



Segreteria Nazionale

Prot.n.0024/CSE2022

Roma, 21 febbraio 2022

Al Ministro della Salute
On. Roberto Speranza

Al Direttore Generale AGENAS
Dr. Domenico **Mantoan**
agenas@pec.agenas.it

Oggetto: Rafforzamento del servizio sociale professionale nell'ambito del sistema sanitario in relazione al PNRR Missione 5 e 6.

Il SUNAS, sindacato professionale degli assistenti sociali, aderente alla confederazione CSE, rappresenta le proprie proposte in materia di promozione e sviluppo di politiche della salute integrate e di servizi sociosanitari, sostenendo altresì il rafforzamento della presenza degli assistenti sociali e l'istituzione strutturata del Servizio Sociale Professionale all'interno delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Da sempre siamo sostenitori del Sistema Sanitario Nazionale, sin dalla sua istituzione con la Legge 833/1978, che sancisce i tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità e per garantirli diventa indispensabile il passaggio da un sistema progettato intorno alla malattia e alle istituzioni ospedaliere verso un sistema sanitario e sociosanitario integrato vicino alla comunità, progettato per la promozione della salute dei e con i cittadini stessi.

Siamo convinti che una visione culturale moderna sappia tener conto della necessità di superare le categorie delle patologie e delle vulnerabilità considerando i determinanti sociali della salute (OMS/Europa Salute 2020) e affrontando le condizioni di disagio socio-assistenziale con interventi orientati allo stato di salute e benessere della persona lungo l'arco della vita: dalla cura alla care.

La pandemia ha avuto un forte impatto sul nostro sistema sanitario ed ha evidenziato l'assoluta necessità di potenziare e costruire risposte efficaci vicine alla comunità, progettate per e con i cittadini in una logica di loro valorizzazione e di sviluppo delle risorse presenti nella comunità, dove l'assistenza primaria rappresenta "l'erogazione dei servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita malattie e delle fragilità oggi molto estese nella popolazione ivi comprese le cronicità e non autosufficienze ed i servizi sono erogati da equipe multiprofessionali, in collaborazione con pazienti e caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie" (Commissione Salute Europea (DG SANCO) 2014).

Su questa visione di prospettiva e su questi assunti, riteniamo indispensabile che le specifiche risorse economiche individuate per il potenziamento di tutto il personale che opera in sanità, delle strutture e dei servizi del territorio, siano destinate anche ai professionisti assistenti sociali, che in virtù di varie leggi di settore e normative nazionali, sono impegnati con il personale sanitario a fronteggiare le problematiche sociali e socio-sanitarie, delle malattie e delle fragilità oggi molto estese nella popolazione, ivi comprese le cronicità e non autosufficienze, che la pandemia ha posto con drammaticità in evidenza ma che erano già esistenti e diffuse.

Anche per questo sarà necessario rivisitare i servizi sul piano organizzativo, strutturale e ridefinire i processi che coinvolgono tutti i professionisti deputati alla presa in carico multidimensionale della persona cui garantire interventi di cura e care per la Salute della persona.

Per realizzare tutto questo sarà indispensabile prevedere – come indicato nel PNRR-Missione 6 e 5 – standard unici anche per le risorse umane e strutturali sull'intero territorio nazionale, da definire e attuare in tutte le regioni, nelle ASL/AO e sui territori, dove ad oggi invece si registra una disomogeneità e una frammentazione fin troppo palese, sia di prestazioni che di servizi, che non consente di garantire universalità delle prestazioni ed equità nel diritto alla salute.



Segreteria Nazionale

Considerando che la persona con bisogni sanitari e sociali ha necessità di una presa in carico integrata e di un valutazione multidimensionale e multiprofessionale che integri valutazione clinico sanitaria e valutazione sociale, proprio qui nel sistema dei servizi, la funzione e il ruolo dell'assistente sociale diventano fondamentali per la corretta gestione dei percorsi di salute, cura, riabilitativi e assistenziali nelle varie fasi della vita, in particolare nelle situazioni di malattia e fragilità che si registrano nei nuovi contesti e servizi delineati dal PNRR. E proprio in relazione alla complessità del Progetto di Salute che viene identificata la composizione dell'equipe multiprofessionale, al cui interno è compresa la figura dell'Assistente Sociale che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, garantisce la presa in carico stabile del paziente e richiede una presenza strutturale nella nuova articolazione delle strutture sanitarie (vedi PNRR Tab. 1 – Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'equipe multiprofessionali - Documento AGENAS).

