

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
Facoltà di Scienze Politiche

Corso di Laurea in Servizio Sociale (Classe L-39)

a.a. 2010-11

2° anno di Corso (Nuovo Ordinamento D.M. 270/04)
sede di Torino

Insegnamento di
Organizzazione dei Servizi Sociali (18 ore)

Schede e appunti a cura del docente
Giovanni Garena (giovanni.garena@unito.it)

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2009-2010	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Università degli Studi di Torino
Facoltà di Scienze Politiche

Corso di Laurea in Servizio Sociale (Classe L-39)
a.a. 2010-2011

2° anno di Corso
(Nuovo Ordinamento D.M. 270/04)
sede di Torino

Programma Insegnamento di
Organizzazione dei Servizi Sociali (18 ore)
(doc. Giovanni Garena¹)

Obiettivi

L'insegnamento di Organizzazione dei Servizi Sociali, integrando i contenuti offerti dagli insegnamenti di Sociologia dell'Organizzazione e Diritto Amministrativo dei Servizi Sociali, propone elementi di conoscenza e capacità di orientamento nell'analisi delle dimensioni istituzionali e organizzative dei contesti di Servizio Sociale Professionale. In specifico intende:

- fornire chiavi interpretative del contesto e dell'organizzazione compatibili
 - con quanto previsto dal nuovo codice deontologico dell'assistente sociale (*Testo approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 17 luglio 2009, in vigore dal 1 settembre 2009*) in specifico riferimento al Titolo IV (responsabilità dell'assistente sociale nei confronti della società, Capo I, *Partecipazione e promozione del benessere sociale, artt. 35-36-37-38-39*) ed al Titolo VI (responsabilità dell'assistente sociale nei confronti dell'organizzazione di lavoro, Capo I, *L'assistente sociale nei confronti dell'organizzazione di lavoro, artt. 44-45-46-47-48-49-50-51*)
 - con il Piano Studi laddove si stabilisce che “ *Il corso di laurea in Servizio sociale mira a formare persone dotate di adeguate conoscenze e competenze per svolgere la professione di assistente sociale..... I servizi sociali realizzano in particolare interventi volti alla soluzione di situazioni di difficoltà e disagio di singoli, gruppi e*

¹ Giovanni Garena, sociologo, svolge attualmente attività di professore a contratto presso il Corso di laurea in Servizio Sociale, il Corso di Laurea in Infermieristica, Master di 1° livello (Università degli studi di Torino) e presso nel Corso di laurea in Servizio Sociale (Università del Piemonte Orientale “A.Avogadro”). Conduce anche diverse attività di formazione continua, riqualificazione e supervisione per operatori professionali dei servizi sociali e sanitari.

Dal 1972 al 2006 ha maturato progressiva esperienza di azione e di direzione nei servizi sociali, da educatore a dirigente di area, all'interno di vari enti locali di diverse dimensioni.

Dagli anni '80si è occupato di formazione di base ed in corso d'impiego degli assistenti sociali e degli educatori professionali curando insegnamenti di politica sociale, legislazione sociosanitaria e organizzazione dei servizi.

Dal 1994 al 1998 è stato direttore della scuola di formazione per educatori professionali (SFEP) della Città di Torino

E' autore, coautore di diversi testi, saggi, articoli e pubblicazioni su riviste specializzate nel settore delle politiche sociali e organizzazione dei servizi.

Già giudice onorario presso il Tribunale per i minorenni di Torino (dal 1996 al 2004), svolge attualmente funzioni di consigliere onorario presso la sezione minorenni della Corte d'Appello di Torino.

giovanni.garena@unito.it

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

comunità, nell'ambito del sistema organizzato delle risorse sociali; promuovono e coordinano le risorse di volontariato e del terzo settore; gestiscono, organizzano e programmano il complesso del sistema integrato di servizi sociali.”;

- fornire gli elementi essenziali per comprendere e orientarsi nel contesto istituzionale e organizzativo in cui il servizio sociale professionale è collocato (o potrebbe esservi collocato). Fornire una robusta dotazione concettuale e strumentale da riporre nella cosiddetta “scatola degli attrezzi” da utilizzare anche nel prosieguo del percorso formativo;
- superare la scissione fra area dell'operatività e area dello studio/ricerca/programmazione/valutazione; superare forme di estraneità/ostilità nei confronti dell'organizzazione, consentire allo studente di porsi in termini critici nei confronti dell'organizzazione;
- promuovere un processo virtuoso che favorisca l'inserimento sul mercato del lavoro di nuove generazioni di assistenti sociali capaci di esercitare funzioni preventive, promozionali e propositive nei confronti della comunità e dell'organizzazione, capaci di contrastare approcci meramente burocratici, riparativi o pseudo clinici.

Contenuti	Rif a materiale didattico
Avvicinamento alla complessità del sociale e alla complessità organizzativa dei Servizi Sociali	Cap 1 del Testo adottato
Elementi per una cornice generale in tema di Organizzazione dei Servizi Sociali: i Servizi dello Stato (Centri per la Giustizia Minorile, Uffici Esecuzione Penale Esterna, Nuclei Operativi Tossicodipendenze) e degli altri Enti pubblici, il Terzo Settore, le Imprese Private	Dispensa
L'organizzazione interna degli Enti di maggiori dimensioni	Cap 3 del Testo ad. + Dispensa
Elementi per una lettura-interpretazione sistemica dei fenomeni organizzativi. Elementi per un percorso di analisi organizzativa: l'organizzazione dell'azione Sociale nel sistema aperto, i concetti di input e di output, le carenze organizzative e gli obiettivi del sistema, il processo di trasformazione attraverso la struttura formale di base, i meccanismi operativi, il comportamento organizzativo - i processi sociali. Il fattore tempo nell'organizzazione del Servizio Sociale	Cap 4 - 5 - 6 del Testo adottato
La qualità e la valutazione della qualità nell'Organizzazione del Servizio Sociale. Riferimenti sullo specifico della Carta dei Servizi e del Codice del consumo	Par 7.10 del Testo ad. + dispensa
L'organizzazione della rete dei Servizi Sociali in Regione Piemonte <ul style="list-style-type: none"> - Operatori Sociali in Piemonte - Servizio di primo ascolto e segretariato sociale - Servizio sociale professionale - Sostegno al reddito -Assistenza economica - Assistenza domiciliare - Servizi a bassa soglia - Servizi di sviluppo di comunità - Specifici Servizi per le famiglie e per i minori - Specifici Servizi per adulti in difficoltà - Specifici Servizi per le persone anziane - Specifici Servizi per le persone diversabili - Specifici Servizi di contrasto alla devianza e alla criminalità 	Dispensa

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Elementi di riferimento sui Servizi offerti dalla cooperazione sociale - Elementi di riferimento sui Servizi offerti in tema di immigrazione - Elementi di riferimento sui Servizi offerti dalle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza ed I.P.A.B. privatizzate - Elementi di riferimento sui Servizi per la popolazione nomade - Elementi di riferimento sul Servizio civile nazionale - Elementi di riferimento sui Servizi offerti dal sistema del volontariato organizzato - Due diversi modelli organizzativi a confronto: elementi di riferimento sullo specifico dell'Organizzazione dei Servizi Socioassistenziali del Comune di Torino e del Comune di Novara 	
<p>Elementi per l'organizzazione dei Servizi per la Salute in Piemonte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stralcio del Piano Sociosanitario Regionale - Il percorso di costruzione dei Profili e Piani di Salute (PePS) - Tratti schematici su criteri e assetti organizzativi della Aziende Sanitarie - Funzioni sociali e organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie - I Distretti sanitari di base - I Dipartimenti di prevenzione - Specifiche in merito all'integrazione sociosanitaria - I Dipartimenti di salute mentale (DSM) - I Servizi tossicodipendenze Ser.T – Dipartimenti patologie da dipendenza Ser.D - I Dipartimenti materno infantile - Specifiche in merito all'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti - L'Azienda Sanitaria Ospedaliera. Il ricovero ospedaliero. - Il Servizio Sociale ospedaliero - Piano per il governo delle liste d'attesa 	Dispensa

Metodo

Le prime lezioni, svolte con modalità prevalentemente frontale, verranno finalizzate ad un inquadramento e ricognizione generale di alcuni dei contenuti suesposti: in tal modo gli studenti acquisiranno le basi indispensabili di orientamento per un consapevole inserimento nelle diverse situazioni tirociniali.

Il materiale didattico messo a disposizione dovrebbe costituire la dotazione strumentale per connettere le articolate dimensioni teoriche alle singole specifiche realtà di tirocinio. In questa prospettiva, le successive lezioni, verranno svolte con modalità interattive per consentire di entrare merito delle specificità, caratteristiche e problematiche di ciascun ambito di tirocinio.

Frequenza alle lezioni: obbligatoria

Modalità di esame: la valutazione di questo percorso confluirà nella valutazione complessiva del tirocinio di 2° anno

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Bibliografia

- Dispensa a cura del docente
- CORAGLIA S., GARENA G., *Complessità – Organizzazione – Sistema. Mappe di orientamento per i Servizi alla persona e alla comunità*, Maggioli, Rimini 2008.

Lettere consigliate

- Voci correlate in *Dizionario di Servizio Sociale*, DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), Carocci Faber, Roma 2005
- ALBANO R., MARZANO M., *“L’organizzazione del Servizio Sociale”*, Angeli ed., Milano 2000, cap 1-2 –3- 4
- ALLEGRI E., *La valutazione della qualità nei Servizi alla persona: una nuova frontiera*, in R. Albano, M. Marzano (a cura di), *L’organizzazione del Servizio Sociale*, F. Angeli, Milano, 2000
- FENOGLIO R., *L’operatore sociale nell’organizzazione*, in R. Albano, M. Marzano (a cura di), *L’organizzazione del Servizio Sociale*, F. Angeli, Milano, 2000
- GARENA G., CORAGLIA S., *L’Operatore Sociale. L’azione professionale tra complessità sociale e fenomeni organizzativi”* Roma, Carocci, 2003.
- GARENA G., GERBO A.M., *“Qualità e accreditamento professionale nei servizi sociali”*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010
- GUI L., *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2009
- OLIVETTI MANOUKIAN F., *“Produrre Servizi”*, Il Mulino, Bologna 1998. Cap. 1- 2-3-4
- OLIVETTI MANOUKIAN F., *reimmaginare il Lavoro Sociale*, i Gekidi Animazione Sociale, ed. Gruppo Abele, Torino, 2005
- PIVA P., *I servizi alla persona*, Roma, Carocci, 2001

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Elementi per una cornice generale in tema di ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI²

L'analisi dei sistemi organizzativi che si configurano all'interno del comparto dei Servizi è esigenza imprescindibile e determinante per l'operatore sociale.

