafforzare l'integrazione sociosanitaria, si segnala l'aggiornamento delle integrazioni tra attori istituzionali e l'incremento delle strutture coinvolte nel percorso di dimissione in continuità assistenziale.

Ne deriva che, nel setting dell'AOU di Novara, il settore socio-assistenziale ha incrementato la sua forza d'azione, potenziando le modalità di coordinamento e la capacità di risposta integrata ai bisogni dei pazienti. All'interno dell'AOU operano gruppi e funzioni dedicate, tra cui il NOCC (nucleo operativo per la continuità delle cure), il Team Dimissioni e la collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il NOCC è un gruppo aziendale, costituito da una équipe multiprofessionale e multidisciplinare, formalmente costituito e finalizzato ad assicurare la tempestiva attivazione del percorso assistenziale per un paziente nel rispetto dei bisogni assistenziali e sociosanitari dello stesso. Il suo principale compito è quello di supervisionare l'intero processo di dimissione del paziente attraverso l'organizzazione di incontri periodici, garantendo l'attento monitoraggio di tutti gli indicatori di processo al fine di definire azioni di miglioramento. Inoltre, collabora, internamente all'AOU ed esternamente con il Territorio (ASL, Comuni e Consorzi), con le seguenti professioni:

- ☐ Dirigenti Medici e Personale infermieristico della struttura di degenza, per la valutazione del paziente a rischio fragilità che potrebbe richiedere l'ospedalizzazione prolungata o una dimissione difficile e necessaria di un setting appropriato;
- ☐ COT di riferimento territoriale in base alla residenza;
- ☐ Servizi Sociali dei Comuni/Consorzi di residenza per interventi a programmazione di percorsi territoriali di assistenza;
- ☐ Medico di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatra di Libera Scelta (PLS).

Il nucleo NOCC opera all'interno del presidio ospedaliero e riceve le segnalazioni attraverso la procedura aziendale basata sulla compilazione della Scheda di Fragilità; tale procedura definisce tempi e modalità per l'individuazione precoce delle situazioni a rischio e per l'attivazione coordinata dei servizi necessari da parte di ASL ed Enti Gestori.

Altro soggetto centrale nell'organizzazione della continuità delle cure è il Team Dimissioni, un gruppo aziendale composto da Bed Manager, Case Manager e dal Medico reperibile della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO<sup>41</sup>). Il Team Dimissioni prende in carico le

---

<sup>41</sup> DMPO: Direzione Medica di Presidio Ospedaliero: struttura clinico-organizzativa responsabile del coordinamento medico del presidio; il Medico reperibile della DMPO assicura la valutazione clinica e la reperibilità necessarie per le decisioni operative nei percorsi di dimissione.

richieste di dimissione verso setting di lungodegenza e riabilitativi<sup>42</sup> e coordina i rientri dei pazienti domiciliari nelle RSA territoriali ed extraterritoriali.

Il NOCC e il Team Dimissioni collaborano quotidianamente all'interno dell'AOU per ottimizzare i percorsi di continuità assistenziale, garantendo il raccordo operativo tra reparto, servizi sociali e soggetti territoriali.

Secondo le nuove indicazioni normative, per l'organizzazione della continuità assistenziale, sul territorio è attivo un altro fondamentale attore della continuità: la Centrale Operativa Territoriale. La COT è il centro di coordinamento territoriale che riceve le proposte di dimissione e traduce la valutazione ospedaliera in un progetto di presa in carico territoriale.

Si propone un esempio: il reparto invia al NOCC la proposta di dimissione per un paziente con esiti post-acuti. Il NOCC, dopo aver compilato la Scheda di Fragilità, trasmette la proposta alla COT. La COT valuta l'appropriatezza, individua il setting (es. CAVS o cure domiciliari), elabora il progetto e comunica al NOCC data, sede, modalità di accesso e tempi di permanenza pensati per il paziente.

Tra le funzioni chiave della COT si annoverano il recepimento delle richieste di dimissione ospedaliera; l'attivazione e la convocazione delle Unità di Valutazione (UVG/UMVD)<sup>43</sup> per la definizione del percorso assistenziale; il raccordo operativo con Comuni, enti gestori, Medici di Medicina Generale (MMG) e servizi domiciliari; la verifica della compartecipazione economica e della disponibilità di posti letto presso i gestori accreditati; nonché la gestione

---

<sup>42</sup> Per *setting di cura* si intendono le seguenti soluzioni organizzative: Lungodegenza — ricovero prolungato in strutture convenzionate/accreditate per pazienti non immediatamente dimissibili al domicilio; Percorso riabilitativo — percorsi di riabilitazione intensiva o estensiva con presa in carico integrata e continuità valutativa, prognostica e terapeutica; Continuità Assistenziale a valenza sanitaria (CAVS / CuRe OT) — posti letto extraospedalieri per ricoveri temporanei in strutture accreditate, con progetto e tempistiche definiti dalla COT; RSA — presa in carico territoriale per utenti ultra-65enni o con bisogni assimilabili all'anziano, con compartecipazione comunale prevista oltre il 30° giorno (vedi DGR regionale di riferimento); NDCT (Nucleo Declino Cognitivo Temporaneo) — percorso per pazienti con grave decadimento cognitivo e disturbi comportamentali, su criteri UVG; Cure domiciliari — accessi domiciliari di infermieri, riabilitatori, specialisti e MMG/PLS per bisogni sanitari e assistenziali; Cure palliative ambulatoriali e domiciliari — servizi specialistici per pazienti con indicazione palliativa, attivati su indicazione dello specialista palliativista con coinvolgimento del MMG; Hospice — struttura residenziale integrata per assistenza a pazienti con prognosi infausta, parte della Rete Locale di Cure Palliative. Per i riferimenti normativi, i criteri di accesso e le procedure operative si rimanda alle delibere regionali e ai protocolli aziendali citati nel testo.

<sup>43</sup> Unità Valutativa Geriatrica (UVG) e Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD) — équipe multidisciplinari incaricate della valutazione multidimensionale dei bisogni complessi (rispettivamente dell'anziano non autosufficiente e delle persone con disabilità). Le unità raccolgono dati clinici, funzionali, cognitivi e socio-ambientali, definiscono il profilo di bisogno e il progetto assistenziale (setting e prestazioni necessarie), e ne garantiscono la tracciabilità comunicando esiti e proposte alla COT, al NOCC, ai MMG e ai gestori territoriali. La composizione tipica comprende geriatra o referente medico, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, psicologo e rappresentanti degli enti gestori; la convocazione avviene su segnalazione di reparto, NOCC, MMG o COT

documentale e la tracciabilità dei progetti, garantite tramite ECWMED e la piattaforma GARCIA<sup>44</sup>, con presidio operativo nell'intervallo 08:00–17:00.

La COT collabora quotidianamente con il NOCC e, quando necessario, con il Team Dimissioni dell'AOU, mettendo a disposizione le risorse e le competenze richieste per ciascun percorso assistenziale.

Il flusso operativo tipico è il seguente: Reparto → NOCC → COT → (Team Dimissioni per lungodegenza/riabilitazione). Questo processo prevede sempre una verifica documentale, una valutazione multidimensionale e la definizione di un progetto territoriale condiviso. Le COT attivate nel territorio sono rispettivamente: COT Distretto Urbano di Novara (DUN), COT Distretto Area Sud (DAS) e COT Distretto Area Nord (DAN)<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> ECWMED è il sistema informativo regionale per la gestione documentale clinico-assistenziale e la tracciabilità dei progetti di continuità assistenziale; consente la registrazione delle valutazioni multidimensionali, degli esiti UVG/UMVD e dei piani di presa in carico, garantendo storicizzazione e accesso condiviso tra ospedale e servizi territoriali. Indicare il riferimento normativo o il protocollo aziendale che ne disciplina l'uso, con numero di delibera e data di avvio.

GARCIA è la piattaforma sperimentale utilizzata come cruscotto operativo dalla COT per la ricezione, l'assegnazione e il monitoraggio delle segnalazioni di fragilità; supporta notifiche agli attori coinvolti, prioritarizzazione delle pratiche e storicizzazione delle attività di coordinamento. Specificare se l'adozione è aziendale o distrettuale, il periodo di sperimentazione e il riferimento documentale (delibera/protocollo con numero e data).

<sup>45</sup> COT Distretto Urbano di Novara - DUN: le segnalazioni inviate alla COT DUN dovranno riguardare i residenti nel territorio della città di Novara.

COT Distretto Area Sud - DAS: le segnalazioni inviate alla COT DAS dovranno riguardare i residenti nel territorio dei seguenti Comuni di: Biandrate, Borgolavezzaro, Briona, Caltignaga, Cameri, Carpignano Sesia, Casalbeltrame, Casaleggio Novara, Casalino con Cameriano, Casalborgone, Castellazzo Novarese, Cerano, Fara Novarese, Galliate, Garbagna Novarese, Granozzo con Monticello, Landiona, Mandello Vitta, Nibbiola, Recetto, Romentino, San Nazzaro Sesia, San Pietro Mosezzo, Sillavengo, Sozzago, Terdobbiato, Tornaco, Trecate, Vespolate e Vicolungo.

COT Distretto Area Nord- DAN: le segnalazioni inviate alla COT DAS dovranno riguardare i residenti nel territorio dei seguenti Comuni di: Agrate Conturbia, Arona, Barengo, Bellinzago Novarese, Boca, Bogogno, Bolzano Novarese, Borgo Ticino, Borgomanero, Briga Novarese, Castelletto Sopra Ticino, Cavaglietto, Cavaglio D'Agogna, Cavallirio, Colazza, Comignago, Cressa, Cureggio, Divignano, Dormelletto Fontaneto D'Agogna, Gargallo, Gattico-Veruno, Ghemme, Gozzano, Inverigo, Lesa, Maggiora, Marano Ticino, Massino Visconti, Meina, Mezzomerico, Momo, Nebbiuno, Oleggio, Oleggio Castello, Paruzzaro, Pisano, Pognone, Pombia, Sizzano, Soriso, Suno, Vaprio d'Agogna, Varallo Pombia.

Durante la fine settimana e i festivi infrasettimanali sarà operativa una sola COT su tutto il territorio. Sarà predisposto un prospetto con le aperture previste affinché gli interlocutori ospedalieri e le RSA possano chiamare il numero di centralino identificato dal turno di apertura, come funziona per le reperibilità.

**Grafico 4: principali attori coinvolti nelle procedure di integrazione sociosanitaria**

| <b>Partecipante</b>             | <b>Ruolo principale</b>                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Assistenti sociali</b>       | Interlocutori principali; osservazione diretta                        |
| <b>Personale amministrativo</b> | Gestione documentale; flussi informativi                              |
| <b>Medici e infermieri</b>      | Interazione in conferenze/formazione; feedback su Scheda di Fragilità |
| <b>Attori territoriali</b>      | COT; servizi sociali comunali; MMG/PLS; enti gestori                  |

#### **2.4 - La Scheda di Valutazione Fragilità Socio-sanitaria: struttura e funzione.**

Nel mese di agosto 2024 l'ASL di Novara si è proposta come ASL pilota per una sperimentazione organizzativa, prevedendo l'istituzione di tre Centrali Operative Territoriali (COT) — Area Sud (Galliate, ospedale San Rocco), Area Nord (Borgomanero) e Distretto Urbano di Novara — e il coinvolgimento di 37 operatori nel programma informatizzato GARCIA, volto a migliorare l'efficienza e la gestione delle risorse sanitarie.

La procedura di Continuità delle Cure, introdotta per accompagnare le riforme in atto, comporta una profonda revisione dei modelli organizzativi del sistema sanitario.

La sua portata innovativa risiede nel riconoscimento dei determinanti sociali della salute e nelle conseguenti implicazioni per il Servizio Sociale: avvio di percorsi di riorganizzazione, costruzione di nuovi spazi professionali e potenziamento di competenze specifiche. In questo contesto l'AOU ha selezionato l'Ufficio SSPA dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara come presidio pilota.

In questo contesto operativo, il NOCC riceve quotidianamente le richieste di attivazione dei percorsi di continuità delle cure e provvede alla compilazione della Scheda di valutazione Fragilità sociosanitaria: uno strumento elaborato dall'équipe per valutare la dimensione sociale e socio-sanitaria del paziente e per stratificare il bisogno.

La scheda, compilata a seguito della segnalazione del reparto, funge da documento di riferimento nel dialogo con la COT e con le altre professionalità coinvolte, orientando la scelta del setting assistenziale e la definizione del progetto di presa in carico.

La Scheda di Fragilità socio-sanitaria consente di definire il livello di fragilità (lieve, moderata, grave) e, valutando la situazione in équipe, permette di orientare la proposta di continuità delle cure.

All'interno della sperimentazione avviata, la Scheda di Fragilità socio-sanitaria assume un ruolo centrale: non solo in qualità di strumento tecnico di rilevazione, ma come dispositivo capace di orientare la presa in carico, favorire l'integrazione tra livelli di cura e promuovere una cultura della continuità.

La sezione successiva approfondisce la struttura e la funzione di questo strumento, mettendo in luce le variabili che lo compongono e la sua valenza strategica nei percorsi assistenziali. Il modello della Scheda utilizzato dal SSPA può essere visionato nell'Appendice B della tesi riguardante gli strumenti della ricerca.

La scheda è organizzata in blocchi funzionali che guidano la raccolta sistematica delle informazioni rilevanti per la valutazione della fragilità sociosanitaria.

- Dati anagrafici: campi identificativi e contatti (Cognome, Nome, Codice Fiscale, residenza, domicilio, MMG, caregiver).
- Eventuale tutela giuridica: riferimenti della persona incaricata e ruolo.
- Profilo personale: età, livello di scolarizzazione, stato civile e composizione del nucleo familiare.
- Rete di cure e supporto: presenza e adeguatezza del caregiver, rete parentale, supporto informale (amici, vicini, volontari).
- Assistenza attiva prima del ricovero: tipologia e intensità dei servizi domiciliari già in essere.
- Condizione economica e abitativa: fonti di reddito, tipologia abitativa e barriere ambientali.
- Handicap e invalidità civile: riconoscimenti normativi e percentuali di invalidità.
- Protesi, ausili e presidi: dispositivi presenti o da richiedere.
- Bisogni rilevati: mappatura delle necessità assistenziali e amministrative.

- Competenze e abilità: ADL, gestione economica, abilità tecnologiche, capacità relazionali.

La scheda combina diverse tipologie di variabili per garantire completezza e facilità di analisi.

- Variabili chiuse: checkbox e opzioni multiple per età, scolarizzazione, stato civile, condizioni economiche e abitative; facilitano la codifica e l'analisi quantitativa.
- Variabili semi-strutturate: campi con scelte predefinite affiancate da spazi per specificazioni (es. tipo di assistenza domiciliare, rete parentale); consentono standardizzazione mantenendo flessibilità.
- Variabili aperte: sezioni per note e descrizioni testuali che raccolgono informazioni qualitative non prevedibili a priori (es. osservazioni sul contesto familiare, motivazioni di rinuncia). Questa combinazione permette sia l'elaborazione statistica sia l'interpretazione clinico-organizzativa dei casi.

Questa scheda è stata progettata per essere compilata rapidamente nei contesti clinici e amministrativi: le sezioni sono chiaramente separate e l'uso prevalente di checkbox riduce al minimo il tempo necessario alla registrazione dei dati, permettendo una raccolta efficiente anche in situazioni di lavoro intenso.

Il linguaggio adottato è tecnico ma essenziale, pensato per operatori formati — assistenti sociali, infermieri e medici — in modo da garantire chiarezza e coerenza nelle rilevazioni senza appesantire la compilazione.

Il formato è compatibile con la stampa A4 e con l'archiviazione sia cartacea sia digitale, favorendo la tracciabilità delle informazioni e la loro integrazione con i sistemi informatici aziendali, come ECWMED/GARCIA.

Nel complesso la struttura concilia rapidità operativa e rigore documentale, facilitando il passaggio di informazioni tra i diversi attori del percorso assistenziale.

La Scheda di Fragilità socio-sanitaria è compilata dall'assistente sociale del NOCC di turno sulle continuità delle cure, a seguito della segnalazione ricevuta dal reparto ospedaliero. La compilazione avviene idealmente prima della dimissione, nel corso della presa in carico pre-dimissione, per consentire una tempestiva pianificazione del percorso post-acuzie.

