

Audizione informale del Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali

in Commissione Igiene e Sanità del Senato, nell'ambito dell'affare assegnato in materia di potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid (Atto n. 569)

PREMESSA

Il Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali rappresenta più di 45 mila professionisti che quotidianamente si confrontano con le più diverse situazioni di fragilità: dalla cronicità, alle dipendenze, dalla salute mentale, dalla tutela dei minorenni e il supporto alle loro famiglie sino alla devianza e alla povertà.

Questo avviene sia in forma di lavoro dipendente che in libera professione.

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 dell'assistenza. 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. Tutti i settori, dove viene attualmente esercitata la professione, hanno risentito in modo significativo dell'inadeguatezza delle strutture organizzative, dei tagli e degli scarsi investimenti degli ultimi decenni.

LA PROFESSIONE NEL CONTESTO SALUTE

La professione è presente in tutte le fasi della cura (*care*) dalla prevenzione all'accompagnamento al fine vita e in tutte le organizzazioni che si integrano nel sistema salute.

Gli assistenti sociali operano in ospedale, nelle reti delle cure palliative e hospice, nelle residenze sanitarie assistenziali, nei consultori familiari e nei servizi per l'età evolutiva, nelle REMS, nei servizi per le dipendenze, nella salute mentale, nei servizi per la disabilità e la non autosufficienza, nel contrasto alla violenza di genere, così come nella vigilanza e nelle commissioni di medicina legale.

Gli assistenti sociali integrano, dove presenti, le risorse del welfare locale con la rete sanitaria per garantire efficacia, appropriatezza e dignità negli interventi. L'ottica ecologico sistemica degli interventi deve favorire le persone e garantire modelli di continuità assistenziale basati su un concetto multidimensionale ed integrato di salute.

È determinante, per uscire da logiche centrate su ospedale o ambulatorio, integrare la lettura del contesto e delle risorse personali e della comunità, per garantire il diritto ad un approccio globale e unitario delle cure (*cure/care*).

Nel contesto attuale questo approccio integrato alla salute è fondamentale, ancor più prevedendo le conseguenze dall'epidemia Covid-19 su di ulteriori fasce di popolazione vulnerabile. Non è possibile intervenire replicando modelli frammentati, monoprofessionali o strettamente sanitari.

I diversi modelli organizzativi e la riduzione costante delle figure professionali non sanitarie hanno ridotto, nei fatti, la diffusione significativa di un approccio integrato alla salute.

A dimostrazione dello scarso investimento e della residualità della componente sociale nel sistema salute, i dati in possesso di questo Consiglio nazionale indicano che solo il 12% degli assistenti sociali della Sanità italiana ha meno di 40 anni.

Nel 2019 su 6.520 assistenti sociali impegnati in questo settore il 52% ha più di 55 anni: ben 2.338 hanno più di 60 anni e 2.239 sono comprese nella fascia di età che va dai 50 ai 59 anni.

Con questo trend, nel tempo, la componente sociale nel comparto salute verrà a mancare, come già avviene in alcuni territori per quanto riguarda servizi importanti quali, ad esempio, i consultori familiari, la neuropsichiatria infantile, dipendenze e salute mentale.

Per comprendere il ridotto investimento sulla componente sociale, a solo titolo esemplificativo, è sufficiente verificare quanto riportato dallo stesso ISS nella recente ricerca sul servizio consultoriale in Italia¹ o ancora verificare la mancata sostituzione dei professionisti in servizi complessi come salute mentale e dipendenze patologiche.

¹ https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/sintesi-risultati-12_12_19.pdf

Tale situazione ha portato, nei fatti, alla delega sostanziale ai servizi degli Enti locali la continuità ospedale - territorio, la messa in rete delle risorse istituzionali, familiari e comunitarie per la gestione efficace e appropriata dei percorsi assistenziali.

Come più volte denunciato da questo Consiglio nazionale le strutture sociali degli enti locali sono già in difficoltà per l'aumento di domanda, per scarsi investimenti e per precarietà delle strutture.

Anche qui alcuni dati per comprendere il quadro complessivo. Per tutta la rete dei servizi di welfare locale, dati ISTAT 2017, sono spesi per 7 miliardi – considerando Ministero LPS, Regioni e Comuni - contro i 130 del Fondo Sanitario Nazionale. Una rete affaticata anche dalla pandemia e che vede il 75% del personale che si occupa di esclusione e povertà, laddove presente, è precario o esternalizzato².

A fronte di tale situazione il quadro dei bisogni e delle necessità territoriali è in forte crescita e di notevole complessità.