Le motivazioni a tale attività e le conseguenti azioni vanno ricercate nella costante tensione verso l'obiettivo di monitorare, adeguare, innovare l'organizzazione del sistema-Servizio per la produzione di salute e benessere sociale; operare quindi nell'ottica di migliorare qualitativamente e quantitativamente i prodotti in uscita dal comparto stesso.

Nella realtà, notevoli possono essere gli scarti tra i risultati raggiunti e gli obiettivi che un qualsiasi Servizio sociale persegue in relazione ai diversi mandati istituzionali e tecnico-professionali.

L'analisi di queste discrepanze (tra risultati raggiunti ed obiettivi), la ricerca delle cause che le determinano, lo studio e le conseguenti proposte di modifica o di azioni innovative per poter colmare o ridurre il gap tra risultati ed obiettivi, attengono all'area del sapere e del saper fare dell'operatore sociale. Sapere e saper fare che deriva dalla conoscenza e dal conseguente utilizzo di elementi di teoria e pratica dell'azione organizzativa, scienza che raccoglie al proprio interno una vasta interdisciplinarietà (dalla sociologia all'economia, dall'antropologia alla psicologia, dalla pedagogia degli adulti alle scienze politiche, alla cibernetica, ecc.) ma che ormai può essere considerata come una scienza a sè con diverse scuole di pensiero che affrontano, da punti di vista differenti e con differenti esiti finali, l'approccio ai fenomeni organizzativi che si manifestano negli ambienti lavorativi.

La dimensione organizzativa riveste quindi fondamentale importanza nel lavoro sociale professionale perché

- i soggetti gestori ed i Servizi sociali, che si avvalgono dell'apporto del lavoro sociale professionale, sono innanzi tutto “organizzazioni”, organizzazioni sempre complesse;
- gli interventi e le prestazioni sociali rappresentano sempre il risultato di un'attività organizzativa;
- gli operatori dei Servizi sociali svolgono compiti organizzativi;
- ogni organizzazione registra un impegno a creare stabilità, fare ordine, predisporre in modo sistematico, strutturare con una certa funzionalità ed efficienza l'azione professionale. Così l'organizzazione prevede, attraverso delle norme esplicite, rapporti che tentano di contrapporsi all'improvvisazione, al disordine, alla casualità, alla transitorietà. Con l'organizzazione si stabiliscono quindi, attraverso delle norme esplicite, rapporti relativamente durevoli tra le persone e nei confronti dei beni a disposizione. Ciò consente di conseguire razionalmente lo scopo prefissato. Nello specifico campo dei Servizi sociali, l'organizzazione consente di raccordare i bisogni, i problemi e le risorse degli utenti con le finalità istituzionali e le risorse umane e materiali dell'Ente gestore, facendo prevalere l'idea di ordine finalizzato e di ragione sull'emotività e sull'improvvisazione: in questo modo si tenta di rendere concreta e meno contingente la solidarietà sociale.

Possiamo distinguere tra

→ Organizzazione intesa come descrizione del sistema dei servizi, ove l'attenzione viene posta sull'assetto organizzativo dei servizi,

e

→ Organizzazione quale attività svolta dal sistema (o da un suo elemento interno), ove l'attenzione è posta sull'attività organizzativa svolta all'interno dell'Ente per creare, modificare ed erogare le prestazioni.

Per comprendere l'attuale assetto organizzativo occorre partire dall'assetto Istituzionale, cioè dai soggetti che hanno, in base ad una legge, competenza a organizzare i Servizi sociali, soggetti che sono raggruppabili in tre grandi settori:

lo Stato e gli altri Enti Pubblici.

Lo Stato - emana leggi per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (vds art 117 della Costituzione); destina risorse aggiuntive e di effettuare interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni per «promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona»(vds art 119

² Sintesi e integrazioni da R.Maggian, voce Organizzazione dei Servizi Sociali, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber Ed., Roma 2005.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

della Costituzione) - gestisce direttamente alcuni Servizi sociali. Tali Servizi sono organizzati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e sono gestiti da Amministrazioni statali centrali (Ministeri e Dipartimenti), attraverso organi di decentramento amministrativo. Tra questi:

i Centri per la Giustizia Minorile (CGM), sono coordinati dal Dipartimento per la Giustizia minorile del Ministero della Giustizia e da essi dipendono gli uffici di Servizio sociale per i Minorenni, gli istituti penali per i Minorenni, i centri di prima accoglienza e le Comunità. Gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni, normalmente composti da Assistenti Sociali coadiuvati da psicologi e da personale dell'area amministrativa, sono presenti in tutte le città in cui vi è il Tribunale per i Minorenni; la loro attività, svolta generalmente su mandato dell'Autorità Giudiziaria Minorile, è finalizzata al reinserimento sociale dei minori del circuito penale minorile. Oltre al lavoro diretto sui singoli ragazzi, gli U.S.S.M. operano anche nell'ambito della conoscenza del fenomeno della devianza minorile, nella progettazione di interventi e nella ricerca sociale. Si avvalgono della collaborazione dei Servizi Sociali degli Enti Locali e del privato sociale.;

Gli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE, ex Centri di servizio sociale per adulti - CSSA) istituiti dalla legge 27 luglio 2005, n.154 a modifica della legge 26 luglio 1975 n. 354 (l'art. 72) che costituiva i Centri di servizio sociale per adulti dell'amministrazione penitenziaria. Il loro coordinamento è affidato agli Uffici dell'esecuzione penale esterna presso i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria (P.R.A.P.). Questi Uffici provvedono ad eseguire, su richiesta del magistrato di sorveglianza, le inchieste sociali utili a fornire i dati occorrenti per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure di sicurezza e per il trattamento dei condannati e degli internati. Prestano la loro opera per assicurare il reinserimento nella vita libera dei sottoposti a misure di sicurezza non detentive. Inoltre, su richiesta delle direzioni degli istituti penitenziari, prestano opera di consulenza per favorire il buon esito del trattamento penitenziario.

Gli A.S. in servizio negli UEPE svolgono attività di vigilanza e/o di assistenza nei confronti dei soggetti ammessi alle misure alternative alla detenzione e di sostegno-assistenza nei confronti dei sottoposti alla libertà vigilata.

Nell'attuare gli interventi di osservazione e di trattamento in ambiente esterno (applicazione ed esecuzione delle misure alternative, delle sanzioni sostitutive e delle misure di sicurezza) l'Ufficio si coordina con le istituzioni e i servizi sociali che operano sul territorio. Le intese operative con i servizi degli enti locali sono definite in una visione globale delle dinamiche sociali che investono la vicenda personale e familiare dei soggetti e in una prospettiva integrata d'intervento.

Gli indirizzi generali e il coordinamento in materia sono dettati dalla Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna presso il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia.

I compiti dell'assistente sociale nell'U.E.P.E. sono quindi riconducibili a un insieme di attività generali e a un insieme di attività specifiche.

A livello generale l'Assistente sociale offre consulenze per favorire il buon esito del trattamento penitenziario del detenuto stesso con colloqui periodici in Istituto che possono essere richiesti, con motivazione per l'esame e con la successiva autorizzazione da parte della direzione dell'Istituto, o da quest'ultima per l'osservazione scientifica della personalità o su istanza diretta del detenuto o su richiesta della direzione del Servizio. L'Assistente sociale, inoltre, promuove attività di assistenza alle famiglie e di cura delle relazioni familiari, per conservare e migliorare le relazioni dei soggetti condannati con i familiari e rimuovere le difficoltà che possono ostacolare il reinserimento sociale in collaborazione con gli enti pubblici e privati qualificati nell'assistenza. Per quanto riguarda i soggetti sottoposti alle misure alternative alla detenzione ovvero degli affidati in prova al Servizio sociale e in casi particolari, dei semiliberi e di quelli in detenzione domiciliare e in libertà controllata, l'utilizzo degli strumenti del colloquio presso l'U.E.P.E. e i colloqui in visita domiciliare consentono all'Assistente Sociale di effettuare delle verifiche periodiche secondo un proprio piano degli interventi. In questi casi, che rientrano nell'area penale esterna, le attività di osservazione e di trattamento affidate all'U.E.P.E. hanno contenuti di aiuto, assistenza e sostegno dei soggetti allo scopo di favorire e promuovere il processo rieducativo e il loro reinserimento nella società, attraverso l'individuazione di possibili inserimenti socio lavorativi, e di vigilanza e verifica del rispetto, da parte degli stessi, delle prescrizioni contenute nel provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Il Servizio sociale riferisce periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto, per consentire eventuali modifiche delle prescrizioni o revocche della misura nei casi di inidoneità al trattamento o di trasgressione. Il lavoro dell'assistente sociale all'interno del medesimo Servizio si esprime anche attraverso la partecipazione all'équipe d'osservazione e trattamento (G.O.T.) che si caratterizza per la sua multiprofessionalità essendo composta da più figure quali il direttore e un collaboratore dell'istituto, un educatore, uno psicologo o specialista, un assistente sociale ed eventuali assistenti volontari. Il lavoro di questo gruppo è di seguire i casi di quei soggetti con condanna definitiva per i quali ha avuto inizio l'esecuzione, per elaborare un programma di

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

trattamento rieducativo individualizzato, curato da tutti i professionisti dell'équipe che individuano le competenze e gli interventi di ciascuno, volto a rispondere a particolari e specifici bisogni dell'utente. In particolare l'Assistente sociale ha il compito di svolgere delle indagini socio-familiari in relazione ai detenuti seguiti e di puntare al reperimento delle risorse strutturali, strumentali e umane utili al suo futuro reinserimento sociale. Ogni caso trattato viene sottoposto ad un aggiornamento e revisione periodica e alla formulazione di un rapporto di sintesi.

