

**Audizione del 14 luglio 2021 in Terza Commissione Sanità e Politiche Sociali
Determinazioni approvate con DGR n. XI /4811 del 31.05.2021 e DGR n. XI /4885 del 14.06.2021
in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema sociosanitario lombardo
delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23**

L'Ordine professionale degli assistenti sociali della Lombardia, che rappresenta circa 5.500 iscritti operanti negli Enti/Servizi del welfare (ATS, ASST, IRCCS, Enti Locali/Ambiti territoriali, Organizzazioni del privato accreditato e del Terzo settore), segue con attenzione il percorso di sviluppo della revisione della l.r. 23/2015 in un momento in cui, a tutti i livelli - politico, organizzativo, professionale e comunitario - viene sostenuta la necessità di investire nel servizio sanitario e sociosanitario.

L'emergenza sanitaria ha reso ancora più urgenti nuovi bisogni e problematiche già conosciute (gestione degli anziani con pluripatologie e cronicità, di persone con disabilità, ecc.) evidenziando maggiormente fragilità sociali come l'impovertimento delle reti di aiuto familiare o la riduzione del reddito. Se la situazione determinata da Covid-19 ha dimostrato come lo stato di malattia o presunto tale generi la richiesta di intervento sanitario, è anche apparso chiaramente come la gestione del percorso di cura possa essere più o meno favorevolmente condizionata dall'incidenza dei fattori sociali (condizioni di vita personale e di relazione, presenza di risorse familiari e di sostegno, ecc.), i c.d. "determinanti sociali della salute".

Consideriamo molto importante questo momento di confronto avviato con diversi stakeholders ai fini dello sviluppo della l.r. 23 e ringraziamo per l'invito e per la possibilità di contribuire alla riflessione. L'approccio ad una sanità circolare che, partendo dai territori, pone al centro la persona e la salute della stessa, intesa come bene comune, pubblico e non come mera assenza di malattia è interessante e stimolante. 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.

Osserviamo anche che, purtroppo, per quanto la figura dell'assistente sociale sia storicamente presente nelle Aziende sociosanitarie territoriali, nelle Agenzie di Tutela della Salute ed in altri Enti del sistema sanitario e sociosanitario, tale professione risulti spesso "invisibile" in questi contesti. L'"invisibilità" ritorna anche negli atti di indirizzo/programmazione e più in generale nella narrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie regionali. Ospedali, reti delle cure palliative/hospice, RSA, PreSST, consultori, servizi di salute mentale, delle dipendenze, delle aree disabilità, fragilità e non autosufficienza, commissioni della medicina legale sono solo alcuni degli ambiti in cui la professione svolge un ruolo di garante degli aspetti sociali della persona con problemi di salute e di ponte/cerniera fra il sanitario e il contesto territoriale. E in numerosi servizi sociosanitari la figura dell'assistente sociale è peraltro obbligatoria ai fini dell'accreditamento e concorre alla programmazione dei servizi e si integra con le figure sanitarie al fine di favorire lo snodo e le connessioni tra le diverse tipologie di servizi e prestazioni (sanitarie, sociosanitarie e sociali), in un'ottica di superamento della frammentarietà dell'offerta.

Segnaliamo di seguito osservazioni, interrogativi e proposte scaturite dalla lettura e dall'analisi dei contenuti delle DGR n. XI / 4811 e n. XI / 4885 con l'auspicio che, nella prospettiva evolutiva della riforma, la dimensione sociale della persona e della comunità venga adeguatamente assicurata e la funzione sociale valorizzata in tutti i processi del sistema: dalla programmazione dei servizi/interventi ai percorsi assistenziali di presa in carico complessiva, in un'ottica di corresponsabilità della cura, di integrazione e di promozione della salute.

2.2 Libertà di scelta

“... principio della libertà di scelta del Cittadino, patrimonio del Sistema socio sanitario Lombardo nei percorsi di diagnosi e cura, nella scelta delle strutture sanitarie e sociosanitarie e del personale sanitario...”

Domanda

Come si intende sostenere la libertà di scelta della popolazione più fragile e più in difficoltà nell’accesso ai servizi?

