



OSSERVAZIONI al PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2019-2023 DEL VENETO - progetto di Legge n°357/2018

PREMESSA

Lo strumento di pianificazione regionale rappresenta una guida per sviluppare e consolidare i principali tratti evolutivi del sistema sanitario veneto già introdotti con il PSS precedente.

Le azioni già intraprese, dunque, si dovranno conciliare con lo sviluppo di misure atte a garantire la sostenibilità dell'universalità di cure e a proseguire le azioni miglioramento degli strumenti necessari per affrontare anche i bisogni di salute, raccogliendo la sfida per gestire le inevitabili contraddizioni offerte dall'osservazione delle complessità della realtà odierna.

Le nuove sfide sociali rendono sempre più importanti considerare iniziative e politiche che promuovano coesione sociale: le varie forme di povertà hanno amplificato il rischio di esclusione sociale di gruppi di popolazione, con la necessità di avviare interventi per ridurre le disuguaglianze. La nuova definizione Internazionale di Servizio Sociale del 2014 richiama appunto ad una funzione promozionale e di contrasto alle ingiustizie sociali.

Pertanto la *governance* del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari deve mirare all'effettiva integrazione socio-sanitaria e continuità assistenziale, ed offrire, anche con proposte innovative, maggiori ed uguali opportunità di cura e di assistenza (per tutti).

In questo documento si presentano i seguenti punti;

1. OSSERVAZIONI al PSSR E PROPOSTE DI EMENDAMENTI;

ALLEGATI:

2. ISTITUZIONE DELL'AREA DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (Rif.to alla DGR Piemonte n. 17-6487 del 16 febbraio 2018) PER POTENZIARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA;
3. EVIDENZE SULL'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE DEL SANITARIO E SOCIO-SANITARIO;

1. OSSERVAZIONI AL PIANO SOCIO- SANITARIO DELLA REGIONE VENETO (PSSR) E PROPOSTE DI EMENDAMENTI

Il documento nella premessa generale propone la centralità della persona, cercando di evidenziare i diversi percorsi degli utenti, in relazione alle principali tipologie di bisogni/domanda a cui i servizi per la salute si trovano a rispondere nell'attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica. (pag. 9 del PSSR).

1.AL PUNTO dedicato all'INTRODUZIONE, "Salute in un sistema Integrato" (pag. 11 del PSSR) riprende in maniera appropriata gli obiettivi di un'organizzazione che deve valorizzare i fattori di salute presenti nelle comunità e prevenirne quelli che rappresentano i maggiori rischi.

Si evidenzia nel piano che "un buon governo per la salute richiede un insieme sinergico di politiche, la maggior parte delle quali appartengono a settori interconnessi a quello sanitario e che devono essere sostenute da politiche che ne favoriscano la collaborazione".

Centrale in questa azione strategica è la programmazione di politiche sociali attente a promuovere il benessere delle comunità locali.

Interventi che non sono attuabili senza la garanzia che nei territori venga rafforzata la presenza degli Assistenti Sociali.



La parte dedicata a “Salute e Comunità” (pag. 11 e12 del PSSR) è strettamente connessa alle competenze proprie del Servizio Sociale di Comunità: un approccio di lavoro in grado di sviluppare le collaborazioni tra le risorse formali ed informali presenti nelle Comunità locali, per valorizzarle in progettualità orientate ad organizzare risposte ai bisogni dei cittadini, ed azioni di promozione del benessere individuale e collettivo. I progetti sociali orientati al potenziamento del capitale sociale potranno favorire lo sviluppo di un Sistema di Welfare che punta a rigenerare le capacità e le responsabilità delle persone e delle stesse comunità ma soprattutto si trasformano in azioni a protezione della salute delle persone e aumentano l’efficacia degli interventi, a favore di un risparmio di bilancio degli enti pubblici (riduzione della frammentazione degli interventi; monitoraggio della filiera integrata sociale e sanitario, etc ...).

In quest’ottica le **azioni di contrasto alla povertà** richiedono la presenza di un adeguato numero di assistenti sociali sia nei Comuni sia nei servizi delle Aziende ULSS che implementino pratiche virtuose con ricadute positive nella salute della comunità.

EMENDAMENTO N 1

- Pertanto si propone di inserire al termine del paragrafo **INTRODUZIONE, Salute e Comunità**, a pag. 12 la seguente dicitura:

“Vi saranno azioni orientate a garantire la presenza di Assistenti Sociali nelle Equipe Multiprofessionali dei Servizi Socio-Sanitari delle AULSS e di promuoverne un’adeguata presenza nei Servizi Sociali dei Comuni.

AL PUNTO 4, dedicata a SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO, si evidenzia la necessità di prevedere figure professionali multidisciplinari nelle realtà dei Distretti socio-sanitari, con un’adeguata presenza anche del Servizio Sociale Professionale all’interno dei servizi.

EMENDAMENTO N 2

- Pertanto si propone di inserire al termine del paragrafo **4: SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO**, il seguente testo:

L’obiettivo del “benessere globale del paziente” richiede l’attenzione all’integrazione, alla multidisciplinarietà e interdisciplinarietà, all’intersectorialità, finalizzati ad una presa in carico globale della persona ed una continuità assistenziale dell’utente, delle famiglie.
Per raggiungere tale obiettivo occorre favorire la presenza del professionista Assistente Sociale, in quanto permette una presa in carico globale della persona e di mettere in connessione tutti i settori del welfare ed attivare/prendersi cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione interna all’Azienda (Ospedale-Territorio) che esterna (EELL, privato convenzionato/accreditato, III° e IV° settore)”¹.