È responsabilità del NOCC mantenere il contatto con la struttura segnalante, con il paziente e con la sua famiglia, sottolineando l'importanza di una dimissione protetta e garantendo continuità comunicativa durante tutto il percorso di presa in carico.

Il NOCC si interfaccia con la COT, cui compete la verifica della documentazione, la produzione dei progetti di presa in carico e l'autorizzazione all'inserimento post-acuzie dei casi proposti. Come indicato nelle linee guida di AGENAS<sup>46</sup>, la COT, ricevuta la segnalazione di fragilità sociosanitaria, entro 48 ore deve comunicare l'avvenuto ricovero ai soggetti interessati (Medico di Medicina Generale, centrale operativa ADI, ecc.), sospendere eventuali progetti in corso, verificare l'eventuale presa in carico da parte dei servizi sociali e, se presente, indicare il progetto di riferimento, restituendo al NOCC le informazioni necessarie per consentire ai reparti di formulare la proposta di continuità più adeguata ai bisogni socio-sanitari del paziente.

La scheda svolge funzioni operative multiple e complementari:

- Attivazione del servizio sociale: la compilazione segnala la necessità di interventi sociali domiciliari o territoriali e avvia le procedure per il coinvolgimento dei Servizi Sociali Territoriali.
- Segnalazione alla COT: la scheda costituisce il documento di riferimento per la trasmissione alla COT, che verifica la documentazione e definisce il progetto assistenziale.
- Orientamento del PAI (Progetto Assistenziale Individuale): lo score e le informazioni qualitative raccolte orientano la scelta del setting assistenziale (ADI, assistenza semi-residenziale, residenziale, ecc.) e la definizione degli obiettivi e delle priorità del PAI.

La modalità di attivazione della Scheda si articola in due fasi: una detta di “segnalazione” del paziente ritenuto a rischio di dimissione protetta e una successiva di “proposta” di percorso per continuità delle cure (48/72 ore prima della dimissione).

Per tutti i pazienti ricoverati, al momento della presa in carico, è necessario valutare il rischio di fragilità sociosanitaria al fine di intercettare precocemente le criticità che potrebbero necessitare di un percorso di dimissione protetta.

La prima fase, quella di segnalazione del paziente a rischio presso l'ufficio NOCC, è attivata da parte del personale infermieristico del reparto di degenza nelle prime 48 ore dal ricovero;

---

<sup>46</sup>Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: è l'ente tecnico-scientifico che supporta il Ministero della Salute, le Regioni e le Aziende sanitarie nel miglioramento dell'efficacia, della qualità e della sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale.

per ogni paziente si compilano le scale di valutazione clinico-funzionali BRASS/BARTHEL: se l'indice di BRASS risulta essere  $>10$ , l'infermiere che prende in cura il paziente compila il modulo di segnalazione "Criteri di Fragilità" e lo trasmette al NOCC. Il NOCC, ricevuto il modulo, verifica la completezza delle informazioni e valuta la possibilità di effettuare una consulenza sociale. In casi complessi, il NOCC può richiedere supporto informativo alla COT di residenza della persona assistita.

A seguire, vi è la fase due del percorso di continuità delle cure ovvero la proposta di un setting. Per prendere questa decisione sono chiamati a collaborare tre soggetti, di seguito presentati.

Il reparto in previsione della dimissione protetta:

1. rivaluta la fragilità socio-sanitaria del paziente (scala BRASS/BHARTEL);
2. compila la proposta di continuità delle cure, proponendo il setting più adeguato ai bisogni del paziente e indicando la data presunta di dimissione;
3. invia la proposta e la scala BRASS/BARTHEL al NOCC, allegando la relazione clinica aggiornata.

La proposta per i setting di lungodegenza e riabilitativi viene trasmessa al Team Dimissioni.

Il secondo soggetto interpellato è il NOCC, il quale:

1. verifica la completezza della documentazione pervenuta;
2. compila attraverso il colloquio con paziente/famigliari/caregiver la Scheda di Valutazione Fragilità Socio-Sanitaria (è presente nel testo una facsimile);
3. invia tutta la modulistica alle COT/NDCC delle ASL di appartenenza con un passaggio ulteriore di caricamento della modulistica sul portale ECWMED se il paziente è residente nell'ASL di Novara.

Infine, il terzo attore individuato in questa fase è la COT, che una volta ricevuta la proposta di continuità dal NOCC:

1. valuta l'appropriatezza della proposta di percorso di Continuità di Cura;
2. individua il setting di dimissione adeguato;
3. elabora il progetto di presa in carico;
4. attiva UVM (UVG/UMVD);
5. carica il progetto su ECWMED;
6. invia mail al NOCC con indicate data, sede, modalità di accesso, tempi di permanenza, tempi per il trasporto e la fornitura della prima linea di farmaci, compresi eventuali piani terapeutici.

Nel corso del 2024 il SSPA ha gestito un volume di richieste per percorsi di continuità assistenziale particolarmente rilevante: 1.512 segnalazioni, con un aumento marcato rispetto alle 1.071 registrate nel 2023 e alle 946 del 2022.

Tra le istanze pervenute si registrano 51 richieste annullate, 14 rinunce e 25 decessi, dati che contribuiscono a delineare non solo la domanda complessiva ma anche la variabilità degli esiti amministrativi e clinici. La distribuzione per reparto evidenzia una concentrazione delle segnalazioni in alcune aree: Medicina Galliate (256), Medicina 1 (219) e DEA (212), segnalando come specifici setting ospedalieri siano responsabili di una quota significativa del carico operativo del SSPA.

Grafico 5: richieste pervenute al NOCC negli anni a confronto 2022 – 2023 – 2024.

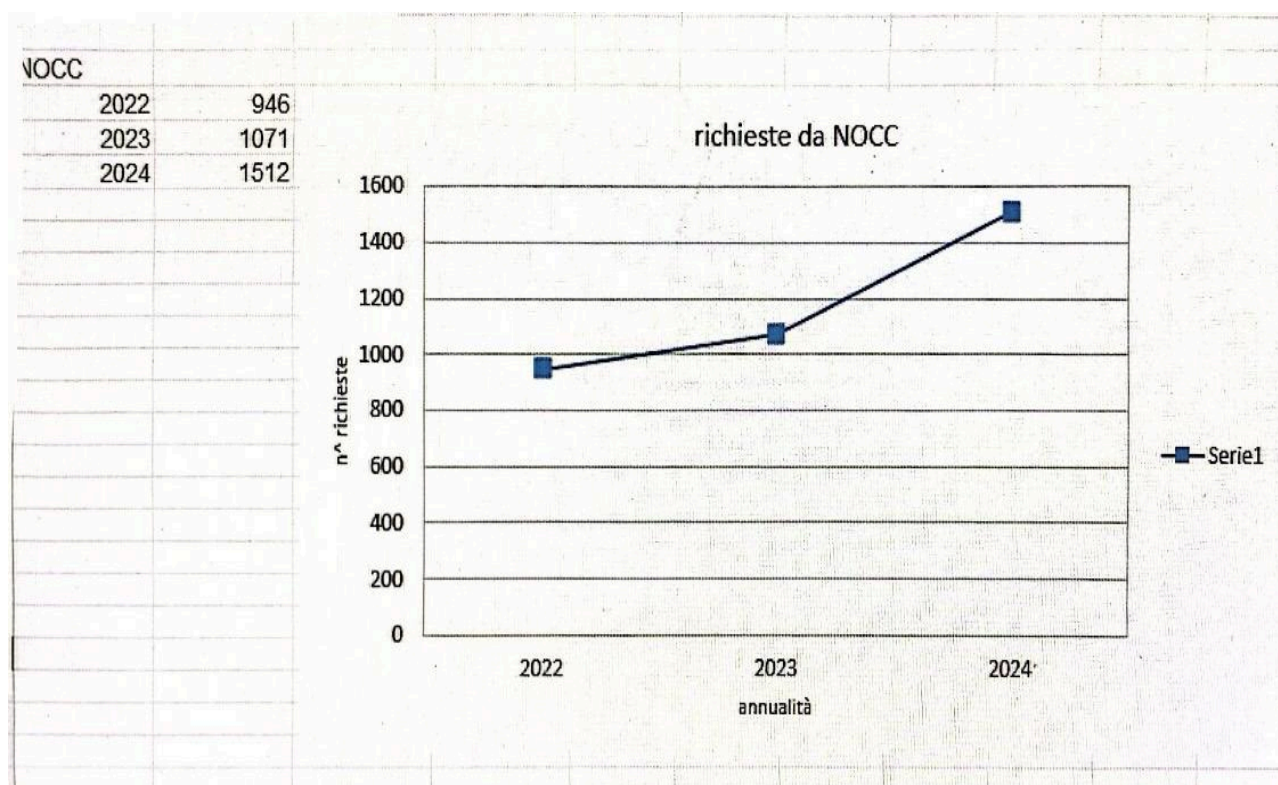
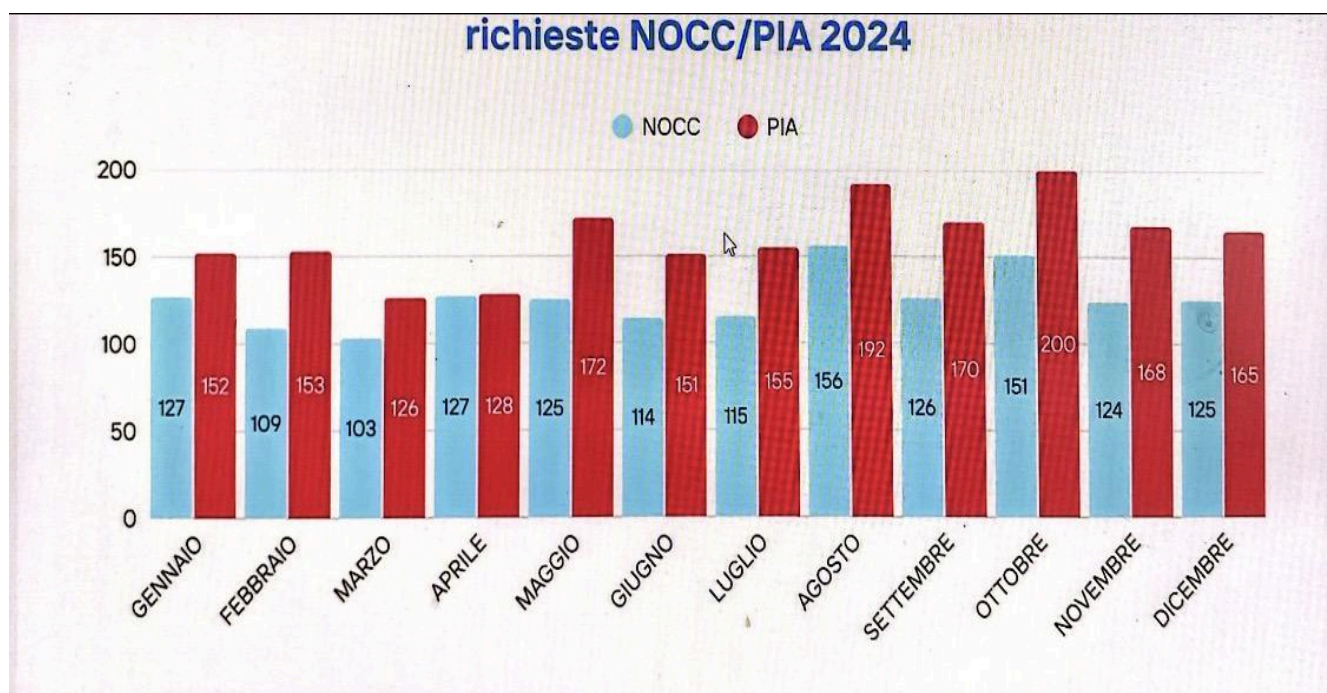


Grafico 6: attività svolta da SSPA richieste NOCC/PIA a confronto anno 2024



### **CAPITOLO 3 – Fragilità in transizione: bisogni, risposte e significati nei percorsi di cura.**

Il presente capitolo illustra l'analisi dei dati raccolti attraverso la Scheda di Valutazione Fragilità Socio-sanitaria, la documentazione clinico-assistenziale utilizzata presso il NOCC dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara tra settembre e dicembre 2024, combinati alla lettura integrata dei dati qualitativi provenienti dalle interviste.

Il capitolo è organizzato in quattro sezioni:

1. la prima ricostruisce il profilo multidimensionale del campione,
2. la seconda analizza i principali fattori che contribuiscono a generare accessi impropri,
3. la terza esamina il ruolo della Scheda di Fragilità e del servizio sociale ospedaliero nella definizione dei percorsi di cura,
4. la quarta discute gli esiti dei percorsi attivati, integrando i dati quantitativi con le testimonianze raccolte attraverso le interviste.

L'obiettivo prefissato è quello di verificare in che modo la rilevazione precoce delle fragilità e la valutazione multidimensionale possano orientare percorsi assistenziali più appropriati, contribuendo alla continuità delle cure e alla prevenzione di accessi impropri o rientri precoci.

L'analisi rappresenta il passaggio centrale per rispondere alla domanda di ricerca, poiché consente di osservare quali dimensioni della fragilità vengono effettivamente intercettate dalla Scheda e come tali dimensioni si traducano, nella pratica, in decisioni assistenziali e in esiti differenti dei percorsi di cura.

Il capitolo integra tre insiemi di informazioni:

- dati socio-demografici e sociali, utili a delineare il profilo delle persone intercettate;
- indicatori di fragilità (Scheda Fragilità, Valutazione COT, indici BRASS e Barthel), che permettono di ricostruire la complessità clinica, funzionale e sociale dei casi;
- dati sui percorsi assistenziali, relativi al reparto richiedente, alla sede del percorso di continuità, all'ipotesi di dimissione, all'effettiva dimissione e agli eventuali rientri ospedalieri.

Questa triangolazione consente di analizzare la fragilità in modo multidimensionale e di osservare come essa si traduca, nella pratica, in percorsi assistenziali differenziati.

Per guidare la lettura dei risultati, il capitolo si articola attorno a tre obiettivi complementari. Da un lato, ricostruire i profili di fragilità delle persone valutate, individuando le vulnerabilità più ricorrenti e i pattern che generano situazioni complesse. Dall'altro, analizzare i meccanismi — o trigger — che trasformano tali fragilità in accessi impropri o in instabilità post-dimissione. Infine, osservare il ruolo svolto dalla Scheda Fragilità e dal servizio sociale ospedaliero nell'orientare i percorsi di cura, fino a considerare gli esiti degli interventi attivati e il loro contributo alla continuità assistenziale.

L'intento non è stabilire un nesso causale, ma mettere in luce le possibili associazioni ricorrenti tra fragilità rilevate, risposte attivate e condizioni organizzative che ne influenzano l'efficacia.

In questa prospettiva, la Scheda di Fragilità e il Servizio Sociale vengono osservati non solo alla stregua di strumenti tecnici, ma come dispositivi organizzativi capaci di rendere operativa la logica dell'integrazione sociosanitaria.

### **3.1 – Fragilità e complessità: profili multidimensionali delle persone valutate.**

L'analisi del campione (N = 223) restituisce un quadro demografico e sociale che riflette in modo emblematico quanto discusso nella letteratura: la fragilità non è una condizione esclusivamente clinica, ma un fenomeno multidimensionale, radicato nell'intreccio tra caratteristiche individuali, condizioni di vita, reti sociali e contesti abitativi.

I dati raccolti e presentati mostrano come vulnerabilità diverse tendano a sovrapporsi, generando bisogni complessi e percorsi assistenziali spesso discontinui.

Per comprendere meglio il profilo del campione, è utile partire dalle principali caratteristiche socio-demografiche.

Si registra la presenza di una popolazione anziana e caratterizzata da elementi strutturali di vulnerabilità. Le donne rappresentano la maggioranza (57%), un dato coerente con la maggiore longevità femminile e con la tendenza delle donne anziane a vivere più frequentemente sole.

