

## PROPOSTE PER L'ATTUAZIONE DEL PNRR IN SANITÀ

### MISSIONE 6 e MISSIONE 5

LA PRESENZA DEL SERVIZIO SOCIALE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'INTERVENTO PRECOCE NELLE SITUAZIONI DI FRAGILITÀ SOCIALE, LA CONTINUITÀ DEI PERCORSI DI CURA, L'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

#### Premessa

L'Ordine degli Assistenti sociali che riunisce e rappresenta più di 45 mila professionisti intende partecipare alla realizzazione del Piano di Ripresa e Resilienza esprimendo in questa fase preparatoria alcune considerazioni rispetto alle aree tematiche che vedono il Servizio Sociale Professionale direttamente impegnato.

La Missione 6 del PNRR, in sinergia con la Missione 5, negli obiettivi e nelle azioni rappresenta senza dubbio un'area di grande investimento progettuale e operativo per il quale riteniamo fondamentale dare il nostro apporto con elementi di analisi e proposte concrete che iniziamo a formulare in questa relazione.

Il PNRR conferma il passaggio semantico sostanziale da sanità a salute intesa e perseguita come benessere fisico, psichico e sociale e amplia lo spettro di programmi, azioni ed interventi da mettere in campo per realizzare uno degli obiettivi strategici per il futuro: rinnovare il Sistema Sanitario Nazionale in modo che sia in grado di soddisfare i bisogni di salute attuali e sia pronto ad affrontare le esigenze del futuro.

In questo processo di riforma delle politiche sanitarie e sociosanitarie le risorse previste nel PNRR dovranno essere impiegate in una logica d'investimento e quindi di sviluppo, potenziamento e miglioramento delle risposte ai bisogni di salute della popolazione anche in considerazione dei cambiamenti demografici in atto.

La tragica esperienza della pandemia ha messo in evidenza i punti deboli dell'attuale sistema e quindi sollecitato soluzioni riparative, ma la prospettiva che deve guidare i piani attuativi della Missione 6 dovrà essere soprattutto preventiva, per affrontare lo scenario dei prossimi decenni.

Sicuramente si dovranno ridisegnare le caratteristiche dei servizi, ridefinire processi e sviluppare nuove competenze; gli investimenti serviranno a innovare la struttura, i livelli di *governance*, i flussi finanziari e le modalità di monitoraggio dei processi e degli esiti di tutto il Sistema

L'investimento è tale nel momento in cui esita in una risorsa strutturale per il SSN e per i cittadini e interviene in modo efficace per rimuovere le condizioni ambientali, sociali economiche che determinano disuguaglianze e che incidono sulla capacità di resilienza delle persone e delle famiglie di fronte alla malattia.

Se servisse una evidenza di quanto appena espresso, oggi possiamo dire che di fronte all'emergenza da COVID 19 non siamo stati tutti uguali: le conseguenze della malattia e dell'isolamento non hanno colpito tutti allo stesso modo; ancora una volta, i più vulnerabili hanno subito i danni più gravi.

Occorre, dunque, un programma di investimenti che rafforzi il Sistema nella capacità di mantenere la popolazione in salute e di intervenire precocemente laddove vi sono segnali di fragilità e vulnerabilità richiede di strutturare i modelli rendendo sistematici e uniformi i percorsi integrati di risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari di salute, anche di natura complessa.

L'impostazione del PNRR rispetto all'attuazione della Missione 6 - coerentemente con quanto indicato per la 5 - tesa a stabilire standard unici per l'intero territorio nazionale, che dovranno essere recepiti dalle Regioni,

dalle ASL e dai territori, è fondamentale per superare l'attuale disomogeneità che limita di fatto l'universalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari nel nostro Paese.

Pensiamo che per realizzare a pieno il diritto alla salute della comunità e degli individui, l'azione sia da svolgersi su due piani:

- un livello promozionale nel quale si strutturino modelli di analisi e ricerche anche delle caratteristiche culturali e sociali e delle esigenze del territorio per rilevare il complesso dei bisogni della popolazione.
- un approccio alla domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale individuale che risponda in modo integrato e globale

Il Consiglio nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali in questo documento intende portare l'attenzione degli enti centrali che stanno disegnando i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale sugli aspetti da cui discendono le proposte in merito alla presenza e alla funzione del Servizio Sociale in sanità, illustrata nel documento CNOAS "Profilo e Funzioni dell'Assistente Sociale della Sanità"<sup>1</sup> Allegato A, e sui processi presidiati dal professionista assistente sociale nel nuovo assetto del sistema.