¹ Documento del 29 ottobre 2010 del Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute, Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Assistenti Sociali, OO.SS., *Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità, Roma 2010*



AL PUNTO 5. IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE:

In un'ottica di ascolto e ricerca del benessere globale del paziente il Servizio Sociale² rappresenta un'utile risorsa professionale, che ha le competenze per creare i collegamenti con i servizi territoriali, e soprattutto con i familiari dei pazienti, al fine di individuare un progetto di aiuto e di sostegno personalizzato.

EMENDAMENTO N 3

- Pertanto al punto 5-IL PAZIENTE NEL PERCORSO IN OSPEDALE, al termine del primo paragrafo a pag. 75, si propone di integrare:



- Si dovrà garantire un'adeguata presenza del Servizio Sociale Ospedaliero, per seguire i pazienti, in particolare i più fragili, nel raccordo con i loro familiari, con i servizio del territorio e con le risorse della comunità di vita, per favorire l'attivazione delle reti di aiuto. Il servizio sociale, all'interno della realtà ospedaliera, mira a supportare la condizione dei pazienti e dei familiari, affinché la condizione di malattia non produca effetti collaterali di natura relazionale e sociale che possano ulteriormente mettere a repentaglio il loro benessere³, e può curare la continuità assistenziale con il territorio garantendo un approccio integrato sociale e sanitario.

AL PUNTO 6. LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA MULTI MORBILITÀ PER INTENSITÀ DI CURA E ASSISTENZA (pag. 80 del PSSR)

Nei servizi del sistema sanitario, l'assistente Sociale svolge un ruolo di garante degli aspetti sociali che devono essere affrontati da parte della persona con problemi di salute, favorendo lo snodo degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale, e le connessioni tra le diverse tipologie di prestazioni (sanitarie, sociosanitarie e sociali). Con riferimento all'istituzione dell'area delle professioni socio sanitarie prevista dall'art. 5 della legge 3/2018 ed alla possibilità, in coerenza all'evoluzione normativa, di prevedere l'aggregazione dei profili professionali in aree prestazionali finalizzate ad una migliore efficacia ed efficienza degli interventi, si evidenziano le funzioni dell'assistente sociale nell'area delle prestazioni socio sanitarie.

²Il Servizio Sociale Ospedaliero esiste da 50 anni: La legislazione che ha legittimato la presenza di questi professionisti in ospedale è individuabile l'articolo 39 della legge 12 febbraio 1968 n 132, la quale individua la loro afferenza nella direzione sanitaria; è inoltre individuabile l'articolo 43 del D.P.R 27 marzo 1969 n 128, il quale ha definito il mandato istituzionale e professionale dell'assistente sociale in ospedale nel seguente modo: "Rivolto 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"; ed è previsto nella L. legge 833/1978. Come indicato del citato documento del Ministero della Salute del 2010: *"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, le SVAMA e SVANDI), il lavoro diretto con i cittadini, sino alla stretta promozione/collaborazione con l'associazionismo."*

³ Si ritiene opportuno fare riferimento agli esiti di due recenti ricerche realizzata dall'Università degli Studi di Padova, sulla funzione del servizio sociale per il sostegno e la qualità della vita del malato grave e terminale e della famiglia, in Veneto (in particolare nelle province di Padova e Verona). La prima ricerca rende conto dei **bisogni della famiglia con un componente gravemente ammalato** mettendo in evidenza come le competenze dell'assistente sociale potrebbero attivare la rete di supporto; la seconda riguarda **le difficoltà e gli incidenti critici in cui incorrono gli amministratori di sostegno**, che potrebbero essere **risolti grazie all'intervento dell'assistente sociale**.



EMENDAMENTO N 4

Pertanto al termine del paragrafo relativo al Distretto, a pag. 85 si propone di inserire:

➤ **L'Assistente Sociale:**

- rappresenta un supporto alla famiglia dinanzi alla malattia grave (l'esempio oncologico), e l'importante sostegno allo stress dei familiari/care givers;**
- individua analizza e valuta le situazioni di rischio, di disagio e di bisogno sociale, individuale, familiare e di gruppo;**
- **svolge la valutazione sociale intesa come approfondimento degli aspetti e bisogni della persona in relazione al suo ambiente di vita, rileva le potenzialità e le carenze presenti a livello relazionale, familiare e di contesto, anche in funzione della capacità di fronteggiamento del problema e partecipa alla valutazione multidimensionale operata all'interno di équipe multidisciplinari;**
- **concorre ad attuare percorsi di continuità assistenziale appropriati rispetto ai bisogni delle persona e all'utilizzo delle risorse, facilitando e sostenendo l'adesione alle cure, le dimissioni ospedaliere, la progettualità domiciliare favorendo l'incontro tra bisogni personali e familiari e la rete dei servizi territoriali;**
- **accompagna la persona e la sua famiglia nelle diverse fasi dell'intervento, mediante un approccio improntato all'ascolto e al supporto relazionale ed emotivo, in un processo dinamico e continuativo;**
- **all'interno dell'équipe multidisciplinare concorre alla definizione di progetti individualizzati e piani diagnostici e riabilitativi nella gestione delle situazioni di fragilità sociale e cura la pianificazione, il coordinamento, la gestione e la verifica del percorso assistenziale e di sostegno (case management);**
- **provvede, all'interno delle équipe multi professionali per le cure palliative, all'analisi delle problematiche relative all'eventuale necessità di sostegno economico e sociale del malato e della sua famiglia", e di "valutazione sulla necessità di tutela dei membri deboli del nucleo familiare.** ⁴

AI PUNTO 7. MALATTIE RARE:

Risulta necessario potenziare il collegamento tra i sistemi di cura e di orientamento, informazione ed assistenza alle persone e alle loro famiglie. La presenza di assistenti sociali nei servizi e nei Comuni potrà favorire la presa in carico ed un adeguato informazione e sostegno alle persone affette da malattie rare e ai loro familiari, e potrà favorire il raccordo efficace con l'Associazione Malattie Rare e gli sportelli informativi che si stanno attivando in diversi territori del Veneto.

