



AUDIZIONE III COMMISSIONE CONSILIARE (Sanità) Regione Lombardia

OSSERVAZIONI AL PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2023-2027

L'Ordine professionale degli assistenti sociali della Lombardia, che rappresenta circa 5.600 iscritti operanti negli Enti/Servizi territoriali (ATS, ASST, IRCCS, Enti Locali/Ambiti territoriali, Organizzazioni del privato accreditato e del Terzo settore), segue con attenzione il percorso di sviluppo del sistema di welfare lombardo.

Consideriamo molto importante il confronto avviato con i diversi stakeholders e ringraziamo per l'invito e per la possibilità di contribuire alla riflessione.

Il servizio sociale è presente nei servizi del Sistema sanitario regionale, delle autonomie locali e del Terzo settore e più di altre professioni interviene a garanzia dei bisogni sociosanitari, nella convinzione che la dimensione sociale sia una componente della salute e del benessere della persona e della comunità (come la pandemia ha ampiamente dimostrato).

Condividiamo l'approccio ad una sanità che, partendo dai territori, pone al centro la persona e la sua salute, intesa come bene comune, pubblico e non come mera assenza di malattia. Sappiamo però anche che il superamento delle frammentazioni del SSR ed il passaggio culturale ed operativo dal concetto di sanità al concetto di salute sono innovazioni importanti e complesse che richiedono solide basi normative ed organizzative. A tale proposito risulta strategico ed importante anche il raccordo tra i due Assessorati regionali che - quando non presente - può ostacolare l'effettiva attuazione della integrazione sociosanitaria.

Nel PSSR riscontriamo un atto di programmazione sociosanitaria riferito all'insieme articolato di unità di offerta che compongono il sistema lombardo e rispondono a bisogni sociosanitari di varia complessità. Vengono richiamati principi e viene dato molto rilievo ai servizi sanitari con uno spaccato sugli interventi sociosanitari, presentati quali tipologie di risposta alle aree di bisogno (anziani, disabili, salute mentale, ecc.). Intravediamo tuttavia poco spazio dedicato a possibili modelli di integrazione sociosanitaria e di governance, con riguardo a specifiche responsabilità degli attori, per quanto tali dimensioni siano richiamate in modo ricorrente su un piano di principio e di cornice generale.

Con l'auspicio di poter offrire un contributo in questa fase di confronto, segnaliamo di seguito alcune osservazioni (indicate in blu) relativamente ai punti contenuti nel Piano che riteniamo potrebbero favorire obiettivi e azioni finalizzate ad una maggior integrazione sociosanitaria evidenziando, al contempo, il ruolo ed il contributo professionale specifico connesso alle competenze del profilo dell'Assistente Sociale del SSR.



Sezione prima - Il contesto

1.4. Le fragilità, Concetto di fragilità, Le componenti della Fragilità, Vulnerabilità sociale (pagg. 9-11)

Il Piano fa riferimento allo **sviluppo di un modello multidimensionale validato per l'identificazione e la stratificazione delle fragilità**: *"Un cittadino è tanto più fragile: (i) quanto maggiore è la sua complessità clinica; (ii) quanto minore è l'aderenza alle raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura delle malattie di cui soffre e per le campagne di prevenzione secondaria dei tumori; (iii) quanto più ridotta è l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane; (iv) quanto più elevato è il rischio di essere istituzionalizzato in RSA (se ha età ≥ 65 anni); (v) se vive in un contesto sociale disagiato."* **Tra le dimensioni individuate:** Complessità clinica, Mancata aderenza alle raccomandazioni, Ridotta autonomia, Propensione all'istituzionalizzazione, vi è quindi la **Vulnerabilità sociale**. Questa è *"definita dalla residenza in un'area (sezione di censimento) caratterizzata da basso livello di scolarizzazione ed elevati tasso di disoccupazione, indice di vecchiaia e proporzione di nuclei familiari monocomponenti"*.

