



Proposte emendative al Progetto di Legge ex DGR n. XI/5068 del 22 luglio 2021
"Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33
(Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"

Emendamento n. 1
all'art. 8 del PdL (Modifiche all'art. 7 della l.r. 33/2009)

All'art. 8 lettera l) del PDL, dopo la lettera c bis) è aggiunto:

<<Al fine di assicurare l'integrazione socio-sanitaria degli interventi, in ogni PreSST – Casa della Comunità è prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR.>>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria affinché, in coerenza con le finalità previste dalla normativa che vede tale nuovo presidio come "luogo di prossimità dove la comunità può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti in particolare ai malati cronici", all'interno dei PreSST/Case della comunità venga assicurata l'integrazione anche tramite la presenza del servizio sociale professionale del SSR.

In particolare la recente DGR n. XI/5195 del 6.09.2021 indica la Casa della Comunità come la struttura in cui opereranno "team multidisciplinari di MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti non solo afferenti al sistema sociosanitario, ma anche al sistema sociale la compresenza di questi professionisti e le loro interazioni con le altre unità di offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, con la possibilità di erogare prestazioni di specialistica di primo livello e servizi a supporto dell'utenza fragile (es. punto unico di accesso, valutazione multidimensionale) renderà la CDC punto di riferimento continuativo e di prossimità per la popolazione, garantendo promozione della salute, prevenzione e presa in carico dei bisogni".

Se le Case della Comunità (articolate in due tipologie a seconda delle funzioni erogate -di base o avanzate-) si connoteranno come punti di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari comprendendo anche gli interventi di valutazione multidimensionale con attenzione alla cronicità e alla presa in carico della persona, occorre che in tali strutture sia presente anche l'assistente sociale del SSR.

La valutazione della dimensione sociale (nella valutazione multidimensionale e nella presa in carico integrata di un malato e/o di un paziente cronico) svolta dai servizi socio-sanitari a partire da un bisogno sanitario, non è detto che richieda sempre interventi di competenza dell'ente locale. Tale valutazione non deve pertanto essere intesa come coincidente con l'omologa funzione dell'ente locale. Il servizio sanitario ha carattere universalistico per la generalità dei cittadini, mentre i Servizi sociali dell'ente locale hanno propri specifici criteri di accesso correlati a regolamenti comunali ed alla territorialità. I servizi sociali delle autonomie locali potranno senz'altro essere presenti nelle CdC al fine di favorire lo sviluppo di Punti Unici di Accesso ai servizi e risorse di un dato territorio ed il raccordo tra enti, qualora si rendessero necessari interventi di competenza dell'ente locale (es.: prestazioni socioassistenziali di supporto all'ADI, etc.).

Dalle norme si evince che lo spirito delle CDC è, inoltre, quello di superare la logica esclusiva di tipo prestazionale aspirando a divenire luogo di raccordo e valorizzazione delle diverse risorse dei territori. In quest'ottica la figura dell'assistente sociale è competente sia al livello di funzioni preventive e di contrasto alla vulnerabilità, sia come cerniera/raccordo con il territorio per la promozione di reti solidali e di prossimità finalizzate alla co-costruzione di risposte ai bisogni espressi in una data comunità.



Emendamento n. 2
all'art. 8 del PdL (Modifiche all'art. 7 della l.r. 33/2009)

All'art. 8 lettera m) del PDL, dopo il comma 17bis è aggiunto:

<<Al fine di assicurare il raccordo con i servizi territoriali sociosanitari e sociali e l'integrazione degli interventi, in ogni COT è prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR.>>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria affinché nelle COT, definite come “punti di accesso fisici e digitali di facilitazione e governo dell’orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria e con le finalità di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali assicurando l’interfaccia con gli ospedali, la rete di emergenza-urgenza e le Cure intermedie”, sia previsto il servizio sociale professionale del SSR.

Attualmente l’assistente sociale nei servizi sanitari e sociosanitari del SSR (Servizio sociale ospedaliero, Servizi fragilità, Centrali operative ADI, equipe dei servizi sociosanitari territoriali delle ASST, ecc.) svolge funzioni di accoglienza e orientamento alla rete di offerta, concorre alle valutazioni ed alle prese in carico integrate con le figure sanitarie, accompagna la persona nei passaggi tra diversi setting di cura in raccordo con i soggetti coinvolti nei processi assistenziali, segnatamente con i servizi sociali comunali, soprattutto in presenza di casi complessi con fragilità sociali .

