

Audizione del Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali  
sul Disegno di Legge (S.506) - XIX LEGISLATURA  
“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”

*10° Commissione permanente  
(Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)  
Senato della Repubblica*

PREMESSA

Il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Assistenti sociali rappresenta più di 46mila professionisti. La deontologia della professione si fonda sul convincimento che il miglioramento delle condizioni di vita di una comunità si ottiene occupandosi del benessere delle persone fragili e vulnerabili, promuovendo la giustizia sociale e riconoscendo la dignità di ogni essere umano.

La stessa istituzione dell’Ordine Professionale esprime il riconoscimento che lo Stato ha voluto attribuire ad una professione che ha riconosciuto fondamentale per garantire i diritti umani e lo sviluppo sociale e la salvaguardia di interessi generali riconosciuti nella nostra Costituzione.

Gli assistenti sociali esercitano la professione sia in forma di lavoro dipendente (Enti Locali, Sanità e Terzo Settore) sia in libera professione, sia con funzioni di accompagnamento dei cittadini, delle famiglie e delle comunità locali, sia in attività di progettazione, direzione e coordinamento all’interno del complesso e articolato sistema di servizi sociali, sanitari e sociosanitari (cfr.tab.1).

La strutturazione non omogenea dei modelli organizzativi sul territorio nazionale, la storica frammentazione degli interventi tra comparto sociale e sanitario, oltre alla generalizzata riduzione delle figure professionali in entrambi i settori, hanno inciso in maniera significativa sull’efficacia dei percorsi di cura e di sostegno delle famiglie e delle comunità.

Non crediamo sia un caso che il PNRR, che nasce dalla riflessione a livello europeo sulle strategie per la ripresa post pandemia, cambi radicalmente il paradigma che si è basato a lungo su politiche di welfare basate sull’austerità.

Con il disastro della pandemia, si afferma l’idea di un’Europa finalmente solidale al proprio interno (una solidarietà che, invece, non riguarda un tema lacerante come quello dell’immigrazione) che, per affrontare i problemi della salute pubblica e quelli che derivano dal blocco delle attività economiche, sceglie di investire in politiche di welfare. In questo senso, il nostro sistema di welfare diventa un investimento per il rilancio del Paese.

Non possiamo tacere che tutti i settori dove viene esercitata la professione hanno risentito, oltre che dell’inadeguatezza delle strutture organizzative, dei tagli e degli scarsi investimenti degli ultimi decenni e, per questo, crediamo che questa riforma rappresenti un’opportunità che non va sprecata, coerentemente con l’inversione di tendenza registrata negli ultimi anni con i LEPS e con le misure di contrasto alla povertà.

Molti degli assistenti sociali sono direttamente coinvolti in attività di accompagnamento delle persone in condizioni di fragilità, di parziale o completa perdita di autonomia, esposte a rischi di isolamento sociale, di abuso, di maltrattamento, di abbandono e trascuratezza, ma anche in percorsi di socializzazione, di sostegno alla vita autonoma ed indipendente, di recupero delle capacità relazionali e cognitive, nell’ottica di favorire la partecipazione attiva alla vita comunitaria e come promotori di politiche locali di inclusione.

Nella tabella sottostante è riportata la ricognizione degli ambiti di occupazione al 31.12.2022:

Settore	Totale
Enti locali	12466
Sanità	6389
Ministero Interno	283
Ministero Giustizia	1485
Ministero Lavoro	36
Pensionati	228
Libera professione	1046
Ipab	244
Inps	41
Inoccupato	6618
Altri Enti	3892
Non specificato	1815
Inail	133
Imprese sociali	442
Fondazioni	680
Docente	459
Cooperative	8415
Contratti di collaborazione	397
Associazioni	1473
<b>Totale</b>	<b>46542</b>

La non autosufficienza è un settore ampio e articolato che coinvolge un numero elevato di professionisti, impegnati con compiti molto variegati e in settori altrettanto differenziati, anche in funzione dell'articolazione regionale e locale dei sistemi di welfare.