Il PNRR prefigura nuovi scenari che vedono nella medicina di iniziativa un nuovo modello assistenziale capace di garantire la personalizzazione dell'assistenza attraverso l'organizzazione di nuovi modelli organizzativi e le Case della comunità, che ricomprendono tutti i servizi di base con il fine di garantire la promozione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento, proprio lì l'équipe, costituita dal medico di medicina generale, dal pediatra, dall'infermiere, da altri professionisti sanitari quali logopedisti, fisioterapisti, dietologi, tecnici della riabilitazione (Tab 4 : Servizi previsti da standard nella Casa della Comunità i servizi sociali alla persona e alla famiglia sono fortemente raccomandati) **deve ricomprendere anche l'assistente sociale**, se si vuole garantire una presa in carico per rispondere con interventi multidisciplinari e multiprofessionali ai bisogni sanitari, socio sanitari e sociali.

La Casa della Comunità dovrà rappresentare il punto di riferimento continuativo per la popolazione e diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare quelli per i malati cronici e i fragili – tra cui è prevista la Porta Unica di Accesso (PUA) – sarà necessario che all'interno vi sia la presenza stabile dell'assistente sociale del Servizio Sociale Professionale Aziendale (Sanità), quale professionista esperto della valutazione sociale di ogni singola persona e del suo contesto familiare, ed esperta della progettazione, costruzione e manutenzione delle reti, sia interne -del complesso sistema sanitario-, che esterne, dei Servizi sociali del territorio, delle Associazioni di volontariato e del Terzo settore, etc..

Solo così sarà possibile affrontare questa grande sfida e garantire alla persona e alla comunità idonee risposte “di cura e di Care”.

Per gli Ospedali di Comunità – intesi come strutture di ricovero per periodi brevi, che afferiscono alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolgono una funzione intermedia tra il domicilio del paziente e il ricovero in ambito ospedaliero, per evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più adatti alle esigenze socio sanitarie e prossime al domicilio – lo standard del personale previsto, attualmente composto da medici, infermieri e OSS, deve necessariamente essere completato con la presenza strutturata della figura dell'Assistente Sociale (ad oggi menzionata, invece, come figura fortemente raccomandata tra gli specialisti disponibili, ma non obbligatoriamente presente).

Così pure nelle **COT, Centrali operative Territoriali** – che dovranno garantire il coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti dei diversi setting assistenziali: **attività territoriali, sanitarie e socio sanitarie, ospedaliere** – dove nello standard minimo di personale sono previsti esclusivamente infermieri e un coordinatore infermiere (ex caposala). Anche qui andrà inserita la figura dell'Assistente Sociale, con pari dignità.

Tutti i modelli organizzativi sopra citati, che sono rappresentati come luoghi di forte integrazione sociosanitaria, rischiano di diventare dei poliambulatori, non dissimili dalle fallimentari Case della Salute, se offrono solo prestazioni di tipo sanitario e se non viene prevista al loro interno la presenza stabile di uno più assistenti sociali facenti parte del Servizio Sociale Aziendale, per garantire la messa in rete delle risorse proprie della sanità con le risorse dei servizi del territorio, strutturali e del volontariato.

Tutte le strutture rappresentate nel PNRR e considerate come luoghi di forte integrazione sociosanitaria, rischiano di diventare dei poliambulatori che offrono solo prestazioni di tipo sanitario **se non viene**



Segreteria Nazionale

individuata al loro interno la presenza stabile di assistenti sociali della sanità, per garantire la messa in rete delle risorse della sanità e dei servizi del territorio.

Se è vero che l'obiettivo è realizzare servizi integrati, appare ingiustificabile e contraddittoria la discrezionalità con cui negli standard viene indicata la presenza di assistenti sociali in contesti che dovrebbero ricomprenderli tra gli attori determinanti del processo di integrazione sociosanitaria!

Non si tratta di un'affermazione corporativistica in quanto l'esperienza insegna che l'integrazione non si realizza per dettato normativo né per buona volontà dei singoli, ma che – al contrario – occorre creare le condizioni organizzative e strutturali 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, così come all'interno dell'intero sistema sanitario, 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 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 di 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, organizzata sicuramente al meglio 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 e di integrazione attribuita alle Case della Salute sia effettiva, occorre che la valutazione prima e la regia degli interventi dopo, siano capaci di mantenere uniti le componenti sanitarie e sociali per mettere al servizio di ogni situazione risorse differenti che caratterizzano una visione davvero integrata della salute.

Per quanto riguarda infine le dotazioni organiche si stima che negli ultimi dieci anni, in sanità, si siano persi circa 5000 posti riferiti alla figura dell'assistente sociale. *Dai dati 2021 forniti dal CNOAS il numero degli assistenti sociali dipendenti (compresi altri tipi di rapporto) del SSN nel 2019 (ultimo dato disponibile del Ministero della Salute) 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 emerge una distribuzione non omogenea e con un rapporto popolazione/AS molto diversificato tra i territori regionali, differenziazione che riguarda anche i modelli sanitari e sociosanitari.