⁴ La Regione Veneto, con apposita **Deliberazione n° 2989 del 22/09/00**, ha previsto le figure professionali che compongono le équipe per le cure palliative e le rispettive funzioni. Alcuni dei principi fondamentali delle cure palliative quali quello di globalità e personalizzazione dell'intervento, unità di cura malato-famiglia, e dell'autodeterminazione del paziente, sono parte integrante dei fondamenti teorici e metodologici di riferimento del Servizio Sociale sin dai suoi albori. La necessità di integrazione fra sociale e sanitario è uno degli obiettivi storici da sempre perseguiti dal Servizio Sociale professionale che oggi trova piena corresponsione anche da parte di importanti aree del settore sanitario, significativamente nell'ambito delle cure palliative.



EMENDAMENTO N 5

- Pertanto si propone di integrare al **punto 7. penultimo paragrafo a pag. 91 del PSSR: Questo collegamento è garantito da protocolli e percorsi assistenziali, in collegamento con i servizi sociali dei Comuni e dei Servizi Socio-sanitari.**

AL PUNTO 9. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA (Pag. 103 del PSSR)

La necessaria integrazione socio-sanitaria richiede la valorizzazione, oltre che delle professioni sanitarie, anche delle professionalità con competenze sociali e psicologiche.

L'assistente sociale è presente nei servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati (ospedali, hospice, consultori familiari, vigilanza e commissioni di medicina legale, dimissioni protette, servizi per le dipendenze e patologie correlate, per la salute mentale, disabilità e non autosufficienza, contrasto alla violenza di genere,) che si occupano di prevenzione, trattamento e cura dei bisogni di salute.

Può pertanto contribuire all'individuazione preventiva e precoce delle fragilità, ed ad una presa in carico secondo una visione unitaria e di continuità assistenziale, coordinata con le reti informali. (Pag. 106), rappresenta la lettura delle esigenze della persona in modo correlato (sanitarie, sociali, relazionali, ambientali) al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio (quali professionisti, quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con che modalità e per quanto tempo) e quindi quali risorse, in termini di personale, servizi, in atto, o da attivare, a breve, medio e lungo termine.

EMENDAMENTO N 6

Al Punto relativo gli interventi assistenziali a lunga durata Long Term Care (pag. 105), si propone di inserire:

- **Risulta utile la presenza e valorizzazione dell'Assistente Sociale professionale al fine di svolgere una diagnosi e valutazione del bisogno multidimensionale e multiprofessionale, attraverso lo strumento dell'UVMD.**

AL PUNTO 9.2 LE DIPENDENZE Al punto (a pag. 116)" –nella prevenzione primaria e selettiva:

EMENDAMENTO N 7

- Si propone di integrare il punto 9.2 LE DIPENDENZE (a pag. 116)" –nella prevenzione primaria e selettiva, aggiungendo: **" favorire il coinvolgimento attivo dei servizi sociali, culturali ed educativi degli enti locali "(...)**

AL PUNTO 9.3 L'INFANZIA, L'ADOLESCENZA E LA FAMIGLIA

Nel piano si evidenzia che "le politiche per la famiglia, l'infanzia, i minori e i giovani devono prevedere, tra le altre, azioni volte al sostegno alla genitorialità in tutte le sue fasi, in una visione complessiva dei servizi che ponga al centro il ruolo della famiglia e che sviluppi una integrazione socio sanitaria".

Il legislatore nazionale con il **DPCM del 12 gennaio 2017** già individua una serie di servizi essenziali- quindi basilari e inderogabili - per i minori che si trovano in uno stato di fragilità personale e familiare, fra cui



Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie (art 24), Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (art 25), Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (art 32) e delega alle Regioni (v. Norme transitorie e finali) il compito di rendere tali servizi non solo effettivi, ma uniformi su tutto il territorio, senza discriminazione o eccezione alcuna.

Riteniamo che sia **prioritario che, in primis i servizi essenziali previsti dal DPCM del 12 gennaio 2017, vengano garantiti nel territorio regionale Veneto.**

Riteniamo utile inoltre sottolineare che con la pianificazione delle U.O.C. distrettuali "Infanzia-Adolescenza-Famiglia-Consultorio Familiare" sono state previste due U.O.S, una di Età Evolutiva e una di Neuropsichiatria infantile. Tale azione è in contraddizione con quanto stabilito dalle Linee Guida del Servizio di Età Evolutiva così 4 bene disciplinato dalla DGR n.1533 del 2011.