L'età stessa costituisce un elemento centrale: il 66% dei pazienti ha 80 anni o più, delineando un gruppo con bisogni assistenziali complessi e spesso con una ridotta autonomia funzionale.

La dimensione abitativa e relazionale emerge come uno dei principali fattori di fragilità. Più della metà del campione (54%) vive sola, mentre solo il 40% convive con familiari o caregiver. Questa distribuzione suggerisce un tessuto relazionale fragile, in cui l'assenza di

una rete di supporto quotidiano o capitale sociale, se utilizzassimo le parole di Putnam, potrebbe tradursi in difficoltà nella gestione della terapia, nella prevenzione delle cadute, nella cura dell'igiene personale e, più in generale, nella capacità di affrontare eventi critici senza ricorrere all'ospedale.

Il 59% dei pazienti vive in abitazioni definite dalla Scheda come inadeguate e un ulteriore 2% intercettato è senza fissa dimora. Non sorprende del tutto che le disuguaglianze materiali e abitative incidano sulla percezione della salute; ma a emergere con maggiore forza è il loro impatto diretto sulla capacità di gestire la cronicità e prevenire, dunque, situazioni di instabilità clinica. La casa, in questi casi, non rappresenta un luogo di cura, bensì un forte fattore di rischio capace di amplificare la vulnerabilità.

Anche gli indicatori amministrativi e funzionali contribuiscono a delineare un profilo di fragilità strutturale. Oltre la metà del campione presenta forme di invalidità o handicap rilevanti: il 15% del campione presenta un'invalidità al 100% senza accompagnamento, il 17% con accompagnamento e il 24% è riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104.

Pur non descrivendo direttamente la fragilità sociale, questi elementi si associano frequentemente a limitazioni funzionali, dipendenza nelle attività quotidiane e necessità di supporto continuativo.

Analizzando nel loro insieme queste caratteristiche, il quadro che si delinea risulta coerente con quello che la ricerca vuole dimostrare: una realtà di vulnerabilità multidimensionale.

Se si volessero visionare i dati in modo dettagliato, è possibile prendere visione della Tabella A.1 riportata in appendice.

Gli indicatori di fragilità rilevati tramite la Scheda confermano e approfondiscono il quadro delineato dai dati socio-demografici. La maggior parte dei pazienti presenta, infatti, una fragilità grave (73%), mentre un ulteriore 20% rientra nella categoria della fragilità moderata. Solo una quota da ritenersi residuale risulta priva di fragilità (4%), dovuta alla mancanza del dato a causa di errori di compilazione.

Questa distribuzione indica che la Scheda intercetta una popolazione con bisogni complessi, in cui la componente sociale si intreccia con quella clinica e funzionale, rendendo necessario un monitoraggio attento e un'attivazione precoce dei percorsi di continuità assistenziale.

La convergenza tra i tre strumenti — Scheda Fragilità, valutazione COT e indice BRASS — non solo rafforza la validità delle valutazioni, ma conferma quanto emerso nel Capitolo 2: la

valutazione multidimensionale, quando applicata in modo sistematico e secondo un approccio integrato, consente di cogliere la complessità dei bisogni e di orientare tempestivamente la presa in carico.

Nel disegno metodologico adottato, la Scheda Fragilità rappresenta, infatti, il primo livello di rilevazione precoce; la COT traduce tale valutazione in un progetto territoriale, mentre l'indice di BRASS offre un ulteriore parametro di rischio clinico-funzionale.

La coerenza tra questi tre livelli riflette esattamente il modello operativo descritto – Reparto → NOCC → COT – e mostra come la valutazione multidimensionale, se inserita in un flusso organizzativo strutturato, diventi un dispositivo capace di orientare decisioni assistenziali appropriate e tempestive.

I dati completi relativi agli indicatori di fragilità sono riportati nella Tabella A.2, che sintetizza in modo chiaro la distribuzione delle categorie rilevate.

L'integrazione di queste dimensioni consente di individuare alcuni pattern ricorrenti di fragilità, utili per comprendere come differenti vulnerabilità si combinino nel determinare bisogni complessi.

Questi pattern non rappresentano categorie rigide, ma piuttosto cluster interpretativi, utili per comprendere come differenti dimensioni della vulnerabilità si combinino nel determinare bisogni complessi e percorsi assistenziali spesso discontinui.

Il primo pattern è caratterizzato dalla sovrapposizione tra età molto avanzata e assenza di una rete familiare convivente, due elementi che, quando combinati, delineano una condizione di fragilità sociale strutturale. L'isolamento non va considerato soltanto come un dato anagrafico o abitativo, ma attraverso questa ricerca risulta incidere profondamente sulla capacità di gestire la quotidianità, di riconoscere precocemente i segnali di instabilità clinica e di attivare risorse di aiuto.

In questo gruppo, anche eventi clinici relativamente gestibili a domicilio possono trasformarsi in situazioni critiche, proprio perché manca un caregiver in grado di monitorare, accompagnare o intervenire tempestivamente. La letteratura evidenzia come l'isolamento sociale sia uno dei principali predittori di accessi impropri al Pronto Soccorso e di rientri ospedalieri: il pattern osservato nel campione conferma pienamente questa tendenza.

Il secondo pattern descrive pazienti che, pur non vivendo necessariamente soli, non dispongono di un supporto quotidiano stabile e vivono in contesti abitativi che non favoriscono la sicurezza, l'autonomia o la gestione della cronicità.

Le abitazioni inadeguate possono presentare barriere architettoniche, scarsa accessibilità, condizioni igieniche insufficienti o spazi non idonei alla gestione di ausili e presidi. In assenza di un caregiver, tali condizioni amplificano il rischio di cadute, malnutrizione, scarsa aderenza terapeutica e peggioramento clinico. Questo pattern è particolarmente rilevante per la continuità assistenziale: la dimissione in un contesto abitativo non adeguato rappresenta infatti un fattore di rischio per rientri precoci e per un ricorso improprio ai servizi di emergenza.

Il terzo modello è caratterizzato da una fragilità complessiva molto elevata, evidenziata dalla convergenza tra fragilità grave e rischio BRASS alto. Si tratta di pazienti che presentano bisogni complessi su più dimensioni: clinica, funzionale, cognitiva e sociale. In questo cluster, la fragilità non è episodica né legata esclusivamente all'evento acuto, ma rappresenta una condizione preesistente che rende il percorso di cura particolarmente delicato.

È proprio in questo gruppo che la Scheda di valutazione Fragilità Sociosanitaria mostra il suo maggiore potenziale: la valutazione precoce consente di orientare tempestivamente la presa in carico, attivare percorsi protetti e definire setting post-acuzie adeguati. La presenza di una fragilità multidimensionale elevata rende, infatti, cruciale il raccordo tra ospedale e territorio, poiché la sola risposta clinica non è sufficiente a garantire stabilità nel post-dimissione.

Per poter comprendere appieno il funzionamento del percorso, è interessante rivolgere uno sguardo anche nei confronti dei reparti che attivano la Scheda. Si evidenzia prevalentemente attivazione in contesti caratterizzati da acuzie o instabilità clinica.

Il Pronto Soccorso rappresenta il principale punto di attivazione, con 55 schede compilate, seguito dai reparti di area: Medicina Galliate (44 attivazioni), Medicina 1 (39) e Medicina 2 (28). Questa distribuzione suggerisce ancora una volta che la fragilità sociale emerge con particolare evidenza nei momenti di maggiore criticità clinica, quando il rischio di un percorso assistenziale discontinuo è più elevato.

Le attivazioni richieste dai reparti specialistici — come Cardiologia, Neurologia, Ortotrauma, Oncologia e Gastroenterologia — indicano, però, che non bisogna commettere l'errore di circoscrivere la fragilità ai soli reparti tradizionalmente associati alla cronicità, ma che invece questo fenomeno attraversa trasversalmente l'intero ospedale.

Ancora una volta, la natura multidimensionale della fragilità e della necessità di strumenti valutativi capaci di intercettarla anche in setting clinici ad alta intensità è messa in evidenza.

Dal punto di vista organizzativo, questa distribuzione solleva alcune considerazioni rilevanti.

In primo luogo, evidenzia il ruolo centrale del DEA come snodo di accesso e come luogo privilegiato per l'identificazione precoce dei bisogni sociali. In secondo luogo, mostra come i reparti di area medica siano particolarmente esposti alla gestione di pazienti fragili, richiedendo un raccordo costante con il servizio sociale ospedaliero per garantire una dimissione appropriata e tempestiva. Infine, la presenza di attivazioni nei reparti specialistici suggerisce l'importanza di diffondere una cultura della valutazione della fragilità che non sia limitata a pochi contesti, ma condivisa a livello trasversale.

L'elenco completo dei reparti richiedenti intervento sociale e delle relative frequenze è riportato nella Tabella A.3 in appendice, offrendo una visione dettagliata della distribuzione delle attivazioni all'interno dell'ospedale.

Infine, un indicatore indiretto ma significativo della fragilità e della qualità della continuità assistenziale è rappresentato dai rientri ospedalieri registrati.

Nel campione analizzato si contano 57 rientri complessivi, suddivisi in tre fasce temporali: 11 rientri avvenuti entro 7 giorni dalle dimissioni e dall'avvio del setting di continuità delle cure, 32 effettuati entro 30 giorni e 14 oltre i 30 giorni dalla dimissione.

La concentrazione dei rientri entro il primo mese suggerisce che, per una parte dei pazienti, la dimissione non è stata accompagnata da un adeguato supporto territoriale o da un monitoraggio sufficiente a garantire stabilità clinica.

L'analisi dei livelli di fragilità nei pazienti rientrati conferma questa interpretazione. La maggior parte presenta una fragilità grave, un rischio BRASS alto e livelli di complessità COT medio-alti o alti. Si tratta di profili che evidenziano il realizzarsi di bisogni assistenziali intensi e multidimensionali, difficilmente gestibili senza un raccordo strutturato tra ospedale e territorio.

In altre parole, ai fini di questa ricerca, i rientri non rappresentano soltanto un esito clinico, ma, anzi, un segnale di criticità all'interno dei percorsi di continuità delle cure, soprattutto quando la fragilità non viene intercettata o gestita tempestivamente nel post-dimissione.

Questi dati avvalorano quanto emerso nelle sezioni precedenti: il profilo socio-demografico del campione restituisce un quadro di fragilità complessa, in cui elementi strutturali — età avanzata, isolamento, condizioni abitative inadeguate e assenza di caregiver — si intrecciano con vulnerabilità cliniche e funzionali.

Tali fattori non costituiscono semplici caratteristiche descrittive, ma veri e propri determinanti dei percorsi assistenziali, influenzando sia le modalità di accesso ai servizi sia la stabilità dopo la dimissione.

Alla luce di questo scenario, diventa essenziale comprendere quali meccanismi concreti trasformino tali fragilità in accessi impropri o in ricorsi ripetitivi all'ospedale.

La sezione successiva approfondisce proprio questi trigger<sup>47</sup>, analizzando i fattori sociali, organizzativi e clinici che contribuiscono a generare instabilità e a rendere necessario un nuovo accesso ai servizi ospedalieri.

I dati completi relativi ai livelli di fragilità nei pazienti rientrati sono riportati nella sottostante tabella, basata su numero di rientri pari a 57.

| Indicatore       | Categoria         | N  | %   |
|------------------|-------------------|----|-----|
| Scheda Fragilità | Moderata          | 16 | 28% |
|                  | Grave             | 41 | 73% |
| BRASS            | Rischio medio     | 20 | 35% |
|                  | Rischio alto      | 37 | 65% |
| COT              | Bassa/medio-bassa | 20 | 35% |
|                  | Media/medio-alta  | 24 | 42% |
|                  | Alta              | 13 | 23% |

<sup>47</sup> Il termine “trigger” è ampiamente utilizzato nella letteratura internazionale sui servizi sanitari e sulla continuità assistenziale per indicare fattori o condizioni che innescano un evento critico, come un accesso improprio o un ricovero evitabile. In ambito sociosanitario, il concetto è impiegato in particolare negli studi sulle readmission, sulla transitional care e sui determinanti sociali dell'utilizzo dei servizi. Nel presente lavoro il termine viene adottato con questo significato operativo, per descrivere gli elementi che contribuiscono a generare instabilità e ricorsi evitabili ai servizi ospedalieri.

### **3.2 – Trigger di accesso improprio.**

L'analisi dei dati e delle valutazioni multidimensionali evidenzia come gli accessi impropri al Pronto Soccorso e ai reparti per acuti siano spesso il risultato dell'intreccio tra fragilità sociali, vulnerabilità cliniche e criticità organizzative.

Non si tratta di episodi isolati o imputabili esclusivamente alla condizione clinica, ma di esiti che emergono da un insieme di fattori strutturali che rendono difficile la gestione della quotidianità e la stabilità post-dimissione.

All'interno di questa cornice, è possibile individuare alcuni meccanismi ricorrenti — veri e propri trigger — che contribuiscono a generare ricorsi evitabili ai servizi ospedalieri.

I fattori individuati non rappresentano relazioni causali, ma associazioni ricorrenti emerse dall'analisi dei dati e coerenti con la letteratura sui determinanti sociali dell'accesso ai servizi sanitari. In questa prospettiva, i trigger descritti non spiegano da soli l'accesso improprio, ma contribuiscono a interpretare come diverse vulnerabilità possano combinarsi nel generare instabilità e ricorsi evitabili al DEA.

Uno dei fattori più rilevanti riguarda l'assenza di una rete di supporto stabile.

La quota elevata di persone che vivono sole e l'assenza di caregiver conviventi rappresentano un elemento chiave nella genesi degli accessi impropri. In assenza di una rete familiare o di servizi domiciliari già attivi, anche situazioni cliniche potenzialmente gestibili a domicilio tendono a sfociare in un ricorso ospedaliero, percepito come l'unica risposta immediatamente accessibile.

La fragilità grave rilevata nella Scheda e il rischio BRASS alto confermano che molti pazienti presentano bisogni complessi che richiederebbero un monitoraggio continuativo, difficilmente garantibile senza un adeguato supporto territoriale. In questo senso, la mancanza di servizi domiciliari attivi o tempestivi rappresenta un fattore determinante di instabilità.

Un secondo trigger riguarda le difficoltà nella gestione della terapia e delle attività quotidiane.

Le condizioni abitative inadeguate e la presenza di invalidità o handicap (oltre il 50% complessivo tra invalidità 100%, accompagnamento e art. 3 comma 3) suggeriscono che una parte significativa del campione incontra ostacoli concreti nella gestione della terapia farmacologica, dell'igiene personale, dell'alimentazione e della sicurezza domestica.

Queste difficoltà, se non intercettate tempestivamente, possono determinare:

- peggioramento clinico,

- scarsa aderenza terapeutica,
- riacutizzazioni evitabili,
- ricorso al DEA come unica risposta percepita come accessibile.

In altre parole, la fragilità abitativa e funzionale non è un semplice contesto, ma un fattore attivo nella generazione di instabilità.

Come già affermato, un ulteriore indicatore indiretto ma potente di accesso improprio è rappresentato dai rientri ospedalieri. Nel campione si registrano:

- 11 rientri entro 7 giorni,
- 32 entro 30 giorni,
- 14 oltre i 30 giorni.

Nei pazienti rientrati, i livelli di fragilità risultano ancora più marcati:

- 41 casi di fragilità grave,
- 37 casi con rischio BRASS alto,
- 37 casi con livelli COT medio-alti o alti.

Questo pattern conferma che la fragilità non adeguatamente intercettata o gestita nel post-dimissione rappresenta un fattore determinante di instabilità e di ritorno precoce in ospedale. I rientri, quindi, non sono solo un esito clinico, ma un segnale di criticità nei percorsi di continuità assistenziale.

Oltre ai trigger direttamente osservabili nei dati, la letteratura internazionale sui servizi sanitari e sulla continuità assistenziale evidenzia ulteriori meccanismi che contribuiscono agli accessi impropri. Pur non essendo rilevati in modo esplicito nel campione, tali elementi risultano coerenti con i profili di fragilità osservati e contribuiscono a spiegare la vulnerabilità dei percorsi assistenziali.