OSSERVAZIONI

Sono molti i fattori che incidono sullo stile di vita e sullo stato di salute della persona e di un dato territorio/comunità, tra cui anche **le condizioni familiari e sociali** (caratteristiche della rete familiare e relazionale, situazione abitativa, lavorativa e di reddito, condizioni materiali di vita quotidiana, presenza di reti solidali, ecc.) quali **determinanti sociali** che, unitamente alle dimensioni anzi richiamate, influenzano lo stato di vulnerabilità e di fragilità. Tali fattori possono fortemente condizionare lo stato di salute di una persona e fanno la differenza nella gestione delle fragilità in caso di salute/malattia. In un'ottica preventiva e di accesso al sistema di cura e assistenza il **contributo del servizio sociale professionale del SSR** è fondamentale e **va valorizzato per una valutazione complessiva dei bisogni a livello sia della persona, sia della comunità**.



Sezione terza – Gli interventi sanitari

3.4 CURA - Migliorare l'accessibilità ai servizi e alle prestazioni (pag. 26)

Tra gli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione previsti dal Piano, il tema dell'accessibilità del cittadino ai servizi rappresenta un fattore determinante **per garantire la qualità complessiva del sistema**, intesa come capacità di rispondere ai bisogni di salute alla luce dei rilevanti cambiamenti socioeconomici in atto (invecchiamento demografico, nuovi modelli familiari, flessibilità del lavoro, ecc.), oltre che dell'**aumento delle disuguaglianze sociali e territoriali** (cfr. par. 5.2). Rendere il sistema sociosanitario sempre più vicino al cittadino, significa **promuovere le capacità dell'individuo e le condizioni per ridurre la vulnerabilità in una logica che pone al centro la persona e la sua rete relazionale**.

Garantire l'accessibilità alle prestazioni e l'equità nella fruizione dei LEA evitando il rischio di un loro "razionamento implicito", **richiede capacità di lettura dei bisogni, semplificazione dei percorsi assistenziali, orientamento del cittadino nella rete dei servizi** e adeguata contrattazione con gli erogatori pubblici e privati, in coerenza con lo specifico ruolo di ciascuno nella rete di offerta.

Considerando la persona nel complesso e nel suo contesto di vita come il focus dei servizi, verrà ulteriormente valorizzata la **Medicina di prossimità** quale prima porta d'accesso al SSR in particolare per i pazienti cronici, attraverso l'ampliamento dell'offerta di infrastrutture e servizi della sanità territoriale, **come le Case e gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali** quale raccordo fra presidi per la promozione di reti per la continuità assistenziale.

OSSERVAZIONI

Lo sviluppo della sanità territoriale attraverso le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità non potrà che **favorire l'accessibilità ai servizi** in un sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria di prossimità più vicina e rispondente ai bisogni dei cittadini maggiormente fragili e vulnerabili.

Sul territorio lombardo sono già attive esperienze positive in cui gli assistenti sociali della sanità sono collocati stabilmente sia nei PUA che nella COT per garantire un reale e funzionale livello d'integrazione socio-sanitaria. Nelle CdC l'assistente sociale riveste un ruolo fondamentale nell'accoglienza/filtro, nella prima valutazione dei bisogni e nell'orientamento verso servizi e risorse del territorio, anche attraverso il raccordo con altre figure e servizi esistenti. È inoltre essenziale per la promozione di interventi di rete e comunitari.

In relazione alle funzioni assegnate alle **COT**, nel definire il mix dei professionisti assegnati alle EVM, si evidenzia l'opportunità di **inserire anche la figura dell'assistente sociale della sanità**, per concorrere alla **valutazione dell'appropriatezza dei setting di cura assistenziali**, assicurare la funzione di **costante raccordo con i servizi** coinvolti in relazione alla dimensione sociale (es. servizio sociale ospedaliero, servizio sociale dell'ente locale, ecc.) e svolgere il **ruolo di case manager delle misure di Regione Lombardia**.



Sezione quarta - Gli interventi sociosanitari

4.1, 4.2 Inquadramento e Quadro normativo di riferimento (pagg. 37-39)

Si riconosce che il sistema sanitario, più volte normato e riformato (cfr. Inquadramento pag. 37), garantisce uniformemente le prestazioni dei LEA mentre il sistema socioassistenziale, soggetto a interventi governativi più recenti, e gestito dalle autonomie locali, risulta di fatto ancora disomogeneo sia per servizi offerti che per categorie di cittadini (e quindi, a nostro avviso, più debole dal punto di vista dell'equità dell'accesso).