Per garantire i livelli essenziali di assistenza è **prioritario e urgente inoltre il potenziamento dell'organico.**

EMENDAMENTO N 8

Nell'ambito della UOC I.A.F.Cons., come da Linee Guida DGR 1533/2011, si indica in via prioritaria l'unificazione delle UOS Età Evolutiva e UOS Neuropsichiatria infantile e la necessità di ripristinare-adequare il personale nel rispetto dei LEA

AL PUNTO 9.5. L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON PATOLOGIE DEGENERATIVE

L'analisi della composizione della popolazione permette di individuarne i bisogni prioritari ai fini della programmazione del sistema dei servizi. L'aumento della popolazione anziana, con una conseguente maggiore incidenza di condizioni croniche, associata all'esigenza di ridurre l'accesso alle prestazioni di ricovero, hanno determinato l'aumento della domanda di cure domiciliari. Tale ambito richiede molta attenzione al sostegno dei familiari e delle persone che si occupano della cura. In diverse realtà territoriali si sono dimostrati utili le esperienze di gruppi di sostegno e di auto e mutuo aiuto per i familiari, ad es. gli Alzheimer Caffè, i Gruppi di sostegno per Care Givers.⁵

EMENDAMENTO N 9

Pertanto al PUNTO: Presa in carico delle persone con demenza (pag. 126 del PSSR) si propone di integrare il paragrafo con:

- **Di assumere Assistenti Sociali professionali all'interno delle Equipe multi professionali per le cure palliative e delle malattie degenerative, in quanto possono provvedere al necessario sostegno economico e sociale del malato e della sua famiglia, oltre al sostegno allo stress legato al lavoro di cura. Provvede alla valutazione sulla necessità di tutela dei membri deboli del nucleo familiare supportando i famigliari anche nelle pratiche assistenziali e normative.⁶**

⁵ in La rivista Italiana di Cure Palliative, n. 2/2006, **Il ruolo dell'assistente sociale in hospice: quale contributo all'équipe multidisciplinare**, di Silvia Funes Nov, Assistente sociale dell'Hospice "Casa Tua Due" di Belluno U.L.S.S. 1 Belluno.

⁶ La Regione Veneto, con apposita **Deliberazione n° 2989 del 22/09/00**, ha previsto le figure professionali che compongono le équipe per le cure palliative e le rispettive funzioni.

- Flavia Baruzzi, Emanuela Di Fatta, Tiziana Mondin, Anna Maria Russo, **Specificità del core curriculum dell'assistente sociale in cure palliative**, in Rivista Italiana di Cure Palliative 2015; XVII (2) – © 2015 Società Italiana di Cure Palliative



AL PUNTO 10.1- LA GOVERNANCE DEL SISTEMA- L'Area Sanità e Sociale.⁷

EMENDAMENTO N 10

- **Si propone di inserire a pag. 133, paragrafo Aziende Sanitarie**

Si provvederà all'istituzione del Servizio Sociale Professionale (SSP) all'interno delle Aziende ULSS, quale unità organizzativa autonoma, integrata con le altre, ma con un responsabile dirigente espressione della professione, in analogia alle articolazioni delle professioni sanitarie, come indicato nella legge 251/2000 e le successive modifiche (legge 26 maggio 2004, n. 138, e legge 3 febbraio 2006, n.27).

IL PUNTO 16- RAPPORTI CON L'UNIVERSITA', PAG. 169 del PSSR

Il tema della formazione e della ricerca anche nell'ambito sociale vede la necessaria collaborazione con le sedi Universitarie, in particolare in cui si sono attivati i corsi di Laurea in Scienza del Servizio Sociale, Triennali e Magistrali, che rappresentano opportunità di formazione e di ricerche anche nell'ambito dei servizi sociali e socio-sanitari dei territori.

EMENDAMENTO N 11

Pertanto si propone di integrare a pag. 169 del PSSR

- Per quanto riguarda la formazione di Assistenti si sosterranno le collaborazioni in particolare con le Università di Venezia, Padova e Verona, in cui sono attivati i Corsi di Laurea in Scienze del Servizio Sociale Triennali e Magistrali, finalizzata ad una sempre più aggiornata formazione, su tematiche innovative, ed in raccordo con l'Ordine Professionale degli Assistenti Sociali del Veneto e Nazionale.

⁷ A tal proposito si indica l'esempio della Delibera della Regione Piemonte del 16 febbraio 2018, N. 17-6487, che può rappresentare un riferimento per valutare tale proposta organizzativa:
Nuove Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell'organizzazione del Servizio Sociale Professionale Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e conseguente revoca parziale della DGR n. 50-12480 del 2.11.2009.



ALLEGATI:

2. ISTITUZIONE DELL'AREA DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE: PROPOSTA DI VALORIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

La necessaria integrazione socio-sanitaria richiede la valorizzazione, oltre che delle professioni sanitarie, anche delle professionalità con competenze sociali e psicologiche. Pertanto in questo documento si presentano le funzioni dell'Assistente Sociale in Sanità, avanzando la proposta di istituire l'area del Servizio Sociale Professionale nelle Aziende ULSS.

PROFILO E FUNZIONI DELL'ASSISTENTE SOCIALE IN SANITA'

Le osservazioni considerano l'attuale sistema di classificazione e i fondamenti giuridici della professione, il contesto evolutivo normativo, i bisogni emergenti ed i modelli organizzativi. Vengono quindi indicati i contenuti professionali e tra questi le componenti che caratterizzano l'ambito delle prestazioni sociosanitarie con attenzione agli strumenti per sostenere e valorizzare lo sviluppo della professione. Un approfondimento viene dedicato ad alcuni aspetti, rilevati come critici, nell'articolato del recente contratto.

1. Attuale sistema di classificazione professionale e riferimenti giuridici dell'assistente sociale

In base al DPR 761 "Stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali" del 20/12/1979, che istituisce i quattro ruoli (sanitario, professionale, tecnico e amministrativo) del personale della Sanità, l'assistente sociale afferisce al ruolo tecnico. Tale collocazione appare sempre meno rispondente allo sviluppo normativo e formativo della professione e al suo ruolo all'interno del sistema sanitario e sociosanitario.

Anche le declaratorie vigenti, definite nel CCNL integrativo del 20/09/2001, per i profili di collaboratore professionale assistente sociale e collaboratore professionale assistente sociale esperto risultano riduttive e non rappresentano compiutamente la figura professionale e le sue funzioni.