L’assistente sociale del SSR è un professionista esperto nella facilitazione delle connessioni tra servizi istituzionali e reti naturali, nella costruzione cioè di quei raccordi necessari ad assicurare percorsi sociosanitari integrati, passaggi e continuità tra i diversi setting assistenziali.



**Emendamento n. 3
all'art. 9 del PdL (Modifiche all'art. 7bis della l.r. 33/2009)**

All'art. 9 lettera f) del PDL è aggiunto:

<<Al comma 6 le parole "delle assemblee dei sindaci dei piani di zona" sono sostituite dalle seguenti "delle assemblee dei sindaci e degli Uffici di Piano degli ambiti territoriali ".>>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria per evidenziare maggiormente il ruolo delle autonomie locali nelle sue componenti politiche (Assemblea dei sindaci) e tecniche (Responsabili degli Uffici di Piano) all'interno del Distretto. Valutiamo positivamente il fatto che il PDL stabilisca che i confini dei distretti sanitari coincidano con quelli di uno o più ambiti sociali di riferimento; tuttavia, perché vi sia una reale integrazione tra il sistema sanitario/sociosanitario e il sistema sociale è necessario che siano previsti dei meccanismi di raccordo tra le parti. Nel caso degli enti locali, il raccordo non può essere svolto solo dalla rappresentanza politica (Assemblea dei sindaci) ma deve necessariamente prevedere la rappresentanza dei tecnici, che trova la propria espressione negli Uffici di Piano degli ambiti territoriali.

Questo livello deve pertanto trovare spazio all'interno del coinvolgimento previsto dal PDL a proposito del Distretto.



**Emendamento n. 4
all'art. 9 del PdL (Modifiche all'art. 7bis della l.r. 33/2009)**

All'art. 9 lettera f) del PdL è aggiunto:

<< Dopo il comma 6 è aggiunto: Al fine di assicurare il perseguimento delle finalità di cui al punto 5) e la realizzazione degli interventi integrati sociosanitari a livello di ciascun distretto concorrono le figure professionali degli assistenti sociali i quali operano in raccordo con i diversi soggetti, servizi e risorse della rete territoriale. Il coordinamento dei suddetti interventi è assicurato da una Unità Organizzativa di Servizio sociale professionale istituita presso la Direzione socio-sanitaria di ogni ASST.>>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria al fine di assicurare l'effettiva integrazione sociosanitaria auspicata dal progetto di legge, di favorire l'unitarietà degli interventi e il superamento della frammentazione dell'offerta. La competenza sociale si esprime da tempo a vari livelli all'interno delle Aziende sanitarie lombarde: nei servizi sanitari e socio-sanitari del polo territoriale e del polo ospedaliero, ma anche trasversalmente nella programmazione di interventi, progetti e misure regionali e nel raccordo-collegamento con i servizi sociali comunali e dei comuni associati, con i Piani di Zona, con le realtà del volontariato e del Terzo Settore.

Perché tale funzione possa essere riconosciuta ed espressa in modo compiuto ed efficace è importante e urgente che venga istituita in ogni ASST un'Unità organizzativa di area di servizio sociale professionale per il coordinamento dei professionisti assistenti sociali impegnati nei vari ambiti organizzativi dell'ASST, a livello operativo e programmatico.

Il riconoscimento formale del ruolo del servizio sociale professionale nella sua autonomia e competenza specifica (con particolare riferimento all'orientamento nella rete dei servizi, alla costruzione di connessioni, all'attivazione di risorse, alla progettazione, etc.) è funzionale al ruolo strategico e di governance che viene attribuito al distretto ASST nella nuova dimensione territoriale e nel sistema complessivo, nonché nell'attivazione di strumenti e modalità di gestione innovative dei percorsi di cura (ad esempio il budget di salute ai fini di assicurare l'integrazione delle risorse ed applicabile ad aree vaste di fragilità).

Potrebbe inoltre contribuire al coordinamento degli interventi sociali affidati da Regione Lombardia alle ATS, al fine di assicurare il raccordo informativo ed omogeneità di intervento tra i vari territori.



