

IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E LA SUA STRUTTURAZIONE NELLA SANITÀ: REALTÀ E PROSPETTIVE

Di Luigi Colombini

INTRODUZIONE STORICA

Il Servizio Sociale Professionale nella sanità ha avuto un primo riconoscimento, ancor prima del riconoscimento giuridico della professione dell'Assistente Sociale (legge 84/93), nel contesto dell'avvio delle politiche delle riforme avviate verso la fine degli anni '60 dai governi di centro-sinistra.

Ancor prima, peraltro, secondo studi fatti all'epoca, ad esempio l'INAM destinava agli interventi socio- assistenziali connessi con gli interventi sanitari di propria competenza il 5% del proprio bilancio, ed impiegava a tale proposito assistenti sociali.

Negli ospedali si determinava un graduale orientamento a considerare anche gli interventi socio- assistenziali nel contesto delle proprie competenze primarie di carattere sanitario, anche in ragione della maggiore economicità di allocazioni finanziarie sul "sociale" che piuttosto sul "sanitario", con l'istituzione del servizio sociale ospedaliero e con la realizzazione di prestazioni assistenziali all'interno di alcuni reparti, e comunque sempre in un ruolo "ancillare" dell'assistenza, rispetto alla sanità.

In tale contesto la legge di riforma ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132, che ha in effetti precorso la legge n. 833/78 istitutiva del SSN, ha disciplinato l'organizzazione degli ospedali nell'intero paese - con l'impegno diretto del Ministro Luigi Mariotti, che pubblicò in proposito il "libro bianco sugli ospedali" (denunciandone il mal funzionamento) - l'istituzione degli enti ospedalieri, ed all'art. 39 fra il personale ausiliario venivano indicate "le" assistenti sociali. Il DPR 27 marzo 1969, n. 128, recante Ordinamento interno dei servizi ospedalieri, all'art. 2 precisava che la direzione sanitaria si articolava in servizi, fra i quali servizi di assistenza sanitaria e sociale. All'art. 28 stabiliva che "gli ospedali regionali e provinciali "possono istituire i servizi distinti di assistenza sanitaria e di assistenza sociale". L'art. 43 individuava le mansioni del personale di assistenza medico-sociale ed in particolare specificava che "l'attività dell'assistente sociale è rivolta a trattare, in collaborazione con il personale sanitario, con il personale di assistenza diretta e con gli altri servizi ospedalieri, i problemi psico-sociali degli assistiti".

Occorre a tale proposito rilevare che in mancanza del riconoscimento e della collocazione degli Assistenti sociali nel panorama giuridico e normativo, anche in relazione alla necessaria strutturazione del servizio, permaneva un costante limbo di incertezza.

Il crinale fra la sanità e l'assistenza, superato con l'istituzione delle Regioni (che hanno assunto entrambe le funzioni) è stato superato dalla legge 29 luglio 1975, n. 405 "istituzione del consultori familiari", che all'art. 1, fra le funzioni del servizio di assistenza alla famiglia ed alla maternità ha indicato l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile, nonché all'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare, con chiarissimo riferimento all' assistente sociale, quale professionista competente. L'istituzione dei consultori sarebbe stata assicurata dalle Regioni con le proprie leggi regionali nell'ambito delle ULSS. Con la legge 22 maggio 1978, n. 194 "Tutela sociale della maternità ed interruzione volontaria della gravidanza", sarà confermato il ruolo del servizio sociale nel contesto degli interventi rivolti alla donna.

Con la legge 22 dicembre n. 685 1978, successivamente modificata dalla legge 26 giugno 1990, n. 162, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, sono stati istituiti i SERT (poi SERD) per lo svolgimento di

attività di prevenzione, terapia e riabilitazione, riduzione del danno oltre ad attività di consulenza e di formazione, ed in tale contesto sono individuate le funzioni proprie dell'assistente sociale, e riferite sia al segretariato sociale, sia al sostegno al singolo ed alla famiglia con specifici programmi ed interventi personalizzati.

Per ciò che concerne i servizi per la salute mentale, iniziati con la legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" e i provvedimenti concernenti la graduale affermazione dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) sono individuate le funzioni del servizio sociale, riproposte nel progetto obiettivo "salute mentale".