Osservazioni

L’attuazione del principio di libera scelta necessita di interventi di orientamento ed accompagnamento professionali e competenti, e questo perché tutte le fasce di popolazione – anche le più fragili – possano esercitare pienamente questo diritto. Occorrono pertanto investimenti mirati a potenziare le figure professionali nei servizi pubblici e a sostenere nuovi modelli organizzativi. Se per le prestazioni sanitarie ospedaliere il principio di libera scelta risulta effettivamente esercitabile dal cittadino, per quelle socio-sanitarie e sociali dei servizi territoriali esso è di fatto meno applicabile. Spesso infatti vige il principio della competenza territoriale e la persona viene indirizzata a strutture/servizi competenti in base alla residenza (si pensi ai servizi delle aree psichiatria, dipendenze, alle commissioni invalidità, agli interventi da parte dell’Autorità Giudiziaria, ai servizi sociali comunali e territoriali, ecc.). E’ pertanto opportuno differenziare il contesto ospedaliero dal contesto territoriale.

2.3 Rapporto pubblico privato

“L’equivalenza, l’integrazione e la sussidiarietà all’interno del Sistema Sanitario Regionale dell’offerta sanitaria e sociosanitaria delle Strutture Pubbliche e delle Strutture Private accreditate rappresentano valori da salvaguardare e rafforzare nel percorso volto alla ricerca della sempre maggior appropriatezza e qualità”.

Domanda

In che modo si intende assicurare la governance del sistema dei servizi per non correre il rischio di sostenere processi improntati alla sola privatizzazione della sanità?

Osservazioni

L’offerta di servizi di strutture private gioca un ruolo importante nel sistema lombardo in chiave di complementarietà e sussidiarietà nell’erogazione di pubblici servizi. 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).

3.2 Le Agenzie di Tutela della Salute

“... con la l.r.23 si è perseguito il principio di separazione delle funzioni (programmazione, acquisto controllo, erogazione)... tuttavia alcune funzioni erogative, in particolare connesse con l’assistenza primaria, sono rimaste all’Agenzia che, di fatto, non ha permesso di completare pienamente la separazione delle funzioni. Obiettivo della riforma dovrà pertanto essere: valenza territoriale, ...”.

Domanda

Tra gli obiettivi della riforma citati non appare chiaro quali funzioni di governance rimarranno in capo all'ATS, soprattutto in ambito sociosanitario.

Osservazioni

Nell'elenco degli obiettivi e delle funzioni che dovrà avere l'ATS è indicata la "valenza territoriale" ma non la funzione di governance di analisi dei bisogni territoriali che nell'atto di indirizzo pare essere attribuita all'ASST. Alcune funzioni ora esercitate dall'ATS ed in capo alla Direzione sociosanitaria (governo dei percorsi di presa in carico, gestione di progetti/misure regionali e/o sperimentali ed al raccordo con il sistema sociale: pianificazione zonale con Ambiti/Piani di zona con riparto delle risorse economiche, gestione di Tavoli istituzionali/Cabina di regia con i soggetti della rete...) non compaiono nelle linee di indirizzo regionali. Qualora venga meno il ruolo di governance al livello di ATS temiamo si possano generare rischi di ulteriore disomogeneità della programmazione e frammentazione, trattandosi di numerosi territori di dimensioni limitate.

3.3 Le Aziende Socio Sanitarie Territoriali

" Alle ASST afferiranno quindi i dipartimenti: dipartimento cure primarie, dipartimento salute mentale... Le ASST continueranno ad essere articolate in due poli: - Polo Ospedaliero, a sua volta articolato in dipartimenti; - Polo territoriale, articolato in Distretti, cui afferiscono i presidi territoriali quali punti erogativi delle prestazioni. In considerazione del ruolo fondamentale ricoperto dal Distretto, l'ASST sarà la sede di rilevazione dei bisogni del territorio di riferimento, in raccordo con: - la Conferenza dei Sindaci a livello di Direzione Generale; - con i delegati dei sindaci espressione dei rispettivi territori di competenza a livello distrettuale."

Domanda

1. Non appare chiaro se la sede della rilevazione dei bisogni territoriali sarà solo in capo all'ASST o se sarà prevista anche a un livello sovraterritoriale (es. in capo ad ATS).
2. Non appare altresì chiaro il disegno relativo ai dipartimenti salute mentale/dipendenze.

Osservazioni

1. Risulta maggiormente definito il polo territoriale dell'ASST mediante l'articolazione distrettuale. Il riconoscimento di un ruolo più incisivo dell'ASST nella rilevazione dei bisogni del territorio ed il collegamento con la Conferenza dei Sindaci appare coerente con le funzioni di erogazione dei servizi da parte della stessa ASST, ma non è chiaro se tale funzione verrà esercitata esclusivamente dall'ASST.
2. Nella DGR si parla di Dipartimento salute mentale che sembra non contemplare più l'area delle dipendenze e si prefigura la "cura delle dipendenze" in capo al Distretto ma si ricorda che la l.r. 23/2021 Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche" colloca i SERD, come sono ora, all'interno dei DSMD. Non è chiaro il disegno organizzativo.