Possiamo, anzitutto, evidenziare alcuni tratti generali:

- gli assistenti sociali operano, con diversi rapporti giuridici, in funzioni molto articolate, dalla progettazione, direzione e coordinamento dei servizi, alla gestione e alla responsabilità sul progetto individuale, alla gestione dei servizi di prossimità e della rete dei servizi locali;
- la non autosufficienza si snoda dall'area minorile, all'età adulta fino all'età avanzata, con una connessione da approfondire con il fine vita e le relative implicazioni bioetiche;
- gli approcci alla non autosufficienza hanno dimostrato di poter essere anche molto differenti, in funzione dell'ottica da cui si osserva il fenomeno: la parcellizzazione delle funzioni sociali e socioassistenziali, sanitarie, l'incompiuto disegno di integrazione sociosanitaria, disegnano un quadro frammentato e disomogeneo, che è necessario ricomporre;
- benché il setting domiciliare sia da tempo riconosciuto (nella norma nazionale e nelle indicazioni del PNRR) come il luogo elettivo dell'assistenza ai bisogni di *long term care* (LTC), si stima che il bisogno di assistenza domiciliare sia almeno il doppio se non il triplo dell'attuale offerta<sup>1</sup>. Il primo aspetto critico dei servizi domiciliari pubblici è proprio l'inadeguatezza quantitativa delle risposte offerte, che accomuna sia l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata, sanitaria, di competenza del SSN), sia il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare, socioassistenziale, di competenza degli Enti Locali);
- è necessario invertire il paradigma della risposta ai bisogni legati alla non autosufficienza: da un approccio che comprime i bisogni fino a farli rientrare nella capacità di risposta dei

<sup>1</sup> (Fosti e Notarnicola, 2019)

sistemi locali, a sistemi evoluti e flessibili in grado di adattarsi alle reali necessità di cura estesa delle persone;

Per tutti questi motivi, le tematiche inerenti la non autosufficienza, la limitazione della vita autonoma, la dignità della vita, anche in condizioni critiche, l'adeguatezza delle risposte dei servizi, è materia centrale per il nostro Ordine, in particolare in un momento storico come quello che stiamo attraversando.

DDL NON AUTOSUFFICIENZA

### ***Affrontare le sfide di una società che cambia***

Dobbiamo tutti insieme, decisori politici, aggregazioni sociali e organizzazioni professionali raccogliere la sfida della contemporaneità in relazione alla struttura della popolazione (italiana ed europea in particolare) che, come mai prima d'ora, si compone di una percentuale rilevante e crescente di anziani (si stima che, entro il 2060, raggiungerà il 26% della popolazione). Milioni di persone che vivono più a lungo, è vero, ma spesso con limitazioni funzionali<sup>2</sup> che richiedono supporto esterno, anche considerando la rarefazione dei legami e delle possibilità di cura all'interno delle famiglie.

Non solo. Proprio considerando il numero di cittadini che vivono (e, verosimilmente, vivranno) condizioni di limitazione della propria autonomia, e considerando:

- l'aumento quantitativo delle persone che manifestano un bisogno di LTC;
- l'eterogeneità dei servizi (in termini di contenuti, copertura e intensità) nei territori;
- le conseguenze dei cambiamenti avvenuti all'interno del nostro sistema di welfare (socioassistenziale e sanitario) a fronte delle politiche di disinvestimento degli anni precedenti la pandemia;
- la frammentazione delle competenze istituzionali legate all'applicazione del titolo V della Costituzione,

occorre prestare massima attenzione alla ridefinizione dell'architettura generale del sistema, per fare in modo che colmi le lacune che – con la tragedia della pandemia – si sono rese ancora più evidenti.

Ben venga, quindi, un approccio mirato alla costruzione di un assetto il più possibile unitario per il riconoscimento e la cura della popolazione anziana, ed in particolare per i cittadini in condizioni di non autosufficienza, preso atto che sussiste:

- un'attenzione forte da parte del legislatore nazionale e locale rispetto all'urgenza della sinergia e dell'integrazione fra aspetti e interventi sociali, assistenziali e sanitari;
- la necessità di definire livelli essenziali di assistenza (LEPS) realmente applicabili e basati sulla ricognizione dei bisogni sul campo,
- la necessità di costruire processi efficaci di governance a livello nazionale e locale, anche per valutare le implicazioni delle scelte organizzative (ruolo e funzioni dei Distretti sociosanitari, degli ATS, riforma in senso territoriale della sanità) e degli aspetti economici, per esempio quelli legati al Budget di Salute e di Cura
- la necessità di valutare l'impatto delle scelte politiche sull'organizzazione locale dei servizi nei diversi territori.