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del nuovo Servizio Sanitario Nazionale tutelando la salute in quanto "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ed in linea con la definizione della salute dell'OMS, ("Uno stato di pieno benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità) "garantisce il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività," con chiari riferimenti anche al servizio sociale, che sarà ripreso dalle specifiche leggi regionali di recepimento (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Umbria, Veneto in particolare).

Come è noto, la legge n. 833/78 ha attribuito alle competenze dello Stato, fra le altre, la fissazione dei criteri per la determinazione dei requisiti professionali degli operatori sanitari.

Il susseguente DPR n. 761/79 ha definito lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, e oltre che definire le attribuzioni del personale medico, ha rinviato (secondo l'ultimo comma dell'art.63) ad un successivo decreto la determinazione delle attribuzioni del restante personale non medico.

Il DPR n. 821/84 recante "attribuzione del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali", secondo quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 63 sopra citato, ha provveduto, fra l'altro, a definire il profilo professionale dell'assistente sociale coordinatore e dell'assistente sociale collaboratore.

Quest'ultimo nell'unità operativa cui è assegnato:

- partecipa all'elaborazione dei piani di lavoro e di intervento;
- svolge le attività e gli interventi di servizio sociale previsti dai piani stessi, con autonomia operativa vincolata alle direttive ricevute;
- svolge attività didattica e attività finalizzata alla propria formazione;
- ha la responsabilità diretta dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e alle funzioni che per la normativa vigente è tenuto ad attuare.

L'assistente sociale coordinatore:

- svolge attività e prestazioni inerenti alla sua competenza professionale;
- coordina l'attività del personale in posizione funzionale di collaboratore;
- a tal fine predispose, sulla base delle indicazioni emergenti dagli atti di programmazione dei servizi, i piani di lavoro e di intervento nel rispetto dell'autonomia operativa e delle necessità del lavoro di gruppo;
- assicura i collegamenti funzionali con altri uffici e servizi anche appartenenti ad amministrazioni diverse;
- svolge attività didattica nonché attività finalizzate alla propria formazione e alle funzioni che per la normativa vigente è tenuto ad attuare.

Il richiamo a tale provvedimento è importantissimo, perché traccia un primo riferimento alla strutturazione del SSP in ambito sanitario, riconoscendone ruolo e funzione.

Con il DPCM dell'8 agosto 1985 è stato emanato un "atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge n. 833/78".

Con tale atto si è specificato che:

* Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali sono le attività che richiedono personale e tipologie di interventi propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può produrre effetti.

Pertanto fra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, e con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale sono compresi i ricoveri in strutture protette.

Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette:

- alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale degli handicappati e dei disabili (art.26 legge n. 833/78).
- Alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati mentali. Ai sensi dell'art. 64 della L. 833/78, purché le suddette prestazioni siano integrate con quelle dei servizi psichiatrici territoriali;
- Alla cura o al recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti;
- Alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio;

NB: in particolare per gli anziani è stato ulteriormente specificato che nel caso in cui non fosse stato possibile, motivatamente, disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale, le Regioni avrebbero potuto, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal FSN, avvalersi, mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private.

In tal caso è stato disposto che le Regioni "possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini.

Con tale provvedimento, si è in effetti, da una parte interrotto il processo di integrazione fra i servizi sanitari e sociali, pur avviato dalle Regioni e dall'altra prodotta una ancora insanabile spaccatura fra gli assistenti sociali dipendenti dal SSN, e gli assistenti sociali dipendenti dagli Enti locali.

IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NEGLI ANNI '90

Nel 1992, a fronte di una profonda crisi economica, con riflessi negativi sulle politiche di welfare, con il d. lgs n. 502 si è posta mano ad una profonda modifica del SSN, che ha introdotto la aziendalizzazione della sanità, e sottratto ai Comuni le relative competenze. In tale contesto è stata introdotta l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, e la definizione dei progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali.

E' in tale quadro che si innesta la legge n. 84/93 che statuisce il riconoscimento giuridico della professione dell'Assistente Sociale, e quindi la definizione del profilo professionale e delle sue competenze, che ne comportano l'ingresso sia nel settore della sanità che dei servizi sociali.

