

Audizione informale del

Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali

presso la Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati,
nell'ambito dell'esame della proposta di legge C. 1752 D'Arrando,
*“Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la
realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati”*

PREMESSA

Il Consiglio nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali rappresenta più di 45 mila professionisti che quotidianamente si confrontano con sempre più diverse e complesse situazioni di fragilità e vulnerabilità: dalla cronicità, alle dipendenze, dalla disabilità alla salute mentale, dalla tutela dei minorenni e il supporto alle loro famiglie sino alla devianza e alle povertà, non solo economiche, ma anche culturali ed educative.

Tutto ciò si esprime, in termini professionali, sia in forma di lavoro dipendente che in libera professione, nell'intero e articolato sistema di servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Per dare il quadro complessivo, a ottobre 2020 la situazione rilevabile dai dati in nostro possesso è la seguente:

Settore	Totale
Enti locali	11776
Terzo settore	9819
Sanità	6490
Ministero Giustizia	1496
Libera professione	1384
Ipab/Apsp	239
Altri ministeri e istituti nazionali	519
Altro o non dichiarato	6583
Inoccupato o pensionato	6778
Totale	45084

La pandemia e la diffusione rapida del virus hanno determinato ripercussioni significative sull'organizzazione complessiva del sistema di protezione del nostro Paese. Si sono evidenziate le fragilità del sistema sanitario e sociosanitario, soprattutto nel settore dell'assistenza territoriale e della medicina di base, creando un sovraccarico nell'assistenza ospedaliera e risposte parziali a livello domiciliare. Tutti i settori dove viene attualmente esercitata la professione hanno risentito dell'inadeguatezza delle strutture organizzative, dei tagli e degli scarsi investimenti degli ultimi decenni.

L'ASSISTENTE SOCIALE NEI PERCORSI DI SALUTE

In riferimento alla definizione OMS 2020 sulla salute, intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità, la professione è presente in tutte le fasi della vita e della cura delle persone (*care*), dalla prevenzione all'accompagnamento al fine vita e in tutte le organizzazioni che si integrano nel sistema salute.

Gli assistenti sociali, come si evince dalla tabella introduttiva, svolgono la loro professione non solo negli Enti locali, ma in tutto il sistema sociosanitario: in ospedale, nelle reti delle cure palliative e hospice, nelle residenze sanitarie assistenziali, nei consultori familiari e nei servizi per l'età evolutiva, nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), nei servizi per le dipendenze, nella salute mentale, nei servizi per la disabilità e la non autosufficienza, negli uffici che si occupano della gestione delle misure di limitazione della capacità (tutele, curatele, amministrazioni di sostegno), nel contrasto alla violenza di genere, così come nella vigilanza delle unità di offerta socio sanitarie e sociali e nelle commissioni di medicina legale.

Il Budget di salute (BdS) rappresenta senz'altro un importante strumento per ricomporre le diverse risorse formali, informali e private nonché i molteplici sostegni intesi come servizi e interventi, necessari all'attuazione del progetto individuale e, laddove previsto, del progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) per persone con disabilità, non autosufficienti, vulnerabili.

Riconosciamo inoltre nel BdS anche una funzione importante nel sollecitare i sistemi territoriali verso la ricomposizione di processi d'intervento, risorse organizzative e responsabilità dei diversi soggetti coinvolti nelle progettualità, valorizzando le risorse della comunità in una logica collaborativa, abilitante e capacitante.

L'integrazione delle risorse del Welfare locale con la rete sanitaria e sociosanitaria garantisce efficacia, appropriatezza e personalizzazione negli interventi, favorendo modelli di continuità assistenziale basati su un approccio multidimensionale ed integrato. I modelli di intervento nell'area sociosanitaria propongono di investire nei servizi territoriali per una continuità ospedale-territorio, nella messa in rete delle risorse istituzionali, familiari e comunitarie per una gestione efficace ed appropriata dei percorsi assistenziali

Dal punto di vista dell'assistente sociale rappresenta la possibilità di potenziare la lettura del contesto, delle risorse della comunità e, nell'ambito della valutazione multidimensionale (VMD), l'analisi delle risorse personali, per garantire il diritto ad un approccio globale e unitario delle cure (*cure/care*) ad ogni persona che accede ai servizi, nonché la piena sostenibilità nel tempo dei progetti di vita delle persone fragili, con malattie croniche in situazione di disabilità e non autosufficienza con bisogni sanitari, sociosanitari e/o assistenziali.

In particolare, evidenziamo che l'assistente sociale nel ruolo di garante dell'unitarietà dei percorsi della persona con problemi di salute è il professionista che favorisce lo snodo degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale e le connessioni tra le diverse tipologie servizi e prestazioni (sanitarie, sociosanitarie e sociali).