Gli interventi del sistema sociosanitario sono definiti come *"una miscela del sistema sanitario e del sistema socioassistenziale perché prende in carico i cittadini che hanno bisogni clinici e assistenziali"*

Si fa poi riferimento a principi ampiamente condivisibili quali:

- **passaggio dal curare al prendersi cura**, in continuità con quanto indicato dalla l.r. 23/2015 e ss.mm.ii
- **presa in carico della persona fragile** mediante: - medicina d'iniziativa e sviluppo di metodologie predittive, prossimità e continuità nei contesti di vita delle persone, - integrazione e personalizzazione degli interventi attraverso ricomposizione offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Nel complesso il sistema lombardo conta di una ricca e articolata offerta sociosanitaria (cfr. dati nella prima sessione) che si completa con la rete socioassistenziale promossa dai comuni, oltre alle misure a sostegno delle famiglie e dei suoi componenti.

4.3 Gli indirizzi programmatori (pag.39)

Per sostenere il passaggio dal curare al prendersi cura, vengono indicati i seguenti indirizzi programmatori:

- **Transitional care**: sviluppo della valutazione multidimensionale (bio-psico-sociale) per l'inizio del percorso di presa in carico, ma poi una guida all'evoluzione del bisogno clinico e assistenziale che assicuri l'accompagnamento nel tempo e nei passaggi da un setting ad un altro;
- **Accreditamento di filiera** verso un'offerta variegata e di lungo periodo (concetto di multiservizio);
- **Dispositivi digitali per l'integrazione** anche in ipotesi di crisi emergenziali progressivo utilizzo della sanità digitale a servizio della *transitional care*.
- **Programmazione integrata tra i PdZ e Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) previsti la legge 22/2021 per ottenere una presa in carico multidimensionale e di lungo termine a livello sociosanitario e sociale.**

Sostenere processi di co-programmazione dei PPT distrettuali: le ASST e le ATS devono attivarsi affinché **nei distretti** si sviluppi la capacità sia di **individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del terzo settore**, sia di **co-progettare con esse un welfare di prossimità**



OSSERVAZIONI

Importante lo sviluppo di azioni sinergiche tra gli attori coinvolti nel sistema sociosanitario con un **forte ruolo di regia da parte del SSR**. Per la realizzazione effettiva dei principi del "prendersi cura" e non solo della "cura" è fondamentale **valorizzare il contributo di connessione e ricomposizione svolto a vario livello dal servizio sociale professionale** (presente nei servizi sia del SSR, sia delle autonomie locali oltre che nelle diverse unità di offerta sociosanitarie e nel terzo settore).

Si evidenzia l'importanza che:

- la **funzione di *transitional care* sia in capo al servizio pubblico**, a garanzia dei percorsi assistenziali e di **ricomposizione dei bisogni**. A tal fine, il processo deve prendere avvio dalla "**valutazione multidimensionale**" con una **metodologia di intervento** non solo sanitaria **ma anche sociale**, favorendo un sempre maggior empowerment dei caregivers e dei pazienti stessi ed un abbattimento dei costi sanitari. Anche in tale ambito vediamo la figura dell'AS del SSR come importante risorsa;
- la **digitalizzazione degli strumenti e dei dispositivi** a servizio della *transitional care* preveda l'utilizzo di una **cartella sanitaria e sociale integrata informatizzata, condivisa e gestita da un'équipe multidisciplinare**, che segua in particolare il paziente cronico/complesso, e/o non autosufficiente nei vari ambiti (da quello ospedaliero a quello domiciliare), per migliorare la transizione delle cure, garantendo una **regia ed una condivisione delle informazioni e dei dati raccolti per una reale efficacia ai progetti individuali programmati**.

Vediamo nei **Distretti il luogo elettivo per un intervento incisivo e integrato del servizio sociale del SSR** al fine di sostenere lo sviluppo dell'auspicata "*capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del terzo settore, sia di co-progettare con esse un welfare di prossimità*", **anche in raccordo con il servizio sociale degli Enti locali**. L'assistente sociale della Sanità all'interno dei Distretti può svolgere la **funzione di coordinamento** di tutte le attività di **programmazione territoriale (PdZ, PPT)**, a supporto del Direttore di Distretto ed in raccordo con gli altri soggetti territoriali.

Il servizio sociale del SSR per sua propria identità è chiamato ad operare a più livelli: da un lato nell'accompagnamento delle persone fragili nei percorsi di cura e assistenza (talvolta con passaggi di setting e presenze di diversi enti e figure professionali), dall'altro nella programmazione integrata con la promozione delle varie azioni a livello comunitario.