Accanto alle considerazioni legate al nuovo programma, preme evidenziare il ruolo strategico nei percorsi di salute da riconoscere al Servizio Sociale ospedaliero istituito con la Legge 132/68 e ai servizi specialistici strutturati che hanno trovato, nel D.lgs 502/1992, la collocazione all'interno del distretto socio sanitario : consultori - la Legge 405/75 , dipendenze- Legge 685/75, salute mentale Legge 180/78, disabilità Legge 104/92 sull'assistenza e l'integrazione delle persone con disabilità, inserimento lavorativo la Legge 68/ 99, e più recentemente i percorsi di Cure palliative - Legge 38/2010.

Infine, appare determinante un intervento normativo per coordinare le competenze del distretto socio sanitario con quelle dell'Ambito Sociale (ex art. 8, c.3, Legge 328/00), affinché sia individuato senza più ambiguità il luogo della programmazione socio sanitaria territoriale, con particolare riferimento alla sfida rappresentata dalla strutturazione di un adeguato sistema di assistenza territoriale integrata capace di fare fronte all'evoluzione demografica e all'incidenza delle cronicità e della non autosufficienza.

## La presenza degli assistenti sociali nei servizi del Sistema sanitario e sociosanitario nazionale

### Dati e prospettive

A fronte di un aumento della fascia di popolazione con bisogni sociosanitari complessi i dati evidenziano una progressiva e significativa contrazione della presenza nei servizi sanitari e sociosanitari di professionisti assistenti sociali che come detto svolgono funzioni specifiche e cruciali.

**Il numero degli assistenti sociali dipendenti** (compresi altri tipi di rapporto) **dal SSN** nel 2019 ultimo dato disponibile del Ministero della Salute<sup>2</sup> è pari a 5203 con un decremento di più di 300 unità rispetto al dato del 2017 quando gli assistenti sociali impiegati nel SSN erano 5547: **un decremento di più del 5% in 2 anni.**

In controtendenza, nello stesso arco temporale, si nota come il personale dipendente del SSN (compresi altri tipi di rapporto) sia leggermente aumentato passando da n. 603.551 nel 2017 a 603.937 nel 2019.

Inoltre, i dati disponibili relativi al numero di assistenti sociali nei servizi specialistici della salute mentale e delle dipendenze, due settori del servizio sanitario e sociosanitario nei quali il mantenimento e il recupero