IL CONTESTO: I BISOGNI DI SALUTE NEL TERRITORIO

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” ribadiva la necessità della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e della medicina generale:

“Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi patologie sul singolo paziente, impongono una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute e percorsi di presa in carico della cronicità.”

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 di presa in carico unitaria della persona e forme organizzative intersettoriali, interdisciplinari e multiprofessionali.

Il noto quadro demografico e la struttura sociale e familiare del Paese sono gli elementi più noti dell'attuale crisi del sistema.

I dati dell'ISTAT ci dicono che sono 7.058.755 gli anziani con 75 anni e più che risiedono in Italia, l'11,7% del totale della popolazione. Di questi molti vivono soli e oltre 700.000 hanno figli lontani o all'estero.³ Se contiamo anche le persone con più di 65 anni la popolazione anziana è di 13,8 milioni (22,8% del totale) ed è evidente che in prospettiva le esigenze di cura e assistenza saranno sempre maggiori.

² IL SERVIZIO SOCIALE NELL'EMERGENZA COVID-19, M. Sanfelici, L. Gui, S. Mordegli, Franco Angeli, 2020.

³ https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf

Assieme a questi dati, però, non possiamo dimenticare tutti gli altri segmenti di bisogni di salute che richiedono interventi complessi e integrati.

La normativa in materia sociosanitaria individua le aree di massima integrazione rivolte a specifici target di bisogno quali: consultori familiari, servizi per le dipendenze, servizi psichiatrici e di neuropsichiatria infantile, sistemi di protezione delle donne, hospice, assistenza domiciliare integrata, equipe di valutazione multidimensionale.

È di tutta evidenza, scorrendo gli ambiti e servizi appena citati, come l'effetto della crisi pandemica avrà effetti di lungo periodo sulle persone con disabilità che non hanno potuto usufruire dei servizi, per i bambini con problemi di apprendimento che non hanno avuto accesso alla scuola o ancora sulle molte donne vittime di violenza. Solo per citarne alcuni.

Come evidenziato da più istituzioni e ordini professionali l'attuale scarsità di risorse sul territorio, avendo per lungo tempo privilegiato l'accentramento dei servizi presso le strutture ospedaliere, ha prodotto un numero straordinario di ricoveri impropri, di situazioni di recidiva (persone dimesse e ricoverate nuovamente dopo pochi giorni) e soprattutto una forte discontinuità delle cure.

Molte sono state le segnalazioni, ad esempio, di dimissioni dalle strutture ospedaliere senza alcuna segnalazione ai servizi territoriali che hanno creato rischi per l'incolumità delle persone. O ancora, anche in tempo di pace, persone che per complessità della situazione (compresenze di patologie psichiche e fisiche) non trovano percorsi di cura adeguata a domicilio e vengono ricoverati in RSA come unica soluzione possibile.

Tutto questo, oggi, è ancor più evidente alla luce di quanto abbiamo vissuto con la crisi sanitaria che ha mostrato tutti i limiti del sistema di salute territoriale che non c'è.

NODI CRITICI

I momenti di crisi come questo devono rappresentare, anche per dovere etico di tutti noi, un'opportunità per valutare se la struttura organizzativa e il modello d'intervento preesistenti alla calamità siano funzionali o se serve operare una riorganizzazione più efficace e innovativa per favorire l'esigibilità dei diritti. Riteniamo che, soprattutto a fronte delle evidenti inefficienze e carenze riscontrate nel fronteggiamento della pandemia, vadano ripensate e ri-costruite le priorità di intervento, individuando nuove modalità di lavoro e organizzando le risposte, anche in vista del dopo emergenza.

In questo senso il significato dei termini è fondamentale: affrontare scenari e bisogni nuovi con paradigmi superati, rischia di deformare le iniziative politiche e di indirizzo necessarie.

Riteniamo sia più corretto, in questo senso, riferirci al concetto di salute del territorio e non solo a quello di "medicina".

Utilizzare il termine salute apre alla possibilità di considerare come necessarie e vitali strutture e organizzazioni che garantiscano una "presa in carico" multidimensionale, che non limiti a considerare il sintomo o la fragilità in ottica specialistica, ma che

contestualizzi la cura e l'assistenza a misura delle esigenze e delle possibilità di ognuno e del proprio ambiente di riferimento.

Da tempo la normativa in materia (sanitaria e sociale) riconosce, come diritto, l'accesso a una valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, realizzata da équipe multiprofessionali e finalizzata a redigere i piani di cura e di assistenza individualizzati. Un diritto ancora oggi non garantito su tutto il territorio nazionale.