4.4. Gli anziani 4.5. Le persone con disabilità 4.6. Le cure palliative 4.7. I consultori 4.8. La salute mentale (pag. 40-46)

Per quanto riguarda le aree di bisogno/fragilità su cui il PSSR focalizza gli interventi sociosanitari vengono indicati **obiettivi di programmazione sia sul piano dell'offerta** (flessibilità e rimodulazione per rispondere alla domanda) sia sul piano dell'**organizzazione dei servizi**.

Particolare attenzione viene dedicata alla **salute mentale** ambito in cui si rileva un aumento del bisogno (disagio psichico in bambini, adolescenti, giovani adulti, persone fragili oltre alla comorbilità per disturbi da stupefacenti) e la necessità di ricercare e potenziare i modelli di intervento fondati oltre che sulle evidenze scientifiche e gli esiti dei trattamenti, **sulla integrazione e valorizzazione delle competenze**.

Fulcro del sistema è il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSM-D) al fine di **garantire integrazione e trasversalità tra Ospedale e Territorio**, ed i servizi afferenti alle diverse discipline (psichiatria, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dipendenze, psicologia clinica, disabilità psichica) di ATS / ASST / Enti Locali, Enti privati accreditati, Terzo e Quarto Settore. Si prevede investimento sui percorsi per post-acuzie con presenza in tutte le equipe oltre a psichiatra e infermiere, di psicologo, educatore o terapeuta della riabilitazione psichiatrica e assistente sociale per garantire cure appropriate e percorsi di residenzialità.

OSSERVAZIONI

Nelle varie aree di intervento fondamentale risulta **il contributo degli assistenti sociali del SSR che intervengono nella valutazione multidimensionale del bisogno** per gli aspetti della dimensione sociale della persona, nella **progettazione dei percorsi** che prevedono anche **l'accesso alle misure** e alle unità di offerta e nella **presa in carico**, quando necessaria.

Per quanto riguarda l'area della salute mentale apprezzabile è la previsione di **investimento di tutte le figure professionali nelle équipes**, ancor più necessaria nell'**infanzia e nell'adolescenza** quale ambito in cui si rileva un aumento del bisogno ed all'interno del quale andrebbe **garantita la presenza dell'assistente sociale** (attualmente non-prevista in tutte le UU.OO.).



Sezione quinta -Gli attori, l'organizzazione, i processi, il personale

5.2 Attori e organizzazione- Evoluzione dell'assetto organizzativo regionale (pag. 48-49)

OSSERVAZIONI

Con riferimento alle funzioni indicate nel Piano - di competenza dei principali soggetti, ATS e ASST, alla base del sistema lombardo - si evidenzia quanto segue:

- Considerata la **complessità del sistema di welfare lombardo**, basato su un'ampia gamma di soggetti pubblici e privati, coinvolti nell'organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi sociali e sociosanitari, è raccomandabile che **la regolamentazione complessiva del sistema, offra strumenti di governo dei processi**, attraverso i quali gli attori locali siano in grado di rispondere alle diverse istanze che emergono dal territorio. L'offerta di servizi da parte di strutture private gioca un ruolo importante in chiave di complementarità e sussidiarietà nell'erogazione di servizi di pubblica utilità. In un'ottica di diritto alla salute, di universalità e di equità nell'accesso alle prestazioni è necessario che vengano **investite risorse per salvaguardare e potenziare anche l'offerta di servizi pubblici** e per **rinforzare il ruolo di regia del pubblico, a tutti i livelli** (governance, indirizzo, pianificazione, programmazione ed organizzazione dei servizi e dei percorsi assistenziali a livello locale).
- A tal fine si condivide la necessità di sostenere la **funzione di governance, regolatoria e di coordinamento delle ATS, in un quadro di accordi, procedure e processi chiari e facilmente identificabili**. Tale funzione faciliterebbe la definizione della rete dei servizi e degli interventi secondo logiche condivise, comuni e trasversali **che accompagnino la costruzione dei Piani di Sviluppo Territoriali da parte delle ASST**. E ciò allo scopo di assicurare il mantenimento di **livelli qualitativi adeguati dei servizi**, ma soprattutto **un equo accesso** agli stessi.