Tra questi:

- bassa alfabetizzazione sanitaria, che limita la capacità di comprendere sintomi, terapie e percorsi territoriali;
- difficoltà di accesso al medico di medicina generale, soprattutto nei casi di urgenze percepite o di sintomi non chiari;

- polifarmacoterapia e complessità terapeutica, spesso associate a fragilità clinica e rischio di errori;
- sovraccarico del caregiver, quando presente, che può portare a ricorsi ospedalieri come forma di sollievo o protezione.

Questi elementi, ampiamente documentati nella letteratura internazionale, rafforzano l'interpretazione dei dati e mostrano come la fragilità sia un fenomeno complesso, che si manifesta attraverso molteplici canali e produce effetti concreti sui percorsi di cura.

L'analisi dei trigger di accesso improprio mette in evidenza come la fragilità sociale, la mancanza di supporto territoriale e le difficoltà nella gestione della quotidianità rappresentino fattori determinanti nel generare instabilità e ricorsi evitabili al DEA.

Tuttavia, questi elementi non agiscono in modo inevitabile: la presenza di strumenti valutativi tempestivi e di un raccordo efficace tra ospedale e territorio può modificare significativamente il percorso del paziente.

In questo senso, la Scheda di valutazione Fragilità Sociosanitaria e il servizio sociale ospedaliero assumono un ruolo centrale, trasformando la mera valutazione in un intervento concreto in grado di orientare la presa in carico verso soluzioni più appropriate.

### **3.3 – Dalla valutazione all'intervento: il ruolo della Scheda di valutazione Fragilità sociosanitaria e del servizio sociale in una lettura integrata.**

La Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria si configura come uno strumento capace di orientare la presa in carico e di anticipare i bisogni, soprattutto quando attivata tempestivamente.

Questa ricerca, concentrandosi sul suo utilizzo, consente di identificare precocemente i fattori di rischio sociali, clinici e organizzativi che possono compromettere la continuità assistenziale, trasformando la valutazione in un elemento attivo del percorso di cura.

In questo senso, la Scheda non rappresenta soltanto un dispositivo di rilevazione, ma è da considerarsi un vero e proprio meccanismo di attivazione, capace di intercettare la fragilità prima che essa si traduca in instabilità o in accessi impropri.

L'analisi dei tempi di dimissione mostra come la maggior parte delle schede viene compilata in prossimità della dimissione stessa, in una finestra temporale che consente di predisporre interventi adeguati:

- stesso giorno della dimissione: 99 casi
- entro 2 giorni: 88 casi

Solo una quota minoritaria presenta attivazioni tardive:

- 20 casi tra 2 e 5 giorni
- 5 casi tra 5 e 10 giorni
- 9 oltre i 10 giorni

Soffermanto l'attenzione sui dati riguardanti attivazione tempestiva, si rileva che questa permette di:

- effettuare una valutazione precoce della fragilità;
- attivare i servizi territoriali prima della dimissione;
- definire un percorso protetto e coerente con i bisogni rilevati;
- ridurre il rischio di rientro precoce e di instabilità post-dimissione.

In altre parole, la Scheda di valutazione svolge una funzione di ponte tra la fase acuta e il territorio: quando compilata in tempo utile, consente di anticipare i bisogni e di evitare che la fragilità si traduca in un accesso improprio o in un rientro evitabile.

**Tabella 7 – Intervallo tra ipotesi di dimissione ed effettiva dimissione**

| Intervallo dimissione | N  | %   |
|-----------------------|----|-----|
| Anticipo              | 2  | 1%  |
| Stesso giorno         | 99 | 44% |
| Entro 2 giorni        | 88 | 39% |
| Tra 2 e 5 giorni      | 20 | 9%  |
| Tra 5 e 10 giorni     | 5  | 2%  |
| Oltre 10 giorni       | 9  | 4%  |

Accanto alla Scheda, il servizio sociale ospedaliero rappresenta l'attore che traduce la valutazione in intervento.

Se la Scheda è un ponte, il SSPA rappresenta lo snodo operativo tra ospedale e territorio, garantendo che le fragilità rilevate non rimangano un dato statico, ma diventino azioni concrete.

Il servizio sociale interviene attraverso:

- l'attivazione di servizi domiciliari (ADI, interventi educativi);
- il raccordo con i servizi sociali comunali e con i servizi territoriali specialistici;
- il supporto nella definizione del setting post-acuzie più appropriato (RSA DGR 10, CAVS, Cure intermedie);
- la mediazione con familiari e caregiver, soprattutto nei casi di conflitto, assenza o sovraccarico;
- la facilitazione dell'accesso a misure di sostegno (invalidità, accompagnamento, contributi, inserimenti protetti).

Questa funzione mediatrice è particolarmente rilevante nei casi di fragilità complessa, in cui la sola valutazione clinica non appare sufficiente a garantire stabilità nel post-dimissione. Il servizio sociale, infatti, opera come regista della continuità assistenziale, coordinando gli attori coinvolti e assicurando che il percorso sia sostenibile per la persona e per la rete familiare.

La lettura congiunta dei dati e delle pratiche professionali mostra come la Scheda di valutazione Fragilità sociosanitaria non sia soltanto uno strumento valutativo, ma un dispositivo capace di orientare l'intero percorso assistenziale. La fragilità rilevata non è un attributo individuale, bensì il risultato dell'interazione tra condizioni sociali, cliniche, abitative e organizzative.

L'attivazione tempestiva della Scheda permette di intercettare queste dimensioni prima che si traducano in instabilità, mentre il servizio sociale ospedaliero svolge la funzione di tradurre la valutazione in interventi concreti.

In questo senso, la Scheda e il servizio sociale operano come due componenti complementari dello stesso processo: la prima identifica i bisogni, il secondo costruisce le risposte.

Oltre alla dimensione operativa, la lettura integrata dei dati conferma che la Scheda e il SSPA agiscono all'interno di un contesto caratterizzato da vulnerabilità profonde e interconnesse.

Le fragilità rilevate non descrivono semplicemente condizioni individuali, ma delineano un quadro strutturale in cui solitudine abitativa, condizioni abitative inadeguate, compromissione funzionale e instabilità clinica tendono a sovrapporsi sugli stessi individui.

La valutazione e l'intervento diventano due momenti dello stesso processo: identificare precocemente i bisogni, attivare risposte integrate, coordinare gli attori della rete e costruire percorsi sostenibili per persone con vulnerabilità complesse.

Ancora una volta, questa prospettiva conferma che la continuità delle cure non può essere garantita da un singolo Servizio, ma richiede un approccio coordinato e multidisciplinare, capace di tenere insieme aspetti sanitari, sociali e ambientali. È proprio in questa intersezione che la Scheda Fragilità e il servizio sociale trovano la loro funzione strategica.

### **3.4 – Esiti dei percorsi e continuità assistenziale: tra dati e voci professionali.**

Gli esiti osservati confermano la capacità della Scheda Fragilità e del servizio sociale ospedaliero di orientare percorsi più appropriati, tempestivi e coerenti con i bisogni complessi rilevati.

La lettura dei setting attivati, delle dimissioni protette e dei rientri ospedalieri mostra in che modo la valutazione multidimensionale possa tradursi in scelte assistenziali concrete e come queste incidano sulla continuità delle cure, in linea con l'idea di integrazione quale processo culturale e relazionale.

L'analisi dei setting post-acuzie attivati mostra un sistema che risponde in modo strutturato ai bisogni rilevati, con una prevalenza di percorsi ad alta intensità assistenziale.

La distribuzione dei setting post-acuzie evidenzia una prevalenza di percorsi ad alta intensità:

- RSA DGR 10: 141 casi (63%)
- CAVS: 76 casi (34%)
- Cure OT Arona: 4 casi (2%)
- NDCT: 2 casi (1%)

La forte presenza delle RSA DGR 10 riflette la composizione del campione, caratterizzato da:

- fragilità grave,
- rischio BRASS alto,
- complessità COT medio-alta o alta.

Le CAVS rappresentano un setting, per così dire, intermedio, attivato nei casi in cui la fragilità è elevata ma compatibile con un percorso riabilitativo. Le Cure OT Arona e l'NDCT, pur numericamente limitati, mostrano la capacità del sistema di attivare percorsi specifici quando appropriato.

Nel complesso, si osserva come la distribuzione dei setting conferma che la Scheda di Fragilità orienta verso soluzioni coerenti con i bisogni rilevati, evitando dimissioni non protette e garantendo un livello assistenziale adeguato alla complessità dei casi. I determinanti sociali e ambientali (abitazione, rete, autonomia) diventano criteri espliciti di orientamento delle scelte assistenziali.

**Tabella 8– Setting di continuità delle cure**

| Setting continuità delle cure | N   | %   |
|-------------------------------|-----|-----|
| RSA DGR 10                    | 141 | 63% |
| CAVS                          | 76  | 34% |
| Cure OT Arona                 | 4   | 2%  |
| <u>NDCT</u>                   | 2   | 1%  |

La distribuzione dei setting attivati suggerisce che la Scheda svolge un ruolo determinante nel garantire percorsi di dimissione più sicuri e pianificati.

In particolare, questo strumento di valutazione precoce consente di:

- indirizzare i pazienti verso strutture adeguate al livello di fragilità;
- attivare servizi domiciliari nei casi compatibili con la permanenza al domicilio;
- ridurre il rischio di dimissioni non pianificate o non supportate;
- facilitare il raccordo tra ospedale e territorio.

La presenza di condizioni abitative inadeguate e di solitudine abitativa rende evidente che molti pazienti non possono rientrare al domicilio senza un supporto strutturato. In questo senso, la Scheda di valutazione Fragilità sociosanitaria permette di anticipare tali criticità e di predisporre interventi mirati, evitando situazioni di rischio o rientri evitabili.

I rientri ospedalieri confermano il legame tra fragilità multidimensionale e instabilità post-dimissione.

Si ricordano i valori analizzati nel campione riguardante i rientri: 11 rientri registrati entro 7 giorni; 32 rientri entro 30 giorni; 14 rientri oltre i 30 giorni.

Nei pazienti rientrati i livelli di fragilità risultano ancora più marcati (41 casi di fragilità grave, 37 con rischio BRASS alto), indicando che la Scheda intercetta correttamente i profili più vulnerabili.

La lettura congiunta dei setting attivati, delle dimissioni protette e dei rientri ospedalieri, mette in evidenza tre elementi chiave:

1. La Scheda Fragilità orienta percorsi appropriati. I setting attivati sono coerenti con i livelli di fragilità rilevati e mostrano un sistema capace di rispondere ai bisogni complessi.
2. La tempestività della valutazione è determinante. Le attivazioni precoci riducono il rischio di rientri e permettono di predisporre percorsi protetti.
3. La fragilità multidimensionale è un predittore di instabilità. I rientri si concentrano nei profili più fragili, confermando la necessità di un approccio integrato e multidisciplinare.

Il servizio sociale, attivando i percorsi residenziali o domiciliari, traduce questa lettura in intervento, svolgendo una funzione che richiama i meccanismi di coordinamento: adattamento reciproco nelle équipes, standardizzazione delle competenze attraverso l'uso condiviso dello strumento, raccordo tra livelli organizzativi diversi.

Se i dati mostrano la capacità della Scheda di orientare percorsi appropriati, le voci professionali permettono di comprenderne il funzionamento interno, le condizioni di efficacia e le criticità percepite.

Come anticipato nel capitolo metodologico, l'analisi quantitativa dei percorsi è stata integrata da interviste qualitative e colloqui informali tenuti con la Dirigente, le assistenti sociali e il personale amministrativo del SSPA di Novara.

Queste testimonianze offrono una prospettiva interna preziosa e indispensabile per comprendere il senso delle pratiche, le criticità percepite e i significati attribuiti all'utilizzo della Scheda di Fragilità. L'integrazione tra dati e voci professionali consente di leggere gli esiti dei percorsi non solo in termini numerici, ma come risultato di tre punti di vista complementari. Ogni prospettiva mette in luce un diverso livello di funzionamento dello

strumento: quello organizzativo, quello professionale-operativo e quello documentale-amministrativo.

L'integrazione di queste tre letture consente di comprendere lo strumento di valutazione precoce in esame non solo come un modulo, ma in qualità di dispositivo che attraversa l'intero processo di continuità assistenziale.

Dal punto di vista della Dirigente del SSPA, la Scheda di valutazione Fragilità Socio-sanitaria rappresenta il risultato di una scelta strategica maturata nel tempo, finalizzata a rendere più uniforme, sistematica e integrata la rilevazione dei bisogni socio-sanitari dei pazienti. Riportando quanto dice nell'intervista, la Scheda è stata progettata per «raccolgere in modo uniforme dati socio-sanitari utili a definire un progetto assistenziale adeguato», evidenziando fin da subito la sua funzione di strumento di orientamento e non di mera registrazione.

L'obiettivo principale dell'introduzione della Scheda è stato quello di migliorare la valutazione in una logica di cura e cure olistica, superando la tradizionale separazione tra dimensione clinica e dimensione sociale. La Dirigente insiste su questo punto: l'integrazione socio-sanitaria non è un valore astratto, ma una condizione necessaria per definire setting e percorsi realmente idonei, soprattutto per la popolazione anziana e fragile. La Scheda diventa, così, un dispositivo capace di rendere visibile ciò che spesso rimane implicito: i bisogni di cura, di assistenza, di supporto sociale e di continuità.

Un elemento rilevante in termini di integrazione riguarda proprio la costruzione partecipata dello strumento. La Dirigente sottolinea come la Scheda sia stata elaborata «anche dagli operatori che attualmente la utilizzano», risultando così aderente alle esigenze reali del servizio e della popolazione adulta e anziana. Questo approccio conferma, ancora una volta, la natura di un dispositivo progettato “per l'uso”, in linea con i principi della progettazione organizzativa.

Anche i flussi informativi meritano un'analisi. La Dirigente racconta che la Scheda è stata integrata nella procedura ADI-ASC Novara, diventando parte della modulistica che attiva il percorso assistenziale. Non è quindi un documento aggiuntivo, ma un nodo del processo che connette reparti ospedalieri, servizi territoriali e SSPA, migliorando la tracciabilità e riducendo ridondanze informative. Rispetto all'impatto concreto, si ricorda che la Scheda è in uso dal 2024 e che già in un breve lasso di tempo ha permesso di ottimizzare le informazioni già acquisite sullo stesso paziente, riducendo anche in questo caso ridondanze e dispersioni, a conferma della sua utilità come strumento di tracciabilità e di memoria organizzativa.

È di rilevanza la riflessione della Dirigente sulla possibilità di modificare o integrare la Scheda. Viene considerato «uno strumento migliorabile», a cui aggiungere ulteriori indicatori di fragilità per ottenere una valutazione realmente integrata dei bisogni di cura e di cure. Nell'intervista, si sottolinea la necessità di percorsi individualizzati e di una presa in carico da parte di un'équipe multiprofessionale, capace di rispondere in modo coordinato ai bisogni complessi della persona. Questa visione conferma la natura della Scheda in qualità di dispositivo dinamico, capace di evolvere insieme all'organizzazione e ai bisogni della popolazione. Per quanto riguarda le risorse, è fondamentale che lo strumento sia considerato sostenibile e utile.

La Scheda è classificata in qualità di strumento di dialogo interistituzionale, in grado di «informare i servizi e gli operatori coinvolti nel processo» (Comuni, ASL), sottolineandone la funzione di ponte tra ospedale e territorio. Da qui, l'elemento di governance della continuità assistenziale, capace di sostenere processi di coordinamento e di integrazione.

In sintesi, dalla prospettiva dirigenziale la Scheda emerge come:

- uno strumento strategico per l'integrazione socio-sanitaria;
- un supporto operativo alla definizione dei percorsi assistenziali;
- un elemento di governance e di dialogo interistituzionale tra ospedale e territorio;
- un dispositivo migliorabile, da arricchire con nuovi indicatori;
- un catalizzatore di cambiamento culturale, orientato a una visione olistica della fragilità.

Questa lettura conferma la centralità della Scheda come infrastruttura organizzativa che sostiene la continuità assistenziale e la presa in carico integrata. Non mancano, ad ogni modo, criticità culturali e operative: la valutazione in ambito sanitario tende ancora a essere prevalentemente clinica, mentre per i pazienti anziani è fondamentale una lettura integrata dei bisogni.