3.5 Aziende Ospedaliere

"Al fine di valorizzare i centri di eccellenza lombardi nell'ambito dell'erogazione di prestazioni sanitarie di elevata complessità e specializzazione si prevede la possibilità di istituire Aziende ospedaliere... Sarà prevista l'attuazione progressiva delle disposizioni volte all'istituzione delle AO partendo dall'analisi delle strutture della città di Milano"

Domanda

Non appare chiaro il disegno organizzativo per i servizi sociosanitari i quali potrebbero fuoriuscire dalle ASST che si convertiranno in aziende ospedaliere.

Osservazioni

L'opportunità di ricreare aziende ospedaliere può favorire la salvaguardia e lo sviluppo delle eccellenze sanitarie lombarde. Ci chiediamo però quale prospettiva si apra per i servizi sociosanitari territoriali che fuoriescono dalle ASST, attualmente già poco valorizzati. Si reputa importante mantenere la gestione pubblica di tali servizi nelle diverse articolazioni, in considerazione di un concetto di salute universale, da tutelare come bene pubblico.

4.1 Potenziamento della rete territoriale

“Obiettivo prioritario dello sviluppo della legge regionale è il consolidamento della continuità ospedale - territorio a coronamento del percorso iniziato con la l.r. 23 del 2015. A tal fine si evidenziano i principali obiettivi da realizzare affinché tutto il percorso di cura del paziente avvenga in un'ottica di accompagnamento dello stesso, non solo focalizzando l'attenzione al solo ricovero ma a tutte le eventuali necessità che dovessero sussistere prima e dopo la dimissione ospedaliera”

Domanda

Non si riscontra la funzione del servizio sociale in sanità tra le risorse della rete citate quando tale funzione è peculiare nell'accompagnamento della continuità di cura tra ospedale e territorio. Come mai?

Osservazioni

Gli obiettivi elencati come la continuità ospedale-territorio, la valorizzazione delle professioni, la definizione dei protocolli per le dimissioni di pazienti fragili, l'integrazione con i servizi sociali degli enti locali, ecc. corrispondono ai principi e dagli obiettivi del servizio sociale professionale della sanità. Per questo sottolineiamo che per la loro messa in atto è fondamentale che sia rappresentata l'autonoma funzione sociale all'interno del sistema sanitario e sociosanitario in tutti i processi programmatici, gestionali ed operativi di competenza. Ciò richiede anche che i vari nodi della rete territoriale siano dotati di un'adeguata dotazione di personale per operare con un approccio multidimensionale che metta al centro la persona nella sua interezza e nella complessità/varietà dei suoi bisogni, evitando così il rischio di scivolare in una logica prettamente prestazionale.

4.4 Il Distretto

“Sede fisica, facilmente riconoscibile e accessibile, di valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, ecc.). Sarà il luogo privilegiato sia per far emergere la centralità del cittadino/paziente attraverso l'uso della medicina digitale... sia per il rapporto con i Sindaci del territorio. Si prevede l'istituzione di un Distretto ogni 100.000 abitanti..., nell'ambito del quale troveranno collocazione le strutture erogative territoriali (poliambulatori, COT, Ospedali di Comunità) e i servizi «amministrativi» rivolti ai cittadini (scelta/revoca, commissioni patenti...)”.

Domanda 1

Appaiono ancora poco chiare le componenti, le responsabilità ed i percorsi organizzativi nel Distretto. Si chiede con quale personale si possa garantire un Distretto ogni 100.00 abitanti, con tutte le articolazioni elencate nel punto art. 4.4, dal momento che nel corso degli anni si è assistito ad una progressiva riduzione di risorse umane nei servizi territoriali.

Osservazioni

Si identificano a livello distrettuale più contenitori (Poliambulatori, Case della Comunità, COT) ma la copresenza di più realtà non è sufficiente per generare da sé integrazione. In assenza di investimenti il rischio è che il Distretto diventi un semplice contenitore di figure professionali dei singoli Servizi in grado di svolgere (per carenza di organico) unicamente un primo livello di analisi della domanda delegando al Terzo settore profit e no profit gli interventi di presa in carico. Un modello di lavoro per progetti (come nel caso del budget di salute) potrebbe favorire sinergie, articolazioni integrate sociosanitarie, mirate, superando il sistema rigido e molto diffuso a “canne d'organo”.

