

## Audizione del Consiglio Nazionale Ordine Assistenti sociali (CNOAS)

sul Disegno di Legge

Delega al Governo in materia di disabilità - AC 3347

*Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati*

### PREMESSA

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali rappresenta circa 46 mila professionisti che quotidianamente si confrontano con sempre più complesse situazioni di fragilità e vulnerabilità: disabilità, cronicità, dipendenze, salute mentale, 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, come riportato nella tabella di seguito riportata.

L'organizzazione non omogenea dei modelli organizzativi e la conseguente frammentazione tra sociale e sanitario lungo tutto il territorio nazionale e la costante riduzione delle figure professionali sociali e sociosanitarie, hanno inciso, in maniera significativa, sui percorsi di cura e di sostegno delle persone.

Tutti i settori dove viene attualmente esercitata la professione hanno risentito in modo significativo oltre che dell'inadeguatezza delle strutture organizzative, dei tagli e degli scarsi investimenti degli ultimi decenni, anche se negli ultimi anni si evidenzia una inversione di tendenza.

### **Ambiti di esercizio professionale<sup>1</sup>**

Settore	Totale
Enti locali	12004
Terzo settore	10463
Sanità	6451
Ministero Giustizia	1489
Libera professione	1438
Ipab/Apsp	245
Altri ministeri e istituti nazionali	331
Inps	45
Inail	134
Docenti	461
Altro (Pensionati, non esercenti, inoccupati, non dichiarato)	13051
<b>Totale</b>	<b>46112</b>

<sup>1</sup> Database CNOAS, novembre 2021.

È fondamento deontologico degli assistenti sociali ritenere che il miglioramento di una comunità si ottiene occupandosi del benessere delle persone fragili e vulnerabili del Paese.

La pandemia ha messo in evidenza che le persone con fragilità e vulnerabilità sono quelle maggiormente colpite *“in Italia la pandemia è stata devastante in vari ambiti: l’invisibilità delle persone con disabilità nel sistema di protezione civile, il triage medico che li ha discriminati, il lockdown dei servizi dedicati e l’incapacità a riconvertirli in servizi domiciliari, la moria nelle residenze per persone anziane e con disabilità, la protezione limitata dei lavoratori con disabilità intellettive e relazionali che non potevano quasi sempre usufruire dello smart working, l’assenza di interventi di sostegno al diritto all’educazione in modalità a distanza completamente cancellato per gli studenti con disabilità, a pandemia ha significato un brusco arresto delle politiche di inclusione”*<sup>2</sup>.

#### L’ASSISTENTE SOCIALE NEGLI INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Il servizio sociale professionale ha tra le sue specificità professionali la conduzione e la responsabilità dei progetti delle persone che si rivolgono ai servizi, pertanto la visione multidimensionale della disabilità per la realizzazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato, non può che rinforzarne la mission e garantire questo diritto. L’assistente sociale nel “lavoro di rete” promuove inoltre interventi di coordinamento tra i servizi e gli aiuti naturali del contesto per favorire l’integrazione delle risorse.

Il Consiglio Nazionale è a conoscenza di numerose esperienze di sperimentazioni nelle quali gli assistenti sociali mettono a disposizione le loro competenze e gli strumenti metodologici acquisiti anche direttamente attraverso l’esperienza sul campo, per la concreta attuazione del budget di progetto e la riqualificazione delle risorse disponibili previste: a tal proposito ci preme evidenziare la presenza sul territorio nazionale di buone prassi metodologiche riconducibili a sperimentazioni innovative di progetti di vita indipendente (art. 2, c. 2, lett. c), punto 8). Non potendo farne disamina adeguata si rimanda a successive integrazioni.

#### IL CONTESTO: INTERVENTI ATTUALI E FRAMMENTAZIONE DEL SISTEMA DI WELFARE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ E DELLE LORO FAMIGLIE

La disabilità è una condizione umana, quindi, occuparsene implica innanzitutto uno sforzo di allineamento delle diverse politiche che possono determinare la qualità della vita delle persone. È una questione che interessa in primis le politiche per la salute e per l’inclusione sociale ma, al tempo stesso, coinvolge anche le politiche per la famiglia, l’istruzione, la

---

<sup>2</sup> Memoria dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità per audizione informale in Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, su A.C. 1752 D’Arrando, recante “Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati”.

formazione, il lavoro, le politiche per la casa e per l'accessibilità dell'ambiente fisico, urbano ed architettonico, la ricerca e l'innovazione.