Emendamento n. 5
all'art. 13 del PdL (Modifiche all'art. 10 della l.r. 33/2009)

All'inizio dell'art. 13 è aggiunto:

<<Al comma 2 lettera c) dell'art. 10, dopo le parole "che può prevedere" il testo è così modificato: "oltre alla presenza del servizio sociale professionale del sistema socio-sanitario, il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione dei rispettivi assistenti sociali.">>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria nel rispetto del genere (maschile e femminile) dell'assistente sociale e nell'ottica dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria, con particolare riferimento alla valutazione multidimensionale del bisogno ed alla presa in carico precoce delle persone fragili all'interno del sistema delle cure primarie che si configura come porta d'accesso per i bisogni di salute/malattia dei cittadini e delle loro famiglie.

Con tale proposta si intende richiamare e confermare l'importanza del contributo espresso dagli assistenti sociali impegnati nei team multidisciplinari del SSR, i quali interagiscono anche con i mmg/pdl nella valutazione multidimensionale e con i servizi sociali delle autonomie locali nella attivazione/realizzazione dei piani di intervento integrati.

La stessa crisi pandemica ha messo in luce la necessità di potenziare l'assistenza territoriale anche mediante un maggior collegamento tra sistema delle cure primarie e servizi sanitari, sociosanitari e sociali. L'intervento precoce dal punto di vista sociale, attraverso la valutazione multidimensionale e la lettura dei fattori sociali che incidono sui bisogni anche complessi di salute/malattia e sui percorsi di cura, favorisce la definizione di interventi integrati di presa in carico con l'attivazione delle risorse familiari, solidali e istituzionali necessarie e possibili.



Emendamento n. 6
all'art. 13 del PdL (Modifiche all'art. 10 della l.r. 33/2009)

All'art. 13 comma 1 lettera d) del PdL è aggiunto:

<<A tale servizio si affianca il servizio sociale professionale del SSR per la valutazione multidimensionale e per la presa in carico integrata della persona e della sua famiglia, nelle situazioni complesse che presentano bisogni sanitari con fragilità sociali.>>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria per assicurare l'integrazione degli interventi, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, a favore delle situazioni complesse che presentano bisogni sanitari con fragilità sociali.

I recenti dati epidemiologici e socio-demografici evidenziano bisogni di salute sempre più caratterizzati da gradi diversi di complessità dovuti a pluripatologie, cronicità ed esigenze assistenziali determinate non solo da fattori clinici, ma anche socio familiari e di accessibilità alle cure. Tutti questi fattori richiedono di essere affrontati in maniera sinergica con le componenti professionali sanitarie e sociali.

Con riferimento ai nuovi servizi che andranno a svilupparsi ed all'introduzione della figura dell'Infermiere di famiglia (finalizzata a rafforzare, in maniera capillare, l'assistenza territoriale, l'accessibilità alle prestazioni/ servizi sanitari e sociosanitari, le collaborazioni proattive tra i diversi professionisti della salute di un dato territorio), appare fondamentale indicare, fin da subito, anche la presenza del servizio sociale professionale del SSR in tali ambiti e livelli di attività.

Per formazione e competenza l'assistente sociale è la figura professionale che affianca le figure sanitarie quando, a partire da un bisogno/richiesta di natura sanitaria, si intravedono fattori di rischio o fragilità sociali che incidono sui bisogni e sull'attivazione dei percorsi assistenziali.

Per un'efficace gestione dei processi di valutazione, orientamento e definizione degli interventi, occorre che nei nuovi servizi, in interazione con le figure sanitarie e l'infermiere di famiglia operi l'assistente sociale del SSR. Sarà poi l'assistente sociale a rapportarsi e ad attivare il servizio sociale dell'ente locale, qualora si rendessero necessarie prestazioni o prese in carico di natura socioassistenziale (es. SAD, forme di sostegno al reddito, ecc.).



Emendamento n. 7 all'art. 23 (Modifiche all'art. 18 della l.r. 33/2009) del PDL

All'inizio dell'art. 23 del PDL è aggiunto:

<< All'oggetto/titolo dell'art. 18, dopo le parole "professioni sanitarie" è aggiunto "e sociosanitarie".