Domanda 2

Non appare la funzione sociale espressa dagli AA.SS. che operano nel sociosanitario; si chiede di contemplare il contributo della stessa nella programmazione distrettuale in raccordo con il sistema sociale degli EE.LL. e la rete complessiva.

Osservazioni

Il Distretto viene riconosciuto come luogo di valutazione, coordinamento ed indirizzo delle attività territoriali, ma non appare ancora chiaro come il nuovo assetto del sistema sanitario e sociosanitario si coniugherà con il sistema sociale della L. 328/2000 sul piano dell'integrazione istituzionale e organizzativa. Tra le attività previste dalla DGR nel Distretto ve ne sono diverse che già vedono coinvolta la figura dell'assistente sociale che opera nei servizi sociosanitari. Come già detto, la competenza sociale all'interno delle Aziende sanitarie si esprime anche trasversalmente nella programmazione di servizi, interventi e misure regionali sul versante sociosanitario, nel raccordo-collegamento con i servizi sociali comunali e territoriali, con i Piani di Zona, con le realtà del volontariato e del Terzo Settore. Perché tale funzione possa essere espressa in modo compiuto è importante e ormai urgente che venga istituita a livello distrettuale un'Unità organizzativa di area professionale di servizio sociale alla quale afferiscano i professionisti assistenti sociali impegnati nei vari servizi dell'azienda sanitaria per il coordinamento e la programmazione degli interventi sociali espressi ed il raccordo con i vari soggetti della rete sociale.

4.5 Le Case della Comunità

“Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio passeranno anche attraverso la realizzazione delle Case della Comunità, oggi rappresentate nel sistema lombardo dai Presst, che diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati affetti da patologie croniche. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e potrà ospitare anche assistenti sociali. All'interno delle Case della Comunità dovrà realizzarsi l'integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari con i servizi sociali territoriali, potendo contare sulla presenza degli assistenti sociali....”.

Domanda 1

Come mai la figura dell'assistente sociale non compare tra i componenti del team multidisciplinare delle Case della Comunità ma viene citata come “ospite”?

Osservazioni

Se la Casa della Comunità è concepita come strumento attraverso cui coordinare i servizi offerti in particolare ai malati affetti da patologie croniche, gli assistenti sociali devono essere inseriti a pieno titolo nel team multidisciplinare. Pertanto l'affermazione che la Casa della Comunità “potrà ospitare” assistenti sociali appare incomprensibile ed inaccettabile, considerato che gli assistenti sociali sono da anni presenti nel sistema sanitario e sociosanitario lombardo. Essa assicura funzioni di integrazione nella programmazione e nell'erogazione degli interventi sociosanitari, occupandosi della dimensione sociale connessa ai bisogni di salute/malattia e dei relativi percorsi di cura, diversamente dal servizio sociale del Comune che interviene in ambito socioassistenziale secondo propri regolamenti e criteri di accesso. Si chiede pertanto di modificare il testo inserendo la figura dell'assistente sociale che opera nel sociosanitario a pieno titolo nel team multidisciplinare.

Domanda 2

Come mai nella DGR non si fa accenno al PUA indicato nel PNRR - capitolo Mission 6 Salute?

Osservazioni

La valutazione dei bisogni, così come l'orientamento all'accesso ai servizi, sono attività specifiche dell'assistente sociale che opera in sanità e che, in questo modo, garantisce la “doppia S” da tempo voluta da Regione. Si tratta di temi molto cari alla professione, da sempre impegnata nei percorsi di accoglienza ed accompagnamento dei cittadini anche a fronte della conoscenza dei servizi e delle risorse territoriali,

e per questo rilevanti e sostanziali per il pieno esercizio del diritto di accesso da parte delle persone e delle loro famiglie.

4.6 Le Centrali Operative Territoriali (COT)

“Il PNRR ha individuato le Centrali Operative Territoriali (COT) ... con il compito di facilitare l’accesso dei cittadini alla rete dei servizi e delle Unità d’Offerta socio-sanitaria e sociali orientando e accompagnando il cittadino in modo da evitare fenomeni di vuoti nel percorso assistenziale; coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza; garantiranno e coordineranno, nell’ambito del Distretto, la presa in carico dei pazienti “fragili”, rilevando i bisogni di cura e assistenza e garantendo la continuità del percorso assistenziale tra Ospedale -Territorio con il coinvolgimento degli enti locali (Uffici di Piano) e degli enti del terzo settore...”