A livello specifico i compiti che svolge l'Assistente sociale all'interno dell'U.E.P.E. prevedono, in primo luogo, l'esecuzione (su richiesta del Magistrato o del Tribunale di Sorveglianza) di inchieste sociali utili a fornire i dati occorrenti per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure di sicurezza relative al detenuto. In secondo luogo il ruolo dell'Assistente sociale all'interno dell'U.E.P.E. si esprime nell'espletamento (sempre su richiesta del Magistrato o del Tribunale di Sorveglianza) delle indagini socio-ambientali per i soggetti condannati che richiedono la concessione di una misura alternativa dallo stato di libertà, nonché nello svolgimento delle indagini socio-familiari utili per il trattamento dei condannati e degli internati.

Un ulteriore compito che l'Assistente sociale svolge in questo Servizio, in sinergia con altri soggetti, è caratterizzato dalla progettazione di attività volte ad assicurare il reinserimento nella vita libera dei sottoposti alle misure di sicurezza non detentive.

Nello specifico è compito dell'assistente sociale attuare l'osservazione e il trattamento extramurario nei casi di benefici concessi ai detenuti ed internati durante l'esecuzione della pena in carcere quali: lavoro all'esterno, licenze, permessi premio e semilibertà.

L'Assistente Sociale, inoltre, partecipa alle attività di assistenza dei dimessi aiutando le famiglie nel periodo che precede il loro ritorno. Il definitivo reinserimento dei detenuti ed internati è agevolato da interventi di servizio sociale in collaborazione con gli organi territoriali competenti.

Le Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT), composti da Assistenti Sociali e personale amministrativo la cui attività risponde alle finalità previste dalla normativa in materia di tossicodipendenza, operano presso ogni Ufficio Territoriale del Governo (UTG, D.P.R. 2871/2001) che fa parte della organizzazione periferica del Ministero dell'Interno, di cui è titolare il Prefetto.

Allo Stato spetta, inoltre, emanare atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie (D.P.C.M. 14 febbraio 2001), fissare i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei Servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, prevedere requisiti specifici per le Comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni (art. 9 L. 328/2000 e D.M. 308/2001) e ripartire le risorse sia del Fondo nazionale per le politiche sociali che del Fondo per il Servizio Sanitario Nazionale.

Le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione nel 2001 hanno aperto la prospettiva della potestà legislativa piena delle **Regioni** nel campo degli interventi e dei Servizi sociali.

Le Regioni non gestiscono direttamente i Servizi sociali, ma ne orientano l'organizzazione, disciplinando l'articolazione del territorio in distretti (D.Lgs. 229/1999), emanando indirizzi e protocolli volti ad assicurare comportamenti uniformi e omogenei a livello territoriale nell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie (D.P. C.M. 14 febbraio 2001), determinando gli ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei Servizi sociali a rete, promuovendo la sperimentazione di modelli innovativi di Servizi eventualmente collegati a esperienze effettuate a livello europeo (legge 328/2000), definendo - sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato - i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi (sia a gestione pubblica che privata), definendo i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni (art. 8 legge 328/2000) e ripartendo le risorse finanziarie di cui dispone.

Gli altri Enti pubblici. Il nuovo articolo 114 della Costituzione colloca il **Comune** al primo posto nell'elenco dei soggetti istituzionali che formano la Repubblica. Il Comune, nell'ottica della sussidiarietà verticale, rappresenta il livello più vicino al cittadino. Fra gli Enti pubblici, il ruolo principale nella organizzazione dei Servizi sociali era già stato istituzionalmente assegnato ai Comuni, singoli o associati, fin dal D.P.R. 616/1977 (art. 25), successivamente confermato dal D.Lgs. 112/1998 (art. 128) e, recentemente, dalla L. 328/2000 (art. 6).

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Dalle **Aziende Sanitarie Locali** (ASL), a livello delle diverse Regioni variamente denominate (anche Azienda Unità Sanitaria Locale - AUSL, Azienda per i Servizi sanitari – ASS, ecc.) dipende, invece, l'organizzazione dei Servizi, delle prestazioni e degli interventi per la tutela della salute, comprese le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni (D.Lgs. 229/1999). In particolare, è a livello di distretto che le aziende sanitarie locali garantiscono i Servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, i Servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, i Servizi rivolti a disabili e anziani, i Servizi di assistenza domiciliare integrata, i Servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale. Trovano, inoltre, collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai Servizi alla persona (D.Lgs. 229/1999; D.P.C.M. 4 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*).

Oltre ai Comuni singoli o associati e alle Aziende Sanitarie Locali, alle **Aziende Sanitarie Ospedaliere -A.S.O** (presso le quali operano i **Servizi Sociali ospedalieri**), vi sono vari altri soggetti pubblici che organizzano Servizi sociali: le **Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza** (IPAB) con la loro evoluzione in aziende pubbliche di Servizi alla persona (D.Lgs. 207/2001)³, i **Consorti fra Comuni**, le **Comunità montane**, le **Istituzioni**, ecc.

Il Terzo Settore. Con questa dizione si comprende l'insieme di entità sociali, anche molto differenti tra di loro, quali le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali⁴, le Associazioni di Promozione Sociale⁵, le varie altre associazioni familiari e le fondazioni prosociali. Questi organismi possono essere accomunati dai seguenti elementi caratterizzanti:

- l'intreccio tra dimensione comunitaria (legami di appartenenza, motivazioni ablativo, ecc.) e dimensione societaria;
- attivazione di meccanismi stabili di solidarietà fondati sulla reciprocità e sulla responsabilizzazione e mobilitazione dei soggetti (la dimensione del dono che può alimentare un circuito virtuoso fondato su relazioni prosociali);
- produzione di un bene comune particolare, definibile bene relazionale, che richiede la collaborazione tra chi offre l'intervento e chi lo riceve;

³ Nel panorama generale le IPAB – Aziende Pubbliche di servizi alla persona – rappresentano una realtà consistente ed articolata, con notevoli patrimoni finanziari e strutturali. In Regione Piemonte sono al momento attive ben 374 IPAB (137 in Prov di Torino, 14 in prov di Alessandria, 20 in Prov. di Asti, 106 in Prov. di Cuneo, 34 in Prov. di Biella, 36 in Prov. di Novara, 15 in Prov. di Verbania, 12 in Prov. di Vercelli).

⁴ Come noto la L. 08/11/1991 N.381 "Disciplina delle Cooperative Sociali" individua nella promozione umana e nell'integrazione gli scopi che debbono perseguire le Cooperative Sociali nella gestione:

- di Servizi sociosanitari ed educativi (Cooperative di tipo A)
 - di attività diverse orientate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (invalidi fisici-psichici-sensoriali, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, alcolisti, minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, condannati ammessi a misure alternative alla detenzione, ecc.) in misura di almeno il 30% degli occupati. Gli Enti Pubblici possono stipulare convenzioni con questo tipo di Cooperative anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della Pubblica Amministrazione. (Cooperative di tipo B)
- Viene prevista la figura del "socio volontario".

A livello di Regione Piemonte è previsto un Albo delle Cooperative Sociali articolato in tre sezioni:

- Sez. A: cooperative che operano nell'ambito dei servizi socio-sanitari ed educativi;
- Sez. B: cooperative che attraverso lo svolgimento di attività diverse (agricole industriali commerciali e di servizi) inseriscono al lavoro persone svantaggiate;
- Sez. C: consorzi sociali

Sono organizzabili anche cooperative a oggetto misto (A+B), se svolgono entrambe le tipologie di attività citate;

Ai sensi dell'art. 2 comma 6 della L.R. 18/94, l'Albo viene pubblicato periodicamente sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte. L'ultima pubblicazione del 2010 rileva che in Regione Piemonte sono al momento attive ben 305 Cooperative Sociali di tipo A (134 in Prov di Torino, 40 in prov di Alessandria, 16 in Prov. di Asti, 52 in Prov. di Cuneo, 20 in Prov. di Biella, 16 in Prov. di Novara, 8 in Prov. di Verbania, 19 in Prov. di Vercelli), 210 Cooperative Sociali di tipo B (79 in Prov di Torino, 21 in prov di Alessandria, 13 in Prov. di Asti, 41 in Prov. di Cuneo, 12 in Prov. di Biella, 21 in Prov. di Novara, 10 in Prov. di Verbania, 13 in Prov. di Vercelli); 35 Consorzi Sociali (19 in Prov di Torino, 3 in prov di Alessandria, 2 in Prov. di Asti, 7 in Prov. di Cuneo, 2 in Prov. di Biella, 1 in Prov. di Novara, 1 in Prov. di Verbania).

⁵ Tra le grandi componenti del III settore l'Associazionismo sociale ha acquistato una precisa identità con la L.383/2000 "Disciplina delle Associazioni di Promozione Sociale". La Regione Piemonte, con L.R.7/2006, riconosce e promuove queste forme associative anche attraverso l'istituzione di un apposito registro. La peculiarità distintiva delle APS rispetto alle altre associazioni è l'assenza di lucro e lo svolgimento di un'attività sociale che apporta benefici ai singoli (ai propri associati grazie a finalità di carattere mutualistico) e alla collettività, contribuendo alla crescita morale, sociale e culturale delle comunità. Ciò escludendo espressamente attività politica, sindacale, professionale, categoriale. La citata normativa della Regione Piemonte prevede 14 settori di attività in cui un'APS può operare (welfare, integrazione sociale, impegno civile, tutela e promozione dei diritti, patrimonio ambientale, protezione civile, cultura, istruzione, ricerca, formazione, tradizioni locali, turismo, attività sportive, attività ricreative).

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- assenza di finalità lucrativa; quindi, senza escludere la possibilità di ottenere un guadagno di tipo economico, vincolo dell'investimento degli eventuali profitti a vantaggio di terzi beneficiari. Di qui l'accezione di settore NON PROFIT che opera con lo scopo essenziale della "pubblica utilità".

Come vedremo successivamente, le organizzazioni del terzo settore gestiscono Servizi sociali nell'ambito della loro autonomia oppure sulla base di contratti e convenzioni con Enti pubblici.

Considerando lo sviluppo che la Cooperazione Sociale ha assunto nell'evoluzione organizzativa del sistema integrato di intervento e servizi, da molte parti si propone – per evitare confusioni e fraintendimenti - una distinzione funzionale:

- restringendo la dizione Terzo Settore alle Cooperative - Imprese non profit che operano in collaborazione con gli Enti Pubblici tramite affidamento della gestione di servizi ed interventi;
- individuando un Quarto Settore comprendente il Volontariato⁶, le APS ed in generale l'azione sociale che non prevede transazioni monetarie (se si escludono contributi per rimborsare spese o sostegni per l'attività solidaristica).