All'art. 23 comma 1, lettera a) dopo le parole "promuove e valorizza le..." il testo è così modificato "professioni mediche, sanitarie e sociosanitarie".

All'art. 23 comma 1, lettera b) dopo le parole "comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie..." il testo è così modificato "promuove e valorizza le..." il testo è così modificato "e sociosanitarie del quale fanno parte rappresentanti della Regione, degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e sociosanitarie".>>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria in quanto la valorizzazione del personale, leva strategica per il miglioramento dei servizi, deve riguardare anche le professioni sociosanitarie a cui afferiscono vari professionisti.

Tra questi, l'assistente sociale che, dipendente degli Enti del SSR (ATS, ASST, IRCSS, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private) e loro articolazioni (Ospedali, PreSST, Consultori, CPS, SerD, RSA, reti delle cure palliative, ecc.), opera nelle aree delle "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (...) caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali"¹ per attuare l'integrazione degli interventi sanitari e sociosanitari e favorire, quando necessario, il raccordo con gli interventi sociali di competenza delle autonomie locali.

La proposta emendativa è inoltre finalizzata a promuovere l'adeguato riconoscimento delle professioni sociosanitarie e della loro funzione nei processi di integrazione auspicati dal progetto di legge, anche a fronte delle recenti disposizioni normative nazionali:

- art. 5 della legge 11 gennaio 2018, n. 3² che, al fine di rafforzare la tutela della salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale e secondo quanto già previsto dal D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, istituisce l'area delle professioni sociosanitarie comprensiva dei profili professionali di operatore socio-sanitario, assistente sociale, sociologo ed educatore professionale;
- art. 9 ter della legge 23 luglio 2021, n. 106³ che, al fine di dare completa attuazione all'integrazione sociosanitaria, stabilisce che il personale dipendente del SSN appartenente ai profili professionali di assistente sociale, sociologo ed operatore sociosanitario, già collocato nel ruolo tecnico di cui all'articolo 1 del DPR 20 dicembre 1979 n. 761, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, viene collocato nell'istituendo ruolo sociosanitario.

¹ DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie": "sono da considerare prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i., tutte le prestazioni caratterizzate da elevata rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie da infezioni UIV e patologie terminali, inabilità o disabilità e conseguenti patologie cronico-degenerativi."

² Legge 11 gennaio 2018 n. 3 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute";

³ Legge 23 luglio 2021, n. 106 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, recante misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali".



Emendamento n. 8
all'art. 7 del PdL (Modifiche all'art. 6 della l.r. 33/2009)

All'art. 7 lettera q) del PdL a fine comma 6bis è aggiunto:

<< Per assicurare il coordinamento delle progettualità di carattere sociale affidate da Regione Lombardia alle ATS in un'ottica integrata con gli interventi socio-sanitari, il servizio sociale professionale interviene nella programmazione, nella gestione e nella verifica dei processi, anche al fine della costruzione di reti territoriali mirate in raccordo con le Autonomie locali, il Terzo Settore e le ASST.>>

Motivazioni

La proposta emendativa si rende necessaria al fine di assicurare l'effettiva integrazione sociosanitaria auspicata dal progetto di legge e la realizzazione degli interventi di carattere sociale quali ad esempio promozione e monitoraggio di progetti territoriali realizzati da soggetti degli Enti Locali e del Terzo Settore, favorendo l'unitarietà degli interventi e il superamento della frammentazione dell'offerta in un'ottica trasversale ed in raccordo con tali realtà.

La competenza sociale, per quanto poco visibile nei piani di organizzazione e funzionamento aziendali, si esprime in ATS a vari livelli per quanto concerne afferenze, competenze, incarichi, funzioni, responsabilità e in diversi processi di lavoro, trasversalmente nella programmazione di interventi, progetti e misure regionali e nel raccordo-collegamento con i servizi sociali comunali e dei comuni associati, con i Piani di Zona, con le realtà del volontariato e del Terzo Settore.

Lo sguardo del servizio sociale professionale contribuisce a favorire l'omogeneità di risposte ai cittadini, con attenzione alla lettura dei determinanti sociali che incidono sullo stato di salute della popolazione, alle caratteristiche dei territori e nel rispetto delle specificità degli stessi, in virtù di un approccio trasversale ai bisogni delle persone, degli enti e delle organizzazioni e dei territori.