Riteniamo che il parametro fondato sul rapporto di 1 AS ogni 5.000 abitanti, così come adottato dal PSN e dalla L. 178/2020 per gli enti comunali, vada esteso anche al sistema salute, in analogia alle categorie professionali dei medici e degli infermieri, per i quali anzi è previsto, in aggiunta, un infermiere di comunità ogni 2.000-2.500 abitanti.

Per questi motivi chiediamo che il Ministero della Salute si impegni, nell'ambito delle misure che Governo e Parlamento stanno per adottare (vedi DM 71, di prossima approvazione), a voler riconoscere alcuni provvedimenti a beneficio del servizio sociale professionale in sanità e dei professionisti assistenti sociali ivi impegnati, andando anche a risolvere quelli temporanei e dettati da urgenza come per le USCA, con azioni di sistema che diano anche a questo servizio una struttura stabile come in parte sta tentando di fare la recente Legge 178/20 (Legge di Bilancio 2021) in materia di servizi sociali.

Ci piace richiamare anche il Documento “Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità”, approvato il 29 ottobre 2010 dal Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute e sottoscritto dal Ministro pro tempore, che si allega alla presente e che come SUNAS riteniamo utile riprendere e aggiornare alla luce dell'evoluzione normativa, operativa e organizzativa che vi sono state e sono in corso, ma anche delle esperienze e buone prassi che si sono avviate e consolidate nel tempo a livello nazionale e regionale.



Segreteria Nazionale

Come sindacato abbiamo l'obbligo e il dovere di rappresentare la necessità di andare oltre le misure finora adottate in materia di politiche della salute e di integrazione socio sanitaria, in quanto non ricomprendono il rafforzamento dei professionisti assistenti sociali, che a tutt'oggi svolgono egregiamente e con spirito di abnegazione il proprio dovere accanto alle professioni sanitarie.

In sintesi:

- **Istituzione del Servizio Sociale Professionale in ogni azienda sanitaria e ospedaliera**, con dotazioni organiche adeguate al numero di popolazione residente con la previsione di assunzioni di assistenti sociali in un rapporto ottimale di 1 Assistente Sociale x 5000 abitanti al fine di poter colmare i posti vacanti nei diversi servizi territoriali ed ospedalieri e nelle Case della Salute/Comunità, di superare le disparità tra le regioni e all'interno delle stesse, soprattutto quelle tra nord e sud, con modalità concorsuali semplificate e in analogia con quanto previsto dalla predetta Legge di Bilancio, con la finalità di stabilizzazione dei professionisti e di superamento del precariato;
- **Istituzione della dirigenza omologa del Servizio Sociale**, in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 7 dalla legge 251/2000, come aggiornata dalla legge 27/2006 – rimasta largamente inattuata perché lasciata alla discrezionalità delle regioni e delle singole aziende, con grave pregiudizio verso i cittadini e discriminazione verso gli assistenti sociali –, disponendo di bandire concorsi riservati ad assistenti sociali in possesso dei requisiti di legge, ovvero laurea specialistica/magistrale o titolo equipollente, e iscrizione alla sez. A dell'Albo professionale;
- **Integrazione della figura dell'Assistente Sociale nell'equipe Territoriali e della Medicina Generale** per una presa in carico globale delle persone e per l'intercettazione dei bisogni sociali, in una prospettiva di integrazione socio sanitaria di 1° livello sui territori locali;
 - Integrazione della figura dell'Assistente Sociale nelle équipes delle cure domiciliari;
 - Integrazione della figura dell'Assistente Sociale nelle COT, in ogni distretto, assicurando l'integrazione e l'interfaccia con gli altri servizi sanitari territoriali e ospedalieri, con i servizi domiciliari e della rete territoriale diffusa;
 - Istituzione di attività specialistica convenzionata con Assistenti Sociali che operano in regime di libera professione in Sanità, ricorrendo anche a forme di accreditamento professionale, come da sempre avviene per i medici e più di recente, per gli psicologi nella Provincia di Trento, attraverso accordi tra l'Ordine professionale, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università.

Nel confermare il nostro impegno per la promozione e lo sviluppo dei servizi sociali e sociosanitari e per la tutela degli assistenti sociali, ribadendo altresì la nostra completa disponibilità a confrontarci e fornire ogni ulteriore contributo utile ad approfondire i temi sopra esposti e per meglio chiarire il senso e il contenuto delle nostre richieste, chiediamo che ci venga fissato un incontro urgente, anche in modalità telematica.

In attesa di un cortese riscontro alla presente, porgiamo cordiali saluti.

Il Segretario Generale SUNAS
Salvatore Poidomani

Il Segretario Generale CSE
Marco Carlomagno