Al fine di delineare ed aggiornare in prospettiva il profilo dell'assistente sociale si richiama in primo luogo la legge 84/1993, che disciplina la professione e prevede l'istituzione dell'Albo professionale. L'art. 1 sancisce che l'assistente sociale *"opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno ed il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative. L'assistente sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione ed alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali"*.

La formazione universitaria si articola sui due livelli (3+2): laurea triennale e laurea magistrale.

Il DPR 328/2001 articola l'Albo professionale in due sezioni (sezione A degli assistenti sociali specialisti e sezione B degli assistenti sociali) e ne indica le attività esercitabili.

Quale professione ordinistica, ai sensi del DPR 7 agosto 2012, n. 137, è tenuta, nell'esercizio della professione, a garantire la formazione continua.

Il DM 2 agosto 2013, n. 106, con riferimento ai parametri definiti per la liquidazione da parte di un organo giurisdizionale dei compensi per le professioni regolamentate, riporta le funzioni dell'assistente sociale suddivise in: Area relazionale, Area gruppi e comunità, Area didattico-formativa, Area studio e ricerca, Area progettuale, programmatoria e di amministrazione dei servizi.



2. Linee di indirizzo in Sanità, contesto evolutivo e modelli organizzativi

A partire dalla riforma sanitaria gli indirizzi legislativi in materia, rafforzano sempre più i principi dell'integrazione sociosanitaria quale modalità per perseguire, a vari livelli (istituzionale, gestionale e professionale) gli obiettivi di salute intesa come benessere psico, fisico e sociale

Le politiche sanitarie e sociosanitarie, in linea con i mutamenti socio-demografici, sono orientate a sviluppare gli interventi nelle aree della non autosufficienza e disabilità in presenza di bisogni complessi dei pazienti anziani, cronici e fragili.

La normativa in materia riconosce nella valutazione multidimensionale la metodologia scientifica idonea a valutare, da parte di equipe pluriprofessionali i bisogni della persona in tutte le dimensioni (clinica-funzionale e sociale) e a redigere i piani di assistenza individualizzati.

I modelli di intervento nell'area sociosanitaria investono 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. Ciò si realizza attraverso un'adeguata valorizzazione di tutte le professioni sanitarie e sociali chiamate a concorrere nelle diverse fasi.

La crescita da una parte delle diverse tipologie di unità di offerta e dall'altra delle specializzazioni professionali espone al rischio di risposte frammentarie e parcellizzate; sono, pertanto, da privilegiare approcci e modalità orientate a favorire connessioni ed interscambi istituzionali professionali e di sussidiarietà.

In questo quadro evolutivo la figura professionale dell'assistente sociale svolge un ruolo importante e specifico nel contribuire e partecipare a pieno titolo all'attuazione delle politiche e dei programmi sopra indicati e all'elaborazione di modelli organizzativi che favoriscono l'integrazione sociosanitaria.

3. Competenze e specificità professionali dell'assistente sociale

L'assistente sociale è presente nei servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati (ospedali, hospice, consultori familiari, vigilanza e commissioni di medicina legale, dimissioni protette, servizi per le dipendenze e patologie correlate, per la salute mentale, disabilità e non autosufficienza, contrasto alla violenza di genere, **servizi per l'età evolutiva**) che si occupano di prevenzione, trattamento e cura dei bisogni di salute.

Per la specifica formazione e le competenze proprie della professione l'assistente sociale opera, in linea con l'evoluzione scientifica e normativa, attraverso un modello basato sul concetto multidimensionale di salute in un'ottica di continuità assistenziale.

Nei servizi del sistema sanitario, svolge un ruolo di garante degli aspetti sociali e **relazionali** della persona con problemi di salute favorendo lo snodo degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale, e le connessioni tra le diverse tipologie di prestazioni (sanitarie, sociosanitarie e sociali).

Con riferimento all'istituzione dell'area delle professioni socio sanitarie prevista dall'art. 5 della legge 3/2018 ed alla possibilità, in coerenza all'evoluzione normativa, di prevedere l'aggregazione dei profili professionali in aree prestazionali finalizzate ad una migliore efficacia ed efficienza degli interventi, si evidenziano le funzioni dell'assistente sociale nell'area delle prestazioni socio sanitarie.

Le funzioni dell'assistente sociale sono riconducibili alle seguenti aree di attività:

a) Attività manageriali, di elevata responsabilità e coordinamento



In tale area rientrano le funzioni a carattere manageriale, di elevata responsabilità e coordinamento, in particolare l'assistente sociale:

- contribuisce con i livelli direzionali alla costruzione, attuazione e verifica degli indirizzi ed obiettivi dell'ente per la materia di competenza;
- partecipa alla definizione di procedure e protocolli operativi che possono favorire percorsi assistenziali e di presa in carico integrati;
- partecipa alla definizione di progetti di qualità per gli ambiti più specificatamente sociali e individua standard di qualità;
- contribuisce alla rilevazione e all'analisi del bisogno sociale e delle risorse del territorio, anche mediante l'individuazione di indicatori sociali, in funzione delle attività di programmazione e di governo del sistema territoriale dei servizi di competenza dell'ente;
- promuove progetti e collaborazioni con i soggetti della rete territoriale, partecipa ai tavoli istituzionali, tecnici e di coordinamento e concorre all'attività di governance e di pianificazione territoriale, in particolare nella costruzione, gestione e valutazione dei Piani di Zona;
- gestisce, organizza e coordina i servizi e le risorse - umane, strumentali e economiche - assegnate;
- rileva i bisogni formativi di area sociale e partecipa alla predisposizione del Piano Formativo aziendale;
- supporta la gestione dei casi complessi/ critici che non trovano risposte a livello locale.