Le assistenti sociali offrono una lettura profondamente radicata nell'uso quotidiano della Scheda e nel suo impatto sulla valutazione e sulla progettazione degli interventi.

Innanzitutto, nel Servizio Sociale Professionale Aziendale di Novara sono presenti tre assistenti sociali, inclusa la Dirigente che, oltre alle funzioni gestionali, partecipa anche alle attività operative dell'ufficio.

Nessuna di esse si dedica in via esclusiva ai casi di continuità delle cure: tale funzione viene svolta a rotazione, con una turnazione settimanale che coinvolge tutte le professioniste. Questa organizzazione, pur garantendo una distribuzione equilibrata del carico di lavoro, comporta inevitabilmente una frammentazione nella gestione dei casi e può generare discontinuità informative, con il rischio di incomprensioni nella lettura delle situazioni e nelle decisioni da assumere.

La Scheda viene utilizzata quando il servizio sociale riceve una richiesta di consulenza dal reparto o dal Pronto Soccorso e avvia una presa in carico multidimensionale della persona.

La compilazione è affidata esclusivamente all'assistente sociale, che integra diverse fonti: documentazione clinica, colloqui con pazienti e familiari, confronto con il personale sanitario e, nei casi già noti ai servizi territoriali, scambio con altri professionisti.

La compilazione in sé è ritenuta rapida, ma ciò che richiede tempo è l'acquisizione delle informazioni, soprattutto quando il caso è nuovo, quando la persona è confusa o priva di referenti, o quando mancano documenti essenziali per verificare la situazione economica o abitativa. Un altro elemento di difficoltà percepito dalle assistenti sociali è relativo ai dati economici, spesso difficili da ottenere senza ISEE, modulo OBIS M INPS o visita domiciliare.

Le assistenti sociali riconoscono l'utilità di tutte le sezioni della Scheda, ma nelle interviste segnalano anche alcuni limiti ricorrenti:

- alcune voci risultano troppo generiche e non sempre adeguate a rappresentare la complessità dei casi;
- la sezione sulla rete familiare dovrebbe distinguere tra rete convivente e non convivente;
- la Scheda è «visivamente immediata», ma talvolta riduttiva nei casi più complessi, che richiedono una narrazione più ampia;
- la raccolta delle informazioni richiede tempo e attenzione, incidendo sul carico di lavoro.

Su sollecitazione specifica riguardo alle possibili modifiche dello strumento, le assistenti sociali hanno espresso posizioni articolate e in parte divergenti. Una professionista ritiene che «la Scheda è semplice e intuitiva» e non ritiene sia necessaria un'ulteriore semplificazione. L'altra, invece, propone l'ampliamento di alcune sezioni — rete sociale, condizione abitativa, indicatori economici — e di prevedere spazi più ampi per note narrative o allegati, ritenuti

indispensabili nei casi complessi. Suggerisce inoltre un'analisi dei dati e un confronto con gli altri professionisti sull'evoluzione della casistica per migliorare lo strumento nel tempo.

Pur non modificando radicalmente la progettazione degli interventi, la Scheda contribuisce a rendere la valutazione più oggettiva grazie allo score e alla struttura standardizzata, favorendo la comunicazione tra ospedale e servizi territoriali e sostenendo la costruzione di percorsi più coerenti con i bisogni rilevati.

Nessuna delle assistenti sociali propone di abbandonare la Scheda a favore di altri strumenti di valutazione precoce, ma emerge con chiarezza la richiesta di una versione più articolata, capace di integrare dimensioni quantitative e qualitative e di dialogare con gli strumenti già in uso nei servizi territoriali. Questa riflessione rappresenta un punto centrale dell'analisi: la Scheda, pur essendo percepita come utile e necessaria, non è ritenuta sufficiente da sola a restituire la complessità delle situazioni di fragilità socio-sanitaria.

La sua forza risiede nella standardizzazione e nella tracciabilità; la sua debolezza emerge quando la complessità richiede strumenti più flessibili, descrittivi e capaci di valorizzare la dimensione narrativa.

Nonostante questi limiti, le assistenti sociali riconoscono che la Scheda facilita la progettazione degli interventi e il raccordo con il territorio, contribuendo a rendere più visibile la dimensione sociale nei percorsi di cura. La Scheda «permette una presa in carico integrata e la definizione di un progetto personalizzato».

L'analisi qualitativa termina con la somministrazione di un'intervista al personale amministrativo, offrendo una lettura focalizzata sulla gestione documentale e sulla tracciabilità della Scheda lungo il percorso ospedaliero. Questa prospettiva mette in luce aspetti spesso invisibili, ma dall'aspetto determinante per la qualità dei dati e per la continuità assistenziale.

Dalle interviste risaltano alcune criticità ricorrenti: errori formali, difficoltà di registrazione dovute alla coesistenza di flussi cartacei e digitali, problemi di tracciabilità tra reparti e la necessità di verifiche aggiuntive per recuperare informazioni mancanti.

A ciò, si aggiunge la mancanza di strumenti informatici adeguati e l'assenza di una figura ponte con competenze sanitarie che faciliti il raccordo tra uffici e reparti (come potrebbe essere la figura di un infermiere appositamente inserito nell'équipe).

La prospettiva documentale è utile per evidenziare come la qualità della Scheda non dipenda solo dalla valutazione professionale, ma anche dalla solidità dei processi amministrativi e dalla chiarezza delle responsabilità.

Le tre prospettive — dirigenziale, professionale e amministrativa — convergono nel riconoscere la Scheda come uno strumento utile e necessario, ma mostrano che la sua efficacia è condizionata da fattori diversi a seconda del ruolo: per la Dirigente è un dispositivo di governance che richiede investimenti e integrazione nei flussi informativi; per le assistenti sociali rappresenta una matrice operativa che orienta la presa in carico, ma necessita di maggiore articolazione; per il personale amministrativo è un documento da tracciare, la cui qualità dipende da processi chiari e digitalizzati.

Questa lettura qualitativa mostra come la continuità assistenziale non sia il prodotto di un singolo strumento, ma il risultato di un intreccio quotidiano di valutazioni, relazioni e decisioni organizzative.

La Scheda di Fragilità diventa il punto di incontro di queste dimensioni: un dispositivo che, a seconda dello sguardo, assume funzioni diverse ma complementari, uno strumento «migliorabile», da arricchire con ulteriori indicatori per sostenere una valutazione realmente integrata e per costruire percorsi individualizzati all'interno di un'équipe multiprofessionale.

In questa prospettiva, la vera innovazione risiede nel concepire la Scheda non solo come modulo compilativo, ma, bensì, come una vera e propria infrastruttura organizzativa, in grado di rendere visibile la dimensione sociale dei percorsi di cura, di facilitare il coordinamento tra attori diversi e di contribuire a sostenere la continuità assistenziale nel passaggio dall'ospedale al territorio. La sua efficacia dipende dalla capacità dell'organizzazione di sostenerla, aggiornarla e integrarla nei processi, ma anche dalla disponibilità dei professionisti a riconoscere la fragilità come fenomeno multidimensionale.

È qui che l'integrazione assume forma concreta: non come principio astratto, ma come pratica culturale e relazionale che si realizza attraverso strumenti condivisi, linguaggi comuni e responsabilità distribuite.

La valutazione precoce diventa, così, un atto di connessione tra attori diversi, un momento in cui la complessità della persona viene tradotta in un percorso possibile.

## **CONCLUSIONI – Verso un modello integrato di lettura e presa in carico della fragilità.**

La ricerca si è sviluppata a partire da una domanda centrale per la sostenibilità del sistema sanitario: quali strumenti di valutazione precoce e quali forme di integrazione sociosanitaria possono contribuire a prevenire il sovraffollamento ospedaliero.

L'analisi condotta evidenzia che il riconoscimento tempestivo della fragilità, sostenuto da processi integrati tra ospedale e territorio, rappresenta una condizione necessaria per costruire percorsi di cura più appropriati, sicuri e sostenibili, in grado di ridurre accessi impropri, ricoveri evitabili e rientri non protetti.

I risultati ottenuti mostrano che la valutazione precoce non costituisce un semplice atto tecnico, ma un processo organizzativo, richiedente strumenti adeguati, competenze specifiche e una governance capace di sostenere l'integrazione.

In questo quadro, la Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria si configura come uno strumento promettente, pur presentando alcune criticità che ne richiedono un ulteriore consolidamento.

### **La fragilità nella teoria: un fenomeno multidimensionale.**

Il quadro teorico delineato nel primo capitolo evidenzia come la fragilità non possa essere interpretata né come attributo individuale né come condizione esclusivamente clinica.

Deve essere considerata come un fenomeno complesso e dinamico, strettamente connesso ai determinanti sociali della salute. Le trasformazioni demografiche, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e l'erosione del capitale sociale configurano uno scenario in cui vulnerabilità sanitarie, relazionali, economiche e abitative tendono a sovrapporsi e a rafforzarsi reciprocamente.

La letteratura nazionale e internazionale, insieme ai principali riferimenti normativi, converge nel riconoscere la natura relazionale e territoriale della salute, costruita attraverso reti, ambienti e opportunità. In questa prospettiva, l'integrazione sociosanitaria rappresenta una condizione necessaria per garantire equità e continuità, poiché la frammentazione dei servizi produce effetti sistemici quali accessi impropri, ricoveri evitabili, percorsi discontinui e sovraccarico ospedaliero.

Il servizio sociale nei contesti sanitari emerge come attore strategico nella lettura della complessità: attraverso la valutazione del contesto di vita, la mediazione tra sistemi e la

costruzione di alleanze professionali, contribuisce a ricomporre la distanza tra dimensione clinica e dimensione sociale della cura.

L'esperienza del Servizio Sociale Professionale Aziendale dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara conferma questa prospettiva, mostrando come la presenza operativa nei luoghi dell'acuzie consenta di intercettare precocemente bisogni che sfuggono alla valutazione clinica tradizionale e di orientare percorsi più appropriati. Gli strumenti di valutazione precoce, tra cui la Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria in analisi, si configurano come dispositivi fondamentali per rendere visibili elementi spesso impliciti, quali condizioni abitative critiche, solitudine, assenza di reti, difficoltà economiche e compromissioni funzionali.

Il quadro teorico fornisce, dunque, una cornice che anticipa i risultati della ricerca: affrontare la fragilità richiede uno sguardo integrato, capace di leggere la persona nella sua interezza e di costruire risposte coordinate tra ospedale, territorio e comunità.

La Scheda, come confermato sia dai dati raccolti sia dalle testimonianze professionali, si è dimostrata utile nel raccogliere in modo uniforme informazioni socio-sanitarie necessarie alla definizione di un progetto assistenziale adeguato e nel rendere operativa la visione olistica proposta dalla letteratura.

### **La fragilità nella pratica: evidenze dai dati empirici.**

L'analisi empirica condotta nel terzo capitolo restituisce un quadro chiaro della fragilità così come si manifesta nei percorsi ospedalieri e nella transizione verso il territorio.

I profili multidimensionali rilevati descrivono una popolazione caratterizzata da vulnerabilità sovrapposte: compromissioni funzionali, condizioni abitative critiche, solitudine, reti familiari fragili, difficoltà economiche e un elevato carico assistenziale. La fragilità emerge, quindi, come il risultato dell'interazione tra fattori diversi che tendono ad amplificarsi reciprocamente, in continuità con quanto evidenziato dal quadro teorico.

I trigger individuati quali principali cause degli accessi impropri rappresentano un elemento di lettura rilevante. La presenza di bisogni sociali non intercettati dal territorio, l'assenza di supporti familiari, le difficoltà di gestione domiciliare e la mancanza di continuità assistenziale confermano che la frammentazione tra ambito sanitario e sociale produce effetti concreti sulla vita delle persone e sulla sostenibilità del sistema. In questo contesto, la Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria si è rivelata uno strumento capace di orientare la

presa in carico: i percorsi attivati risultano coerenti con i livelli di fragilità rilevati, mostrando una corrispondenza tra valutazione e decisione assistenziale. La prevalenza delle RSA DGR 10 riflette bisogni ad alta intensità, mentre le attivazioni verso CAVS e servizi territoriali indicano la capacità di modulare la risposta in base alla complessità.

L'analisi dei rientri ospedalieri conferma il ruolo predittivo della fragilità: i rientri si concentrano nei profili più vulnerabili, caratterizzati da punteggi elevati nelle scale di valutazione e da condizioni sociali critiche. Anche in questo caso, la fragilità emerge non solo come indicatore di bisogno, ma come fattore di rischio di instabilità post-dimissione, evidenziando l'importanza di percorsi di continuità assistenziale tempestivi e coordinati.

Nel complesso, i dati mostrano come la fragilità possa essere interpretata in qualità di fenomeno in transizione: si manifesta nelle acuzie, ma si radica nei contesti di vita; emerge in ospedale, ma si costruisce nel territorio; richiede risposte immediate, ma anche interventi di lungo periodo. L'analisi empirica evidenzia come la valutazione precoce e l'integrazione sociosanitaria possano trasformare la transizione da momento critico a opportunità di presa in carico appropriata.

### **La ricerca come “doppia” lente: cosa ha permesso di vedere.**

L'impianto metodologico adottato, basato su un approccio pragmatico e orientato alla ricerca-azione, ha rappresentato una lente utile per comprendere come la fragilità venga letta, interpretata e gestita nei contesti reali dell'acuzie.

La scelta di collocare l'indagine presso l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara ha consentito di osservare da vicino le dinamiche che caratterizzano l'incontro tra bisogni complessi e assetti organizzativi spesso frammentati, mettendo in evidenza sia le potenzialità sia le criticità dei processi di integrazione sociosanitaria.

I risultati confermano quanto indicato dalla letteratura: la fragilità non si manifesta esclusivamente attraverso indicatori clinici, ma emerge nei contesti di vita, nelle reti sociali, nelle condizioni abitative e nella presenza o assenza di supporti familiari. In questa prospettiva, la Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria si è rivelata uno strumento capace di rendere visibili elementi spesso impliciti, permettendo di intercettare precocemente segnali di vulnerabilità che, se non riconosciuti, possono tradursi in accessi impropri, ricoveri evitabili o dimissioni non protette.

L'analisi mostra, inoltre, che la Scheda non opera soltanto come strumento tecnico di valutazione, ma come infrastruttura organizzativa: rende visibile la dimensione sociale dei percorsi di cura, facilita il coordinamento tra attori diversi e sostiene la continuità assistenziale nel passaggio dall'ospedale al territorio. La sua funzione supera la mera raccolta dei dati, contribuendo alla costruzione di un linguaggio comune, alla riduzione dell'asimmetria informativa e all'orientamento di decisioni condivise all'interno dell'équipe multiprofessionale.

L'approccio qualitativo ha permesso di cogliere la dimensione relazionale e organizzativa dell'integrazione: la collaborazione tra professionisti, la comunicazione tra reparti, il ruolo del servizio sociale come snodo tra ospedale e territorio e la capacità delle équipe di costruire percorsi condivisi. La ricerca-azione ha reso possibile osservare non solo gli esiti, ma anche i processi: le pratiche che facilitano la continuità assistenziale, gli ostacoli che la rallentano e le condizioni organizzative che la rendono possibile. Si ricordano le parole della Dirigente su come la Scheda sia parte integrante dei flussi aziendali e su come la sua efficacia dipenda da una cultura organizzativa capace di riconoscere la fragilità nella sua natura multidimensionale.

L'integrazione tra dati quantitativi e qualitativi ha offerto una visione più completa del fenomeno. I dati numerici hanno descritto la distribuzione dei profili di fragilità, dei setting attivati e dei rientri ospedalieri, mentre le testimonianze professionali hanno restituito il significato di tali dinamiche, illuminando il lavoro quotidiano che sostiene la presa in carico.

Da qui l'interpretazione della ricerca come una lente bifocale: da un lato consente di leggere la fragilità attraverso indicatori misurabili; dall'altro rende visibile la trama di relazioni, decisioni e pratiche che facilitano o ostacolano l'integrazione sociosanitaria.