Le Imprese private. Organizzano e gestiscono Servizi sociali per lo più a seguito di finanziamenti e contributi pubblici: è il caso, ad es., degli Asili Nido aziendali (finanziati dallo Stato ai sensi dell' art. 9 della L. 289/2002), dei Servizi gestiti da imprese a seguito di un provvedimento di concessione o di un contratto di appalto, in un'ottica di esternalizzazione, dei Centri assistenziali privati per anziani e/o disabili.

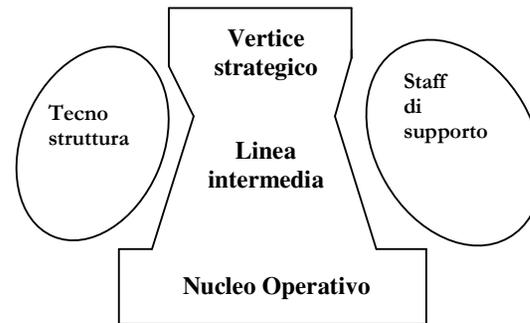
Questo nuovo interesse delle imprese per i Servizi sociali costituisce l'occasione per ripensare al loro impatto e responsabilità sociale, ragionando in termini di bilancio sociale. Bilancio sociale inteso come strumento per misurare la loro effettiva utilità per la società attraverso i beni che producono, le occasioni di lavoro che offrono, la valorizzazione del capitale umano di cui dispongono e il rapporto con il territorio; rapporto che può divenire positivo attraverso interventi ambientalmente compatibili (non nocivi, non inquinanti, che non alterano la qualità della vita) e il costante collegamento con piani strategici delle istituzioni pubbliche.

A livello di Regione Piemonte è previsto un apposito registro del volontariato articolato in nove sezioni, individuate secondo aree omogenee di attività (socio assistenziale; sanitaria; impegno civile e tutela e promozione dei diritti; protezione civile; tutela e valorizzazione dell'ambiente; promozione della cultura, istruzione, educazione permanente; tutela e valorizzazione del patrimonio storico ed artistico; educazione motoria, promozione delle attività sportive e tempo libero; organismi di collegamento e coordinamento).

In Piemonte risultano iscritte (ultima rilevazione 2010) ben 2.142 Organizzazioni di Volontariato che operano in diversi settori della vita sociale (946 in Prov di Torino, 240 in prov di Alessandria, 120 in Prov. di Asti, 326 in Prov. di Cuneo, 116 in Prov. di Biella, 215 in Prov. di Novara, 64 in Prov. di Verbania, 115 in Prov. di Vercelli).

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

L'organizzazione interna degli Enti di maggiori dimensioni può essere rappresentata secondo lo schema proposto da H. Mintzberg⁷



Alla base dell'organizzazione, troviamo gli operatori (raggruppati in uno o più nuclei operativi) che agiscono alla dipendenza di una linea intermedia (i quadri intermedi) e di vertice strategico, normalmente affiancati da una tecnostuttura e da uno staff di supporto. Il nucleo operativo rappresenta il cuore di ogni organizzazione, la parte che trasforma gli input (leggi, regolamenti, piani, programmi, finanziamenti, domanda sociale) in output (interventi, Servizi, prestazioni), che riceve dall'utenza e trasmette al vertice strategico informazioni utili per la pianificazione e programmazione. A queste parti vanno aggiunti tutti gli altri vari *stakeholders* che hanno con l'Ente relazioni significative ed i cui interessi sono a vario titolo coinvolti nell'attività dell'Ente per le relazioni di scambio che intrattengono con esso o perché ne sono significativamente influenzati (utenti, operatori di altri Enti, gruppi, organizzazioni).

Nelle Amministrazioni pubbliche (Amministrazioni statali e altri Enti pubblici) il vertice strategico è costituito dagli organi di governo, che definiscono gli obiettivi e i programmi da attuare e verificano la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti. Ad es.: i Ministri sono responsabili dei dicasteri loro affidati e a loro spetta indirizzare la macchina amministrativa, attraverso l'assegnazione di obiettivi specifici ai centri di responsabilità di livello apicale, per la concreta attuazione degli obiettivi generali delle politiche pubbliche; negli altri Enti pubblici l'individuazione degli obiettivi viene svolta dagli Amministratori, persone elette dai cittadini (Sindaci, Presidenti Provinciali, Consiglieri comunali - Provinciali - regionali) o nominati da questi (vds Assessori), spesso sulla base di accordi fra partiti e altre forze politiche. Del vertice strategico fanno parte anche i dirigenti con responsabilità apicale (direttori generali, direttori di divisione-area ecc.), con competenze nettamente distinte da quelle degli organi di governo (D.Lgs. 165/2000). Gli altri dirigenti, i quadri e i responsabili costituiscono la linea intermedia fra il vertice e il nucleo operativo.

Gli operatori sono raggruppati in unità organizzative variamente denominate (unità operativa, servizio, ufficio, centro, reparto organizzativo, struttura organizzativa, struttura operativa, area, settore, dipartimento, ecc.). A capo di ciascuna unità organizzativa viene posta una figura di responsabilità o coordinamento, le cui funzioni variano a seconda dell'incarico ricevuto dall'organo di governo e dalla dirigenza. Gli operatori che fanno parte della stessa unità organizzativa condividono l'obiettivo da raggiungere, il budget e spesso anche le risorse fisiche, come la sede, gli impianti e le attrezzature.

In proposito va citato, a titolo di esempio, il D.Lgs. 77/1995, *Ordinamento finanziario e contabile degli Enti locali*, che individua come unità organizzativa, presente in tutti i Comuni, il Servizio. A ciascun Servizio è correlato un reparto organizzativo, semplice o complesso, composto da persone e mezzi, cui viene affidato, con il bilancio di previsione, un complesso di mezzi finanziari, specificati negli interventi assegnati e dei quali risponde il responsabile del Servizio.

Il documento che sintetizza visivamente le varie unità organizzative, la gerarchia e i collegamenti è denominato **organigramma**, strettamente connesso con la dotazione organica,

⁷ H.Mintzberg, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino ed, Bologna 1985

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

espressione del potere decisionale di cui dispongono gli organi di governo⁸. Un apposito regolamento disciplina in dettaglio l'ordinamento degli uffici e dei Servizi, che nel caso dei Comuni è di competenza della Giunta, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dal Consiglio Comunale (art. 5 L.127/1997). L'individuazione e la consistenza delle figure professionali che concretamente fanno parte dell'unità organizzativa sono conseguenti a scelte politico-amministrative del singolo Ente, incentivate da norme e finanziamenti statali e regionali. Per alcune unità organizzative, quali gli uffici di Servizio sociale per i Minorenni (L. 1085/1962), i centri di Servizio sociale Adulti (L.354/1975), gli Asili nido comunali (L. 1044/1971), i Consultori familiari (L.405/1975), i Servizi per le dipendenze (SERT, D.M. 444/1990 e 14/6/2002), esistono precise disposizioni normative (statali e regionali) che indicano la tipologia di operatori, mentre per la maggior parte dei Servizi non esistono indicazioni vincolanti.

Le unità organizzative vengono, di norma, diversificate in base a uno o più dei seguenti criteri: conoscenze e capacità degli operatori; processi di lavoro e funzioni svolte; sequenza temporale del processo di aiuto; output; clientela; località geografica.

L'output del nucleo operativo è costituito da interventi, Servizi e prestazioni rivolti alla persona e alla comunità (D.Lgs. .112/1998), ceduti senza un diretto corrispettivo economico (prezzo) o con corrispettivi che non hanno la funzione di oggettivare i giudizi di convenienza. Trattandosi di Servizi che non vengono venduti a prezzo di mercato, l'individuazione dei beneficiari viene effettuata attraverso un complesso procedimento amministrativo (L.241/1990). Ad esempio, il provvedimento di erogazione di un sussidio, di effettuazione del Servizio di assistenza domiciliare, di pagamento delle rette o di accoglimento in una struttura residenziale o semiresidenziale è sempre il risultato di una serie di operazioni fra loro concatenate, raggruppabili in fasi precise, quali: l'avvio del procedimento (a seguito di un'istanza dell'utente oppure d'ufficio); l'istruttoria; la fase decisionale (che si concretizza nell'atto amministrativo di determinazione); il controllo e la comunicazione agli interessati.

Tale procedimento, negli Enti pubblici, segue particolari formalità nelle decisioni e nello svolgimento delle operazioni (procedure), a volte con notevole allungamento dei tempi. Dal punto di vista organizzativo, il procedimento di erogazione del servizio coinvolge vari soggetti:

- gli organi di governo che approvano la dotazione organica, il regolamento degli uffici e dei Servizi, che stabiliscono gli obiettivi e individuano le risorse;
- i dirigenti che sono responsabili del budget e della divisione del lavoro fra gli operatori e adottano il provvedimento di concessione del beneficio;
- gli operatori che formulano pareri e proposte tecnico-professionali e concretamente organizzano l'intervento,
- il Servizio, la prestazione a favore di una determinata persona, famiglia o comunità.

Come vedremo, la realizzazione di un sistema integrato di interventi e Servizi sociali presuppone una **complessa attività organizzativa**, che si concretizza nel coordinamento delle politiche e delle prestazioni nei diversi settori della vita sociale, nell'integrazione fra Servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche e nell'impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte. Spetta, in particolare, ai Comuni organizzare il sistema locale dei Servizi sociali a rete secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza, economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità e unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali. Il Comune, in tale ottica, non è più inteso come il soggetto che si limita a organizzare i propri Servizi, ma come quello che promuove le risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria. A tal fine i Comuni possono adottare sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini (art. 6 L.328/2000); ciò apre nuove prospettive sul piano dei modelli organizzativi.

A proposito di modelli organizzativi, dobbiamo considerare che gli Enti pubblici sono ancora prevalentemente strutturati secondo il tradizionale modello burocratico di tipo meccanico, caratterizzato da una rigida e preordinata suddivisione dei compiti e da un elevato numero di livelli di coordinamento gerarchico per ridurre al minimo la soggettività non prevedibile, le interferenze emotive, valoriali, trascendenti.

