



Milano, 10 settembre 2021  
Prot. 7086/2021

Alla cortese attenzione  
**III Commissione “Sanità e Politiche Sociali”**  
**Regione Lombardia**  
SUA SEDE

**Oggetto:** note di accompagnamento CROAS alle proposte emendative al Progetto di Legge ex DGR n. XI/5068 del 22 luglio 2021 *“Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*

Con la presente, l’Ordine professionale degli Assistenti sociali, intende presentare alcune considerazioni di carattere generale relative alle otto proposte di emendamenti al PdL (allegati alla presente nota) elaborate con il contributo del Gruppo di lavoro CROAS dedicato, a seguito dell’approfondimento della recente normativa (DGR 5068/2021 e DGR 5195/2021, PNRR con particolare riferimento ai punti “Missione 5 e 6”, DGR 4111/2020 e Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 e Progetto di Legge “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.

Tutti i documenti esaminati convergono verso un disegno di SSN vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone “attraverso l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico”, utilizzando modelli di servizi digitalizzati “per l’integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali)” e avvalendosi della “partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.)”<sup>1</sup>.

Apprezziamo i principi generali della riforma che valorizzano l’integrazione, la territorialità e la corresponsabilità dei diversi Soggetti, tuttavia riteniamo che le indicazioni operative non siano al momento sufficientemente incisive per perseguire le finalità dichiarate.

Per raggiungere l’obiettivo dell’integrazione tanto auspicata occorre che entrambe le componenti - sociale e sanitaria - siano presenti sia nei luoghi della progettazione degli interventi sia nei luoghi dell’erogazione delle prestazioni. Qualora una componente venga a mancare o l’integrazione venga relegata all’ultimo anello della catena (quello dell’erogazione), crediamo che essa rimanga un auspicio disatteso. Solo progettazioni integrate producono interventi integrati: è importante che gli enti e i professionisti implicati partecipino al processo decisionale congiuntamente e fin dall’inizio per poter individuare strategie e modelli che poi potranno trovare attuazione nei servizi di riferimento.

Ci sta a cuore che, nella prospettiva evolutiva della riforma, la dimensione sociale della persona e della comunità venga adeguatamente assicurata e la funzione sociale valorizzata in tutti i processi del sistema: dalla programmazione dei servizi/interventi ai percorsi assistenziali di presa in carico

---

<sup>1</sup> Documento Agenas: *“Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”*.



complessiva, in un'ottica di corresponsabilità della cura, di integrazione e di promozione della salute. Tale prospettiva richiede ovviamente conseguenti investimenti di risorse al livello dell'assistenza territoriale, ambito da più parti riconosciuto come da potenziare e su cui investire.

In coerenza con quanto sopra evidenziato, le proposte emendative formulate puntano a richiamare e valorizzare la componente sociale già presente nel SSR lombardo, anche al fine di contrastare la frammentazione del sistema di offerta e di assicurare l'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale. E ciò ancor più in una prospettiva che riconosce al distretto socio-sanitario la funzione del governo della domanda territoriale e della programmazione socio-sanitaria in raccordo con la rete dei servizi/risorse locali ed il sistema sociale delle autonomie locali e degli ambiti territoriali (ex art. 8, c.3, Legge 328/00).

La figura dell'assistente sociale si configura infatti come professionista sociosanitario che, grazie anche ai particolari contenuti del proprio percorso formativo, è chiamato a svolgere un ruolo centrale nel garantire le indispensabili connessioni tra le diverse componenti del sistema di welfare regionale, in funzione di una risposta integrata e sinergica ai bisogni espressi dalla popolazione che rientrano nell'ambito delle competenze proprie delle aziende sanitarie.

Di seguito segnaliamo alcuni punti di attenzione significativi a vari livelli, in accompagnamento ed a integrazione degli emendamenti formulati:

### **Livello regionale**

Risulta strategico ed importante il raccordo tra i due Assessorati regionali (Welfare e Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari Opportunità) che - quando non presente - può ostacolare l'effettiva attuazione della integrazione sociosanitaria.

Riteniamo ancora auspicabile l'istituzione di un unico Assessorato alla salute e alle politiche sociali, già previsto dall'articolo 27 ter della l.r. 23/2015, di fatto mai attuato e non presente nell'attuale PdL.

### **Livello ATS**

Le cabine di regia previste dalla normativa al livello delle ATS e confermate dalla riforma si sono dimostrate ampie per la numerosità dei partecipanti (si pensi ai casi di ATS con più ASST di riferimento per il proprio territorio). Tale aspetto ha contribuito<sup>2</sup> a far sì che fossero luoghi prevalentemente informativi (da ATS verso i Soggetti partecipanti) piuttosto che spazi di reale confronto e di programmazione integrata. E' auspicabile che vengano individuati meccanismi correttivi per la funzionalità di tali organismi.

### **Livello ASST**

2 La dgr 5513/2016 riporta al punto B2.5.1. 3 (pag. 43): "L'eventuale costituzione della suddetta cabina di regia, coordinata dal Direttore sociosanitario deve necessariamente prevedere, oltre alla presenza del direttore del Dipartimento PIPSS:

- dei responsabili che, per materia, il Direttore generale della ATS ritiene opportuno individuare;
- i Direttori sociosanitari delle ASST;
- i rappresentanti dei gestori delle Unità d'Offerta/servizi interessati alle tematiche oggetto della cabina di regia;
- i rappresentanti degli Enti locali/rappresentanti conferenza o assemblea distrettuale;
- coordinatori/responsabili Uffici di Piano.