### **La logica d'azione nei percorsi di continuità assistenziale.**

La lettura congiunta dei dati e delle testimonianze professionali evidenzia che la continuità assistenziale non può essere interpretata come un semplice processo tecnico, ma come vera logica d'azione, che integra due dimensioni tradizionalmente distinte: la cura orientata alla componente clinica e il prendersi cura rivolto al sostegno e alla prevenzione delle vulnerabilità. Nei percorsi osservati, queste due logiche si configurano come elementi complementari di un unico processo di presa in carico, capace di rispondere alla complessità dei bisogni.

La letteratura internazionale, dal modello biopsicosociale di Engel alle riflessioni più recenti sull'integrazione come processo culturale, converge nel riconoscere che nessuna delle due dimensioni, considerata isolatamente, è sufficiente a garantire percorsi appropriati e sostenibili. L'esperienza dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara conferma questa prospettiva: i pazienti che necessitano di percorsi protetti presentano una combinazione di bisogni sanitari e sociali, che includono fragilità clinica, compromissioni funzionali, solitudine abitativa, condizioni abitative critiche, assenza di caregiver e difficoltà economiche. In tali situazioni, né una risposta esclusivamente sanitaria né un intervento unicamente sociale risultano essere soddisfacenti. In questa intersezione, si colloca la logica socio-sanitaria, intesa come capacità di combinare interventi clinici e sociali in un'unica traiettoria di cura.

L'osservazione dell'utilizzo quotidiano della Scheda conferma il suo ruolo di dispositivo di valutazione precoce in grado di tradurre operativamente tale logica: lo strumento consente una lettura integrata della persona, anticipa i bisogni e orienta la presa in carico verso setting adeguati. La sua origine multiprofessionale ne rafforza la capacità di raccogliere in modo uniforme informazioni socio-sanitarie utili alla definizione di progetti assistenziali individualizzati.

Il cambiamento di prospettiva promosso dalle recenti riforme — dal DM 77/2022 alle linee strategiche del PNRR — orienta il Sistema verso modelli costruiti intorno alle persone e ai loro contesti di vita. Ciò implica il potenziamento dei servizi territoriali, il rafforzamento delle reti di prossimità, l'applicazione dei LEA e la costruzione di assetti organizzativi capaci di ridurre le disuguaglianze e sostenere la fragilità lungo tutto il percorso di cura.

In questa rappresentazione, l'integrazione si manifesta come pratica quotidiana attraverso linguaggi condivisi, strumenti comuni, coordinamento tra professionisti, continuità informativa, riconoscimento del ruolo del servizio sociale e investimenti organizzativi e culturali. Si delinea, così, una logica relazionale e territoriale capace di tenere insieme dimensione clinica e dimensione sociale, ospedale e territorio, bisogni sanitari e bisogni di sostegno, con l'obiettivo di costruire percorsi equi, sostenibili e orientati alla qualità della vita delle persone più vulnerabili.

### **Le voci dei professionisti: cosa ci dicono davvero.**

Le testimonianze raccolte attraverso le interviste offrono una prospettiva interna che permette di comprendere la fragilità non solo come insieme di indicatori, ma come esperienza quotidiana che attraversa organizzazioni, pratiche e relazioni.

Le osservazioni della Dirigente, delle assistenti sociali e del personale amministrativo evidenziano che l'integrazione sociosanitaria non costituisce un processo lineare, ma un equilibrio dinamico tra standardizzazione delle pratiche, coordinamento interprofessionale e lavoro invisibile necessario per rendere operativa la valutazione sociale.

Dal punto di vista organizzativo, emerge come la Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria non funzioni soltanto in veste di dispositivo tecnico, ma come reale strumento di governance. Essa rende visibili bisogni altrimenti impliciti, riduce l'asimmetria informativa tra reparti e sostiene la costruzione di percorsi condivisi. La stessa Dirigente interpreta la Scheda in funzione di un meccanismo di standardizzazione capace di ridurre la variabilità delle pratiche e di favorire un linguaggio comune, sottolineando al contempo che la sua efficacia dipende da condizioni strutturali quali flussi informativi integrati, risorse adeguate, formazione continua e una cultura organizzativa attenta alla dimensione sociale. Si ricorda, anche, che lo strumento è "migliorabile" e necessita di ulteriori indicatori per sostenere valutazioni più integrate e percorsi individualizzati.

La prospettiva degli assistenti sociali mette in luce la dimensione operativa della valutazione. La Scheda è percepita come utile, poiché organizza la raccolta delle informazioni e rende più oggettiva la valutazione, soprattutto per quanto riguarda la soluzione di casi complessi o caratterizzati da forte incertezza informativa. La sua compilazione richiede tuttavia tempo, competenze e un'intensa attività di ricostruzione della storia sociale del paziente.

Da qui emerge il tema del lavoro invisibile: colloqui, verifiche, ricerca documentale, contatti con la rete e coordinamento con i reparti costituiscono attività essenziali che non compaiono nello strumento, ma che ne determinano la qualità. In questa prospettiva, la fragilità non appare come un dato, ma come un processo interpretativo che richiede strumenti integrati e capacità analitiche.

Le riflessioni raccolte sollevano anche interrogativi sulla struttura della Scheda: alcune sezioni risultano troppo generiche, altre non distinguono adeguatamente tra reti conviventi e non conviventi, mentre gli spazi narrativi appaiono insufficienti nei casi più complessi. Non emerge la richiesta di abbandonare lo strumento, ma piuttosto l'esigenza di una versione più articolata, capace di integrare dimensioni quantitative e qualitative e di dialogare con gli strumenti già in uso nei servizi territoriali.

La prospettiva amministrativa evidenzia un ulteriore livello: quello dei flussi documentali. La Scheda attraversa reparti, uffici e sistemi informativi, e la sua qualità dipende dalla solidità dei processi di registrazione, archiviazione e tracciabilità. Errori formali, frammentazione tra

cartaceo e digitale, necessità di verifiche aggiuntive e assenza di strumenti informatici uniformi mostrano che l'integrazione sociosanitaria richiede anche un'infrastruttura amministrativa adeguata, capace di sostenere il lavoro clinico e sociale.

Nel loro insieme, le prospettive dirigenziale, professionale e amministrativa convergono nel riconoscere la Scheda in veste operativa di strumento utile e necessario, la cui efficacia dipende, però, da condizioni diverse a seconda del ruolo. Per la Dirigente rappresenta un dispositivo di governance che richiede investimenti, formazione e integrazione nei flussi informativi; per gli assistenti sociali è uno strumento operativo che sostiene la valutazione e la progettazione, ma che necessita di maggiore articolazione e di condizioni organizzative adeguate; per il personale amministrativo è un documento da tracciare, la cui qualità dipende dalla correttezza formale e dalla digitalizzazione dei processi.

Nel complesso, le voci dei professionisti mostrano come la fragilità può essere affrontata in modo efficace, ma solo in presenza di una visione comune, sostenuta da strumenti adeguati e da condizioni organizzative favorevoli. L'integrazione emerge come un processo culturale e relazionale, prima ancora che tecnico, fondato su linguaggi condivisi, coordinamento tra livelli diversi e continuità informativa. Le testimonianze raccolte mettono in luce punti di forza e criticità che definiscono le condizioni reali dell'integrazione sociosanitaria e orientano le prospettive future del sistema.

### **Punti di forza, criticità e limiti dell'integrazione sociosanitaria.**

La lettura complessiva dei risultati e delle testimonianze professionali evidenzia che l'integrazione sociosanitaria non rappresenta soltanto un obiettivo organizzativo, ma una condizione necessaria per garantire continuità assistenziale, appropriatezza e sostenibilità. L'esperienza dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara mostra come la collaborazione tra professioni sanitarie e sociali, insieme al potenziamento dei servizi territoriali, possa favorire percorsi di presa in carico più coerenti con la complessità dei bisogni.

La sperimentazione della Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria ha messo in luce diversi punti di forza: la formazione congiunta tra professionisti, la costruzione di una comunità di pratiche multiprofessionali, la capacità del Servizio Sociale Professionale Aziendale (SSPA) di leggere i bisogni complessi e orientare la presa in carico, e il ruolo di raccordo svolto da NOCC e COT tra ospedale e territorio.

Parallelamente emergono alcune criticità strutturali rilevanti, quali la necessità di risorse economiche adeguate, l'assenza di sistemi informativi integrati e interoperabili e la carenza di personale dedicato, che limita la piena operatività dei servizi di continuità.

In questo quadro, il ruolo del SSPA risulta centrale nel ridurre i tempi di degenza e i ricoveri impropri, diminuire la pressione sui Pronto Soccorso, garantire l'appropriatezza degli interventi e sostenere la gestione delle cronicità. Ciò rende necessario un rafforzamento del suo riconoscimento professionale e organizzativo, attraverso strumenti validati, competenze specifiche e una collocazione stabile all'interno delle aziende sanitarie.

Accanto ai risultati, è necessario considerare i limiti della ricerca, che ne definiscono il perimetro e orientano le prospettive future. Il contesto specifico dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara, pur significativo, non è rappresentativo dell'intero sistema sanitario; la Scheda è ancora in fase sperimentale, con possibili ricadute sulla qualità e sull'omogeneità dei dati; le interviste qualitative restituiscono prospettive situate e parziali; infine, la frammentazione dei sistemi informativi tra ospedale e territorio costituisce un limite metodologico e, al tempo stesso, un risultato della ricerca, poiché conferma la centralità della qualità dei dati nei processi di integrazione. Nonostante ciò, lo studio apre diverse prospettive: valutare l'impatto della Scheda nel medio-lungo periodo, esplorare modelli digitali di valutazione, integrare lo strumento con le Case della Comunità previste dal DM 77/2022, ampliare l'indagine ad altri contesti regionali e approfondire il ruolo delle reti di prossimità nella prevenzione della fragilità. In questa prospettiva, i limiti non rappresentano ostacoli, ma un invito a proseguire il percorso di approfondimento, affinando strumenti e consolidando modelli di integrazione capaci di rispondere alle sfide emergenti.

La fragilità non è un destino individuale, ma una responsabilità collettiva. Riconoscerla precocemente, leggerla in modo integrato e accompagnarla con percorsi adeguati rappresenta una condizione essenziale per un sistema orientato alla cura.

La Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria lo conferma: quando la valutazione è precoce, condivisa e integrata, gli accessi impropri diminuiscono, i percorsi diventano più sicuri e la continuità assistenziale diventa possibile.

### **Verso un modello integrato: proposte operative.**

L'analisi teorica, metodologica ed empirica condotta nel corso della ricerca evidenzia che la fragilità richiede risposte coordinate, tempestive e multidimensionali.

La Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria rappresenta un passo significativo verso un modello integrato di presa in carico; tuttavia, il suo pieno potenziale può emergere solo all'interno di un sistema capace di sostenere l'integrazione in modo strutturale.

Lo strumento è stato definito nel corso della ricerca come “migliorabile”. A partire dai risultati ottenuti, è possibile delineare alcune proposte operative utili a rafforzare la continuità assistenziale e a valorizzare il ruolo del servizio sociale nei percorsi di cura.

- Rafforzare la valutazione precoce e multidimensionale

La Scheda si è dimostrata efficace nell'intercettare bisogni complessi, ma la sua utilità dipende dalla tempestività dell'attivazione. È necessario promuovere una cultura organizzativa che riconosca la valutazione precoce come parte integrante del percorso clinico, attraverso procedure condivise, criteri di attivazione chiari e un coinvolgimento sistematico del servizio sociale nei momenti chiave del ricovero.

- Integrare i flussi informativi e digitalizzare i processi

Le criticità emerse nella gestione documentale — schede incomplete, difficoltà di tracciabilità, mancanza di interoperabilità — evidenziano la necessità di sistemi informativi integrati, capaci di dialogare tra reparti e con il territorio. La digitalizzazione della Scheda, accompagnata da formazione adeguata, può migliorare la qualità dei dati, ridurre gli errori e facilitare la continuità assistenziale.

- Riconoscere formalmente il ruolo del servizio sociale

Le testimonianze professionali mostrano come il Servizio Sociale rappresenti uno snodo strategico tra ospedale e territorio. Per valorizzarne il contributo è necessario un riconoscimento formale all'interno dei processi decisionali, con una partecipazione stabile alle équipe multidisciplinari, responsabilità definite e risorse adeguate. Come affermato dalla Dirigente Perugini, «non esiste salute senza sociale».

- Promuovere formazione interdisciplinare e cultura dell'integrazione

L'integrazione sociosanitaria richiede una cultura condivisa, sostenuta da percorsi formativi comuni, momenti di confronto tra reparti, supervisione e spazi di riflessione sulle pratiche. Le competenze relazionali, comunicative e progettuali risultano fondamentali per la presa in carico integrata.

- Rafforzare il raccordo ospedale–territorio

I rientri ospedalieri e gli accessi impropri mostrano che la continuità assistenziale è ancora fragile. È necessario consolidare i canali di comunicazione con i servizi territoriali, definire procedure condivise per le dimissioni protette, attivare percorsi di follow-up e costruire reti di prossimità capaci di sostenere la persona nel proprio contesto di vita. La Scheda, ad ogni modo, rappresenta già un valido strumento di dialogo tra ospedale, Comuni e ASL.

- Sostenere l'integrazione attraverso investimenti organizzativi

Le criticità emerse — carenza di personale, sovraccarico dei reparti, frammentazione dei processi — indicano che l'integrazione richiede risorse dedicate. Investire in personale, tecnologie, coordinamento e governance costituisce una condizione necessaria per garantire qualità, sicurezza e sostenibilità dei percorsi di cura.

A partire da queste evidenze, si aprono diverse prospettive future: valutare l'impatto della Scheda nel medio-lungo periodo, esplorare modelli digitali di valutazione, integrare lo strumento con le Case della Comunità previste dal DM 77/2022, ampliare l'indagine ad altri contesti regionali e approfondire il ruolo delle reti di prossimità nella prevenzione della fragilità.

In questa prospettiva, ancora si può affermare come i limiti non rappresentino ostacoli, ma un invito a proseguire il percorso di approfondimento, affinando strumenti e consolidando modelli di integrazione capaci di rispondere alle sfide emergenti.

L'integrazione sociosanitaria, in questa visione, non si riduce a obiettivo organizzativo, ma diviene una responsabilità etica e professionale verso le persone più vulnerabili.

Richiede un modello di presa in carico orientato non solo alla risposta ai bisogni emergenti, ma alla costruzione di un sistema capace di prevenire, accompagnare e sostenere la fragilità lungo tutto il percorso di cura.

### **Riflessioni conclusive.**

La ricerca evidenzia come la fragilità non può essere interpretata nel solo significato di condizione da misurare, ma rappresenta un'esperienza che attraversa persone, famiglie, professioni e organizzazioni.

Leggerla in modo integrato significa riconoscere che la salute si costruisce non solo nei luoghi della cura, ma nei contesti di vita, nelle reti di prossimità e nelle relazioni che sostengono — o indeboliscono — la capacità delle persone di affrontare le transizioni più delicate.

L'esperienza dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, con l'introduzione della Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria e il ruolo strategico interpretato dal Servizio Sociale, mostra

che l'integrazione sociosanitaria non è un ideale astratto, ma può diventare un processo concreto. Si tratta di un lavoro quotidiano fondato su pratiche, linguaggi condivisi e strumenti che rendono visibili elementi spesso impliciti. È un processo che richiede tempo, competenze, coordinamento e una visione comune, ma che può produrre effetti significativi sulla qualità dei percorsi di cura e sulla sostenibilità del sistema.

Nel suo utilizzo giornaliero, la Scheda si è rivelata un dispositivo capace di far emergere aspetti cruciali — condizioni abitative critiche, solitudine, compromissioni funzionali, assenza di reti — che spesso sfuggono alla valutazione clinica tradizionale.

Il servizio sociale ospedaliero ha dimostrato di essere un attore strategico nella traduzione di tali valutazioni in interventi concreti, coordinando attori, servizi e risorse e contribuendo a costruire continuità assistenziale.

I risultati mostrano che strumenti di valutazione precoce, come lo è la Scheda, se integrati con il lavoro del Servizio Sociale Professionale Aziendale, rappresentano un contributo rilevante alla prevenzione del sovraffollamento ospedaliero: intercettano tempestivamente i bisogni sociali che alimentano accessi impropri, orientano percorsi protetti che evitano dimissioni non sicure e riducono il rischio di rientri evitabili. La Scheda non solo migliora la qualità della valutazione, ma sostiene il raccordo tra ospedale e territorio, rendendo possibile una presa in carico più equa, tempestiva e sostenibile.