Le diffuse spinte all'innovazione sociale di fatto chiedono di dare vita a nuove forme di relazioni e di collaborazioni "capacitanti" le persone e i loro contesti di vita. In tale scenario, i principi della partecipazione e della co-progettazione assumono una rilevanza fondamentale nel modo di pensare e agire i servizi in materia di disabilità.

Per integrazione sociosanitaria dobbiamo intendere un sistema di interventi e un approccio attraverso il quale si garantisca il diritto delle persone di avere risposte ai bisogni di salute, intesa come benessere fisico, sociale, psichico e ambientale. È necessario porre l'attenzione alla dimensione sociale e relazionale rispettando l'unicità delle persone prevista dalla Costituzione.

Non basta la sola diagnosi e prestazione medica, non è sufficiente unicamente una prestazione infermieristica o un intervento farmacologico. È necessario che la persona sia accompagnata nei percorsi di salute, nel suo contesto di vita quotidiana avendo attenzione a quelle che sono le sue risorse, i bisogni sociali e il suo ambiente fisico che incidono sugli esiti.

L'integrazione sociosanitaria è l'unico processo che, partendo dalla valutazione multidimensionale sino alla realizzazione di progetti individualizzati e di vita, può garantire il diritto di tutti all'autodeterminazione e alla dignità.

È necessario che le politiche di salute e welfare puntino, quindi, a rendere concreta l'integrazione sociosanitaria a tutti i livelli: istituzionale, organizzativo e operativo. Stato, Regioni, Comuni e Aziende sanitarie, amministratori e dirigenti, devono impegnarsi per questo.

La priorità deve essere quella di strutturare un sistema sociosanitario che veramente si fondi sull'integrazione ed eviti l'avvio di progetti di salute e assistenziali che possano rivelarsi, in itinere, inefficaci per le persone e i loro caregivers nonché diseconomici per il sistema.

#### IN MERITO ALLA PROPOSTA DI LEGGE DELEGA

Secondo la nostra analisi della proposta legislativa rappresenta un importante e fondamentale strumento innovativo nell'attuale panorama italiano, un nuovo possibile traguardo in tema di diritti umani.

Emergono elementi rilevanti di positività e altri che a nostro parere dovrebbero essere sviluppati ulteriormente così che da elementi di criticità possano diventare ulteriori punti di forza.

In primis l'adozione di una definizione di "disabilità" coerente con l'art.1 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, con la conseguente e necessaria revisione della normativa di riferimento: la L. n. 104/92 e l'introduzione della definizione di accomodamento ragionevole (ART.2 Convenzione ONU) all'interno della stessa legge delega (art. 2, c. 2, lett. a) punto 1).

La Convenzione Onu del 2006 prima e la conseguente ratifica del 2009 poi, riconoscendo *"che tutte le persone sono uguali dinanzi alla legge ed hanno diritto, senza alcuna discriminazione, a uguale protezione e uguale beneficio"*, obbligano a pensare le persone con disabilità come dei cittadini aventi uguali diritti, diritto di vivere nella società sulla

base di uguaglianza degli altri, e la conseguente necessità di costruire e definire politiche sociali nel “mondo di tutti”. Appare evidente che in un approccio del genere, le persone con disabilità passano da essere soggetti che necessitano di assistenza ad essere cittadini che chiedono a gran voce il riconoscimento del diritto di pari reali opportunità educative, di formazione professionale, lavorative e di autonomia economica, risorse necessarie a realizzare progetti di vita autonoma e indipendente.

La grande sfida aperta è che il momento storico che ci è dato di vivere, e le necessarie riforme e le conseguenti somme di denaro che arriveranno dal PNRR, offriranno l’opportunità di ripensare tutto il panorama di organizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari. Ci troveremo di fronte ad un cambio di paradigma che richiederà ai professionisti di mettere in campo le abilità e le competenze metodologiche per creare situazioni di contesto che favoriscano l’opportunità di essere inclusi nel mondo di tutti.

Come si evince dagli atti parlamentari secondo l’Istituto nazionale di statistica, il numero delle persone con disabilità in Italia è di 3.150.000 pari al 5,2 per cento della popolazione, dato che è molto distante dalle statistiche internazionali che ne stimano circa 9 milioni di persone. Questo significa che in Italia, un’importante fascia di popolazione, al momento non ha accesso a molti diritti, con conseguente rischio di aggravamento della propria condizione di vita, violazione del principio di dignità e la non secondaria ricaduta in termini economici di aggravio della spesa per il Paese.

Gli assistenti sociali per dovere deontologico non possono esimersi dal dare voce alle molte persone, che vivono in contesti non inclusivi.