La sfida sul tavolo è di riuscire a soddisfare la crescente complessità dei bisogni degli anziani non autosufficienti con adeguati interventi da parte del sistema sanitario e di protezione sociale,

---

<sup>2</sup> L'ISTAT (2014) stima che circa il 30% degli over 65 viva con almeno una limitazione funzionale tra quelle riferite alle ADL, al movimento e al confinamento.

avendo riguardo della sostenibilità economica del sistema, senza illudersi che le attuali risorse siano sufficienti.

### ***Un approccio globale alla definizione di non autosufficienza (CAPO II Art. 4 c. 2, lettera a)***

Affrontare il tema della non autosufficienza richiede, prima di tutto, un livello di lettura della condizione umana allargato a tutte le dimensioni e a tutte le fasi della vita, al fine di definire gli elementi caratterizzanti intorno a cui impostare le azioni politiche e legislative, definire strategie operative, assegnare compiti ai differenti livelli istituzionali e facilitare l'accesso al sistema di servizi.

Grazie ad una adeguata definizione di non autosufficienza, che crediamo non possa rinunciare a includere la valutazione alla qualità della vita, è possibile favorire l'azione dei servizi e fornire continuità assistenziale al cittadino, anche indipendentemente dalla sua età anagrafica, in una logica di intervento sinergico e integrato tra apparati sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e sociali.

Al di là delle diverse definizioni, infatti, esiste un generale consenso nel considerare la Qualità della Vita un "costrutto misurabile con metodi quantitativi e qualitativi e con indicatori di tipo sia generale sia soggettivo, multidimensionale e strettamente legato alla percezione soggettiva"<sup>3</sup> (Lyons, 2010).

In questo senso, quindi, si suggerisce di considerare l'importanza di un riferimento alla "qualità della vita" accanto agli strumenti quali ICF e altre scale di valutazione.

### ***Politiche, servizi e azioni per la popolazione anziana***

In tutte le società tecnologicamente e socialmente avanzate assistiamo all'allungamento della vita media e, pertanto, occorre definire *dove* è opportuno collocare il parametro che definisce quando un cittadino diventa "anziano".

Crediamo necessario, all'interno del riassetto della programmazione politica generale, individuare la distinzione tra diverse condizioni legate all'avanzare dell'età, non necessariamente tutte riferite a condizioni patologiche o di limitazione dell'autonomia.

Crediamo sia necessario, in una logica preventiva e di centralità delle cure domiciliari e territoriali:

- focalizzare l'attenzione sulle esigenze e le attitudini delle nuove generazioni di anziani attivi e, parallelamente, ipotizzare azioni ed interventi per le condizioni di grande senilità (quarta età);
- descrivere condizioni e presupposti per garantire una adeguata vita autonoma ed indipendente, eventualmente supportata dal sistema integrato di servizi sociali, sociosanitari e socioassistenziali;
- elaborare percorsi di socializzazione, aggregazione, partecipazione alla vita sociale e della comunità di riferimento, anche al fine di stimolare le funzioni relazionali e cognitive residue;
- delineare le condizioni di fragilità, al fine di individuare gli interventi di sostegno e di vigilanza necessari, in modo da ritardare il più possibile interventi più intensivi;
- riconoscere le condizioni di rischio (abbandono, trascuratezza, abuso, maltrattamento, incuria, isolamento sociale, ludopatia) per tutelare i cittadini che necessitano di protezione e organizzare le opportune risposte di pronto intervento;
- è noto che i servizi domiciliari in Italia siano complessivamente molto deboli, pur con apprezzabili eccezioni. In merito all'esiguità dell'investimento pubblico non sussistono

---

<sup>3</sup> Lyons, 2010

dubbi, come ci ricorda il confronto internazionale. Infatti, per l'assistenza agli anziani spendiamo meno del resto d'Europa e ai servizi domiciliari destiniamo una quota assai più modesta dei fondi disponibili. Da una parte, la spesa pubblica è del 20% circa inferiore alla media del continente<sup>4</sup>. Dall'altra, solo circa il 18% di questo già contenuto budget arriva alla domiciliarità (rispetto al 52,3% dell'indennità di accompagnamento e al 30% delle strutture residenziali)<sup>5</sup>.