Inoltre Il Piano prevede importanti obiettivi quali: *Consolidare il ruolo dei Distretti, Completare l'attivazione delle Case di Comunità, Strutturare le Centrali Operative Territoriali per i quali segnaliamo il contributo del servizio sociale:*

Considerato che tra gli obiettivi fondanti della Casa di Comunità vi è non solo la dimensione di servizio, ma anche quella di **promozione e cura delle comunità**, risulta evidente la necessità di un'adeguata **valorizzazione del ruolo degli assistenti sociali del SSR**. **Tale figura**, può agevolare sia a livello operativo che di sistema, le azioni di connessione inter-professionale e inter-organizzativa nei percorsi assistenziali, la lettura dei bisogni emergenti, la definizione delle priorità di azione e l'appropriatezza degli interventi di natura sociale, nonché l'attivazione delle risorse e delle potenzialità della comunità. Importante quindi **garantire in ogni CdC la presenza del servizio sociale del SSR** come già indicato dalla L.r. 22/2021. La valutazione e la presa incarico integrata di una persona malata o di un paziente cronico **non necessariamente richiede interventi di competenza dell'Ente Locale**, pertanto, laddove la valutazione sociosanitaria multidimensionale evidenzia tale necessità, sarà compito dell'assistente sociale dell'équipe, **attivare gli opportuni raccordi con i servizi sociali degli EE.LL.** che, previo



accordi/protocolli d'intesa, potranno essere presenti nei **PUA**, per favorire l'accessibilità ai servizi e la messa in atto di valutazioni e piani di intervento integrati.

In relazione alle **funzioni assegnate alle COT**, quali *"strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria"* all'interno del distretto, nel definire il mix di professionisti che operano nelle COT, si evidenzia l'opportunità di **inserire anche la figura dell'assistente sociale della sanità**, per concorrere alla **valutazione dell'appropriatezza dei setting di cura assistenziali** e del passaggio tra gli stessi e per **garantire in tal modo un reale e più funzionale livello d'integrazione socio-sanitaria**.

Valorizzazione delle cure primarie (pag. 51)

Tra i livelli prestazionali dei MMG, dai PLS e dai medici di continuità assistenziale il Piano indica anche *"l'integrazione degli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento degli Enti Locali mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali"*.

OSSERVAZIONI

Poiché in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, preziosa è la **collaborazione dei MMG e PLS con il servizio sociale professionale** sia del SSR, sia delle autonomie locali, occorre favorire **modelli organizzativi** che favoriscano maggiori **connessioni tra i MMG/PLS ed il servizio sociale**.

Per quanto riguarda il testo proponiamo quanto già richiesto nella fase di revisione della legge 23, che ha preceduto la legge 22/2021, e cioè di non indicare la professione al femminile e di precisare in primo luogo **"la partecipazione degli assistenti sociali del SSR"** (emendamento non recepito).

Rivisitazione delle funzioni preventive (pagg. 52-53)

Tra gli obiettivi è indicata la necessità di **superare le attività di prevenzione frammentate con visione unitaria e azioni tra loro integrate** anche mediante: coinvolgimento delle articolazioni territoriali a partire dai Comuni, Associazioni, Forze Sociali, collaborazioni e integrazioni con altri operatori per concorrere attivamente alla definizione di interventi derivanti anche dal DM 77/22 quali ad esempio, la stratificazione della popolazione, la sanità di iniziativa, i progetti di salute, l'individuazione di categorie a rischio e fragili, le azioni di supporto, la configurazione della casa di comunità, il rapporto e l'integrazione col sociosanitario e il sociale.



OSSERVAZIONI

Per tali obiettivi occorre **considerare anche il contributo degli assistenti sociali presenti nel SSR**, mentre a pag. 52 **si prevede il solo coinvolgimento di professionisti sanitari** operanti nella prevenzione (MMG, PLS, Infermieri di Comunità, Assistenti Sanitari, Tecnici della prevenzione).

Si è soliti pensare alla figura dell'assistente sociale negli interventi riparativi di risposta ai bisogni mentre occorre sottolineare anche **la funzione preventiva propria della professione** verso i singoli, i gruppi e la comunità, che si esplica mediante la partecipazione e la costruzione di progettualità aziendali e interaziendali in tema di promozione del benessere e della salute nei diversi ambiti nonché della **promozione delle forme partecipative territoriali con soggetti pubblici e privati ed associazioni locali**. A titolo esemplificativo: percorsi di preparazione alla nascita e sostegno alla genitorialità, contrasto alla violenza di genere, al bullismo e al disagio minorile e adolescenziale in ambito consultoriale; gestione di gruppi di mutuo aiuto e sostegno di familiari nell'area delle dipendenze patologiche e della salute mentale; attivazione e conduzione di gruppi di supporto ai care giver nell'area della disabilità e non autosufficienza, ecc.