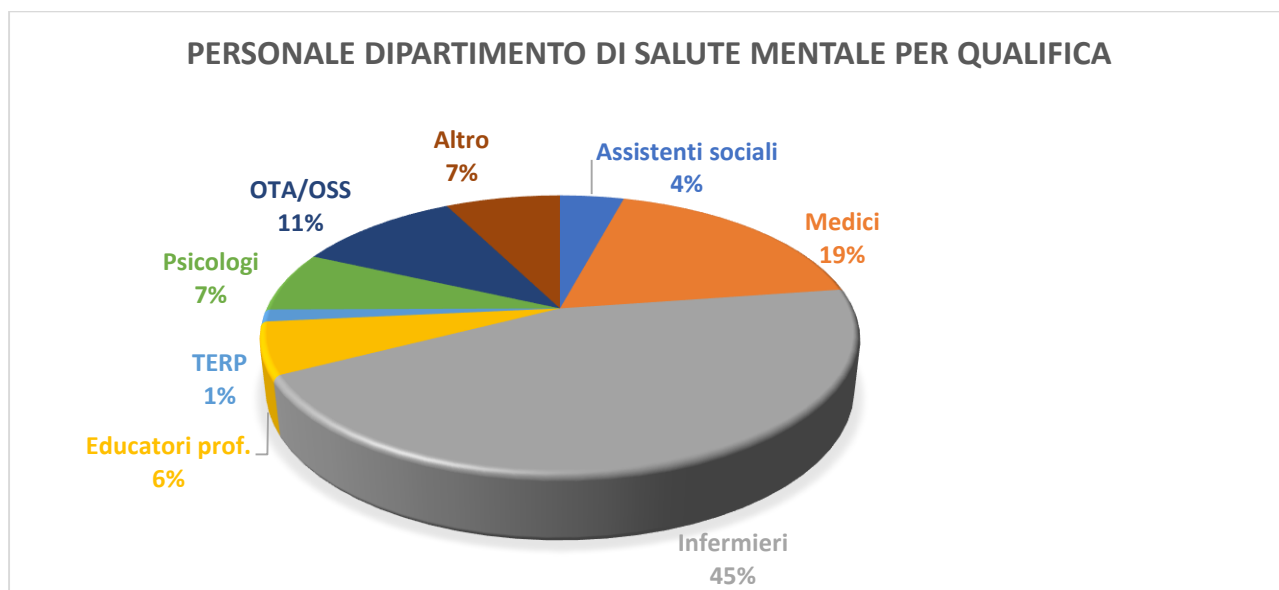
---

<sup>1</sup> CNOAS: delibera n.153 del 15/12/2018

<sup>2</sup> Ministero della Salute-Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica- Personale delle ASL e degli Istituti di Ricovero e Cura pubblici e Equiparati"- 2019 e 2017.

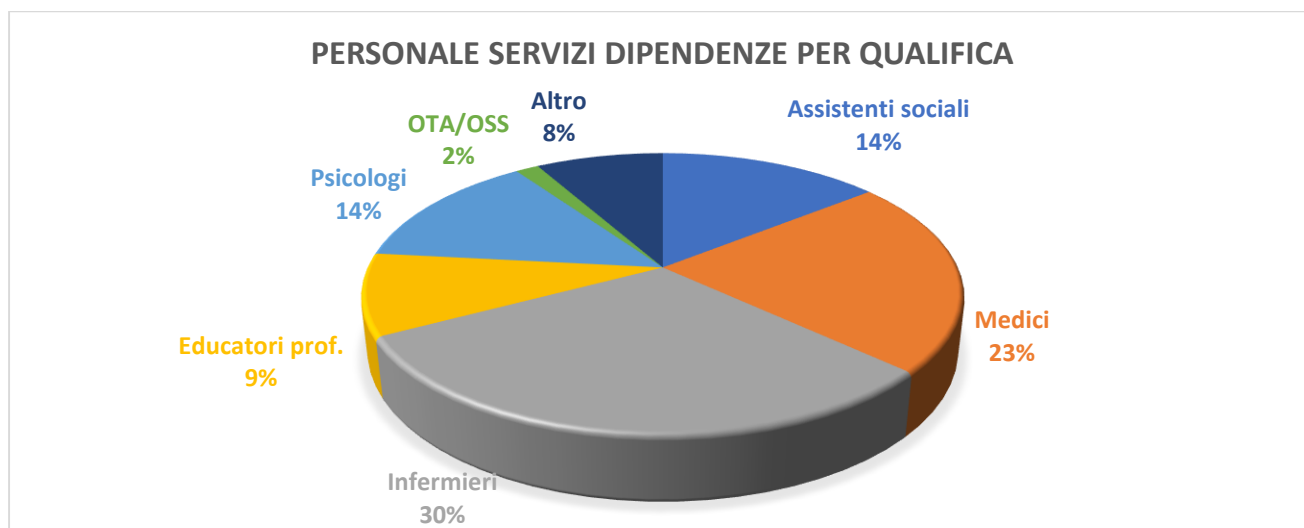
dello stato di salute sono indiscutibilmente legati alla dimensione sociale - sia negli interventi con le persone e con le loro famiglie che nei programmi con le reti territoriali - evidenziano una presenza assolutamente limitata della nostra professione nella composizione del personale.

Nei servizi dell'area della Salute mentale afferenti al SSN nel 2018 (ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute) sono presenti 1196 assistenti sociali pari a poco più del 4% del dato complessivo del personale (28.811 unità) a fronte di 5341 medici (oltre il 18%) e di 12.877 infermieri (oltre il 45%).



3

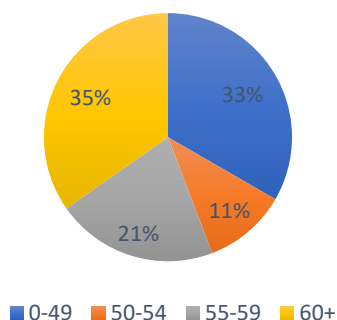
Nei servizi dell'area delle dipendenze afferenti al SSN nel 2017 (ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute) risultano presenti 932 assistenti sociali pari al 14% del numero complessivo del personale (6.516 unità) a fronte di 1470 medici (pari a più del 22 %) e di 1980 infermieri (pari a 15%).