b) Attività tecnico operative

In tale area rientrano le attività svolte con autonomia tecnico-professionale e di giudizio, secondo le fasi metodologiche tipiche dell'intervento sociale, in particolare l'assistente sociale:

- svolge funzioni di segretariato sociale professionale fornendo informazioni, orientamento e sostegno ai cittadini nei processi di accesso a servizi e risorse territoriali e nella conoscenza e fruizione dei propri diritti esigibili;
- individua, analizza e valuta le situazioni di rischio, di disagio e di bisogno sociale, individuale, familiare e di gruppo;
- svolge la valutazione sociale intesa come approfondimento degli aspetti e bisogni della persona in relazione al suo ambiente di vita, rileva le potenzialità e le carenze presenti a livello relazionale, familiare e di contesto, anche in funzione della capacità di fronteggiamento del problema e partecipa alla **valutazione multidimensionale** operata all'interno di équipe multidisciplinari;
- **concorre ad attuare percorsi di continuità assistenziale** appropriati rispetto ai bisogni delle persone e all'utilizzo delle risorse, facilitando e sostenendo l'adesione alle cure, le dimissioni ospedaliere, la progettualità domiciliare favorendo l'incontro tra bisogni personali e familiari e la rete dei servizi territoriali;
- accompagna la persona e la sua famiglia nelle diverse fasi dell'intervento, mediante un approccio improntato all'ascolto e al supporto relazionale ed emotivo, in un processo dinamico e continuativo;
- all'interno dell'équipe multidisciplinare concorre alla definizione di progetti individualizzati e piani diagnostici e riabilitativi nella gestione delle situazioni di fragilità sociale e cura la pianificazione, il coordinamento, la gestione e la verifica del percorso assistenziale e di sostegno (case management);



- provvede, all'interno delle **equipe multi professionali per le cure palliative**, all'analisi delle problematiche relative all'eventuale necessità di sostegno economico e sociale del malato e della sua famiglia", e di "valutazione sulla necessità di tutela dei membri deboli del nucleo familiare;⁸
- attiva interventi per la protezione giuridica di persone prive in tutto o in parte di autonomia, anche attraverso la segnalazione all'autorità giudiziaria; agisce su mandato della autorità giudiziaria per valutazioni sociali e pareri tecnici in ordine a situazioni in carico ai servizi sanitari e socio-sanitari;
- collabora per l'individuazione e la formazione degli Amministratori di Sostegno per le persone con fragilità;
- interviene nella costruzione e attivazione delle reti territoriali, coordinando tavoli tecnici con la partecipazione di soggetti istituzionali e non;
- progetta e implementa l'attività del Servizio di afferenza mediante raccolta ed elaborazione di dati sociali e documentazione inerente il lavoro sociale, anche al fine di analisi e ricerca;
- partecipa alle campagne di informazione e comunicazione, promosse dall'ente, in tema di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;
- partecipa alla progettazione e realizzazione di progettualità innovative nell'ambito dei programmi di prevenzione e di promozione della salute e/o di tematiche specifiche di carattere socio-sanitario e sociale, anche attraverso l'attività formativa e la costituzione e conduzione di gruppi.

c) Attività di formazione e di ricerca

In tale area l'assistente sociale:

- contribuisce all'elaborazione e all'aggiornamento di protocolli tecnico scientifici, comprese linee guida;
- collabora alla definizione di progetti di ricerca e della relativa metodologia;
- esercita attività di supervisione e tutoring a studenti dei corsi di laurea in Servizio sociale in collaborazione con le Università;
- organizza attività di formazione e svolge interventi di docenza su argomenti attinenti l'area sociale nell'ambito di programmi formativi aziendali.

4. Strumenti per lo sviluppo delle competenze e l'accrescimento professionale

⁸ La Regione Veneto, con apposita **Deliberazione n° 2989 del 22/09/00**, ha previsto le figure professionali che compongono le équipes per le cure palliative e le rispettive funzioni. Alcuni dei principi fondamentali delle cure palliative quali quello di globalità e personalizzazione dell'intervento, unità di cura malato-famiglia, e dell'autodeterminazione del paziente, sono parte integrante dei fondamenti teorici e metodologici di riferimento del Servizio Sociale sin dai suoi albori. La necessità di integrazione fra sociale e sanitario è uno degli obiettivi storici da sempre perseguiti dal Servizio Sociale professionale che oggi trova piena corresponsione anche da parte di importanti aree del settore sanitario, significativamente nell'ambito delle cure palliative.

in La rivista Italiana di Cure Palliative, n. 2/2006, **Il ruolo dell'assistente sociale in hospice: quale contributo all'équipe multidisciplinare**, di *Silvia Funes Nov, Assistente sociale dell'Hospice "Casa Tua Due" di Belluno U.L.S.S. 1 Belluno.*

- Flavia Baruzzi, Emanuela Di Fatta, Tiziana Mondin, Anna Maria Russo, **Specificità del core curriculum dell'assistente sociale in cure palliative**, in Rivista Italiana di Cure Palliative 2015; XVII (2) – © 2015 Società Italiana di Cure Palliative



Premesso che lo sviluppo delle competenze ha origine dal riconoscimento delle specificità e competenze della professione e dalla chiara definizione delle possibili funzioni e aree di attività indicate nei punti precedenti, si ritiene che tale obiettivo possa essere perseguito con le seguenti azioni:

- riconoscimento a livello contrattuale dell'obbligo di recepimento e applicazione da parte degli enti del regolamento per la formazione continua degli assistenti sociali ai fini dell'assegnazione dei crediti per gli eventi formativi da loro organizzati. Infatti l'aggiornamento e la formazione continua costituiscono un obbligo normativo in seguito all'approvazione del DPR 137/2012;
- riconoscimento e valorizzazione dell'attività di raccolta ed elaborazione di dati, studio di metodologie atte a individuare indicatori sociali per la valutazione dell'appropriatezza degli interventi e attività di ricerca finalizzate al miglioramento dei servizi;
- attribuzione degli incarichi di funzione previsti dal recente contratto per esprimere le potenzialità della professione nell'ambito di attività di elevata responsabilità e di coordinamento e favorire i processi lavorativi;
- **recepimento di quanto indicato nel Documento del 29 ottobre 2010 del Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute, 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 legge n. 251/00 e dalla normativa regionale di attuazione della stessa.**

IN BASE ALLE CONSIDERAZIONI ESPOSTE QUESTO ORDINE RICHIEDE:

- **L'istituzione del Servizio Sociale Professionale (SSP) all'interno delle Aziende ULSS, quale unità organizzativa autonoma, integrata con le altre, ma con un responsabile dirigente espressione della professione, in analogia alle articolazioni delle professioni sanitarie, come indicato nella legge 251/2000 e le successive modifiche (legge 26 maggio 2004, n. 138, e legge 3 febbraio 2006, n.27), A tal proposito si indica l'esempio della Delibera della Regione Piemonte del 16 febbraio 2018, N. 17-6487, che può rappresentare un riferimento per valutare tale proposta organizzativa.⁹**

Osservazioni in ordine alle funzione di coordinamento degli assistenti sociali

Pur riconoscendo che la formazione di carattere specialistico riveste un importante ruolo per lo sviluppo della professionalità e l'attribuzione di eventuali incarichi (l'art. 16 indica che *"la laurea magistrale specialistica rappresenta un elemento di valorizzazione ai fini dell'affidamento degli incarichi di maggior complessità"*), si ritiene che per la funzione di coordinamento agli assistenti sociali non debba essere richiesto il possesso del master di primo livello in quanto il requisito trova origine nella legge 43/2006 di disciplina delle professioni sanitarie e viene introdotto solo nei CCNL successivi con specifico riferimento ai termini di tale legge (che si sottolinea fa riferimento

⁹ Deliberazione della Giunta Regionale 16 febbraio 2018, n. 17-6487

Nuove Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e dell'organizzazione del Servizio Sociale Professionale Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e conseguente revoca parziale della DGR n. 50-12480 del 2.11.2009



esclusivamente alle professioni sanitarie). La funzione di coordinamento viene, nell'art. 16 dell'attuale contratto, associata alla legge 43 Dal momento che il contratto.

3. EVIDENZE SULL'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE IL SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

Riteniamo opportuno riferire gli esiti di due recenti ricerche realizzata dall'Università degli Studi di Padova, sulla funzione del servizio sociale per il sostegno e la qualità della vita del malato grave e terminale e della famiglia, in Veneto (in particolare nelle province di Padova e Verona).

- La prima ricerca rende conto dei **bisogni della famiglia con un componente gravemente ammalato** mettendo in evidenza come le competenze dell'assistente sociale potrebbero attivare la rete di supporto;
- la seconda riguarda **le difficoltà e gli incidenti critici in cui incorrono gli amministratori di sostegno**, che potrebbero essere **risolti grazie all'intervento dell'assistente sociale**.

1. Il servizio sociale per il supporto alla famiglia dinanzi alla malattia grave (l'esempio oncologico), e l'importante sostegno allo stress dei familiari/care givers.

La prima ricerca è stata realizzata al fine di riconoscere come le competenze professionali dell'assistente sociale possano essere tesaurizzate all'interno del reparto oncologico e di cure palliative. E' già stato messo in evidenza, infatti, come il servizio sociale ospedaliero supporti in modo significativo quello prettamente clinico, in quanto la malattia influisce negativamente sulla vita delle persone non solo dal punto di vista biologico ma anche da quello psicosociale. Rispettando la prospettiva dell'OMS secondo cui la salute delle persone non consiste tanto nell'assenza di malattia quanto piuttosto nel benessere garantito dai livelli di equilibrio bio-psico-sociale, tale intervento, quindi, si caratterizza per l'uso di tecniche e metodologie proprie sviluppate in un'ottica di rete sociale finalizzata all'*empowerment* degli utenti.

Il ruolo degli assistenti sociali nel contesto ospedaliero. La legislazione che ha legittimato la presenza di questi professionisti in ospedale è individuabile l'articolo 39 della legge 12 febbraio 1968 n 132, la quale individua la loro afferenza nella direzione sanitaria; è inoltre individuabile l'articolo 43 del D.P.R 27 marzo 1969 n 128, il quale ha definito il mandato istituzionale e professionale dell'assistente sociale in ospedale nel seguente modo: "Rivolto 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". La legge 833/1978 (legge istitutiva del servizio sanitario nazionale) ha previsto diverse equipe multi professionali neo servizi. Con il D.M. 13 settembre del 1988 la presenza dell'assistente sociale all'interno dell'ospedale è individuata come necessaria, pur sempre in qualità di personale tecnico sanitario, nei reparti di alta specializzazione.