Con il Decreto Legislativo 229/99, a cui faranno seguito i DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001, istitutivi dei LEA, e DPCM 12 gennaio 2017, superando le angustie del DPCM 8 agosto 1985, vengono ridefinite le prestazioni assistenziali a rilievo sociale e le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

Ha introdotto, infatti, il concetto di prestazioni sociosanitarie (art. 3-septies), definite come "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado

di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Si è, quindi, meglio definita la natura delle prestazioni sociosanitarie distinguendo tra: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Tale normativa coinvolge a pieno titolo la professione dell'Assistente Sociale della Sanità, laddove si stabilisce che l'erogazione dei servizi e delle prestazioni avviene in seguito alla valutazione multidisciplinare, nel cui ambito la rilevazione e la valutazione del bisogno sociale è di esclusiva competenza dell'Assistente Sociale, quale professionista titolare della valutazione della situazione, dell'elaborazione, attuazione e verifica delle ipotesi progettuali.

La Legge 328/2000 nell'art.22 afferma che fra i servizi essenziali che lo Stato è obbligato a garantire ai cittadini vi è il Servizio Sociale Professionale, con cui si delineano le competenze e le funzioni dell'Assistente Sociale, il quale tramite il suo mandato istituzionale, tutela la salute della persona attraverso il riconoscimento e la realizzazione di azioni finalizzate alla protezione sociale, in modo da contenere tutti quei rischi legati al disagio sociale che possono ostacolare l'esito positivo dei trattamenti sanitari.

Tale specifico intervento professionale integra il Progetto Assistenziale Individuale, come specificato dalla legge n. 328/00, legge quadro, che individua i criteri e gli strumenti per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per la persona/famiglia.

LA SITUAZIONE NEL PERIODO 2000-2020

Percorrendo negli anni l'evoluzione del quadro normativo intorno al SSP in sanità, molteplici sono i riferimenti e le prospettive portate avanti.

La legge 10 agosto 2000, n. 251, anticipando la legge n. 328/2000, che peraltro ha accennato con determinazione all'integrazione socio-sanitaria, ha disciplinato le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica, a cui, con l'approvazione della legge n. 138/2004 e con l'art. 1-octies della Legge n. 27/2006 si è aggiunta la professione, in ambito sanitario, dell'assistente sociale.

All'art. 7 è in particolare disposto che "Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica (e il servizio sociale professionale) e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio.

Il lungo periodo di stasi e non sviluppo delle indicazioni suddette, ha portato, a distanza di dieci anni, alla redazione del II Documento del 29 ottobre 2010 del Tavolo Tecnico istituito dal Ministero della Salute e sottoscritto dallo stesso Ministero, che approva le "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità" ed esamina le problematiche connesse alla realizzazione nelle Aziende Sanitarie del Servizio Sociale Professionale in relazione a quanto previsto dalla sopra citata legge n. 251/2000.

Nel documento è previsto che: "Il Servizio Sociale Professionale in sanità lavora nei diversi livelli di integrazione: dalla predisposizione di protocolli d'intesa tra enti istituzionali, ai protocolli operativi di diversi percorsi di presa in carico per determinati bisogni di salute, alla predisposizione dei progetti individualizzati di presa in carico (ad esempio il PAI), il lavoro diretto con i cittadini, sino alla stretta promozione/collaborazione con l'associazionismo per favorire la presentazione delle istanze ai livelli precedenti.

“Il Servizio Sociale assicura l’efficacia e l’efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione e permette di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell’Assistente Sociale ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare.

- Ha il compito di mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e socio sanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra i sistemi sanitario e sociale, in un’ottica di raccordo, in forma continuativa, anche con gli organismi del terzo settore e del volontariato.

Cura i rapporti con i servizi sociali dell’Ente Locale, nell’ottica di una reale integrazione fra sociale e sanitario, condizione indispensabile per generare salute/benessere alle persone.”

Il documento indica che “Il Servizio Sociale Professionale va istituito e posto in staff alla Direzione di Azienda, Aziende sanitarie locali (Asl), Aziende ospedaliere, altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Aziende Universitarie, Policlinici Universitari, Strutture Pubbliche equiparate-Fondazioni, Istituti di Ricerca etc.), nell’Atto di Autonomia Aziendale, in rapporto alla tipologia dell’Ente, attraverso la costituzione di strutture dirigenziali operative di Servizio Sociale Professionale, qualificate come unità organizzative, complesse o semplici. In queste strutture afferisce il personale appartenente al profilo della professione e personale di supporto.