Le nuove disposizioni regionali prevedono la collocazione della Conferenza dei Sindaci al livello dell'ASST. Per una governance efficace è auspicabile che vengano anche istituiti organismi/tavoli tecnici di programmazione socio-sanitaria tra distretti ed Uffici di Piano (con la partecipazione anche di referenti ATS).

→ **Distretti**

La Dgr 5068 (art. 7 bis) stabilisce che ogni ASST si articola in distretti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona e che i distretti comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, prevedendo che per le aree montane e per quelle a scarsa densità abitativa una popolazione minima di 20.000 abitanti.

Per gli ambiti sociali che attualmente non hanno una popolazione pari a 100.000 abitanti, si auspica che venga intrapreso un processo che coinvolga gli ambiti stessi per arrivare a definire azzonamenti armonizzati tra ambiti sociali – accordi sovrazonali previsti dalle linee guida per i nuovi Piani di Zona e distretti socio-sanitari. La dgr 4111/2020 prevede infatti una programmazione sovra zonale per “rafforzare l’istituzionalizzazione e il coordinamento tra attori della rete e il potenziamento della governance territoriale utilizzando le potenzialità della dimensione del Distretto sociosanitario.”

Si ritiene fondamentale che venga definito, per la Direzione del Distretto, il livello di autonomia gestionale ed un budget destinato a tutte le azioni finalizzate alla realizzazione della sanità territoriale.

→ **Servizi socio-sanitari territoriali** (Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e Servizi per la salute della donna e del bambino)

La normativa non pone l’accento sul ruolo dei servizi socio-sanitari pubblici e privati accreditati da tempo funzionanti. In questi anni si è rilevata una progressiva contrazione del personale dedicato ai CPS, alle UONPIA, ai SerD e ai Consultori familiari con conseguenti liste di attesa e difficoltà di accesso per i cittadini. E’ importante che nello scenario che andrà a configurarsi con le nuove articolazioni previste vengano mantenute le tipologie dei servizi socio-sanitari citati, con standard di personale e strutturale adeguati ad assicurare qualità delle prestazioni, avendo cura di considerare la variabile “accessibilità” come prioritaria per assicurare uguaglianza di opportunità a tutti i cittadini.

**Livello dei nuovi presidi territoriali**

• **POT (ospedale di comunità)**

Nella Dgr 5068/2021 l’articolo 7 comma 15 stabilisce che “I POT sono strutture multi servizio deputate all’erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari” e che “possono essere organizzati secondo le modalità previste per l’ospedale di comunità”.

Auspichiamo che anche all’interno degli ospedali di comunità venga assicurata la presenza degli assistenti sociali in continuità con le azioni di presa in carico e di accompagnamento ai fini della continuità assistenziale dei percorsi dei cittadini.

Si richiama a tale proposito l’esperienza dei servizi sociali ospedalieri, particolarmente significativa nell’integrazione con le componenti sanitarie e nel collegamento con i servizi/risorse territoriali,



per la costruzione di percorsi a sostegno delle persone ricoverate e delle loro famiglie e al fine di assicurare la continuità assistenziale.

- **PreSST (Case della comunità)**

Nella Dgr 5068/2021 l'articolo 7 al comma 16 stabilisce che "I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità" e, al comma 13, che all'interno dei PreSST trovano collocazione le case della comunità previste dal PNRR. Non vengono al momento specificate le modalità organizzative previste per le case della comunità.

In coerenza con le finalità delle Case della Comunità previste del PNRR auspichiamo che all'interno dei PreSST/case della comunità venga assicurata la presenza degli assistenti sociali sia con funzioni preventive, di contrasto alla vulnerabilità sia con funzioni di cerniera/raccordo con il territorio per la presa in carico integrata della persona e delle sue fragilità nel contesto di vita, al livello delle retidi prossimità e della comunità di appartenenza.

- **COT**

Nella Dgr 5068/2021 l'articolo 7 comma 17 bis stabilisce che "Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto. E' istituita una COT in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socio assistenziali".

E' auspicabile che le COT che verranno istituite nei distretti siano luoghi di accoglienza ed orientamento in riferimento a tutti gli aspetti e bisogni dei cittadini di natura socio-sanitaria e sociale. Trattandosi di un luogo di orientamento è indispensabile il raccordo tra area socio-sanitaria e sociale tramite la figura dell'assistente sociale, professionista deputato ad esercitare quella funzione di informazione e orientamento anche tramite attività del segretariato sociale professionale.

Il Piano sociale nazionale afferma tra l'altro che "Tra le azioni prioritarie da tenere presenti nella programmazione regionale delle risorse del FNPS, va in primo luogo segnalato il rafforzamento dell'istituto dei Punti Unici di Accesso PUA, con particolare riferimento a tutti gli aspetti e i bisogni dei cittadini di natura sociosanitaria. Il PUA si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità".

Ringraziando per l'attenzione, si rimane a disposizione per ogni chiarimento.

Cordiali saluti.

La Presidente del CROAS Lombardia  
Manuela Zaltieri