Non ci risultano disponibili dati aggiornati relativi al personale dei servizi consultoriali, dell'area materno infantile e nei servizi dedicati alle persone con patologie croniche, disabilità e non autosufficienza

Se si considera poi la distribuzione per fasce di età dei 6444 assistenti sociali iscritti all'Ordine<sup>3</sup> occupati nell'ambito sanitario diventa del tutto evidente che nell'arco temporale dell'attuazione del PNRR, se non verranno decisi interventi correttivi, la funzione assicurata dal Servizio Sociale Professionale nei programmi di salute e cura scomparirà.

**Distribuzione AS in sanità per fasce di età**



Questi dati richiedono una **previsione e programmazione che affronti inoltre l'uscita dal sistema, entro l'arco temporale previsto del PNRR, per pensionamento, di circa il 50% degli assistenti sociali oggi impegnati nei servizi sanitari e socio-sanitari.**

Riteniamo significativo infine fornire il dato riguardante la distribuzione per Regione dei 6.444 assistenti sociali impegnati nei servizi sanitari e socio-sanitari.

4

REGIONE	Assistenti sociali SANITA <sup>1</sup>	Rapporto Abitanti* /AS**
Piemonte	266	16.064,69
Valle d'Aosta	8	15.486,88
Trentino Alto Adige	70	15.406,57
Emilia Romagna	328	13.553,50
Campania	521	10.901,64
Lombardia	926	10.763,49
Sardegna	154	10.378,08
Liguria	146	10.341,13
Lazio	653	8760,79
Toscana	442	8299,39
Veneto	592	8196,71
Umbria	106	8160,50
Abruzzo	160	8032,85
Marche	190	7902,13
Puglia	529	7423,31
Sicilia	702	6895,83

<sup>3</sup> Dato rilevato dal sistema di autocertificazione della formazione continua del Consiglio nazionale dell'Ordine Assistenti Sociali.

Basilicata	80	6844,73
Molise	56	5295,48
Calabria	405	4636,36
Friuli Venezia Giulia	110	1806,84

\* ISTAT Dati popolazione residente al 1 gennaio 2021. \*\* Rilevazione Albo Assistenti Sociali, gennaio 2021.

Si riscontra **una distribuzione non omogenea** e si registra un rapporto popolazione/AS molto diversificato tra i territori regionali che si determina da modelli sanitari e sociosanitari assai differenziati tra Regioni.

## Le sfide del futuro per un sistema rispondente ai bisogni di salute delle persone

### Perché la funzione del Servizio Sociale Professionale della sanità è strategica per l'efficacia del nuovo modello di assistenza territoriale?

La dimensione sociale è componente sostanziale dello stato di benessere della persona e influisce sulla malattia e sui percorsi di cura e sul mantenimento delle condizioni di relativo benessere nelle situazioni di cronicità. D'altra parte, è del tutto evidente quanto le caratteristiche sociali di una comunità incidano sulla salute delle persone che la compongono.

La programmazione di interventi e investimenti in ambito sanitario e deve quindi considerare la necessità di una appropriata e puntuale valutazione sociale. Solo in così, a nostro avviso e secondo tutte le ricerche, si può ottenere una progettazione sociale e sociosanitaria che consideri contemporaneamente più livelli: organizzativo, individuale, familiare, di comunità e territoriale.

Le conseguenze dell'epidemia da COVID 19 lo hanno reso ancora più evidente: di fatto, è lo stato di malattia che genera la richiesta di intervento sanitario, ma la gestione del percorso di cura è condizionata in modo più o meno favorevole dall'incidenza dei fattori sociali che caratterizzano le situazioni (condizioni di vita personale e di relazione, presenza di risorse familiari e di sostegno, ecc.) i c.d. "determinanti sociali della salute"<sup>4</sup>.

5

La persona con bisogni sanitari e fragilità sociali ha diritto a una presa in carico integrata a partire da una precoce, ma sempre globale, valutazione multidimensionale (VMD) che, insieme alla valutazione clinica e funzionale, esplori la dimensione sociale, la rete sociale formale e informale. È quindi evidente che, per garantire la valutazione della dimensione sociale e relazionale delle persone nel diritto alla salute, l'apporto professionale e valutativo dell'assistente sociale diventa centrale per la gestione dei percorsi di salute, cura, riabilitativi e assistenziali.

L'obiettivo prioritario della Missione 6, coerentemente con la Missione 5, di superare un sistema settoriale non può non prevedere che – negli snodi cruciali di un sistema multiservizi integrato, gli assistenti sociali della sanità curino i passaggi di setting assistenziale e le comunicazioni e costruiscano e mantengano le reti e le connessioni tra operatori e servizi e tra reti di cura e reti di prossimità.