A tale proposito diventa strategico prevedere la figura dirigenziale dell’assistente sociale nell’ambito del SSP.

Si sottolinea a tale riguardo che i componenti il Tavolo Tecnico istituito dall’allora Ministro della Salute, Fazio, coordinato su incarico dell’allora Direttore delle Professioni Sanitarie, Giovanni Leonardi, dal dr. Saverio Proia, era composto da: Ministero della Salute, Regioni, il Consiglio nazionale dell’Ordine degli Assistenti Sociali e dalle Organizzazioni Sindacali SUNAS, FIALS, FSI e CGIL-CISL-UIL.

LE INIZIATIVE DEGLI ORDINI REGIONALI DEGLI ASSISTENTI SOCIALI

A fronte delle difficoltà persistenti ad attuare le direttive e le linee di intervento sopra illustrate, alcuni Ordini regionali degli Assistenti Sociali hanno prodotto documenti specifici che hanno portato alla adozione di provvedimenti da parte di alcune Regioni.

La Regione Piemonte con DGR 16 febbraio 2018, n. 17-6487 ha approvato le “Nuove Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell’organizzazione del Servizio Sociale Professionale Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte”

In particolare la Regione riconosce il Servizio Sociale Aziendale nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.

Considera infatti prioritarie e strategiche, attraverso azioni coordinate, la programmazione e la progettazione di servizi sempre più adeguati alle differenti e complesse necessità, anche in considerazione del costante e continuo aumento della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria a favore di persone fragili, attraverso una diversificazione delle risposte ai loro bisogni, come si evince dagli atti normativi, nei vari ambiti di intervento.

Il Servizio Sociale Aziendale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) assicura funzioni di consulenza e supporto professionale trasversale all’Azienda sanitaria, la gestione ed organizzazione di risorse umane, strutturali, economiche, la promozione di strategie per l’integrazione fra il sistema sanitario e sociale aziendale e il sistema socio-assistenziale degli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali, nonché il raccordo con le Rappresentanze Locali e del Terzo Settore, al fine di

garantire la funzionalità dell'intero sistema di governo aziendale e la tutela dei cittadini nell'ambito di appropriati percorsi sanitari e socio sanitari.

Nel contesto della DGR viene illustrato che l'Assistente Sociale opera attraverso l'utilizzo di tecniche e strumenti orientati dai riferimenti teorici, metodologici, etico-deontologici della professione (Codice deontologico, ultima revisione 2009), nel rispetto del segreto professionale (ai sensi dell'art. 1 legge n. 119 del 3 aprile 2001 "Disposizioni concernenti l'obbligo del segreto professionale per gli Assistenti Sociali").

Viene pertanto istituita la Rete Regionale dei Servizi Sociali Professionali Aziendali delle Aziende Sanitarie Regionali della Sanità piemontese.

Le AASSRR, che non vi abbiano già provveduto, sono tenute ad istituire o adeguare il Servizio Sociale Professionale Aziendale, in conformità con quanto previsto dall'art. 7 della Legge n. 251/2000 s.m.i. ed in linea con il Documento del Ministero della Salute del 29 ottobre 2010 "Funzioni del servizio sociale professionale in sanità", aggiornando con tempestività l'Atto Aziendale e prevedendo, altresì, che al Servizio Sociale Professionale Aziendale afferiscano tutti i professionisti Assistenti Sociali dell'Azienda.

La Regione Puglia con DGR 17 settembre 2020, n. 1566, ha approvato l'Atto di indirizzo alle Aziende Sanitarie Locali

In particolare la Regione richiama la L.R. n. 26/2006 "Interventi in materia sanitaria" ed il RR n. 6/2011 "Regolamento di organizzazione del distretto socio sanitario".

L'art. 34 comma 2 prevede che viene istituito in ogni AUSL, nell'ambito dei Servizi delle professioni tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione, il Servizio professionale sociale. I Direttori generali delle AUSL e delle Aziende ospedaliere, a cui compete l'istituzione dei posti in organico, definiscono anche quelli relativi al dirigente dei Servizi professionali sociali.

