

Giovedì 18 GENNAIO 2018

La nuova Area delle professioni sociosanitarie. Come è nata e cosa fare per renderla attiva a tutti gli effetti, fin dal prossimo contratto

*La legge Lorenzin ha dato finalmente attuazione a quanto previsto fin dal Dlgs 502 del 1992 e mai attuato. Cosa cambia per gli operatori interessati già individuati dalla riforma Lorenzin (operatore sociosanitario, assistente sociale, sociologo ed educatore professionale) e cosa ci si può aspettare dal prossimo contratto*

Il nuovo continente dell'area delle professioni sociosanitarie è legge di Stato e sono già scoperti alcuni profili professionali che vi insistono: la legge Lorenzin, dopo decenni di non attuazione della norma già prevista dall'articolo 3 octies del dlgs 502/92, ha, infatti, contestualizzato e rilanciato l'istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie, indicando i primi quattro profili che la compongono.

Ma come siamo giunti a questo risultato veramente innovativo e quali sono gli effetti immediati e mediati e gli adempimenti da compiere per dare concretezza alla nuova area?

In un [mio precedente articolo](#) scrissi già della necessità di dar corso all'attuazione dell'articolo 3 octies del dlgs 502/92 inquadrandolo nello scenario di dare "la giusta" cittadinanza all'interno del SSN sia a quei profili che hanno o meglio ormai avevano un inquadramento "sottodimensionato" che a quelle professioni che per il riconoscimento avevano scelto la strada della legge delle professioni non regolamentate.

Intervenire successivamente l'allora Sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo** con una lettera con la quale, motivandola richiedeva l'attivazione delle procedure previste dall'articolo 3 octies del dlgs 502/92 per dar corso alla realizzazione dell'area delle professioni socio sanitarie; mentre la struttura del Ministero della Salute avviava l'esame di tale richiesta venne il momento di elaborare la proposta di elaborare l'Atto di indirizzo del Comitato di Settore Regioni Sanità per l'emanazione delle direttive all'AEAN per il rinnovo del CCNL del personale dipendente del SSN.

Partecipando a questo organismo in rappresentanza e su delega del Sottosegretario De Filippo, proposi e fu accettato da Governo e Regioni di anticipare gli effetti, in attesa della sua concretizzazione giuridica, dell'area delle professioni sociosanitarie motivandola così:  
*"La finalità del SSN, come definita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, cioè la tutela della salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" fa sì che debba essere attuata non solo in un sistema sanitario in senso stretto, bensì dando corso ad un'articolata e complessa attività con più professionisti ed operatori per individuare e conseguentemente modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute individuale e collettiva promuovendo al contempo quelli favorevoli.*

*Per supportare tale strategia di promozione del benessere, che trova nel "Patto per la Salute" un forte stimolo attraverso l'integrazione socio-sanitaria, appare opportuno prefigurare nel CCNL la previsione di una specifica area delle professioni socio-sanitarie, in attesa della piena attuazione di quanto previsto dall'art.3 octies del D.lgs n.502/92 in quanto si tratta di giusta scelta del legislatore in un settore, quale quello socio-sanitario, ad elevata espansione per l'attuale quadro*

*demografico ed epidemiologico.*

*La creazione di questa specifica area delle professioni socio-sanitarie comporterebbe la riscrittura della desueta articolazione del personale nei quattro ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) prevista dall'art. 1 del DPR n. 761 del 1979 non più aderente all'evoluzione scientifica, tecnologica, normativa e formativa intervenuta nel trentennio successivo e che ha prodotto l'attuale sistema nel quale prevale la mission di salute più che di sanità in senso stretto.*

*E' evidente che l'area delle professioni e degli operatori sociosanitari è una nuova configurazione professionale nell'ambito della quale occorre ricollocare i profili esistenti a rilevanza socio-sanitaria, mentre dovranno, in coerenza, restare esclusi eventuali nuovi profili a rilevanza esclusivamente sociale o esclusivamente sanitaria.*