Far emergere i bisogni inespressi significa individuare i bisogni non trasformati in domanda poiché la persona non li percepisce o, pur essendone consapevole, non li comunica in quanto non riesce a farlo attraverso i canali o le modalità consueti o non vuole farlo perché non individua una risposta adeguata. Si tratta di bisogni in senso ampio: da quelli assistenziali a quelli che potremmo definire esistenziali (appartenenza, socialità, lavoro, affettività ecc..), che sono spesso meno manifesti. Occuparsi di tutti questi bisogni significa, innanzitutto, volgere lo sguardo in profondità al fine di far emergere ciò che è sommerso, attraverso una lettura attenta della realtà, che è possibile solo con il pieno coinvolgimento della persona con disabilità; significa sviluppare servizi proattivi, capaci di competenze emancipatorie e tesi alla promozione dell’autodeterminazione e dei diritti delle persone con disabilità.

Il progetto di vita dovrà ispirarsi al modello bio-psico-sociale. Oggi abbiamo la consapevolezza che la persona con disabilità non è solo “una diagnosi”, superando il modello bio-medico, abbiamo certezza che “la psiche e le emozioni influenzano lo stato di salute e, come l’ambiente e le relazioni, possono determinare cambiamenti sulla percezione di una patologia”.

Il modello bio-psico-sociale quindi ci aiuta a guardare la persona nella sua globalità, dando così una connotazione, finalmente, neutrale che ci permette di affrontare e descrivere con una visione inclusiva, qualsiasi persona con disabilità.

Il disegno di legge richiama la revisione della Legge n. 104/92: questa norma negli anni ‘90 ha rappresentato un’importante affermazione della cultura, dei diritti e della solidarietà. La valutazione che avviene in apposite Commissioni, fornisce diagnosi sanitarie fondamentali, ma non sufficienti. Ribadiamo quanto sia necessario il ruolo

dell'assistente sociale all'interno delle commissioni per l'accertamento delle menomazioni.

Diventa quindi rilevante il ruolo dell'assistente sociale all'interno delle Commissioni di accertamento della menomazione permanente: si rileva che la situazione varia da Regione a Regione e anche in ogni singola Azienda per i Servizi Sanitari all'interno della stessa Regione. La definizione generica di "operatore sociale" prevista dalla legge, che non afferisce a una professionalità definita e individuabile rischia anche di rendere non omogenea la valutazione rispetto al corpus teorico professionale di riferimento, oltre a basare la stessa su processi e protocolli non codificati e condivisi a garanzia della valutazione stessa.

Appare dunque centrale il ruolo degli assistenti sociali e per tali motivi si ritiene che sia questo professionista il più idoneo ad integrare le commissioni medico-legale poiché svolge oltre al ruolo di orientamento e di sostegno, una funzione di *advocacy*.

Sono anni che l'Europa ci richiama alla riconversione delle risorse destinate ai servizi della residenzialità nei servizi domiciliari: i paesi del Nord Europa già negli anni '80/'90 hanno provveduto alla riconversione e riqualificazione dei servizi domiciliari. L'indicazione nella legge delega che "eventuali forme di finanziamento aggiuntivo diretto al supporto della domiciliarità e alla vita indipendente devono essere reperite riconvertendo le risorse attualmente destinate all'assistenza delle persone con disabilità nell'ambito degli istituti" (art. 2, c. 2, lett. c), punto 12) è uno dei passaggi chiave e necessari che il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali intende rimarcare, questo perché consentirebbe la reale attuazione del sistema dei diritti delle persone disabili.

È però doveroso suggerire che le risorse previste anche nell'attuale legge di bilancio vengano allocate nella costruzione di servizi in grado di favorire contesti che favoriscano processi di autodeterminazione.

#### OPPORTUNITA' E NODI CRITICI

Secondo la nostra analisi della proposta legislativa emergono elementi rilevanti di positività e altri elementi di criticità, anche in correlazione con la misura 5 del PNRR e con l'attuale legge di bilancio:

- l'attuale stanziamento non pare essere coerente con gli ambiziosi obiettivi del testo, va previsto un adeguato potenziamento delle risorse necessarie per la costruzione di reali progetti di Vita, senza incidere sui fondi attuali destinati alle politiche sociali e la non autosufficienza già molto ridotti;
- particolare attenzione va posta all'estensione dello strumento del budget di progetto a tutto il territorio nazionale, in considerazione dei diversi modelli e delle buone prassi operative presenti nei diversi contesti regionali anche in virtù di quanto previsto dal Titolo V della Costituzione;
- 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, garantendo ai disabili e alle loro famiglie la continuità degli interventi (art. 2, c. 2, lett. c), punto 12);
- necessità di riorganizzare il percorso di presa in carico delle persone con disabilità già