Viene altresì specificato che il Servizio Sociale Professionale, in staff alla Direzione del Distretto, contribuisce alla presa in carico globale della persona, con particolare riferimento agli elementi di natura sociale, integrandosi con tutte le professionalità che assicurano l'assistenza.

Il Servizio assicura la funzione di raccordo operativo a livello distrettuale in materia sociosanitaria, tra le Strutture del Distretto, i Servizi sovradistrettuali ed i Comuni associati in Ambiti Territoriali. Il responsabile del Servizio Sociale Professionale, individuato ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 328 del 5 giugno 2001, supporta e coadiuva il Direttore del Distretto in tutte le attività di integrazione sociosanitaria garantendo il raccordo con gli organismi distrettuali.

In relazione alla attribuzione degli incarichi dirigenziali, viene evidenziato che "L'Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle pubbliche amministrazioni (ARAN) in riscontro ad un quesito posto dall'Ordine degli Assistenti sociali circa la dirigenza del Servizio sociale in Sanità (prot. ARAN 3497/2020 del 26/05/2020) ha chiarito che, fino a quando verrà emanata la relativa disciplina concorsuale, gli incarichi dirigenziali di coordinamento degli assistenti sociali rientrerebbero tra gli incarichi delle professioni sanitarie e, quindi, sarebbero soggetti alla disciplina contrattuale del nuovo CCNL dell'Area Sanità 2016-2018.

Le Aziende Sanitarie Locali sono tenute ad:

- attuare quanto previsto dalla LR n. 26/2006 e dal RR n. 6/2011 circa l'istituzione del Servizio sociale professionale;
- istituire, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 7 della legge 251/2000 e s.m.i., il profilo professionale di Dirigente Assistente Sociale ed assegnare l'incarico di Dirigente Assistente sociale quale coordinatore del predetto Servizio;
- assegnare quali funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità quelle contenute nel Documento del 29 ottobre 2010 del Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, lett. K.

OSSERVAZIONI

A distanza di venti anni dalla legge 251/2000, dalla legge 328/2000, e dieci anni dal Documento del tavolo tecnico del 29 novembre 2010, si ritiene di mettere in evidenza che nonostante le prospettive ivi indicate, il SSP in ambito sanitario non ancora trova una sua definitiva collocazione in tutte le Regioni.

In tale contesto è assolutamente necessario richiamare la legge n. 251/2010, che prevede in effetti l'istituzione del SSP all'interno delle ASL, quale unità organizzativa autonoma, integrata con le altre, ma con un responsabile dirigente espressione della professione, in analogia alle articolazioni delle professioni sanitarie ricomprese nella citata legge 251.

Il contratto collettivo nazionale della sanità pubblica delinea il Profilo professionale, Collaboratore professionale assistente sociale (categoria D) e Assistente sociale senior (categoria DS, ex collaboratore professionale assistente sociale esperto - art.16 CCNL).

Da tale contesto si rileva, l'opportunità di sviluppo è certamente rappresentata dall'istituzione dell'area delle professioni socio sanitarie, definita dalla legge n. 3/18.

L'area può costituire l'occasione di una più opportuna configurazione delle professioni sociali all'interno del SSN, che si collega alle prospettive indicate già nel d. lgs n. 229/99 ed alla legge 328/2000.

Richiamando la legge n. 84/93, è necessario riconoscere e conferire il giusto riconoscimento alla tipicità della funzione di Assistente Sociale: attività tecnico-operative di competenza esclusiva, attività di carattere preventivo-promozionale, di ricerca, di formazione e di management.

Le iniziative degli Ordini regionali degli Assistenti Sociali denotano la tenacia e la perseveranza messa in atto per l'affermazione del SSP, individuando il quadro di coerenza fra la normativa già esistente e la sua reale attuazione.

La sede di riferimento più opportuna di rilevazione dello stato attuale del SSP in sanità è costituita dalle leggi regionali sul SSR e dagli Atti aziendali delle ASL, per i quali si fa riserva di uno studio ulteriore.

Già Docente di Legislazione ed Organizzazione dei Servizi Sociali presso Università Statale Roma TRE, corsi DISSAIFE e MASSIFE
Collaboratore del Sindacato Nazionale Unitario Assistenti Sociali – SUNAS - e del Centro Studi IRIS Socialia e redattore di OSSERVATORIO LEGISLATIVO SUNAS