*Ad oggi l'unico profilo professionale istituito con una metodologia propria di quest'area è l'operatore socio sanitario che avrebbe, così, una giusta collocazione, risolvendo, alla radice, le questioni controverse legate al suo attuale inquadramento nel ruolo tecnico da una parte e dall'altra porrebbe nella giusta dimensione, il rapporto di collaborazione con le professioni sanitarie e sociali ad iniziare da quella infermieristica.*

*La costituzione reale di quest'area delle professioni socio-sanitarie potrebbe dar corso a nuove legittimità ed operatività professionali in un ambito di intervento nel quale iscrivere alcune criticità attuali, relative a particolari profili che, nella suddivisione rigida in ruoli, non sono riusciti a trovare una adeguata collocazione e ai quali, invece, appare necessario rispondere positivamente cogliendo l'esigenza di dare ad operatori e professionisti il riconoscimento formale anche nella contrattazione nazionale.*

*In questa area andrà individuato un inquadramento adeguato e coerente per tutti quei profili professionali che non sono riconosciuti appieno all'interno dell'attuale sistema delle professioni sanitarie, ma che nella visione nuova di tutela della salute, ricoprono funzioni utili ed efficaci per il "piano terapeutico" e per l'intera organizzazione del lavoro.*

*In altri termini si darebbe così vita ad un nuovo e discontinuo scenario caratterizzato da un diverso pluralismo professionale più adeguato e funzionale non solo ad interpretare, ma anche a soddisfare i bisogni di salute e rispondendo così positivamente all'evoluzione della organizzazione del lavoro nella prevista integrazione socio - sanitaria.*

*In attesa della istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie, come prevista dal D.lgs. n. 502/92 e al fine di adeguare l'articolazione dei professionisti e degli operatori del comparto sanità alla mutata evoluzione scientifica, tecnologica, formativa ed ordinamentale, è opportuno e necessario prevedere la seguente suddivisione del personale nelle seguenti aree prestazionali:*

- Area sanitaria, comprendente le professioni sanitarie infermieristiche – ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e le arti sanitarie ausiliarie;*
- Area dell'integrazione sociosanitaria comprendente i profili di assistente sociale, di educatore professionale e di operatore socio - sanitario;*
- Area di amministrazione dei fattori produttivi comprendente il personale amministrativo, tecnico e professionale;*
- Area tecnico-ambientale comprendente i profili operanti in tale ambito nelle Agenzie regionali per l'Ambiente."*

**Quindi una direttiva di Governo e Regioni di ampio respiro ed estensiva** che, partendo dalla necessità di inquadrare più adeguatamente quei profili già individuati nell'ara sociosanitaria, già prefigurava la necessità fisiologica e strategica di individuare ed istituire nuovi profili che in parte,

anche se non formalmente riconosciuti già contribuiscono all'attuazione del diritto alla salute.

A questo primo passo in avanti sulla istituzione dell'area sociosanitaria, seguì la svolta importante data dalla presentazione in sede di approvazione alla Camera dei Deputati del DDL Lorenzin sulle professioni sanitarie di un emendamento con prima firmataria l'on. **Donata Lenzi**, capogruppo PD in Commissione Affari Sociali, che contestualizzandola presentò uno specifico articolo che ora è legge di Stato e che di seguito descrivo e commento:

### **Art. 5 (legge Lorenzin)**

#### **(Istituzione dell'area delle professioni sociosanitarie)**

*1. Al fine di rafforzare la tutela della salute, intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale, in applicazione dell'articolo 6 dell'intesa sancita il 10 luglio 2014, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014- 2016, è istituita l'area delle professioni sociosanitarie, secondo quanto previsto dall'articolo 3-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

**La legge, quindi attribuisce una finalità ben precisa all'area delle professioni sociosanitarie** che è sia quella di contribuire all'attuazione del diritto alla salute sia come indicato dall'art. 32 della nostra Costituzione Repubblicana e dall'Organizzazione Mondiale della Salute non solo assenza di malattia ma "benessere fisico, psichico e sociale" concetto quanto mai ampio se non onnicomprensivo ma anche di essere strumentale all'attuazione dello specifico capitolo sull'integrazione sociosanitaria nel vigente **Patto per la Salute** che così recita:

*"1. Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, particolarmente per le aree della Non Autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze e forniscono indicazioni alle ASL ed agli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il Ssr e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze.*

*2. L'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari avviene tramite un "punto unico" che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità.*

*3. Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute.*

*4. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente.*

*5. Piano delle prestazioni personalizzato, formulato dall'equipe responsabile della presa in carico dell'assistito, individua gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali che i servizi sanitari territoriali e i servizi sociali si impegnano a garantire, anche in modo integrato, secondo quanto previsto per le rispettive competenze dal DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.*

*6. Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e*

*residenziali rivolte ai malati cronici non autosufficienti, a conferma ed integrazione di quanto già stabilito dal Patto per la salute 2010-2012, si conviene che le Regioni e le Province Autonome, ciascuna in relazione ai propri bisogni territoriali rilevati, adottano ovvero aggiornano i progetti di attuazione dei commi precedenti, dando evidenza:*

- del fabbisogno di posti letto, espresso in funzione della popolazione da assistere presso le strutture residenziali e semiresidenziali destinate ai malati cronici non autosufficienti, ai disabili, alle persone con disturbi psichiatrici, ai minori e alle persone con dipendenze, articolato per intensità assistenziale e per durata e con evidenza di proporzione tra assistiti in regime residenziale e in regime domiciliare;*
- del fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere, e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell'assistenza;*
- delle modalità di integrazione nelle UVMD di tutte le professionalità, anche al fine di garantire una gestione integrata delle risorse impiegate nel progetto assistenziale.”*

**E' comunque, opportuno per meglio comprendere il fenomeno, ricordare come il dlgs 502/92 ha normato la questione dell'integrazione sociosanitaria:**

***“Integrazione sociosanitaria***

*1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.*

*2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:*

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;*
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.*

*3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.*

*4. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree maternoinfantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative.*

*5. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.*

*6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al*

loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la Solidarietà sociale e il Ministro per la Funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 quinquies, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.”

**Delineata così la sfera prestazionale dell'integrazione sociosanitaria esaminiamo come la legge Lorenzin, sempre all'articolo 5, ha disciplinato la questione del personale:**

2. In attuazione delle disposizioni del comma 1 (vedi sopra ndr.), mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sono individuati nuovi profili professionali sociosanitari. L'individuazione di tali profili, il cui esercizio deve essere riconosciuto in tutto il territorio nazionale, avviene in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Patto per la salute e nei Piani sanitari e sociosanitari regionali, che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute.

3. Gli accordi di cui al comma 2 individuano l'ambito di attività dei profili professionali sociosanitari definendone le funzioni caratterizzanti ed evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

4. Con successivo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono stabiliti i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti ai fini dell'esercizio dei profili professionali di cui ai commi precedenti. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, sentite le competenti Commissioni parlamentari e acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, è definito l'ordinamento didattico della formazione per i profili professionali sociosanitari.

**Come si è visto nel comma precedente la norma prevede che l'istituzione dell'area delle professioni sanitarie sia realizzata secondo quanto previsto dall'articolo 3 octies del dlgs 502/92 che recita:**

**“Art. 3-octies Area delle professioni sociosanitarie**

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale e con il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Consiglio Superiore di Sanità e la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è disciplinata l'istituzione all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e sono individuate le relative discipline della dirigenza sanitaria.

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sentito il Ministro per l'Università e la ricerca scientifica e tecnologica e acquisito il parere del Consiglio superiore di Sanità, sono integrate le tabelle dei servizi e delle specializzazioni equipollenti previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in relazione all'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, i profili professionali dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

4. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la Solidarietà sociale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.

5. Le figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n.400; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici.

**Quindi la legge Lorenzin non novella l'impianto sostanziale dell'art. 3 octies ma lo contestualizza** prevedendo, ad esempio, al posto del decreto ministeriale l'Accordo Stato – Regioni e l'attuale denominazione dei Dicasteri coinvolti ed alcuni aspetti metodologici per individuare i profili.