In un contesto demografico ed epidemiologico in rapido cambiamento, l'integrazione si configura come la risposta necessaria. Gli accessi impropri e i ricoveri evitabili mostrano l'urgenza di costruire un modello di presa in carico capace di accompagnare la fragilità lungo tutto il percorso: dall'ospedale al territorio, dalla crisi alla stabilità, dalla vulnerabilità alla possibilità di recupero.

Concludendo, è possibile affermare che il contributo principale della ricerca risiede nell'individuare un sistema capace di riconoscere la complessità, valorizzare le competenze professionali, integrare strumenti e saperi diversi e costruire percorsi di cura centrati sulla persona nella sua interezza.

La fragilità non può essere affrontata attraverso risposte settoriali o interventi episodici, ma richiede un modello integrato che coniughi rigore, umanità e responsabilità collettiva.

In questa direzione, la Scheda di Valutazione di Fragilità Socio-sanitaria non si limita a raccogliere informazioni, ma agisce come un dispositivo organizzativo che rende visibile la dimensione sociale dei percorsi di cura, facilita il coordinamento tra attori diversi e sostiene la continuità assistenziale nel passaggio dall'ospedale al territorio. Il suo valore risiede nella capacità di anticipare i bisogni, orientare le decisioni e sostenere la costruzione di percorsi appropriati.

Riconoscere precocemente la fragilità non significa soltanto valutare, ma prevenire, orientare e integrare. È in questa direzione che un sistema smette di rincorrere le crisi e inizia a prendersi cura in modo strutturale.

## BIBLIOGRAFIA

AGENAS, “Raccomandazione Siquas sull’integrazione sociosanitaria”, documento metodologico con glossario e analisi delle esperienze regionali.

AGENAS, “L’integrazione sociosanitaria nei percorsi assistenziali” (2021) Documento di indirizzo che include esempi di applicazione della scheda di fragilità in contesti ospedalieri e territoriali.

Agenas, *Pronto Soccorso: un accesso su quattro è improprio*, in *Quotidiano Sanità*, 2023, disponibile su: [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it), 22 aprile 2024.

AISDET, *Analisi comparata delle cure primarie in Europa*, Quaderno AISDET, 2022

Anna Maria Barbero, Paola Sderci, Daniela Toaldo, Quaderno n.21/2023 de la Rivista di Servizio Sociale, “La salute è un progetto che si sviluppa nella comunità. Il servizio sociale nei contesti sanitari”.

Bertin G., *Welfare regionale in Italia*, Edizioni Ca’ Foscari, 2012.

Bollettino Ufficiale

CNOAS, “Il servizio sociale professionale nei processi di continuità assistenziale. Un approfondimento sul Servizio Sociale Professionale negli Ospedali e nelle COT”.

David Patrizia, “L’integrazione socio-sanitaria: storia di un principio mai realizzato”, *Stato e mercato*, aprile 1989, No. 25, pp. 73-109, Società editrice Il Mulino S.p.A.

Di Nicola Paola, Pavesi Nicoletta, *Welfare regionale in Italia*, Edizioni Ca' Foscari, 2012.

Di Nicola Paola, Pavesi Nicoletta, “L’integrazione delle politiche con particolare riguardo all’integrazione socio-sanitaria”, Politiche sociali: studi e ricerche.

FADOI, *Ogni anno 2,25 milioni di ricoveri impropri e uno spreco di 6 miliardi*, in Il Sole 24 Ore, 2024, disponibile su: [www.ilsole24ore.com](http://www.ilsole24ore.com), 13 maggio 2024.

ISTAT

Kawachi I., Kennedy B.P., Glass R., *Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis*, American Journal of Public Health, 1999.

“Linee di indirizzo per l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale e la definizione di un modello organizzativo nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio”.

Ministero della Salute, “Valutazione della fragilità: strumenti e modelli operativi” (2022)

Ministero della Salute, Documento tecnico sul sovraffollamento.

Molinier P., *Care. Prendersi cura. Un lavoro inestimabile*, Moretti & Vitali, 2019.

Monteduro Giuseppe, Nanetti Sara e Pavesi Nicoletta, “Fragilità degli anziani e invecchiamento della popolazione nei piani di zona”, Studi di Sociologia, Ottobre-Dicembre 2021, Anno 59, Fasc. 4 (Ottobre-Dicembre 2021), pp. 359-378, Vita e Pensiero – Pubblicazioni dell’Università Cattolica del Sacro Cuore.

OMS, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, 2008.

Organizzazione Mondiale della Sanità, *Costituzione dell'OMS*, 1948.

Organizzazione Mondiale della Sanità, *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, 1986

Perino A., “*L’integrazione socio-sanitaria: dalla teoria alla pratica*”, *Occasioni e spazi per l’integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, RomaTrE-Press, Sociologia e Servizio Sociale 2022

Putman Robert, *Bowling Alone*, 2000, p.19.

Regione Piemonte, “Scheda sociosanitaria di fragilità: linee guida per l’applicazione” (2023). Documento ufficiale che descrive struttura, criteri di compilazione e obiettivi della scheda utilizzata nel tuo caso studio.

Regolamento interno AOU Maggiore della carità di Novara

Relazione di stage

Rossi P., *L’organizzazione dei servizi socioassistenziali*, Carocci, Roma, 2014.

“Servizio sociale professionale in contesto sanitario e di emergenza: una ricerca a livello nazionale per evidenziare lo status di un servizio necessario e insostituibile”, testo originale.

SUNAS, *Ricerca-azione sul Servizio Sociale Professionale in Sanità*, 2021–2024.

# APPENDICI – Tabelle, strumenti e materiali empirici.

## APPENDICE A – Tabelle e dati quantitativi

Tabella A.1 – Caratteristiche socio-demografiche del campione

| Variabile                | Categoria | Categoria                    | N   | %   |
|--------------------------|-----------|------------------------------|-----|-----|
| N %                      |           |                              |     |     |
| Genere                   |           | Maschi                       | 95  | 43% |
|                          |           | Femmine                      | 128 | 57% |
| Fasce d'età              |           | <80 anni                     | 75  | 34% |
| Fasce d'età              |           | ≥80 anni                     | 148 | 66% |
| Distretto di provenienza |           | Novara                       | 115 | 52% |
|                          |           | Nord                         | 24  | 11% |
|                          |           | Sud                          | 81  | 36% |
|                          |           | VCO                          | 1   | <1% |
|                          |           | ASL VC                       | 2   | 1%  |
| Rete di supporto         |           | Vive solo                    | 120 | 54% |
|                          |           | Vive con familiari/caregiver | 89  | 40% |
|                          |           | Non definito                 | 14  | 6%  |
| Condizioni abitative     |           | Improprie                    | 4   | 2%  |
|                          |           | Inadeguate                   | 131 | 59% |
|                          |           | Senza fissa dimora           | 5   | 2%  |
|                          |           | Non definito                 | 14  | 6%  |
| Invalidità               |           | 100% senza accompagnamento   | 34  | 15% |
|                          |           | 100% con accompagnamento     | 38  | 17% |
|                          |           | Handicap L.104 art. 3 c.3    | 53  | 24% |

Tabella A.2 – Indicatori di fragilità (Scheda, COT, BRASS)

| Indicatore       | Categoria                  | N   | %   |
|------------------|----------------------------|-----|-----|
| Scheda Fragilità | Lieve                      | 1   | 0%  |
|                  | Moderata                   | 44  | 20% |
|                  | Grave                      | 162 | 73% |
|                  | Assente                    | 8   | 4%  |
|                  | Effettuate nel weekend     | 7   | 3%  |
| Valutazione COT  | Assente                    | 4   | 2%  |
|                  | Bassa                      | 23  | 10% |
|                  | Medio-bassa                | 12  | 5%  |
|                  | Media                      | 61  | 27% |
|                  | Medio-alta                 | 23  | 10% |
|                  | Alta                       | 42  | 19% |
|                  | Alta incrementata          | 1   | 0%  |
| Indice di BRASS  | Rischio basso (0-10)       | 6   | 3%  |
|                  | Rischio medio (11-19)      | 77  | 35% |
|                  | Rischio alto ( $\geq 20$ ) | 140 | 63% |

Tabella A 3. – Reparti richiedenti la continuità delle cure

| Variabile           | Reparto                   | N  | %   |
|---------------------|---------------------------|----|-----|
| Reparto richiedente | Cardiologia               | 6  | 3%  |
|                     | Chirurgia                 | 8  | 4%  |
|                     | Chirurgia plastica        | 1  | 0%  |
|                     | DEA                       | 55 | 25% |
|                     | Ematologia                | 1  | 0%  |
|                     | Medicina Galliate         | 44 | 20% |
|                     | Gastroenterologia         | 5  | 2%  |
|                     | Ginecologia               | 1  | 0%  |
|                     | Malattie Infettive        | 2  | 1%  |
|                     | <u>Mecau</u>              | 2  | 1%  |
|                     | Medicina 1                | 39 | 17% |
|                     | Medicina 2                | 28 | 13% |
|                     | Nefrologia                | 3  | 1%  |
|                     | Nefrologia dialisi        | 1  | 0%  |
|                     | Nefrologia trapianti      | 1  | 0%  |
|                     | Neurochirurgia            | 3  | 1%  |
|                     | Neurologia                | 6  | 3%  |
|                     | Oncologia                 | 4  | 2%  |
|                     | Ortotrauma                | 6  | 3%  |
|                     | Psichiatria               | 1  | 0%  |
|                     | Recupero e riabilitazione | 1  | 0%  |
|                     | Urologia                  | 5  | 2%  |

# APPENDICE B – Strumenti della ricerca

Tabella B.1 – Scheda Sociosanitaria di Fragilità (versione integrale)

| SCHEDA VALUTAZIONE FRAGILITA' SOCIO-SANITARIA                |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------|--|
| Dati Anagrafici                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Cognome Nome:                                                |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Luogo e data di nascita:                                     |                                       |                                             |                                    | Telefono:                              |                                                                |         |  |
| Residenza:                                                   |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Domicilio:                                                   |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Codice Fiscale:                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| MMG:                                                         |                                       |                                             |                                    | Telefono:                              |                                                                |         |  |
| CareGiver:                                                   |                                       |                                             |                                    | Telefono:                              |                                                                |         |  |
| Eventuale persona incaricata di Tutela Giuridica             |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Cognome Nome:                                                |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Ruolo:                                                       |                                       |                                             |                                    | Telefono:                              |                                                                |         |  |
| Profilo Personale                                            |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Età                                                          | <65 aa                                | 65-75 aa                                    | 76-85 aa                           | >85 aa                                 |                                                                |         |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Scolarizzazione                                              | Laurea                                | Diploma Sup.                                | Diploma Medie                      | Elementari                             | Nessuna                                                        |         |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Stato civile                                                 | Coniugato                             | Separato                                    | Divorziato                         | Vedovo                                 | Celibe/Nubile                                                  |         |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Stato di famiglia                                            | Con figli                             | Coniuge                                     | Convivente/conoscenza              | Solo                                   |                                                                |         |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Rete di cure e supporto                                      |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| CareGiver:                                                   | Presente                              | Non adeguato                                | Non Presente                       |                                        |                                                                |         |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Rete parentale:                                              | Famiglia ristretta (solo due persone) | Famiglia con disagio economico              | Famiglia con malati / disabili     | Famiglia con minori                    | Famiglia con soggetti colpiti da disagio psichico e dipendenze | Assente |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Ha amici / vicini / volontari che si occupano della persona? | Sì sempre                             | Occasionalmente                             | No                                 |                                        |                                                                |         |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Assistenza Attiva prima del ricovero                         |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |
| Assistenza Domiciliare                                       | Presente                              | Parzialmente presente - interventi sanitari | Parzialmente presente - interventi | Parzialmente presente - rete informale | Non presente anche se necessario                               |         |  |
|                                                              |                                       |                                             |                                    |                                        |                                                                |         |  |

|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
|                                      |                                  |                                          |                                          | nti sociali                                        |                                                                   |                                                    |                                      |  |
|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
|                                      |                                  | Se presente Quale                        |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Condizione economica                 |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Condizione economica                 | Con reddito                      | Lavoratore dipendente                    | Lavoratore autonomo                      | Pensionato                                         | Disoccupato                                                       | Studente                                           | Privo di reddito                     |  |
|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Condizione abitativa                 |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Condizione abitativa                 | Abitazione adeguata              | In struttura in convenzione              | In struttura in regime privato           | Domicilio proprio con barriere architettoniche     | Domicilio improprio (baracca, container, ecc) / sfratto esecutivo | Senza fissa dimora                                 |                                      |  |
|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Handicap                             |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Handicap                             | non necessita di riconoscimento  | Legge 104 Art. 3 Comma 1                 | Legge 104 Art. 3 comma 3                 | Assenza di certificato necessita di riconoscimento |                                                                   |                                                    |                                      |  |
|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Invalidità civile                    |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Invalidità civile                    | non necessita di riconoscimento  | Invalido <74%                            | Invalido al 74%-99%                      | Invalidità al 100% senza accompagnamento           | Invalidità al 100% con indennità di accompagnamento               | Assenza di certificato necessita di riconoscimento |                                      |  |
|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Protesi, ausili e presidi            |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Protesi, ausili e presidi            | Non necessari                    | Sì, già presenti                         | Da richiedere                            |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Bisogni rilevati                     |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Supporto per pratiche amministrative | Attivazione rete di volontariato | Assistenza domiciliare (bassa intensità) | Assistenza domiciliare (media intensità) | Assistenza semi residenziale                       | Assistenza domiciliare (alta intensità)                           | Assistenza residenziale                            | Necessità avvio misure di protezione |  |
|                                      |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Competenze / Abilità                 |                                  |                                          |                                          |                                                    |                                                                   |                                                    |                                      |  |
| Attività di vita quotidiana          |                                  | Presenti                                 | Minime                                   | Moderate                                           | Complesse                                                         | Assenti                                            |                                      |  |
| Gestione delle risorse economiche    |                                  | Presenti                                 | Minime                                   | Moderate                                           | Complesse                                                         | Assenti                                            |                                      |  |
| Abilità tecnologiche                 |                                  | Presenti                                 | Minime                                   | Moderate                                           | Complesse                                                         | Assenti                                            |                                      |  |

|                                      |  |                                   |        |                    |           |             |               |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--------|--------------------|-----------|-------------|---------------|
| Capacità relazionale e socializzante |  | Presenti                          | Minime | Moderate           | Complesse | Assenti     |               |
|                                      |  |                                   |        |                    |           |             |               |
| SCORE FRAGILITA' SOCIO-SANITARIA     |  |                                   |        |                    |           |             |               |
| PUNTEGGIO TOTALE: 0                  |  | 0-23 LIEVE                        |        | 24-47 MODERATA     |           | >47 GRAVE   |               |
| Servizi Sociali Territoriali         |  | Sì. Riferimenti operatore:        |        | No                 |           | Da attivare |               |
| Servizi Specialistici                |  | Sì. Quale: Riferimenti operatore: |        | No                 |           | Da attivare |               |
| Valutazione Multidimensionale        |  | UVG esito:                        |        | UMVD esito:        |           | No          | Da richiedere |
| NOTE                                 |  |                                   |        |                    |           |             |               |
| Data:                                |  |                                   |        | Assistente Sociale |           |             |               |

**Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS Index)****Valutazione del rischio di problemi post-dimissione ospedaliera**(BLAYLOCK A, CASON C. (1992), *Discharge Planning predicting patients' needs*, *Journal of Gerontological Nursing*, 18(7))

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Età ..... anni Sesso: ☐ M ☐ F U.O. degenza .....