Facendo riferimento al seguente schema, nella maggior parte degli Enti pubblici compresi quindi anche quelli che si occupano di Servizi Sociali, ci dobbiamo riferire alla tipologia "tradizionale" con solo sporadici esempi di sconfinamento nella tipologia "migliorativa"

⁸ vds in specifico quanto illustrato nei par. 3.2, 3.3, 3.4 del testo adottato (CORAGLIA S., GARENA G., *Complessità – Organizzazione – Sistema. Mappe di orientamento per i Servizi alla persona e alla comunità*, Rimini, Maggioli, 2008)

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Schema orientativo su diverse tipologie di organizzazione del lavoro

<i>Tipologie</i>	<i>Struttura</i>	<i>Sistema premiante</i>	<i>Sistemi gestionali (informativo, programmazione, gestione, controllo)</i>
TRADIZIONALE	Struttura per funzioni	Premi ai comportamenti	- Accentramento - Unidirezionalità - Controllo ispettivo
MIGLIORATIVO	- Struttura per l'innovazione - Attività di miglioramento - Decentrato della gestione	- Obiettivi e premi di miglioramento e mantenimento - Premi ai risultati	- Spinta al decentramento - Decisioni/informazioni bottom-up e collaterali - Controllo per regolazione di programmi e azioni
PROCESSUALE	- Strutture interfunzionali - Strutture corte - Ruolo intraprenditivo	- Premi di presidio e miglioramento dei processi - Premi sulla soddisfazione del cliente	- Continua ricerca del grado ottimale di decentramento - Programmazione e controllo con feedback - Decisioni centrate sul lavoro a valle - Prevenzione diffusa e regolazione dei processi
ECCELLENZA	- Strutture aperte - Organizzazioni cogestite e a gruppi - Ridisegno/ - Bilanciamento continuo	- Direzione globale per politiche - Contributi professionalizzanti e gratificazione economica - Identificazione	- Trasparenza e completezza informativa in tempo reale dentro e fuori l'organizzazione (clienti interni ed esterni) - Autoprevenzione e autocontrollo

Occorre tuttavia osservare come la crescente presenza di professionisti ha portato a forme di burocrazia professionale che contemperano l'esigenza di coordinamento organizzativo diretto a garantire la standardizzazione delle capacità dei professionisti con la salvaguardia della loro autonomia professionale e del loro orientamento ai risultati, nel rispetto delle conoscenze acquisite e del codice deontologico.

Lo sviluppo di Servizi a gestione privata, da parte di cooperative, imprese e organizzazioni del terzo settore, meno vincolate al rispetto di rigide normative di carattere organizzativo, prospetta ora nuovi modelli organizzativi, quali le microstrutture, le carriere senza confine e le forme non strutturate.

Tra queste nuove forme organizzative emerge la metodologia di lavoro professionale denominata **case management**.

Management, manager, manageriale, sono termini ormai entrati nel lessico normale, spesso sostituendo termini quali *gestione, direttore, dirigenziale*. In linea generale,

- *Management* evidenzia una gestione che include le abilità personali e le conoscenze scientifiche
- *Manager* rappresenta la figura che, in base a conoscenze giuridiche, sociali, organizzative, psicologiche, ecc., sa creare innovazione, sa coordinare l'azione, sa risolvere problemi contingenti e sa programmare il futuro; quindi non è una figura operativa e aburocratica.

Nei più avanzati modelli di Servizio Sociale, si va sviluppando una pratica di case management che enfatizza le capacità di produrre beni assistenziali complessi attraverso la messa in rete di diverse prestazioni fornite da diversi attori del sistema pubblico, del privato sociale, del privato (nella logica del welfare mix).

L'Assistente sociale, l'Educatore professionale o l'Operatore Sociosanitario, può ricoprire ruolo di Case Manager quando l'organizzazione gli affida compiti la programmazione, co-gestione e coordinamento nel trattamento di un caso. Avremo un *management gestionale* quando prevale la cura degli obiettivi, l'organizzazione e controllo delle attività.

Avremo un *management operativo* quando necessita un orientamento alla conduzione di un gruppo di lavoro, a curare i rapporti fra le persone, a guidarle verso risultati efficaci.

Il case management può articolarsi in quattro fasi essenziali:

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

1. la valutazione dei bisogni (assessment)
2. la definizione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) e delle relative prestazioni da erogare
3. l'implementazione del PAI prevedendo la negoziazione e l'acquisto delle prestazioni nel sistema di welfare mix
4. monitoraggio e valutazione finale (evaluation)

Nodi problematici dell'attività organizzativa

Nello svolgere compiti organizzativi si debbono comunque affrontare diversi nodi problematici. Tra questi si ritiene utile, in questa sede di premessa, evidenziare:

a) **l'attribuzione della denominazione dell'intervento, Servizio o prestazione** di cui si ha la responsabilità organizzativa. Può sembrare banale, ma ogni qualvolta si attribuiscono "denominazioni" a delle entità, implicitamente si stabiliscono dei confini, delle differenziazioni, delle divisioni, ma anche si rafforza l'identità e la cultura organizzativa. Come vedremo, si ha quindi a che fare con significati e rappresentazioni. E' importante, pertanto, che il nome sia stabile e facilmente comprensibile per gli utenti, evitando sigle che ingenerano confusione, possibilmente usando le stesse denominazioni per indicare i medesimi Servizi, per evitare incomprensioni nominalistiche nel reperimento delle risorse, specie per i cittadini che si spostano da una Regione all'altra. Problema questo che si accentuerà con la riduzione del ruolo dello Stato e con la differenziazione che si creerà inevitabilmente nella legislazione regionale in materia di Servizi sociali.

b) **la necessità di gestire l'attuale complessità dell'assetto istituzionale e organizzativo attraverso il collegamento, il coordinamento e l'integrazione** con gli altri interventi, Servizi e prestazioni, per riportare verso l'unità comportamenti e atteggiamenti differenziati in quanto derivanti da assetti organizzativi e da mappe cognitive sviluppate nel tempo da settori impegnati a svolgere attività specialistiche. Lo scopo è la globalità della risposta ai bisogni delle persone e delle famiglie, evitando inutili sovrapposizioni e inefficienze che avrebbero ricadute negative per l'utente. Il riferimento non è solo al coordinamento e all'integrazione tra unità organizzative all'interno dello stesso Ente (ad esempio, fra Servizi socioassistenziali e Servizi educativi, ricreativi e sportivi dei Comuni), al fine di raggiungere in modo unitario le finalità istituzionali, ma anche con i Servizi di altri Enti, in primis con quelli preposti alla tutela della salute come le Unità Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, con i Servizi scolastici, con i Servizi sociali del Ministero per la Giustizia, con l'Edilizia residenziale pubblica, con il Volontariato organizzato e con la Cooperazione sociale. Il termine "collegamento" indica l'esistenza di una modalità comunicativa fra due soggetti differenti, una modalità che si suppone non casuale e che si realizza attraverso un mezzo (scambio di corrispondenza, riunioni, ecc.). Il collegamento in sé non comporta identità di vedute fra i due i soggetti, ma solo comunicazione. Il coordinamento indica l'azione di più soggetti verso un fine comune e condiviso, distribuendo in modo ordinato e armonico funzioni e compiti. L'integrazione fa nascere una nuova modalità organizzativa, più completa, costituita da elementi complementari che vengono uniti con una certa stabilità e si distingue in integrazione *istituzionale, gestionale e professionale*.

L'integrazione istituzionale presuppone un accordo fra Enti (Comuni, ASL-Unità Sanitaria Locale, altri Enti), approvato dagli organi di governo e diretto a realizzare fini comuni. Le modalità dell'integrazione istituzionale sono specificare attraverso strumenti giuridici quali la conferenza di Servizi, gli accordi di programma, le convenzioni, le deleghe di funzioni e i protocolli d'intesa. L'accordo porta alla creazione di dipartimenti, di organismi, allo spostamento temporaneo di personale da un Ente all'altro.

L'integrazione gestionale presuppone un accordo fra dirigenti e responsabili delle unità operative di un dato territorio (ad esempio, fra il direttore del distretto sanitario e il responsabile del Servizio sociale comunale) e fa nascere nuove configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento, quali le équipes multiprofessionali, i gruppi di lavoro e le commissioni, atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. L'integrazione gestionale presuppone il superamento della divisione del lavoro per compiti e lo sviluppo della metodologia di lavoro per progetti.

L'integrazione professionale si realizza attraverso la formulazione concordata di protocolli operativi, vale a dire di percorsi assistenziali uniformi per tutti gli operatori che trattano lo stesso problema; come l'utilizzo di un comune sistema informativo e informatico (moduli uniformi per la richiesta di prestazioni, cartella sociale unica, software comunicanti ecc.). L'integrazione professionale porta a una conoscenza reciproca dei rispettivi ruoli e competenze, alla socializzazione e circolarità dell'informazione, a reciproche consulenze, a una valutazione multidimensionale della situazione di bisogno delle persone e a una programmazione personalizzata e globale dell'intervento.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

c) **La localizzazione della sede fisica**, per favorire l'accesso dell'utenza e la vicinanza con gli altri Servizi, non trascurando gli aspetti di accoglienza estetici della sede e di comfort, l'importanza di definire un orario di apertura al pubblico, sia al mattino che al pomeriggio, chiaramente indicato. In assenza del centralinista, si può ricorrere alla segreteria telefonica, sia per indicare gli orari e la reperibilità degli operatori, sia per consentire agli utenti di lasciare messaggi urgenti. La presenza del fax e di collegamento telematico facilita le comunicazioni e la consegna a distanza dei documenti, senza spostamenti per le persone. Il nodo centrale da affrontare è comunque quello della divisione del lavoro fra le diverse figure professionali (Assistenti Sociali, Educatori, Psicologi, Assistenti Domiciliari e dei Servizi tutelari, personale Amministrativo, Medici, Infermieri, ecc.) e fra gli operatori con lo stesso profilo professionale: queste diverse figure devono raccordare fra loro il proprio sapere - saper essere e saper fare, maturato in diverse sedi formative, con le proprie esperienze lavorative e le proprie età (spesso molto differenti fra loro).