Pertanto allorché verranno individuati altri profili gli stessi dovranno comprendere quindi anche figure dirigenziali; anzi la norma prevede che alcune discipline dell'attuale dirigenza sanitaria possano essere ricomprese in tale area; area, quindi che comprenderà sia professioni laureate, anche con qualifiche dirigenziali, che profili professionali formati con corsi regionali, il tutto, però, individuati con Accordi Stato Regioni, uniformi a livello nazionale

**E infine il comma 5 dell'articolo 5 della Lorenzin:**

5. Sono compresi nell'area professionale di cui al presente articolo i preesistenti profili professionali di operatore sociosanitario, assistente sociale, sociologo ed educatore professionale. Resta fermo che i predetti profili professionali afferiscono agli Ordini di rispettiva appartenenza, ove previsti.

**Con quest'ultimo comma la Legge Lorenzin dà certezza all'istituzione dell'area delle professioni sociosanitarie**, come si è detto per troppi anni disattesa nella sua attuazione, stabilendo che già quattro profili la compongono, si spera che non siano i soli.

**La nuova dimensione giuridica di questi profili pone dei problemi e delle prospettive conseguenti.**

Per quanto riguarda la professione di **educatore professionale** già dal suo decreto istitutivo del profilo professionale da parte del Ministero della Salute è individuato quale operatore che è sia sociale che sanitario la cui formazione deve avvenire con il concorso di più facoltà universitarie, quindi già aderente alla norma del 3 octies del d.lgs. 502/92; si pone, però, l'antica e vexata quaestio della sua riunificazione con il profilo analogo formato nella facoltà di scienze della formazione, questione complicata dallo specifico emendamento sui pedagogisti contenuto nella vigente legge di bilancio...però nulla è perduto, anzi questa nuova dimensione giuridica potrebbe far riavviare il percorso di confronto e dialogo; la norma, infine, prevede che rimanga con il suo albo professionale del neo ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

La professione di **assistente sociale** ha la sua specifica legge istitutiva con relativo ordine professionale ed ora con questo riconoscimento di professione sociosanitaria può espletare al massimo il potenziale operativo che proprio tale legge prevede; rimane, per gli assistenti sociali dipendenti del SSN l'incompiuta istituzione della qualifica dirigenziale a tempo indeterminato come prevista invece per le professioni sanitarie (articoli 6 e 7 della legge 251/00) ed ora tale carenza è doveroso che sia definitivamente risolta.

Per il **sociologo** non esiste una legge istitutiva della professione, si sta per varare una norma UNI di cui alla legge sulle professioni non regolamentate e nel SSN è previsto sia il profilo professionale di dirigente sociologo del ruolo tecnico ed un collaboratore professionale amministrativo dell'area sociologica: a mio parere in attuazione dell'articolo 5 della legge Lorenzin

Dovrebbe essere varato l'Accordo Stato Regioni che regola il profilo professione della professione sociosanitaria di sociologo, rivisto ed adeguato alle nuove finalità gli ordinamenti didattici della laurea, della laurea magistrale e della formazione post-laurea, rivisto l'inquadramento giuridico prevedendo sia il profilo di sociologo nei contratti del personale dei livelli che in quelle delle aree dirigenziali, ovviamente non solo in sanità ma anche negli altri comparti pubblici ma anche in quelli privati.

Infine la questione del profilo professionale di **operatore sociosanitario**... nomen omen...in quale area avrebbe dovuto stare? Finalmente si può avviare a soluzione in suo incongruo attuale inquadramento nel ruolo tecnico; certamente se in questa nuova riconosciuta collocazione giuridica può trovare la corretta collaborazione ed interazione con le professioni sanitarie e sociosanitarie, a mio parere, Ministero della Salute e Regioni potrebbero avviare quel processo di perfezionamento contenuto già nello specifico Tavolo ministeriale e mai attuato ad iniziare dalla formazione, ribadendo sia la titolarità delle sedi formative del SSN che un'eguale formazione quanti-qualitativa a livello nazionale.

Per concludere, è evidente, come già indicato dall'Atto di indirizzo del Comitato di Settore Regioni Sanità, nel rinnovo del contratto del personale di SSN non si potrà fare a meno di prevedere la declinazione in termini contrattuali dell'area delle professioni sociosanitarie.

*Saverio Proia*