Lotta alle disuguaglianze sociali e territoriali (pag. 53)

Si dichiara un welfare sociosanitario basato sui principi di equità, solidarietà, sostenibilità e inclusione sociale, lotta alle disuguaglianze e l'intento di istituire un **Osservatorio delle disuguaglianze sanitarie** per acquisire elementi sui **determinanti delle disuguaglianze sociali** e territoriali di accesso alle cure, identificare i segmenti della popolazione e le aree territoriali più disagiate, proporre le linee di azione più adeguate a ridurne l'azione, monitorarne l'applicazione e valutarne l'impatto.

Valorizzazione del personale e delle professionalità (pag. 54)

Osservatorio del personale (pag. 57)

OSSERVAZIONI

Considerato l'oggetto di intervento **relativo alla componente sociale** oltre che sanitaria, appare necessario considerare anche il contributo degli assistenti sociali, in virtù delle specifiche competenze professionali. Nella previsione di istituire un **Osservatorio** per monitorare i flussi del personale e identificare i fabbisogni formativi e di reclutamento, **occorre ricordare di considerare tra i profili rilevati anche il ruolo sociosanitario a cui afferiscono gli assistenti sociali**. Il concetto della **valorizzazione** deve valere anche per la il professionista assistente sociale dipendente del SSR.



CONCLUSIONI

A valle delle considerazioni sin qui esposte, riprendiamo in conclusione alcuni punti sopra illustrati:

Il Servizio Sociale Professionale presente in Sanità concorre in modo significativo all'accompagnamento dei percorsi di cura e assistenza delle persone nel loro complesso, a realizzare la continuità assistenziale nei diversi settori di intervento, **contribuendo a superare la frammentazione della rete di offerta ed a creare connessioni tra servizi e risorse del territorio**. Concorre inoltre ai **processi di programmazione sociosanitaria** all'interno delle aziende/agenzie sanitarie ed in raccordo con gli altri soggetti del territorio.

L'auspicata attuazione di modelli operativi che prevedono una valutazione multidimensionale del bisogno, la definizione di progetti personalizzati, l'orientamento all'utilizzo dei servizi e il lavoro di rete con il territorio e la comunità, di fatto riprendono **processi e competenze propri del Servizio Sociale Professionale**. Dopo anni di presenza del sociale nell'ambito delle aziende/agenzie sociosanitarie e ancor più dopo anni di sperimentazione della l.r. 23/2015, **in cui le competenze sociali sono spesso state date per scontate e sempre meno valorizzate**, appare ormai urgente e importante **riconoscere le funzioni e le attività degli assistenti sociali che lavorano in sanità**. Ciò anche **attraverso l'istituzione del Servizio Sociale Professionale**, quale "struttura di area professionale autonoma, atta a garantire una gestione coordinata e trasversale del personale e delle funzioni di servizio sociale nelle diverse articolazioni dell'ente", **con un responsabile dirigente espressione della professione, in analogia alle articolazioni delle altre professioni sanitarie** (come previsto dall'art 7 della Legge 251/2000 e successive modifiche (art.2-sexies della Legge 26 maggio 2004, n.138 e art.1-octies della Legge 3 febbraio 2006, n.27). **A tal proposito si segnala come in altre Regioni (Piemonte, Toscana, Sicilia,) sia già normato e attivo un Servizio Sociale Professionale Aziendale guidato da un Dirigente assistente sociale**.

Alla luce delle linee di indirizzo contenute nel PSSR, queste scelte sono a nostro parere indispensabili per contribuire a creare i **presupposti di una reale integrazione tra il sociale, il sociosanitario ed il sanitario, sia dal punto di vista istituzionale, sia dal punto di vista organizzativo ed operativo**.

Con l'auspicio di aver fornito un contributo utile ai fini dell'analisi del Piano, ringrazio per l'attenzione e saluto cordialmente.

La Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Lombardia
Manuela Zaltieri

Milano, 04.03.2024