d) **Il confine geografico del sistema integrato di interventi e Servizi sociali**. Non è possibile organizzare in modo efficiente ed efficace i Servizi sociali avendo come punto di riferimento il confine dei Comuni, in quanto la loro dimensione oscilla fra le poche centinaia di abitanti e i circa 2.600.000 abitanti di Roma. L'orientamento attuale nella normativa statale e delle varie Regioni è quello di considerare come ambito territoriale ottimale quello dei distretti sanitari, già operanti per le prestazioni sanitarie, prevedendo, da parte delle Regioni, incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali da parte dei piccoli Comuni.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

FUNZIONI, CONCETTI CHIAVE PER I SERVIZI SOCIALI NEL CONTESTO ATTUATIVO DELLA L.328/00

Gli indirizzi della Riforma, come noto, prevedono un SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI teso a produrre innovazione dello Stato Sociale attraverso politiche sociali intese come occasione di: sviluppo, nuova occupazione, nuovi consumi, fare rete (tramite strumenti quali i Patti territoriali o i Contratti d'area per lo sviluppo) valorizzando l'ambiente di vita, le risorse umane, le risorse delle Città

Il SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI punta a favorire la transizione

<i>Da</i>	<i>A</i>
Interventi riparativi	Protezione sociale attiva
Categorie	Soggetti e famiglie
Trasferimenti monetari	Trasferimenti monetari e Servizi in rete di tipo Formativo, Sanitario e Sociale, di avvio al lavoro
Interventi disomogenei	Standard essenziali delle prestazioni sociali definiti a livello nazionale
Prestazioni rigide e "preconfezionate "	Prestazioni flessibili e "personalizzate"
Intervento centralistico	Regia" delle Regioni e degli Enti Locali
<i>In esito a questa transizione, per "interventi e Servizi Sociali" si intendono quindi la predisposizione ed erogazione di Servizi (gratuiti o a pagamento) di questa natura finalizzati a rimuovere/ridurre il bisogno, superare le difficoltà, promuovere pari opportunità fra le persone e nel ciclo di vita (da questa definizione risultano pertanto escluse le prestazioni assicurate dal sistema previdenziale e sanitario)</i>	

Il SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI dovrà garantire le prestazioni essenziali su tutto il territorio nazionale.

Modalità di prestazione: attività di sostegno professionale, informazione, consulenza, ; interventi domiciliari; semiresidenziali a ciclo diurno; residenziali

Ambiti di intervento: infanzia, adolescenza, responsabilità genitoriale; responsabilità familiari; anziani; disabili e soggetti con disagio psico sociale; contrasto all'alcool-dipendenza e alle tossicodipendenze; misure di contrasto alla povertà, ecc..

Diritti degli utenti: esigibilità tramite la Carta dei Servizi Sociali.

Il SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI prevede una azione sociale attiva nell'ambito

- ✓ **dei Diritti e Doveri del cittadino:** eventuale concorso al costo dei Servizi in base al reddito; negoziazione dei progetti personalizzati; verifica con i beneficiari dei risultati attesi; vincolo al rispetto delle regole stabilite;
- ✓ **della flessibilizzazione/personalizzazione delle prestazioni:** Servizi pubblici e/o accreditati in forma diretta; Servizi privati con controllo di qualità; Servizi acquistati direttamente con buoni Servizio in un mercato accreditato; assegni economici; detrazioni fiscali per chi si avvale di prestazioni domiciliari a pagamento; progetti personalizzati che prevedano percorsi di integrazione sociale.
- ✓ **del coordinamento interventi sociali-sanitari:** linee guida per l'integrazione degli interventi sociali e sanitari; definizione prestazioni ad alta integrazione sanitaria comprese nei livelli uniformi delle prestazioni sanitarie (vds piani sanitari e sociosanitari nazionali e regionali); definizione degli ambiti territoriali e degli strumenti di base per la gestione integrata di rete adottando i criteri di omogeneità e di non duplicazione.
- ✓ **di attribuzione di funzioni e strumenti ripartite tra Stato** (Indirizzo per standard essenziali ed uniformi di prestazioni sociali in tutto il territorio nazionale), **Regioni** (Programmazione degli interventi sociali), **Province**(concorso alla programmazione, promozione della formazione), **Comuni** (progettazione e realizzazione del sistema integrato, promozione risorse della collettività anche attraverso forme di auto-aiuto, reciprocità). E' prevista l'incentivazione dei Comuni che si associano nella gestione.
- ✓ del **Piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali:** adottato ogni 3 anni, fissa i livelli essenziali e le priorità di intervento.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

PROGETTI INDIVIDUALI INTEGRATI PER LE PERSONE CON HANDICAP, NON AUTOSUFFICIENTI

obiettivo: piena integrazione familiare, sociale, formativa, lavorativa

prestazioni

- progetto individuale basato su valutazione diagnostica, interventi di cura e di riabilitazione, Servizi per il recupero funzionale e sociale, misure economiche per contrastare povertà, emarginazione, esclusione sociale

- riordino misure economiche per: adeguata rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali; maggiore integrazione; valorizzare le capacità e la potenziale autonomia della persona attraverso reddito minimo per l'invalidità totale, reddito minimo per l'invalidità parziale, indennità di accompagnamento e di comunicazione, indennità assistenziale per soggetti anziani non autosufficienti)

Delega al Governo per la definizione: di un regime transitorio (salvaguardia dei diritti acquisiti); di condizioni reddituali individuali; della revisione commissioni di accertamento (semplificazione delle procedure)

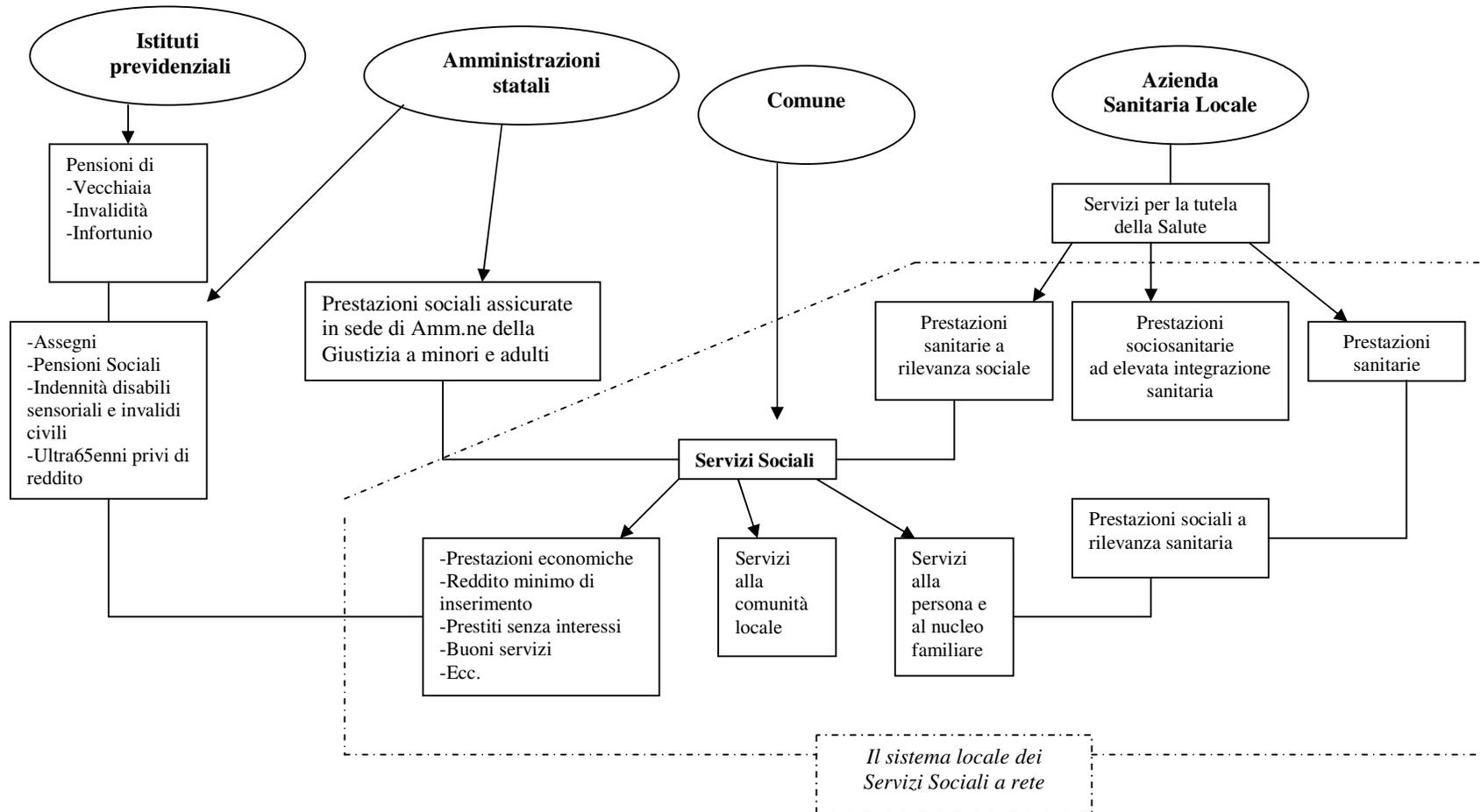
LA FUNZIONE DEL SISTEMA PUBBLICO:

Regolazione: Tutelare i diritti fondamentali della persona, Rete di Interventi attivi(Pubblico, Privato, Terzo settore, Volontariato)

Promozione dell'esercizio del Diritto di cittadinanza e dei doveri connessi: responsabilità condivise, valorizzazione delle risorse, responsabilità e autorganizzazione

Nello schema di pag seguente si tenta di descrivere graficamente il sistema integrato dei servizi alla persona ed il sistema locale dei servizi a rete

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------



**IL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI ALLA PERSONA
ED IL SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI A RETE**

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

CONCETTI CHIAVE LEGATI ALL'ENUNCIAZIONE DEI PRINCIPI GENERALI del SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Repubblica:

- ⇒ coerenza con part. rif. artt. 2-3-4-32-36-38-114-117 Costituzione
- ⇒ legami alle accezioni di Stato, Comunità locale organizzata, Autonomie Locali, partecipazione

La legge 328/00 è fortemente correlata alla impostazione della Carta Costituzionale per quanto concerne l'orientamento alla promozione ed alla protezione positiva dei diritti sociali di cittadinanza. La Repubblica italiana si riafferma come Stato di Diritto e come Stato Sociale, ispirato all'egualitarismo attraverso la realizzazione di politiche di sicurezza sociale finalizzate a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale quale condizione necessaria per l'effettivo godimento di tali diritti. Ciò con part. riferimento al diritto al lavoro (art.4), alla salute (art.32), alla giusta retribuzione (art.36), all'assistenza (art.38).