- favorire *realmente* la permanenza al proprio domicilio o contesto di vita organizzando un sistema di assistenza domiciliare socio-assistenziale-sanitario integrato flessibile e a intensità variabile, in grado di affrontare bisogni complessi e non settorializzati;
- rendere strutturale la crescita dei fondi per la domiciliarità: lo storico sottofinanziamento di questi servizi indica la necessità che gli investimenti<sup>6</sup> dovrebbero essere resi costanti e crescenti;
- assicurare l'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari mediante l'integrazione strutturale o funzionale dei servizi sanitari con quelli sociali;
- favorire il supporto ai caregiver familiari e professionali, con percorsi di tutoraggio, accompagnamento e di domiciliarità supportiva (anche per favorire temporanee sostituzioni di chi si prende cura);
- realizzare interventi estesi e omogenei di semiresidenzialità (centri di aggregazione e socializzazione protetti, centri diurni, centri diurni per persone affette da disturbi cognitivi, periodi di sollievo temporaneo, residenzialità temporanea di supporto) per favorire una gestione strutturata delle necessità del cittadino anziano senza ricorrere all'istituzionalizzazione;
- realizzare diffusi progetti di vita comunitaria (ad esempio: case-famiglia, comunità alloggio, cohousing e progetti di convivenza intergenerazionale, appartamenti protetti, condomini solidali) accessibili al sistema di servizi a supporto delle autonomie;
- realizzare strutture per la residenzialità con intensità assistenziale differenziata, qualora le condizioni sociali, socioassistenziali, sociosanitarie e sanitarie, di protezione, depongano per la cura in luoghi differenti dal proprio contesto di vita in grado di rispondere ad esigenze differenti (ad esempio: patologie cognitive-comportamentali, situazioni di comorbilità rilevante, ecc.);
- strutturare livelli uniformi di assistenza per le cure palliative e simultanee nel fine vita delle persone anziane, non solo nel setting residenziale degli hospice ma anche in quello domiciliare, quando praticabile;
- definire percorsi di supporto a favore delle situazioni che presentano gravi disturbi del comportamento (sia a fronte di malattie neurodegenerative, sia per le persone con disabilità pregressa che invecchiano, sia per gli esiti di percorsi all'interno dei servizi per la salute mentale o per le dipendenze);
- strutturare i servizi territoriali per favorire l'adattamento domestico e urbano, integrando differenti competenze professionali per pensare/ripensare/creare luoghi di vita e luoghi di cura in un'ottica funzionale e di prossimità;
- prevedere percorsi di formazione specifici e specialistici, anche immaginando apposite sezioni nei relativi albi, per i professionisti che – a vario titolo – intervengono nei percorsi di cura delle persone anziane e non autosufficienti.

---

<sup>4</sup> Spasova et al., 2018

<sup>5</sup> Ragioneria Generale dello Stato, 2020.

<sup>6</sup> Il riferimento, è, in particolare al finanziamento dell'ADI con il decreto Rilancio (2020) che – nei fatti – ha evidenziato la necessità di un (quasi) raddoppio delle risorse a disposizione.

### ***Superare lo schema di un sistema standardizzato dei servizi alla persona***

Coerentemente con quanto appena descritto, le esigenze legate alla condizione di non autosufficienza nella terza età non solo sono estremamente differenziate, ma si connotano per evolvere in tempi, spesso, molto stretti. L'accesso dei cittadini e dei familiari al sistema dei servizi è quindi ricorrente e caratterizzato da richieste urgenti, non differibili, da ansia, frustrazione, senso di impotenza e stress.

Da molto tempo si assiste ad una contrazione progressiva dell'offerta dei servizi e il sistema dei servizi sociali locali, a fronte di un aumento costante delle richieste non ha potuto che limitarsi a una modesta offerta di prestazioni standardizzate. Dal 2006 al 2017, la copertura media del SAD è quasi dimezzata, seppur a fronte dell'aumento di oltre il 20% della spesa media per utente<sup>7</sup>; diminuiscono le persone in carico ma aumenta l'intensità assistenziale.

Nella pratica, a fronte di una serie di limitazioni organizzative e di bilancio si assiste alla selezione a monte dei bisogni che riescono ad essere "sufficientemente meritevoli" del sostegno pubblico e, paradossalmente, questa selezione avviene frequentemente sulla base delle condizioni di gravità clinica.

Sarebbe dunque auspicabile superare l'attuale logica standardizzata dei servizi alla persona a favore di un nuovo paradigma che stimoli le organizzazioni e la rete dei servizi ad intercettare precocemente le esigenze per calibrare gli interventi in modo flessibile, modulare e graduale.