Esemplificativo, in questo senso, quanto avvenuto con la previsione del DL 34 del 19 maggio, riconvertito dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 (art. 1 c.7) in merito alla possibilità per le Aziende e gli Enti del Sistema Sanitario Nazionale di conferire incarichi agli assistenti sociali a supporto delle USCA "al fine della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con servizi sociali sociosanitari territoriali". Sinora solo alcune regioni hanno inserito il professionista nelle Unità (poco meno di 150 sui 600 previsti) e questo non ha solo impedito alle persone di accedere al loro diritto di una valutazione multidimensionale, ma riteniamo abbia influito anche sul numero dei ricoveri impropri e sul carico di lavoro ulteriore dei EELL.

Un ulteriore aspetto critico, evidenziato precedentemente e inserito anche nel prossimo "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", è il coordinare politiche sociali e della salute.

Rimangono ancora oggi indefiniti i livelli essenziali previsti dalla Legge 328/00 e pertanto la previsione di coordinare il socio con il sanitario può assumere declinazioni assai differenti a livello territoriale.

A fronte di una fragilità del sistema locale di welfare, l'assenza oramai conclamata del "sociale" e del servizio sociale professionale nel sistema di salute territoriale impedisce di superare un modello prestazionale della salute. 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.

Tutto ciò apre alla denuncia, portata anche in occasione di altre audizioni e degli Stati Generali del giugno scorso, delle cosiddette politiche e interventi a "silos". Le numerose analisi sull'attuale sistema di cure territoriali evidenziano le carenze e l'estrema frammentazione degli interventi nei confronti dei bisogni delle fasce di popolazione, l'allocazione di responsabilità organizzativa e gestionale assai diversificate tra enti e territori (vedi Titolo V).

Ulteriore nodo da affrontare per garantire la salute (cure and care) alle persone è la gestione domiciliare e la continuità ospedale territorio.

In risposta a tali bisogni di salute e di cura è necessario intervenire migliorando i percorsi di presa in carico attraverso Piani di cura e assistenziali individualizzati, mobilitando le risorse offerte dai diversi soggetti, (ospedale, medicina territoriale, équipe di Valutazione Multidimensionale, servizi domiciliari, servizi sociali comunali e di Ambito, ecc.) essenzialmente in un setting territoriale che favorisca l'attivazione della rete comunitaria. L'assistenza domiciliare garantita non può essere risolta senza un piano di investimenti strutturale a favore della componente assistenziale (SAD) degli

Ambiti territoriali o dei Comuni. L'accompagnamento dalla struttura al territorio non può prescindere dal recupero di percorsi socio-assistenziali già nel momento del ricovero ed il recupero del Servizio sociale ospedaliero oramai pressoché scomparso in molte regioni.

PROPOSTE E NECESSITÀ PER UNA SALUTE DEL TERRITORIO

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

In sintesi, e tenuto conto delle peculiarità dei sistemi sanitari regionali, in questa sede possiamo indicare per punti essenziali utili a individuare - seguendo una logica dal macro al micro, dall'organizzazione alle persone - un modello organizzativo utile alla costruzione di un sistema di salute territoriale.

- 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.
- Costruire sin da subito una rete territoriale del Servizio sociale professionale nel sistema della salute di territorio, partendo dal recupero delle specializzazioni già previste (ospedale, consultorio, dipendenze, salute mentale) per integrarsi e supportare la rete medico/infermieristica presente.
- A seconda dei modelli organizzativi regionali, si ritiene che la collocazione più funzionale per gli assistenti sociali sia all'interno delle équipe di Valutazione Multidisciplinari distrettuali o delle Unità Complesse di Cure Primarie
- Riteniamo sia necessario intervenire e investire sul sistema territoriale (ASL/Comuni) per garantire non solo la continuità, ma altresì attribuire le specifiche responsabilità istituzionali nel rapporto con gli Enti locali.
- 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.

In merito a questi punti, che qui sono stati introdotti sinteticamente, è possibile che trovino declinazioni e modalità realizzative differenti nelle diverse regioni.

Per quanto riguarda questo Consiglio nazionale, quindi, non è da escludersi un impegno diretto del professionista assistente sociale in AFT pluriprofessionali, ma rimane fondamentale la costruzione di un sistema integrato forte tra sanitario e sociale nelle organizzazioni.



Non è pensabile, a nostro avviso, poter affrontare la complessità dei bisogni e dell'assistenza prevedendo la presenza o meno in un ambulatorio o studio.

Costruire un vero sistema di salute di territorio, pertanto, 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. Non ultimo, ma prioritario per quanto oggi visto e vissuto, non possiamo più affrontare la realtà e le richieste di salute con modelli monoprofessionali e puntiformi sul territorio.

Roma, 9 dicembre 2020.