Nella prospettiva di implementazione del BdS, la figura professionale dell'assistente sociale potrà svolgere un ruolo importante e specifico partecipando a pieno titolo alla

sua attuazione e all'elaborazione di modelli organizzativi che favoriscono la fattiva realizzazione di percorsi integrati, costruiti attraverso la co-progettazione.

Si deve segnalare che i diversi modelli organizzativi e la riduzione costante delle figure professionali non sanitarie hanno compresso, nei fatti, la diffusione significativa di un approccio integrato alla salute.

Il ridotto investimento sulla componente sociale nel sistema salute ha portato, in molti casi, alla impropria delega sostanziale ai servizi degli Enti locali della continuità ospedale – territorio e della messa in rete delle risorse istituzionali, familiari e comunitarie per la gestione efficace e appropriata dei percorsi assistenziali. Tale delega in molte realtà è rappresentativa di una frattura tra sociale e sanitario, per la quale, nel sistema salute, il “*passaggio ospedale > territorio*” non è più una tappa naturale di transizione nell'iter di cura, ma un percorso a singhiozzo (ad ostacoli) ove, le persone con malattia, le famiglie e le istituzioni devono intervenire per colmare faticosamente lacune formatesi anche a causa della continua depauperazione delle risorse.

Come più volte denunciato da questo Consiglio nazionale le strutture sociali degli enti locali sono già in difficoltà per l'aumento di domanda di protezione sociale in ampie fasce della popolazione, ancor più oggi con la crisi pandemica.

Solo negli ultimi anni assistiamo, fortunatamente, ad una inversione di tendenza. Le misure introdotte nelle ultime leggi di Bilancio e nel DL Rilancio hanno sostenuto soprattutto l'Ente locale riconoscendo fondi e un primo livello essenziale professionale. Non possiamo non riconoscere, in questo senso, il grande lavoro svolto proprio da questa Commissione.

Diversa la situazione di investimento sulla componente sociale nel comparto sanità. Ancora molto ridotto turn over e strutturazione di quanto previsto in merito a dipartimenti di Servizio sociale professionale. Molti servizi oramai non vedono più la presenza dell'assistente sociale che spesso non è sostituito o, se va bene, esternalizzato.

Pertanto, l'attuazione del modello fondato sul BdS non può prescindere dall'affrontare preliminarmente il potenziamento del Servizio Sociale Professionale anche nella sanità e proseguire il rafforzamento nei Comuni/Ambiti territoriali, insieme al rafforzamento dell'intero sistema di servizi sociali territoriali e domiciliari anche di terzo settore.

IL CONTESTO: I BISOGNI DI SALUTE NEL TERRITORIO E IL BUDGET DI SALUTE

Già il Patto per la Salute 2019-2021 del 16 dicembre 2019 nella Scheda 8 “Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale” ribadisce la necessità della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e della medicina generale. Gli atti e i documenti programmatori di assistenza sociosanitaria riconoscono, dunque, che per affrontare le attuali sfide che comportano nuovi bisogni di salute, occorre promuovere interventi integrati e unitari attraverso forme organizzative intersettoriali, interdisciplinari e multiprofessionali.

Il punto centrale risulta essere ancora quello di assicurare la possibilità di accedere al sistema dei servizi alle persone fragili, con bisogni complessi, per le quali deve essere garantito un progetto individualizzato che realizzi il progetto di vita, ancor prima di essere destinatarie di una progettualità e di interventi integrati; la sfida è quella di sviluppare, attraverso l'introduzione del BdS, un modello di salute territoriale che superi questa criticità e la visione prestazionale/erogativa di molti servizi.

Parlando di diritto all'accesso e di organizzazione dei servizi, l'intervento professionale degli assistenti sociali all'interno delle USCA (Unità Speciali di Continuità assistenziale) pensate per l'assistenza a domicilio dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di un ricovero durante l'emergenza pandemica e previste dal cosiddetto "Decreto Rilancio" costituiscono un esempio di come si possa progettare un sistema stabile all'interno del quale si realizzi un investimento sulla dimensione territoriale dell'assistenza e sulla continuità assistenziale, da attuare con l'integrazione tra sanitario e sociale e con una valutazione necessariamente multidimensionale.

OPPORTUNITA' E NODI CRITICI

Secondo la nostra analisi della proposta legislativa emergono elementi rilevanti di positività e alcuni altri elementi di criticità.

Come detto precedentemente ricondurre a sistema i differenti interventi a favore delle persone è prioritario, farlo con loro è un dovere etico.

L'introduzione sperimentale e la possibilità di strutturare il Bds in tutto il Paese, oggi ancor di più, è un'opportunità per affrontare nodi irrisolti e dare protagonismo a tutti.