| Cerciare ogni aspetto che viene rilevato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Età</b> (una sola opzione)</p> <p>0 = 55 anni o meno<br/>1 = 56 – 64 anni<br/>2 = 65 – 79 anni<br/>3 = 80 anni e più</p> <p><b>Condizioni di vita e supporto sociale</b> (una sola opzione)</p> <p>0 = vive con il coniuge<br/>1 = vive con la famiglia<br/>2 = vive da solo con il sostegno della famiglia<br/>3 = vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti<br/>4 = vive da solo senza alcun sostegno<br/>5 = assistenza domiciliare/residenziale</p> <p><b>Stato funzionale</b> (ogni opzione valutata)</p> <p>0 = autonomo (indipendente in ADL e IADL)</p> <p><b>Dipendente in:</b></p> <p>1 = alimentazione/nutrizione<br/>1 = igiene/abbigliamento<br/>1 = andare in bagno<br/>1 = spostamenti/mobilità<br/>1 = incontinenza intestinale<br/>1 = incontinenza urinaria<br/>1 = preparazione del cibo<br/>1 = responsabilità nell'uso dei medicinali<br/>1 = capacità di gestire il denaro<br/>1 = fare acquisti<br/>1 = utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p><b>Stato cognitivo</b> (ogni opzione valutata)</p> <p>0 = orientato<br/>1 = disorientato in alcune sfere * qualche volta<br/>2 = disorientato in alcune sfere * sempre<br/>3 = disorientato in tutte le sfere * qualche volta<br/>4 = disorientato in tutte le sfere * sempre<br/>5 = comatoso</p> <p><small>* sfere: spazio, tempo, luogo e sé</small></p> | <p><b>Modello comportamentale</b> (ogni opzione valutata)</p> <p>0 = appropriato<br/>1 = wandering<br/>1 = agitato<br/>1 = confuso<br/>1 = altro .....</p> <p><b>Mobilità</b> (una sola opzione)</p> <p>0 = deambula<br/>1 = deambula con l'aiuto di ausili<br/>2 = deambula con assistenza<br/>3 = non deambula</p> <p><b>Deficit sensoriali</b> (una sola opzione)</p> <p>0 = nessuno<br/>1 = deficit visivi o uditivi<br/>2 = deficit visivi e uditivi</p> <p><b>Numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso</b> (una sola opzione)</p> <p>0 = nessuno negli ultimi 3 mesi<br/>1 = uno negli ultimi 3 mesi<br/>2 = due negli ultimi 3 mesi<br/>3 = più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p><b>Numero di problemi clinici attivi</b> (una sola opzione)</p> <p>0 = tre problemi clinici<br/>1 = da tre a cinque problemi clinici<br/>2 = più di cinque problemi clinici</p> <p><b>Numero di farmaci assunti</b> (una sola opzione)</p> <p>0 = meno di tre farmaci<br/>1 = da tre a cinque farmaci<br/>2 = più di cinque farmaci</p> <p><b>PUNTEGGIO TOTALE:</b> .....</p> |
| <b>Punteggio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Indice di rischio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 0-10 rischio <b>basso</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 11-19 rischio <b>medio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ≥ 20 rischio <b>alto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Soggetti ad alto rischio di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi clinici rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### B.3 – Scala di Barthel o indice di Barthel (Barthel Index)

| <b>Barthel Index Modificato (BIM)</b>                                                                                                                                                                                          |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Alimentazione</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>BIM</b> |
| Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.)                                                        | <b>10</b>  |
| Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.                                                                                      | <b>8</b>   |
| Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.                                                          | <b>5</b>   |
| Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaino).                                                                                                                                            | <b>2</b>   |
| Totalmente dipendente, deve essere imboccato.                                                                                                                                                                                  | <b>0</b>   |
| <b>Igiene Personale</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>BIM</b> |
| Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo. | <b>5</b>   |
| In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.                                                                                                                  | <b>4</b>   |
| Necessita di aiuto per una o più operazioni.                                                                                                                                                                                   | <b>3</b>   |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni.                                                                                                                                                                                    | <b>1</b>   |
| Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.                                                                                                                                                            | <b>0</b>   |
| <b>Farsi il bagno o la doccia</b>                                                                                                                                                                                              | <b>BIM</b> |
| Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.                                                                                                                               | <b>5</b>   |
| Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).                                                                                                                            | <b>4</b>   |
| Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.                                                                                                                                                              | <b>3</b>   |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni.                                                                                                                                                                                    | <b>1</b>   |
| Totalmente dipendente nel lavarsi.                                                                                                                                                                                             | <b>0</b>   |
| <b>Abbigliamento</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>BIM</b> |
| Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.                                                                                          | <b>10</b>  |
| Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).                                                                                                                   | <b>8</b>   |
| Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.                                                                                                                                                                     | <b>5</b>   |
| Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.                                                                                                                                                     | <b>2</b>   |
| Totalmente dipendente, non collabora alle attività.                                                                                                                                                                            | <b>0</b>   |
| <b>Trasferimenti carrozzina/letto</b>                                                                                                                                                                                          | <b>BIM</b> |
| Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.  | <b>15</b>  |
| Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.                                                                                                                                                               | <b>12</b>  |
| Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.                                                                                                                                       | <b>8</b>   |
| Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.                                                                                                                          | <b>3</b>   |
| Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamale.                                                                                                                                                   | <b>0</b>   |
| <b>Uso del W.C.</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>BIM</b> |
| Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).             | <b>10</b>  |
| Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.                                                                                                               | <b>8</b>   |
| Necessita di aiuto per vestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.                                                                                                                                           | <b>5</b>   |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni.                                                                                                                                                                                    | <b>2</b>   |
| Totalmente dipendente.                                                                                                                                                                                                         | <b>0</b>   |
| <b>Continanza urinaria</b>                                                                                                                                                                                                     | <b>BIM</b> |
| Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)                                                                                                                 | <b>10</b>  |
| Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.                                                                                        | <b>8</b>   |
| Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.                                                                                                                       | <b>5</b>   |
| Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.                                                                                                                                                                | <b>2</b>   |
| Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.                                                                                                                                                                      | <b>0</b>   |
| <b>Continanza intestinale</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>BIM</b> |
| Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.                                                                                                                               | <b>10</b>  |
| Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.                                                                                                                                 | <b>8</b>   |
| Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.                                                                  | <b>5</b>   |
| Necessita di aiuto in tutte le fasi.                                                                                                                                                                                           | <b>2</b>   |
| Totalmente incontinente.                                                                                                                                                                                                       | <b>0</b>   |
| <b>BIM</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>BIM</b> |

B.4 – Modello di tabella Excel utilizzato per la codifica dei dati

| Intestazione di colonna             | Descrizione del campo                                                                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ID caso</b>                      | Numero progressivo assegnato a ciascun paziente per garantire anonimato e tracciabilità       |
| <b>Genere</b>                       | Maschio/Femmina                                                                               |
| <b>Età</b>                          | Età del paziente al momento del ricovero.                                                     |
| <b>COT di riferimento</b>           | Distretto territoriale competente (Nord, Sud; Novara, ASL VC)                                 |
| <b>Reparto di provenienza</b>       | Reparto ospedaliero che ha attivato la Scheda di Fragilità                                    |
| <b>Data di ingresso</b>             | Data di accesso in reparto o in Pronto Soccorso                                               |
| <b>Data ipotesi dimissione</b>      | Data prevista per la dimissione indicata dal reparto.                                         |
| <b>Data effettiva di dimissione</b> | Data reale della dimissione.                                                                  |
| <b>Setting proposto</b>             | Setting assistenziale indicato dal reparto (RSA DGR 10, CAVS, Cure OT, <u>NDCT...</u> )       |
| <b>Valutazione Scheda Fragilità</b> | Livello di fragilità rilevato (Lieve / Moderata / Grave)                                      |
| <b>Valutazione COT</b>              | Segnalata come Lieve moderata/ Bassa/ Medio bassa/ Media/ Medio alta/ Alta/ Alta incrementata |
| <b>Valore BRASS/Barthel</b>         | Categoria di rischio clinico-funzionale (indicata da valore numerico)                         |

|                                     |                                                                                                            |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data rientro<br/>ospedaliero</b> | <b>In valore numerico</b>                                                                                  |
| <b>Reparto di<br/>rientro</b>       | Nuovo reparto ospedaliero di accoglienza<br>che ha attivato eventualmente una nuova<br>Scheda di Fragilità |
| <b>Presenza<br/>caregiver</b>       | Il paziente vive solo o no                                                                                 |
| <b>Invalidità civile</b>            | Nessuna/ 100% senza accompagnamento /<br>100% con accompagnamento/<br>Art. 3 c.3 L.104.                    |
| <b>Tempo al rientro</b>             | Entro 7 giorni / Entro 30 g. / Oltre 30 g..                                                                |

## B.5 – Estratti della procedura “Dimissioni in Continuità Assistenziale”

Gli estratti riportati di seguito provengono dalla procedura aziendale “Dimissioni in Continuità Assistenziale – Versione 6, gennaio 2025” dell’AOU Maggiore della Carità di Novara. Sono stati selezionati esclusivamente i passaggi rilevanti per la presente ricerca, con particolare riferimento al flusso operativo, ai soggetti coinvolti e ai criteri di attivazione del percorso.

### PROGETTO DI PRESA IN CARICO A CURA DEL REPARTO

foglio da rilasciare in copia al paziente/caregiver

CODICE: 096/Mod/22/Rev.001 ALL.G

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a

ricoverato l’Ospedale di \_\_\_\_\_ presso il reparto  
di \_\_\_\_\_

e/o \_\_\_\_\_ familiare/caregiver/amministratore \_\_\_\_\_ di  
sostegno \_\_\_\_\_

☐ ACCETTA ☐ RIFIUTA

il percorso di continuità di cure proposto dalla COT:  
\_\_\_\_\_ per la durata di  
giorni \_\_\_\_\_ Nel caso di rifiuto specificare i motivi  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durante il percorso di degenza in continuità assistenziale in CAVS o in RSA, l’equipe COT contatterà/visiterà la persona degente in continuità di cura e/o un suo caregiver per la definizione del percorso di presa in cura. Le strutture di Continuità assistenziale a Valenza Sanitaria o Continuità assistenziale in RSA non effettuano riabilitazione.

data \_\_\_\_\_

firma dell’assistito/caregiver \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_ dell’operatore \_\_\_\_\_ che \_\_\_\_\_ raccoglie \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ consenso \_\_\_\_\_

## APPENDICE C – Materiale qualitativo

### Intervista A — Dirigente SSPA

L'obiettivo della somministrazione di questa intervista alla Dirigente del Servizio è quello di capire le decisioni organizzative, le modalità di integrazione della Scheda nei percorsi, l'impatto su risorse e sulla governance.

#### Informazioni generali

Nome (facoltativo): \_\_\_\_\_

Ruolo/posizione nell'ufficio SSPA: \_\_\_\_\_

Anni di servizio nel SSPA: ☐ <1 ☐ 1–3 ☐ 4–7 ☐ 8–15 ☐ >15

Coinvolgimento con il NOCC: ☐ Nessuno ☐ Occasionale ☐ Regolare ☐ Coordinamento

#### Domande

1. **Può descrivere il processo decisionale che ha portato all'adozione della Scheda di Fragilità Sociosanitaria?** (chi è stato coinvolto; tempistiche; obiettivi attesi).
2. **Quali obiettivi organizzativi si proponeva di raggiungere con l'introduzione della Scheda?** (miglioramento continuità assistenziale; riduzione ricoveri; integrazione sociale/clinica, ...).
3. **Come è stata pianificata la formazione e il supporto agli operatori per l'uso della Scheda?**
4. **In che modo la Scheda è stata integrata nei flussi informativi e nei sistemi aziendali?** (cartaceo vs digitale; interoperabilità; responsabilità di inserimento dati...)
5. **Le risorse attuali (personale, tempo, strumenti informatici) sono adeguate a sostenere l'uso sistematico della scheda?**
6. **Come viene garantita la qualità e la completezza delle informazioni inserite nella scheda?**
7. **Quali criticità organizzative o culturali avete riscontrato nell'implementazione?**
8. **Quali cambiamenti suggerirebbe per rendere la Scheda più sostenibile e integrata?**

9. **C'è qualche esperienza o esempio che ritiene emblematico dell'impatto della Scheda?** (caso di successo o insuccesso, lezioni apprese)
10. **Come immagina il riconoscimento formale del ruolo dell'assistente sociale nei percorsi di cura a livello aziendale?** (es. responsabilità, partecipazione a team multidisciplinari, incarichi dedicati)
11. **A partire dall'esperienza maturata nel Servizio, ritiene che la Scheda colga adeguatamente la complessità della fragilità socio-sanitaria? Se potesse modificarla o integrarla, quali elementi rivedrebbe? Considera che esistano modelli alternativi o complementari più adatti agli obiettivi aziendali di continuità assistenziale e integrazione ospedale–territorio?**

## **Intervista B — Assistenti sociali**

L'obiettivo di questa intervista vuole essere quello di esplorare un uso operativo, i tempi di compilazione, le difficoltà nella raccolta dei dati sociali e l'impatto sul progetto assistenziale.

### **Informazioni generali**

**Nome (facoltativo):** \_\_\_\_\_

**Ruolo/posizione nell'ufficio SSPA:** \_\_\_\_\_

**Anni di servizio nel SSPA:** ☐ <1 ☐ 1–3 ☐ 4–7 ☐ 8–15 ☐ >15

**Coinvolgimento con il NOCC:** ☐ Nessuno ☐ Occasionale ☐ Regolare ☐ Coordinamento

### **Domande**

- 1. Può descrivere il suo ruolo e quando entra in possesso della Scheda durante il percorso del paziente? (primo contatto, dimissione, visita domiciliare).**
- 2. Chi compila la Scheda nella pratica e come avviene la raccolta delle informazioni sociali? (compilazione diretta, collaborazione con altri professionisti, fonti documentali).**
- 3. Quali sezioni della Scheda trova più utili per la valutazione sociale e perché?**
- 4. Quali informazioni risultano difficili da ottenere o poco affidabili? (dati familiari, economici, rete sociale, consenso del paziente).**
- 5. Quali sono gli errori più comuni che osserva nella compilazione della Scheda?**
- 6. Quanto tempo richiede mediamente la compilazione e come incide sul suo carico di lavoro?**
- 7. La Scheda ha modificato il modo in cui progetta gli interventi sociali? Se sì, in che modo?**
- 8. Che tipo di supporto o formazione sarebbe utile per migliorare l'uso della Scheda?**
- 9. La scheda facilita la comunicazione e la presa in carico congiunta tra ospedale e territorio? — descriva modalità e limiti**
- 10. Suggerimenti pratici per semplificare la compilazione o aumentare l'accuratezza?**

- 11. Se potesse modificare la Scheda R\_AOU\_8-074, quali elementi cambierebbe o amplierebbe? Ritiene che questo strumento sia il più adeguato a valutare la fragilità socio-sanitaria, oppure preferirebbe utilizzare un altro modello? In tal caso, quale e perché?**

### **Intervista C — Personale amministrativo**

Questa intervista mira alla comprensione del flusso documentale, dei problemi di registrazione, degli errori formali e delle proposte per migliorare la tracciabilità e la qualità dei dati.

#### **Informazioni generali**

**Nome (facoltativo):** \_\_\_\_\_

**Ruolo/posizione nell'ufficio SSPA:** \_\_\_\_\_

**Anni di servizio nel SSPA:** ☐ <1 ☐ 1–3 ☐ 4–7 ☐ 8–15 ☐ >15

**Coinvolgimento con il NOCC:** ☐ Nessuno ☐ Occasionale ☐ Regolare ☐ Coordinamento

#### **Domande**

1. Qual è il suo ruolo rispetto alla gestione della documentazione della Scheda?
2. In quale fase ricevete la Scheda e come viene registrata nel sistema aziendale?
3. Quali errori formali o omissioni riscontrate più frequentemente nelle Schede ricevute?
4. Come vengono gestite le Schede incomplete o con errori?
5. Ci sono problemi di tracciabilità o perdita di informazioni tra reparti?
6. Quanto è agevole l'archiviazione e il reperimento delle Schede per audit o controllo qualità?
7. Ha ricevuto formazione specifica sull'uso della scheda?
8. Ritiene che le risorse (tempo, personale, strumenti) siano adeguate per favorire una chiara comunicazione con il territorio?
9. Quali strumenti o cambiamenti suggerirebbe per ridurre gli errori amministrativi
10. C'è qualche procedura locale che ostacola la corretta gestione della Scheda?  
(burocrazia, mancanza di standard, responsabilità non chiare)