- a partire dal sistema di accesso: la soluzione auspicabile è quella della costituzione di presenza di sportelli unitari e identificabili, che vedono la presenza congiunta e stabile di professionisti sanitari e sociali e la costituzione di UVM Disabilità a livello della zona distretto o di equipe specifiche (art. 2, c. 2, lett. c), punto 4);
- 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 (art. 2, c. 2, lett. c), punto 5);
  - monitoraggio del progetto personalizzato rappresenta un elemento centrale nella misura in cui vengono individuati, quali indicatori di esito, alcuni elementi significativi derivanti dalla valutazione multidimensionale; già nell'ambito della pianificazione, debbono pertanto essere identificati tali indicatori e determinati i tempi del monitoraggio. La ri-valutazione, quindi, permette di rilevare gli elementi grazie ai quali effettuare il monitoraggio dei progetti personalizzati e prevedere, alla luce delle evidenze, una eventuale rimodulazione degli stessi (art. 2, c. 2, lett. b), punto 6);
  - occorre investire sulla formazione degli operatori sociali e sanitari per far sì che la filosofia del paradigma dei diritti, una volta acquisita, diventi uno strumento di lavoro all'interno dei servizi. Un investimento a favore del capitale umano, per apportare alle condizioni operative di contesto il cambiamento del paradigma culturale fra gli addetti ai lavori e il cambiamento dell'approccio organizzativo alla funzionali all'efficacia dei percorsi. La condivisione dei principi che presiedono all'assistenza e all'integrazione sociosanitaria, la diffusione delle buone prassi di inclusione sociale e la conoscenza degli aspetti scientifici e culturali in materia di disabilità, possono rappresentare un importante fattore di sviluppo dei servizi, se agite nell'attuazione dei percorsi quale modalità di lavoro condivisa da tutti i partner, in un'ottica di coproduzione di significati e prassi;
  - coinvolgimento di risorse private nella ricomposizione prevista dal budget di progetto (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 nel budget di salute 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 (art. 2, c. 2, lett. c), punto 8);
  - non può prescindere dall'affrontare preliminarmente il potenziamento del Servizio Sociale Professionale nel Servizio Sanitario Nazionale, come si sta cercando di realizzare anche nei Comuni/Ambiti territoriali, insieme al rafforzamento dell'intero sistema di servizi sociali territoriali e domiciliari (art. 2, c. 2, lett. c), punto 4);
  - in tale scenario, il preciso obiettivo assunto è quello di promuovere, un nuovo modo di pensare, progettare e assicurare risposte appropriate alle persone con disabilità, facendo leva sulle capacità degli attori pubblici e privati del sistema dei servizi sociali di cooperare per massimizzare la qualità dell'offerta e l'efficacia d'impiego delle risorse;
  - a proposito della sostenibilità finanziaria del sistema e della opportunità offerta di riconvertire risorse va detto che, a fronte delle attuali risorse pubbliche dedicate al settore della disabilità, si rileva la necessità di un'uniformare i diversi sistemi

informatizzati che consentano di conoscere a fondo gli elementi che compongono gli interventi, le prestazioni e i servizi nella loro scomposizione e organizzazione in voci di costo per valore unitario (monetizzazione), caratteristiche qualitative, categoria/tipologia, fonte di copertura finanziaria etc. Ad una mappatura di tal genere pare opportuno pervenire per orientare il lavoro delle equipe di valutazione nella costruzione del budget di progetto (art. 2, c. 2, lett. c), punto 12);

Infine, così come accennato in precedenza, sul tema delle risorse si ritiene strategico avere particolare attenzione alla ricomposizione tra risorse sanitarie e sociali, così da rendere le stesse pienamente attivabili, a prescindere dal fatto che queste risultino essere di matrice pubblica ovvero privata. È fondamentale approfondire il tema del processo di co-progettazione per poter sviluppare al meglio i sistemi di *welfare* locale.

Parallelamente, si suggerisce di semplificare le norme attuali e future, utilizzando definizioni univoche delle differenti definizioni: ad esempio il budget di salute e quello di progetto, ma anche il progetto personalizzato, individuale o di vita.

Si ritiene che con questa riforma si possano sviluppare nuove regole di utilizzo dei finanziamenti tali da rendere possibile la personalizzazione del progetto. Conseguentemente andranno revisionati i sistemi di accreditamento e della rete dei servizi.

È quindi chiaro che questa riforma, a nostra avviso, dovrà individuare i soggetti responsabili di tutto il sistema, dando loro strumenti coerenti nonché adeguati di *governance* e di indirizzo dei servizi sociosanitari territoriali.

Roma, 15 novembre 2021