Il PNRR individua i luoghi, i setting assistenziali per prendersi cura della salute e del benessere delle persone, nelle diverse fasi della loro vita e nelle situazioni di malattia e fragilità e destina risorse importanti:

<sup>4</sup> Determinanti sociali della salute ovvero tutti quei fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una data popolazione. Cfr "I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?" di Alessandro Rinaldi (Medico di Sanità pubblica) e Maurizio Marceca (Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma) in "Riflessioni sistemiche" n. 16 giugno 2017.

**2,00 miliardi di euro per la creazione di 1288 Case della Comunità** definite come il luogo fisico per *“coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale*

L’obiettivo di “coordinare tutti i servizi offerti [...]” appare contraddittorio in relazione a un luogo che “ospita” gli assistenti sociali e non li annovera tra gli attori determinanti del processo di integrazione sociosanitaria. Non si tratta di un’affermazione corporativistica, ma l’esperienza insegna che l’integrazione non si realizza per dettato normativo, ma che – al contrario - occorre creare le condizioni organizzative che la rendano possibile prima ed effettivamente praticabile poi.

I provvedimenti attuativi dovranno virare verso una più chiara e coraggiosa “messa a sistema” dell’integrazione sociosanitaria: gli assistenti sociali devono essere inseriti a pieno titolo nelle Case della Comunità proprio per quanto detto nella premessa.

Se la dimensione sociale non è presente strutturalmente nella Casa della Comunità, che è il luogo del coordinamento e del raccordo con il territorio si perpetuerà ciò che è stato evidentemente fallimentare in tutta evidenza nella gestione territoriale della pandemia: frammentazione, percorsi interrotti, risposte parziali legate alla sola lettura sanitaria dei bisogni e alla sola regia sanitaria di processi e i setting di cura.

Il rischio cogente è che le Case della Comunità si traducano in poliambulatori organizzati con una logica prestazionale, che esercitano una medicina d’attesa. Tutto ciò potrà essere meglio organizzato, ma a nostro avviso incapace di raccordarsi con le risorse formali e informali del territorio e con il sistema di offerta territoriale, in particolar modo nei sistemi regionali in cui l’offerta privata convenzionata è più presente e forte.

Perché la funzione di coordinamento attribuita alle Case della Salute sia effettiva, occorre che la valutazione prima e la regia degli interventi poi sia capace di mantenere uniti e di mettere a servizio di ogni situazione gli sguardi e le risorse differenti che animano i territori e caratterizzano una visione davvero integrata della salute.

## Le proposte per la CASA DELLA COMUNITÀ

1. Occorre definire gli standard minimi del servizio per la cronicità e la non autosufficienza per superare disomogeneità e discrezionalità della presa in carico in quest’area. Analogamente ai servizi per la salute mentale, per le dipendenze, per il singolo, la coppia e la famiglia quali i consultori, istituiti nella stagione delle riforme successiva la Legge 833/78, è necessario che anche i bisogni legati alla non autosufficienza e cronicità trovino nel sistema sanitario un servizio dedicato di carattere multiprofessionale.
2. **Le Case della Comunità** che si propongono quali servizi di prossimità per coordinare tutti i servizi offerti sul territorio con attenzione alla cronicità e alla presa in carico della persona, comprendendo, tra i servizi inclusi, anche il Punto Unico di Accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (VMD), **devono prevedere la presenza strutturale del Servizio Sociale Professionale.**
3. Premesso che il **“SSN garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”<sup>5</sup>**, la valutazione della dimensione sociale nell’ambito della VMD delle situazioni che presentano bisogni

---

<sup>5</sup> DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” - Capo IV Assistenza sociosanitaria, Art. 21 Percorsi assistenziali integrati, comma 2.

sanitari con fragilità sociali, è da prevedere come livello essenziale di assistenza. Pertanto nei team multiprofessionali delle Case della Comunità che si occupano della VMD devono essere inseriti a pieno titolo gli assistenti sociali. La lettura dei bisogni complessiva che si genera nei servizi sanitari a partire da un bisogno sanitario, deve essere condotta da personale afferente al sistema sanitario, compresa la figura dell'assistente sociale. La valutazione e la presa in carico integrata di un malato e/o di un paziente cronico non richiede necessariamente interventi di competenza dell'Ente locale, pertanto la valutazione sociale in quest'ambito non può essere intesa come sovrapponibile o sostituibile dall'omologa funzione dell'Ente locale. Il servizio sanitario ha carattere universalistico per la generalità e totalità della popolazione mentre i servizi sociali dell'ente prevedono, criteri di accesso che comprendono la valutazione delle condizioni economiche.