Con le leggi costituzionali n.1/1999 e n.3/2001 di modifica del titolo V della Costituzione si è inteso:

- dare pieno riconoscimento e valorizzazione agli Enti Locali sulla base del principio di sussidiarietà. In base al nuovo art. 114 della Costituzione, Comuni, Province, Città Metropolitane vengono a collocarsi sul medesimo livello di legittimazione delle Regioni e dello Stato;
- parificare la potestà legislativa regionale a quella statale (nuovo art. 117): le Regioni sono titolari di ampie competenze concorrenti non sovraordinate dallo Stato;
- trasferire al welfare municipale le responsabilità gestionali e finanziarie precedentemente rivestite dallo Stato. In materia di Assistenza sociale, le Regioni acquisiscono potestà legislativa esclusiva, nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio regionale;
- chiamare gli Enti Locali ad esercitare le funzioni amministrative (proprie o conferite) favorendo, sulla base del principio di sussidiarietà, l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli o associati per lo svolgimento di attività di interesse generale (art. 118). In tal modo si individua nel privato sociale – ed in particolare nella Cooperazione sociale – il soggetto associativo idoneo a co-operare per la promozione dei diritti di solidarietà, per la programmazione del sistema integrato di interventi e Servizi, per la gestione di quelle prestazioni che di fatto rendono fruibili tali diritti. In tale contesto i Comuni – o gli Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali – sono chiamati ad autorizzare o ad accreditare (sulla base di requisiti fissati dalla normativa nazionale-regionale-locale) il complesso dei Servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, pubblici e privati, ed a corrispondere ai soggetti accreditati adeguate tariffe (art. 11, comma 3, L.328/00). L'accreditamento rappresenta in questo senso lo strumento per ampliare e differenziare la gamma dei Servizi offerti, per migliorarne la qualità, favorire la pluralità dell'offerta, favorire forme di aggiudicazione negoziali che consentano di valorizzare le capacità di progettazione-organizzazione offerte dai soggetti del terzo settore, favorire la più ampia partecipazione.⁹

⁹ Cfr. M.Perino in *I percorsi accidentati della sussidiarietà*, in Animazione Sociale, n.6-7/2005, EGA, Torino; in particolare quanto trattato a proposito di limiti dell'istituto dell'accreditamento e dell'istituto della concessione di pubblico servizio.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Sistema integrato di Servizi volti alla Persona e famiglia

- ✓ programmazione e valutazione coordinata ed integrata
- ✓ metodo di azione "a rete"
- ✓ qualità della vita
- ✓ società sostenibile e società capace di futuro
- ✓ diritto di cittadinanza
- ✓ prevenzione, eliminazione-riduzione delle condizioni di disabilità, bisogno, disagio, discriminazione (individuale e familiare)
- ✓ sussidiarietà
- ✓ cooperazione e ONLUS

- ✓ volontariato
- ✓ efficacia, efficienza, economicità
- ✓ omogeneità
- ✓ universalità
- ✓ pluralità di offerta e diritto di scelta
- ✓ promozione solidarietà sociale
- ✓ livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) e Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (L.I.V.E.A.S., L.E.P.S.)

Alcune specifiche riguardanti la definizione dei livelli essenziali (uniformi) di assistenza (LEA)

L'art.3 comma 1 del D.Lgs 502/1992, come modificato dal D.Lgs.229/1999, prevede che le Regioni attraverso le Aziende USL provvedano ad assicurare nel proprio ambito territoriale i LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA definiti in base a standard minimi dalla programmazione nazionale ed eventualmente rielaborati nei Piani sanitari regionali. I LEA, in quanto uniformi ed essenziali, fanno riferimento a PRINCIPI SELETTIVI (dignità della persona, bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, appropriatezza, economicità, qualità delle cure) ed alla contestuale INDIVIDUAZIONE DELLE RISORSE per garantire questi principi.

I LEA quindi, comprendono le tipologie di assistenza, i Servizi e le prestazioni che devono essere garantite dal S.S.N. a tutti i cittadini nell'ambito delle segg macroaree (individuate dal DPCM 29.11.2001, modif con DPCM 23.04.2008):

assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- ✓ profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- ✓ tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- ✓ tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro

- ✓ sanità pubblica veterinaria
- ✓ tutela igienico-sanitaria degli alimenti e sorveglianza-prevenzione nutrizionale
- ✓ attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce)
- ✓ Servizio medico-legale

assistenza distrettuale

- ✓ assistenza sanitaria di base
- ✓ attività di emergenza sanitaria territoriale
- ✓ assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
- ✓ assistenza integrativa
- ✓ assistenza specialistica ambulatoriale

- ✓ assistenza protesica
- ✓ assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- ✓ assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
- ✓ assistenza termale

assistenza ospedaliera

- ✓ pronto soccorso
- ✓ degenza ordinaria
- ✓ day hospital
- ✓ day surgery
- ✓ interventi di ospedalizzazione a domicilio
- ✓ riabilitazione

- ✓ lungodegenza
- ✓ raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e Servizi trasfusionali
- ✓ attività di prelievo, conservazione e distribuzione tessuti
- ✓ attività di trapianto di organi e tessuti

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Le prestazioni comprese nei LEA devono essere erogate dal SSN a tutti i cittadini:

- *Senza oneri a carico dell'utente al momento della fruizione del Servizio per le prestazioni di*

- ✓ Diagnostica strumentale e di laboratorio, prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN e dei PSSR
- ✓ Assistenza specialistica finalizzate alla tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte a livello locale (es. avviamento al lavoro, situazioni epidemiche, ecc)
- ✓ Medicina generale e pediatria di libera scelta
- ✓ Trattamento erogato nel corso di ricovero ospedaliero

- *Dietro pagamento di una quota limitata* per le prestazioni soggette – in base alla normativa vigente – alla compartecipazione alla spesa, definita in modo da promuovere la consapevolezza dell'onere economico connesso alla erogazione delle prestazioni e comunque di entità tale da non costituire ostacolo all'utilizzo dei Servizi sanitari da parte dei singoli cittadini.

Alcune specifiche riguardanti il processo per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS, LEPS)

La Legge Costituzionale n.3/2001 ridefinendo gli ambiti delle competenze istituzionali ha profilato un sostanziale avanzamento nel processo di decentramento delle funzioni amministrative realizzato negli anni novanta. In particolare si è rafforzata la dimensione multicentrica e multidimensionale delle relazioni istituzionali tra sistema delle autonomie, Regioni e Governo nazionale.

Nello specifico delle politiche di *welfare*, a fronte di una crescente complessità della domanda sociale, si delinea un nuovo ruolo dell'istituzione pubblica quale soggetto di mediazione, ai diversi livelli di governo, tra aree di bisogno e gruppi di interesse diversificati.

Come già detto, alle Regioni, infatti, è riconosciuta competenza esclusiva nell'implementazione del sistema degli interventi e dei Servizi Sociali previsti dalla Legge 328/00 mentre allo Stato viene conferito il compito di definire gli standard ed i livelli essenziali delle prestazioni sociali(Leps).

L'innovazione della lettera *m* dell'art.117 è duplice: da un lato costituisce il riconoscimento della categoria dei diritti sociali e della loro equiparazione ai diritti civili, dall'altro attribuisce allo Stato il fondamentale compito di definire gli standard essenziali delle prestazioni volte ad affermare tali diritti. Ciò parrebbe un tentativo di perequare l'impianto *devolutivo* della Legge Costituzionale al fine di garantire il principio di eguaglianza tra titolari di diritti residenti nelle diverse Regioni, anche attraverso il monitoraggio delle modalità di implementazione delle prestazioni sociali erogate.

I diritti civili e sociali, quindi, vengono di fatto riconosciuti come “diritti di cittadinanza”, intesi come un insieme di facoltà e poteri che permettono alla persona di arricchire e tutelare la propria sfera di autonomia e che le consentono di partecipare alla vita della propria Comunità – locale e nazionale – nella maniera più ampia. Diritti che si sostanziano in tutte le prestazioni sociali, sanitarie, assistenziali, educative, ecc. che lo Stato è chiamato a definire come “essenziali” ed a garantire – omogeneamente – su tutto il territorio nazionale.

Con la riforma del Capo V della Costituzione, alcuni dei principi della legge 328/00 hanno ricevuto riconoscimento e legittimazione costituzionale: si pensi al conferimento allo Stato dell'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni; si pensi, inoltre, all'attribuzione delle funzioni amministrative ai Comuni in materia di interventi sociali ed all'ordinamento gerarchico degli artt. 6,7,8 che disegnano un'architettura di welfare principalmente municipale e comunale, riservando alle Province attività di analisi sui bisogni, sulle risorse e sull'offerta assistenziale ed alle Regioni le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali con il concorso degli EE.LL. e la verifica della rispettiva attuazione sul territorio (sussidiarietà verticale).

Si delinea pertanto uno scenario giuridico ed istituzionale in materia di politiche sociali dove le funzioni regolative e di indirizzo, precedentemente affidate all'amministrazione statale, competono ora alle Regioni, mentre sono appannaggio del livello centrale le funzioni di monitoraggio, raccordo e scambio informativo, valutazione e consulenza strategica, strettamente collegate agli obiettivi di eguaglianza sostanziale determinati con i livelli essenziali delle prestazioni e ai connessi poteri finanziari e a quelli sostitutivi di cui all'art.120.