Siamo assolutamente consapevoli della necessità, come peraltro evidenziato a questa stessa Commissione durante l'audizione sul PNRR consultabile al seguente link: https://cnoas.org/wp-content/uploads/2021/02/CNOAS_Audizione-PNRR_3.2.2021.pdf che serve preliminarmente un intervento sulla *governance*.

Il dibattito in merito al BdS è molto ampio e riteniamo di portare alla Vostra attenzione quanto evidenziato in merito ad alcuni nodi critici.

In particolare, relativamente agli strumenti volti alla personalizzazione della cura e dei servizi, specialmente diretti a destinatari con problematiche di lungo periodo. Nello specifico del BdS si devono evidenziare gli aspetti connessi a:

- sostenibilità dei progetti nei quali, in diverse sperimentazioni più che di ricomposizione di risorse si deve parlare di stanziamento di risorse aggiuntive. A fronte delle ingenti risorse attivate nei progetti occorre comprendere come uscire dalle sperimentazioni, presenti a "macchia di leopardo" sul territorio nazionale, per estendere questo strumento ad una popolazione più vasta valutando efficienza, efficacia e economicità. Portare a sistema le diverse sperimentazioni in atto e definire tale sistema su scala nazionale significa esser consapevoli della necessità di risorse aggiuntive e non solo di razionalizzare quanto già presente.
- relativamente alle persone con disabilità, necessità di riorganizzare il percorso di presa in carico delle persone già a partire dal sistema di accesso: la soluzione auspicabile è quella della costituzione di una Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità a livello della zona distretto o di équipe specifiche;
- coinvolgimento di risorse private nella ricomposizione prevista dal BdS (risorse delle persone con disabilità e delle loro famiglie, della comunità). L'attivazione dei diversi soggetti non è spontanea ma deve essere accompagnata dai professionisti dei servizi. Considerare le risorse personali economiche e relazionali nel BdS della persona è garanzia per poter usufruire anche in una prospettiva futura di servizi di qualità e rispondenti alle esigenze individuali, riducendo il rischio è che, per l'abbattimento dei costi, si vada nella direzione di servizi improntati all'istituzionalizzazione;
- attivazione di progetti individualizzati, cosiddetti progetti di vita, che partano dai reali bisogni, interessi e desideri della persona. È necessario un cambiamento di logica di approccio, non più improntato all'erogazione di interventi e servizi standard ma a interventi e servizi personalizzati costruiti su misura sull'unicità della persona;
- occorre investire sulla formazione degli operatori sociali e sanitari per far sì che la filosofia del BdS, una volta acquisita, diventi uno strumento di lavoro all'interno dei

- servizi;
- coinvolgimento di risorse private nella ricomposizione prevista dal BdS (risorse delle persone e delle loro famiglie, della comunità). L'attivazione dei diversi soggetti necessita di un rilevante lavoro di creazione di connessioni e collaborazioni che non si attivano in modo spontaneo ma devono essere accompagnate dai professionisti dei servizi;
 - monitoraggio della gestione del budget per valutarne l'efficacia e intercettare eventuali utilizzi impropri o non coerenti con la logica di fondo dello strumento.

Occorre inoltre aggiungere la necessità di una maggiore definizione nel testo definitivo in merito a:

- progettazione e misurazione esiti in merito agli interventi attraverso l'utilizzo dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute). Si rileva che lo strumento è validato a livello internazionale per funzionamento delle persone ma meno collaudato per sperimentazioni in ambiti diversi dalla disabilità, o per la rilevazione della Qualità della vita;
- coinvolgimento del Ministero Lavoro e Politiche sociali per la parte di sua competenza e la definizione dei Livelli essenziali di Assistenza ai sensi della L. 328/00;
- attribuzione dei fondi (10% delle attività LEA) e definizione dell'incidenza sui fondi politiche sociali;
- attribuzione del ruolo di case manager;
- necessità di legare il budget al progetto da cui dipende (e non il contrario), in coerenza con l'art. 14 della L. 328/2000 che parla del diritto al progetto individuale per la realizzazione della piena "integrazione delle persone";
- modalità di individuazione e contrattualizzazione del privato sociale o imprenditoriale più rispondente alle caratteristiche di co-progettazione e co-gestione.

Per gli aspetti citati occorrono evidenze, un lavoro di analisi, verifica e valutazione che consenta di comprenderne la portata e per affrontarli in modo adeguato.