4. L'assistente sociale del sistema sanitario è competente nella costruzione delle risposte integrate ai bisogni di salute/malattia verificando e attivando le risorse del contesto naturale ed istituzionale disponibili e sostenibili, tra cui, quando necessario, anche quelle dell'Ente locale.

### **Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina**

Il PNRR pone come obiettivo di prendere in carico il 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni del 10% degli interventi di Assistenza Domiciliare (in linea con le migliori prassi europee) con un investimento di 4,00 miliardi di euro di cui 2,72 miliardi costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT e 1,00 miliardi per la telemedicina.

L'investimento è finalizzato a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;

Un cambio di passo non è rinviabile: i dati disponibili al 2018 indicano che solo il 2,7% degli over 65 accede all'ADI, mentre il 4,4% degli ultrasessantenni accede allo stesso servizio (in modo diseguale tra le regioni)<sup>6</sup>.

L'AD efficace in termini di presa in carico, di riduzione dei ricoveri ospedalieri e della istituzionalizzazione, di tutela della qualità della vita richiede una piena ed effettiva integrazione dell'assistenza domiciliare sanitaria (ADI) con quella sociale (SAD); entrambe organizzate in modo da assicurare accessibilità, continuità e flessibilità, con percorsi di attivazione unici e tempestivi. In questo ambito si esprime la funzione del Servizio Sociale Professionale della sanità che attiva la rete e le risorse del territorio per realizzare il progetto di vita e il piano di assistenza al domicilio, in uno scambio continuo con gli altri professionisti.

### **Le proposte per l'ASSISTENZA DOMICILIARE**

1. Il **luogo di coordinamento ed attivazione dei processi erogativi** deve essere unico, individuato fisicamente e chiaramente identificabile per le persone, le famiglie e i diversi nodi della rete, sede

---

<sup>6</sup> Dati flusso SIAD, Ministero della Salute 2020.

dell'equipe per la valutazione multidimensionale (medico, infermiere e assistente sociale come standard di composizione minimo) e con una struttura organizzativa che assicuri la prossimità e il lavoro di rete con il territorio e la comunità.

2. **Le Centrali Operative Territoriali (COT)** previste dal piano dovrebbero svolgere la funzione 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. Nei provvedimenti attuativi sarà necessario definire il mix di professionisti che opereranno nelle COT, indicando tra di essi l'assistente sociale.
3. Affinché sia efficace, l'AD deve essere adeguatamente finanziata perché possa erogare le "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" e le "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" di cui all'art 3-septies, c. 2 del D.Lgs 502/92, valutate nel processo di VMD. Solo in questo modo, il Coordinamento con le prestazioni sociali potrà essere efficace e integrarsi utilmente con la organizzazione del distretto sociosanitario e dell'Ambito Sociale, di cui – rispettivamente, al D.lgs 502/92 e alla Legge 328/2000; e solo così, finalmente, il Piano di Zona potrà essere effettivamente il luogo della programmazione integrata.
4. La funzione del *case manager* risulta strategica al fine di coordinare gli interventi e quando necessario proporre la rimodulazione; il *case manager* è individuato in sede di definizione del progetto di vita e può essere una figura professionale sia sociale che sanitaria, scelta sulla base della tipologia prevalente dei bisogni della persona, specificandone compiti e funzioni anche in relazione ad altre figure eventualmente necessarie (per es. *care manager*, *clinical manager*) ed in relazione al coordinamento complessivo del Progetto di Vita con il sistema di interventi e servizi di cui l'interessato beneficia.
5. Il programma delle cure domiciliari dovrà coinvolgere il **Terzo settore** in processi di co-programmazione e co-progettazione e sarà necessaria la presenza all'interno del sistema, e a più livelli, delle competenze del Servizio Sociale Professionale.

Si ritiene infine che il Servizio Sociale Professionale debba avere una chiara e definita collocazione e strutturazione all'interno del sistema sanitario e sociosanitario attraverso la piena attuazione dell'art. 7 della Legge 251/2000 con il quale è prevista l'istituzione della struttura organizzativa di area professionale del Servizio Sociale Professionale all'interno delle Aziende Sanitarie Locali, comunque denominate, diretta da un dirigente assistente sociale.

Il Consiglio nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali auspica che le proposte presentate sinteticamente in questa relazione possano essere oggetto di confronto e possano essere recepite nei documenti che daranno attuazione al progetto disegnato con il PNRR.

Roma, 1/7/2021