Domanda

Anche qui si fa riferimento solo al servizio sociale degli EE.LL. e del terzo settore.

Osservazioni

La lettura dei bisogni complessiva che si genera a partire da un bisogno sanitario deve essere condotta da figure professionali/equipe del sistema sanitario, con competenze sanitarie e sociali. La valutazione e la presa in carico integrata di un malato o di un paziente cronico non necessariamente richiede interventi socio-assistenziali dell’Ente locale, pertanto la valutazione sociale in questo ambito non deve essere intesa come sovrapponibile o mutuabile dall’Ente locale. Laddove la valutazione socio-sanitaria evidenzia necessità di interventi socio-assistenziali sarà compito dell’assistente sociale dell’equipe socio-sanitaria attivare gli opportuni raccordi con i servizi sociali degli EE.LL..

DGR n. XI / 4885 del 14/06/2021 “ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE LINEE DI SVILUPPO DELL’ASSETTO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO DELINEATO DALLA LEGGE REGIONALE 11 AGOSTO 2015, N. 23”

4. Professioni sanitarie

“ ... il nuovo scenario che si sta venendo a configurare attraverso il forte potenziamento delle strutture territoriali... impone un ulteriore sviluppo che ponga l’accento su tutte le professioni infermieristiche, tecniche sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione. ... la legge dovrà prevedere il coinvolgimento di tutta la filiera professionale al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multi professionalità in grado di garantire sempre di più un completo percorso di cura... e un maggior coinvolgimento dei rappresentanti delle professioni sanitarie nell’ambito della programmazione regionale... dovrà essere previsto un organismo che consenta la partecipazione degli ordini nelle fasi propedeutiche alle scelte programmatiche”.

Osservazioni

Rileviamo che tra le figure sanitarie che Regione intende sostenere e valorizzare al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità nei percorsi di cura, ancora una volta non viene citata l’assistente sociale. Si sottolinea che tale professionista:

- afferisce, insieme ai profili di operatore socio-sanitario, sociologo ed educatore, all’area delle professioni socio sanitarie istituita “al fine di rafforzare la tutela della salute intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale...” dalla legge n. 3/2018¹,

¹ Legge n. 3 dell’11 gennaio 2018 “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”, art. 5 “Istituzione dell’area delle professioni socio-sanitarie”.

- il Patto della Salute 2019-2021² prevede la valorizzazione delle competenze professionali delle professioni infermieristiche, tecniche sanitarie della riabilitazione e della prevenzione nonché del servizio sociale;
- è componente della “*Consulta permanente delle professioni sanitarie e sociosanitarie*” istituita dal Ministero della Salute con Decreto ministeriale del 7 gennaio 2020”.

Si ritiene importante che nella legge di riforma tale punto venga modificato in “Professioni sanitarie e sociosanitarie” ovvero nell’elenco dei professionisti sia incluso anche il professionista assistente sociale.

Proposte conclusive

A valle delle considerazioni sin qui esposte, riprendiamo in conclusione alcuni punti sopra illustrati e già messi in luce in un documento del gennaio 2020 inviato dal CROAS a Regione Lombardia (in allegato “Servizio Sociale Professionale - Proposta per i nuovi POAS delle ASST, ATS e IRCC”):

- il Servizio Sociale Professionale presente in Sanità concorre in modo significativo alla presa in carico delle persone nel loro complesso, a realizzare la continuità assistenziale nei diversi settori di intervento, contribuendo a superare la frammentazione della rete di offerta;
- 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, di fatto riprende processi che sono propri del Servizio Sociale Professionale.

Ecco quindi che, dopo anni di presenza del sociale nell’ambito delle aziende/agenzie sociosanitarie e ancor più dopo sei anni di sperimentazione della l.r. 23 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, attraverso l’istituzione del Servizio Sociale Professionale quale “struttura di area professionale atta a garantire una gestione coordinata e trasversale del personale e delle funzioni di servizio sociale nelle diverse articolazioni dell’ente”.

E così come risulta opportuno istituire il Servizio Sociale Professionale come area sociale autonoma nell’ambito delle professioni sociosanitarie, appare necessario garantire la funzione di responsabilità assegnata al profilo dell’assistente sociale, come già previsto in alcuni territori ed in altre Regioni.

Queste attenzioni 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.

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



² “Intesa ai sensi dell’art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021”, Scheda 3 “Risorse umane”.