Di tutta evidenza, quindi, la necessità di un investimento cospicuo di fondi che non si limiti a razionalizzare le attuali risorse. In particolare, l'avvio di una trasformazione del sistema non può essere a "costo zero", ma essere capace di accompagnare il Paese e vedere i bisogni ed i desideri delle persone, non solo gli aspetti erogativi e standard di prestazioni predefinite. Un investimento e una governance pubblica di prospettiva capace di attrarre investimenti ulteriori (*non profit e profit*) garantendo una vera offerta innovativa di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

### ***Anziani che si prendono cura di anziani.***

Una popolazione sempre più anziana, con aspettative di vita come quelle attuali ed una riduzione di natalità ormai consolidata, ha comportato una modifica della struttura sociale delle famiglie e dei legami intergenerazionali.

Il nostro sistema di LTC ha tradizionalmente, seppure implicitamente, fatto affidamento sul ruolo della famiglia, sia in termini di cure informali prestate da caregiver familiari alla persona non autosufficiente, sia in termini di spesa privata. Tuttavia, le evidenze ci dicono che anche questa parte di welfare coperta finora dalle famiglie e dai caregiver familiari andrà diminuendo inevitabilmente e significativamente. Il rapporto tra persone adulte (45-64 anni) e anziani (75+ anni) si dimezzerà per il 2050<sup>8</sup> con minori possibilità per i figli di fornire cure intergenerazionali.

Già oggi verificiamo che il numero di persone anziane senza figli o con figli lontani per esigenze di lavoro è sempre più elevato: sono preponderanti le situazioni in cui i coniugi o le coppie di anziani provvedono vicendevolmente alle esigenze di cura e di assistenza, ma sono numerose anche le situazioni nelle quali figli ormai anziani si occupano di genitori estremamente longevi.

La fatica, lo stress correlato alla cura, l'inadeguatezza assistenziale, l'incapacità a rendersi conto della necessità di un aiuto esterno, così come la diffidenza ad accogliere persone di supporto estranee, amplificano la fragilità delle situazioni o aumentano le probabilità di una rapida

---

<sup>7</sup> Elaborazione NNA su dati ISTAT (2021)

<sup>8</sup> Cangiano, 2014

involuzione verso l'emergenza e la non autosufficienza.

Occorre pertanto garantire la presenza di personale dedicato e adeguatamente qualificato, di Assistenti Sociali che possano creare le condizioni per favorire una connessione con i servizi, attivare le risorse familiari e della comunità locale, mantenere legami di conoscenza che evitino il più possibile condizioni di isolamento e di abbandono.

Tale obiettivo, a nostro avviso, si può raggiungere strutturando al meglio gli ATS e il servizio sociale professionale nel SSN. Molto si è fatto, ma ancora siamo distanti da un approccio capace di lavorare in modalità effettivamente integrate. In parte la proposta di legge in oggetto mira a tali obiettivi, ma è necessario sin d'ora indicare le professionalità necessarie nei processi di riforma indicati.

### ***Continuità delle cure tra Ospedale e Territorio***

Coerentemente con il punto precedente, per garantire la continuità dell'assistenza e delle cure, la ridefinizione del sistema dei servizi a favore della popolazione anziana, non può che fondarsi su una concreta integrazione organizzativa e operativa tra sistema sanitario e sistema locale dei servizi sociali, affinché anche attraverso il consolidamento delle procedure di dimissione protetta - i percorsi delle persone anziane siano accompagnati sia nel momento dell'accesso in ospedale, sia alla dimissione.

Non possiamo dimenticare, in questa sede, l'importanza della riforma disegnata dal cosiddetto DM77 che sottovaluta, a nostro avviso, la componente professionale sociale nei diversi livelli. Rammentiamo che, ad oggi, l'assistente sociale viene previsto solo nella Casa di Comunità ignorando l'importanza del suo apporto nella continuità assistenziale (COT e Ospedale di Territorio ad esempio).

### ***I diritti delle persone tra: autodeterminazione, necessità di dare spazio ai desideri personali, progetti individualizzati di protezione ed esigenze di tutela***

Il riassetto del sistema dei servizi a favore delle persone anziane, ed in particolare delle persone non autosufficienti, deve considerare l'esigenza di garantire al cittadino, anche se in condizioni di dipendenza e di limitazione dell'autonomia (si considera qui ovviamente quella fisica-motoria), di esprimere e di vedere rispettate le proprie scelte, anche per favorire l'adesione al progetto di vita e di cure individualizzato

È indispensabile che la valutazione tecnico professionale sociale e sanitaria consideri le preoccupazioni e le aspettative individuali, al fine di creare le condizioni per supportare le famiglie nell'adesione ad un progetto di senso, anche nelle situazioni in cui si rendano necessarie misure di protezione giuridica.