L'ambito delle cure palliative

La legge 38/2010 è più chiara, in quanto riconosce l'importanza di questo ruolo all'interno delle Unità di Cure Palliative e la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) ha elaborato un core curriculum che promuove una competenza specifica dell'assistente sociale in questo ambito, nel rispetto dell'approccio olistico indicato dall'OMS. Dal 2010 ad oggi, si è sviluppata una "Rete Nazionale degli Assistenti Sociali delle Cure Palliative", il cui *mission* è quella di sviluppare un *expertise* per la promozione della prospettiva socio-sanitaria per le patologie cronicoterminali. Nel campo delle patologie croniche-gravi e terminali e nel fine-vita, l'assistente sociale opera per



migliorare il più possibile la qualità della vita del paziente e della sua famiglia, come disposto dalla legge 38/10. Nel perseguire tale obiettivo, questa figura professionale instaura una relazione che tiene conto dell'unicità della persona, rispettando i diritti universalmente riconosciuti. In siffatta relazione d'aiuto, la famiglia viene considerata come un'importante risorsa nel supporto del malato e per questo è necessario supportarla con interventi specifici e mirati al soddisfacimento dei bisogni più importanti per il mantenimento del proprio equilibrio. Questa attività rispecchia quanto riportato dall'articolo 6 del Codice deontologico dell'assistente sociale, secondo il quale: "la professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire ed affrontare situazioni di bisogno o di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione".

L'individuazione dei bisogni sociali degli utenti afferenti ad un reparto di oncologia, permettono di mettere in luce l'importanza delle competenze dell'assistente sociale. Gli obiettivi perseguiti sono stati:

- Conoscere e descrivere la rete sociale dei caregiver degli utenti seguiti dal servizio di cure palliative domiciliari e dal reparto di oncologia degli ospedali dell'ex Ulss 15 (Camposampiero e Cittadella). In particolare si cercherà di indagare se questi soggetti sono sostenuti o meno sia a livello informale (quindi grazie al contributo di parenti, amici, volontari, gruppi di auto mutuo auto), sia a livello formale (tramite l'attivazione di adeguati servizi, e grazie alla possibilità di accedere a determinati benefici di legge);
- Mettere in relazione il tipo di supporto che ricevono i soggetti che prestano assistenza ad utenti malati, qualora questo sia presente, con i livelli di distress sperimentati da questi ultimi;
- Conoscere quali potrebbero essere i bisogni principali dei caregiver e quanto la comparsa della malattia abbia inciso nel contesto di vita di questi ultimi, mettendo anche queste informazioni in relazione ai livelli di distress sperimentati da tali soggetti.

In Sintesi la ricerca ha permesso di mettere in luce che:

- La malattia ha spesso inciso in maniera significativa nella sfera economica del caregiver e a tal proposito, da alcuni commenti lasciati all'interno dei questionari, emerge che in questa sfera ha inciso anche il ricorso a trattamenti omeopatici a sostegno dell'utente malato.
- Spesso i soggetti che prestano assistenza si trovano a dover farsi carico non solo dell'utente malato, ma anche di altri soggetti fragili (38,6%) dovendo quindi conciliare la cura di più persone.

Lo studio ha inoltre rilevato i livelli di distress dei caregiver e ha messo in relazione questi ultimi con le caratteristiche della rete, del supporto sociale (sia formale che informale) che essi ricevono e con i bisogni che essi sperimentano.

Per concludere si può affermare che questa ricerca ha fatto emergere l'importanza di dar luce ai bisogni socio-assistenziali degli utenti seguita sia dai reparti oncologici sia dai servizi di cure palliative, introducendo una valutazione sociale che prenda in considerazione non solo l'utente ma anche il suo contesto familiare/sociale. È proprio grazie all'introduzione di quest'ultima che, anche



all'interno di un contesto prettamente sanitario quale quello dei servizi precedentemente citati, trova spazio e legittimazione il lavoro dell'assistente sociale.

Questo professionista ha la possibilità di mettere in gioco una pluralità di competenze le quali potrebbero trovare applicazione sia nei rapporti diretti con l'utente e con il suo contesto familiare, sia all'interno dell'équipe curante e in generale dell'istituzione presso cui tale esperto opera. Cercando di delineare queste ultime più nel dettaglio, facendo riferimento al Core Curriculum degli assistenti sociali (SICP, 2013) emerge che questi professionisti dovrebbero cercare di far fronte ai bisogni socioassistenziali rilevati mettendo in campo le seguenti competenze:

- Capacità di saper raccogliere e analizzare la storia familiare evidenziandone il contesto socio ambientale e cultura. Queste informazioni permettono di capire quali sono state le principali modalità di coping di quel malato e di quella famiglia;
- Saper riconoscere le strutture familiari e la rete sociale di prossimità;
- Saper raccogliere e decodificare la domanda di aiuto posta dall'utente o dal suo nucleo;
- Offrire informazioni di natura amministrativa relative ai diritti/ benefici di cui gli utenti e i loro familiari hanno diritto;
- Saper riconoscere la presenza di nuclei familiari fragili caratterizzati ad esempio dalla presenza di componenti con disabilità fisiche, psicologiche, minori con provvedimenti del tribunale per i minorenni;
- Saper valutare con l'équipe quanto sia opportuno l'invio degli utenti a servizi specialistici (per dare risposte più appropriate ai bisogni sociali rilevati) e saper comunicare questa decisione agli utenti;
- Saper lavorare in équipe, fornendo a quest'ultima informazioni utili sul malato, il suo contesto familiare e sui suoi bisogni sociali;
- Saper individuare le risorse sia dell'utente, sia del suo contesto familiare sia del territorio, al fine di poterle attivare e mettere in rete per fronteggiare i problemi sociali.

Dall'analisi delle competenze che l'assistente sociale dovrebbe mettere in gioco emerge quanto questo professionista risulta un utile supporto al fine di promuovere una presa in carico multidisciplinare e globale degli utenti seguiti sia dai servizi oncologici sia da quelli di cure palliative.