Le fragilità del sistema locale di welfare, derivanti da anni di austerità e aziendalizzazione, così come la poca presenza del "sociale", e del servizio sociale professionale, nel sistema di salute territoriale rafforzano un modello prestazionale della salute, rivelatosi inadeguato alle diverse esigenze anche nell'emergenza sanitaria attuale. Garantire l'accesso ad una valutazione multidimensionale senza una vera possibilità di garantire un processo integrato di cura e assistenza sul territorio non è solo un problema organizzativo, ma una violazione palese del diritto all'integrità e dignità delle persone.

PROPOSTE

L'approccio alla salute di territorio deve, quindi, considerarsi come prodotto di un sistema multilivello che preveda una struttura sociale forte all'interno dell'intero comparto salute.

In sintesi, e tenuto conto delle peculiarità dei sistemi sanitari regionali, in questa sede - seguendo una logica dal macro al micro, dall'organizzazione alle persone - possiamo delineare, per punti essenziali, le caratteristiche del modello organizzativo di un sistema di salute territoriale che deve necessariamente operare avendo come orizzonte il modello bio- psico- sociale.

- Articolo 1, comma 1, articolo 3, comma 2 e articolo 4 comma 6. Prevedere, laddove non già realizzata, l'istituzione del Servizio Sociale professionale (SSP) aziendale quale struttura organizzativa di area professionale in conformità alle Legge 251/2000 e s.m.i., per rinforzare la componente sociale nel comparto salute.

- Articolo 1, comma 1, articolo 3, comma 2 e articolo 4 comma 6. Costruire la rete territoriale del Servizio sociale professionale nel sistema della salute di territorio, partendo dal recupero delle specializzazioni già previste (ospedale, consultorio, dipendenze, salute mentale) e sviluppando quella per la cronicità, non autosufficienza e disabilità per integrarsi con le reti dei Comuni e ATS nonché supportare la rete delle professioni sanitarie e tecniche già presente. La sostenibilità nel tempo e nelle risorse di modelli innovativi e di contrasto della disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e di valorizzazione delle persone spesso caratterizzate dall'assenza di protezione sociale implica la già citata necessità di investimento ulteriore sulla componente sociale;
- Articolo 1, comma 1, articolo 3, comma 2 e articolo 4 comma 6. Strutturare la presenza del professionista Assistente sociale, anche alla luce dell'attuale esperienza nelle USCA, nei microteam per poter intervenire in ottica preventiva sulle situazioni complesse. A seconda dei modelli organizzativi regionali, si ritiene che la collocazione più funzionale per gli assistenti sociali sia all'interno delle équipes di Valutazione Multidisciplinari distrettuali o delle Unità Complesse di Cure Primarie.
- Articolo 3, comma 2. Intervenire e investire sul sistema territoriale (ASL/Comuni) per garantire la continuità, attribuendo le specifiche responsabilità istituzionali nel rapporto con gli Enti locali (individuando i livelli essenziali sociali e le risorse necessarie coerentemente a quanto previsto dal dlgs. 147/17 art. 23).
- Articolo 1, articolo 4. Prevedere l'attribuzione dei fondi, per coerenza con impianto legislativo, ai luoghi di programmazione delle risorse già esistenti, piano di zona o ambito territoriale.
- Articolo 1, articolo 3, commi 4, 5, 6, 7. Definire modalità di individuazione e contrattualizzazione a livello centrale del privato sociale o imprenditoriale più rispondente alle caratteristiche di coprogettazione e cogestione indicando criteri minimi e preferenziali.
- Articolo 3, comma 8. Definire criteri orientativi ed indicatori che facilitino l'individuazione del case manager all'interno dei progetti BdS.
- Articolo 1, comma 1. Vincolare parte delle risorse del BdS alle persone giovani in modo da costruire precocemente reti naturali e istituzionali. La progettazione del "dopo di noi" dovrebbe essere l'evoluzione di percorsi di cura e riabilitazione garantiti nel corso dell'intera vita.
- Art. 3, comma 1. Individuare scale di valutazione per la progettazione e misurazione degli esiti validate per i diversi target (materno-infantile, anziani, *handicap*, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, disabilità);

Riteniamo strategico ampliare le sperimentazioni del BdS triennali previste dal progetto di legge a fronte di una valutazione di quelle già in atto in diverse regioni individuando indicatori per la definizione del budget di progetto ed una cornice del modello nella quale i livelli di *governance*, organizzativo e operativo siano condivisi.

Costruire un vero sistema di salute di territorio richiede una visione sistemica e non frammentata dei processi che non guardi alla mera prestazione o intervento, ma all'insieme delle necessità e risorse della persona. L'esperienza dei professionisti, nelle comunità e nel sistema dei servizi, indica decisamente l'inefficacia di una risposta alla domanda di salute basata su modelli monoprofessionali e puntiformi sul territorio.

Roma, 10 marzo 2021