Non di meno, riteniamo un principio fondamentale quello della partecipazione della persona al proprio progetto di vita, esattamente come indicato nella norma concernente la disabilità. Chiediamo che nell'articolato si faccia esplicito riferimento alla volontà e ai desideri delle persone non autosufficienti.

### ***Sostegno ai caregiver professionali e famigliari (CAPO II Art. 4 c. 2, lettera o, punto c)***

Nel disegnare il sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, non si può non considerare l'apporto fornito dai caregiver professionali e dalle famiglie.



Da un lato, agli assistenti familiari deve essere garantita la puntuale applicazione delle condizioni contrattuali, dall'altro devono essere favoriti i percorsi di formazione che siano inseriti in un contesto di servizi che rappresenti il ventaglio di opportunità a disposizione delle persone (domiciliarità ad alta intensità, ricoveri di sollievo, centri diurni, domiciliarità supportiva, sostegno psicologico, informazioni e formazione sulla gestione quotidiana, mobilitazione e uso degli ausili, prevenzione di *ab ingestis*, piaghe da decubito, ecc.)

In generale, va favorito un adeguato e costante coinvolgimento dei caregiver affinché il progetto assistenziale consenta di sperimentare e scegliere l'opzione più vantaggiosa fra quelle disponibili.

### ***Il sistema di valutazione unitario (CAPO II Art. 4 c. 2, lettera g)***

La proposta di adozione di sistemi di valutazione uniformi sul territorio nazionale ha una sua ragione d'essere a condizione che siano garantite la chiarezza e la certezza della composizione delle équipe individuate allo scopo.

Consideriamo come snodo centrale della presa in carico così intesa l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) che ha l'obiettivo di scegliere e governare attraverso una progettazione dinamica e condivisa i migliori percorsi di benessere della persona anziana.

Per quanto sinora detto, la presenza dell'Assistente Sociale appare imprescindibile, sia per la specificità del punto di valutazione, sia in relazione al suo ruolo all'interno della rete dei servizi.

E' auspicabile che in continuità con quanto definito nella Legge 227 del 22 Dicembre 2021 venga mantenuta anche per le persone anziane la distinzione tra la valutazione di base e valutazione multidimensionale, la prima consente di accedere agli emolumenti e benefici non solo economici, la seconda permette una valutazione multidimensionale, attraverso la quale, i diversi professionisti sociali, sanitari e sociosanitari, definiscono con la persona, o chi la rappresenta legalmente, e la famiglia, il progetto di vita, qui definito come progetto individualizzato di assistenza integrata, da essi desiderato e auspicato, tenendo conto di tutte le risorse formali ed informali attivabili nel contesto di vita della persona stessa.

### ***I professionisti e la loro qualità professionale (CAPO II Art. 4 c. 2, lettera o, punto 2)***

In merito alla formazione degli assistenti sociali, il Consiglio Nazionale dell'Ordine da tempo pone all'attenzione delle istituzioni la necessità di una riforma dell'impianto formativo universitario, prevedendo anche percorsi di specializzazione post-laurea che consentano, al professionista che lavora nell'area della terza età, lo sviluppo di competenze specifiche necessarie ad affrontare la complessità della materia.

È diritto fondamentale dei cittadini avere professionisti qualificati e costantemente aggiornati, che siano in grado di promuovere il benessere e sostenere le persone vulnerabili: è dovere deontologico dell'assistente sociale, aggiornarsi costantemente, attraverso processi di formazione e auto-riflessione, per garantire alle persone il corretto esercizio della professione.

È quindi, per il CNOAS, fondamentale richiedere che oltre alla definizione dei fabbisogni regionali di Assistenti sociali sia prevista una delega che preveda l'istituzione di elenchi speciali all'interno dell'Albo normandone modalità di iscrizione e formazione continua per garantire nel settore professionisti sempre più competenti e specializzati.

Gli interventi rivolti ai cittadini anziani, a quelli con grande senilità, alle persone non autosufficienti o affetti da patologie invalidanti progressive, disturbi del comportamento e per tutte le situazioni di fine vita richiedono sistemi di welfare adeguati e professionisti specializzati perché la funzione di tutela e protezione è responsabilità primaria dello Stato secondo quanto affermato in Costituzione.