In tal senso, i Leps dovrebbero configurarsi come l'architrave del nuovo welfare italiano in quanto luogo di sintesi tra le aspirazioni al decentramento politico ed amministrativo dei livelli decentrati di governo da un lato ed il principio di uguaglianza e l'effettiva tutela dei diritti sociali dall'altro.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2009-2010	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali riflette tale centralità, come si evince dalla natura delle proposte e dei contributi formulati – a vario titolo - dai diversi livelli di governo e stakeholder in materia di politiche sociali: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Regioni, Conferenza Stato-Regioni, ANCI,

Ma tale processo si è finora rilevato lungo e tortuoso, a fronte di una situazione, a livello nazionale, assolutamente disomogenea e fondamentalmente discriminante e “disuguale” rispetto al sistema di garanzie offerte, al variare delle Regioni e dei Comuni, ai cittadini italiani. In questo panorama, la Regione Piemonte, all’Art 18 della L.R.1/2004, prevede quanto segue:

“1. Il sistema integrato degli interventi e dei Servizi sociali fornisce risposte omogenee sul territorio finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) superamento delle carenze del reddito familiare e contrasto della povertà;
- b) mantenimento a domicilio delle persone e sviluppo della loro autonomia;
- c) soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semiresidenziale delle persone non autonome e non autosufficienti;
- d) sostegno e promozione dell’infanzia, della adolescenza e delle responsabilità familiari;
- e) tutela dei diritti del minore e della donna in difficoltà’;
- f) piena integrazione dei soggetti disabili;
- g) superamento, per quanto di competenza, degli stati di disagio sociale derivanti da forme di dipendenza;
- h) informazione e consulenza corrette e complete alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei Servizi;
- i) garanzia di ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli di assistenza, secondo la legislazione vigente.

2. Le prestazioni e i Servizi essenziali per assicurare risposte adeguate alle finalità’ di cui al comma 1 sono identificabili, tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, nelle seguenti tipologie:

- a) Servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- b) Servizio di assistenza domiciliare territoriale e di inserimento sociale;
- c) Servizio di assistenza economica;
- d) Servizi residenziali e semiresidenziali;
- e) Servizi per l’affidamento e le adozioni;
- f) pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari.”

Mancano evidentemente gli elementi di organizzazione per entrare nel merito di queste prestazioni e Servizi essenziali e per rendere di fatto esigibili i diritti di cittadinanza di cui sopra.

La lentezza e tortuosità del processo di definizione a livello nazionale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali muove sicuramente dal riconoscimento di quelle disuguaglianze e di quei fattori di complessità che caratterizzano lo scenario relativo alle politiche sociali nel nostro Paese. In particolare è bene notare come:

- ✓ a fronte di una forte disomogeneità dell’offerta di protezione sociale a livello territoriale, dei livelli di spesa e degli ambiti di prestazione, nonché di sistemi informativi locali e regionali, permane l’impossibilità di accedere ad un quadro di informazione nazionale, tanto organico ed esaustivo da permettere di comparare le performance dei sistemi di protezione sociale;
- ✓ esistono oggettive difficoltà ad individuare i contenuti relativi alla definizione dei livelli e a declinare in maniera coordinata una serie di temi quali: l’esigibilità delle prestazioni, appunto; la necessità di condividere tra diversi livelli di governo un catalogo di prestazioni sociali sulle quali costruire, attraverso l’utilizzo di indicatori e misuratori, i livelli essenziali di offerta; la valutazione delle risorse necessarie a finanziare l’erogazione delle prestazioni e delle funzioni di supporto (comunicazione e orientamento ai Servizi e alle prestazioni, monitoraggio e sistemi informativi);

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- ✓ l'articolazione di funzioni che vede lo Stato presiedere la definizione dei Leps, le Regioni titolari della potestà legislativa e gli Enti Locali direttamente coinvolti nelle forme di gestione dei Servizi e la conseguente necessità di integrare questi tre livelli di governo in un'ottica di governance del sistema.

In attesa di conoscere le iniziative specifiche in materia di Politiche Sociali dell'attuale Governo, è utile considerare che il Ministero della Solidarietà Sociale (Min. Ferrero) del precedente governo Prodi si era occupato ad affrontare proprio i temi dell'esigibilità dei diritti, della dimensione delle risorse finanziarie, della necessaria progressività dell'implementazione, dell'opportunità di monitoraggio delle fasi di realizzazione, focalizzando gli sforzi su tre linee di azione principali:

1. analisi della programmazione regionale e sub-regionale al fine di disporre di un catalogo il più possibile compiuto di prestazioni;
2. progettazione di iniziative di carattere sperimentale su alcune funzioni trasversali (a partire dalla c.d. porta sociale);
3. rilevazione pilota della spesa per Servizi Sociali dei Comuni.

Conseguentemente, si era delineato un percorso di ricerca finalizzata all'acquisizione di elementi ed evidenze in materia di programmazione sociale regionale e locale nonché all'elaborazione di strumenti a supporto del processo di definizione dei Leps. In tal senso si era inteso cogliere la proposta delle Regioni in merito al carattere graduale e progressivo del sistema di definizione dei Livelli, in virtù del forte legame che unisce la determinazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali da garantire in tutto il territorio nazionale sia con le risorse economiche necessarie a finanziarle, sia con la necessità che vengano garantite a tutti coloro che rientrano nel target del bisogno/prestazione. Proprio partendo da tali considerazioni le Regioni hanno individuato nella legge 328/00, opportunamente reinquadrata e reinterpretata alla luce del nuovo dettato costituzionale, il naturale riferimento di legislazione positiva per avviare tale percorso di definizione dei Leps. Nello specifico, si era proposta l'analisi combinata

- del comma 2 dell'art.22 per l'enunciazione delle misure e degli interventi che costituiscono i Leps,

- del comma 4 per le tipologie di prestazioni che le leggi regionali di applicazione della L.328/00 (nello spirito di "Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali") avrebbero – comunque - dovuto prevedere.

Da tali considerazioni è discesa la proposta di considerare i "livelli essenziali" un insieme di azioni – efficacemente distribuite sul territorio - che vedono concorrere sul piano finanziario i Comuni, le Regioni e lo Stato, aventi come destinatari la generalità dei cittadini e prioritariamente rivolte ai soggetti fragili.

Occorrerà, in ogni caso, prevedere un consistente incremento delle risorse del Fondo Nazionale per le Pol. Soc., necessario per garantire la piena esigibilità dei diritti soggettivi da parte dei cittadini.

Si era ipotizzato inoltre un percorso di definizione dei Leps in grado di giungere ad una loro quantificazione, in termini programmatori e finanziari, sulla base dall'analisi dei dati sullo stato attuale della domanda e sul sistema di offerta dei Servizi attraverso il monitoraggio, omogeneo sull'intero territorio nazionale, di alcuni indicatori collegati ai Liveas.

Nelle pagg segg. si riportano le tabelle per la definizione dei LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE come elaborate, nella scorsa legislatura, dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni per l'avvio del confronto con lo Stato.

Tabelle per la definizione dei LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE

Contesto di erogazione TERRITORIO

AREA DI INTERVENTI E LIVELLI (art. 22 L.328/00)	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
Servizi di informazione e consulenza per l'accesso alla rete integrata dei servizi	Generalità della popolazione (con accessi prioritari)	-Informazione e consulenza -Segretariato sociale	-Lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attività dei successivi percorsi di assistenza -Indicazioni e orientamento sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità -Consulenza sui problemi familiari e sociali -Mediazione interculturale per immigrati -Promozione reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi di disagio sociale -Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni	-Costituzione, art 117, lett.m -L.328/00, art. 2 comma 3, art.22 -D.P.R.14.2.0, commi 2 e 4

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Servizio Sociale professionale	Generalità della popolazione (con accessi prioritari)	Prestazioni di Servizio Sociale: -consulenza -presa in carico e progettazione personalizzata -monitoraggio casi -verifiche -prestazioni prof.li all'interno delle UV Multidisciplinari anche ai fini dell'integrazione sociosanitaria -	-Sostegno e accompagnamento alla persona e alla famiglia nel rispetto delle pari opportunità -Sostegno alle responsabilità genitoriali -Mediazione familiare, sociale, interculturale -Valutazione, preparazione, consulenza e sostegno ai procedimenti di Affidamento e Adozione nazionale e internaz.le -Rapporti con le AA.GG. -Sostegno socioeducativo per il disagio psicosociale e per le fasce di popolazione a rischio -Rapporti con le istituzioni formative e occupazionali -Promozione di reti solidali per prevenire rischi di disagio sociale -Definizione del Progetto Individuale di Assistenza (PIA) nelle Unità Multidisciplinari	-Costituzione, art 117, lett.m -L.328/00, art. 2 comma 3, art.22 -D.P.R.14.2.01, comma 4 -D.P.R.448/88 -L.405/75 -L.194/78 -L.104/94 -L.285/97 -L.451/98 -L.162/98 -L.296/978 -L.476/98 -L.45/99 -L.149/01
Servizi Sociali di pronto intervento per situazioni di emergenza personale e familiare	-Minori -Anziani -Disabili -Famiglie -Persone in difficoltà -Marginalità sociale	<u>Attività di pronto intervento sociale</u> per rispondere temporaneamente ai bisogni primari del singolo e della famiglia	-Accoglienza, assistenza e cura alla persona(se occorre in integraz.con Sanità) -Ristorazione -Interventi economici -Ripristino delle possibili relazioni familiari e sociali -Pronto intervento per minori vittime di maltrattamenti, abusi, prostituzione -Accoglienza per donne in difficoltà o che hanno subito violenza -Accoglienza per eventi eccezionali e/o particolari	-Costituzione, art 117, lett.m -L.328/00, art.22 -D.P.R.14.2.01, commi 2 e 4 -L.296/978 -L.45/99 -L.388/00 -DPCM 15/12/00 -D.M. 89/02
Servizi Educativo-ass.li e di promozione della socialità	-1a Infanzia -Minori e adolescenti -Famiglie -Disabili -Persone in difficoltà o con problemi di emarginazione	-Interventi per la 1a Infanzia a carattere educ-ass.le -Interventi di promozione dei diritti dei minori e degli adolescenti -Interventi per favorire la socializzazione dei disabili (anche integrati con Sanità) -Interventi per favorire l'inclusione sociale di persone a rischio di emarginazione	-Nidi e servizi innovativi per la 1a Infanzia -Attività socioeducative territoriali di aggregazione e di incontro -Azioni per favorire l'obbligo scolastico e le attività formative -Interventi per l'inserimento e l'integrazione sociale dei disabili -Educazione interculturale -Misure di integrazione sociale per detenuti ed ex detenuti, nomadi, cittadini stranieri in difficoltà, immigrati	-Costituzione, art 117, lett.m -L.328/00, art.22 -D.P.R.14.2.01, commi 2 e 4 -D.P.R.448/88 -L.1044/71 -L.405/75 -L.104/94 -L.285/97 -DLgs 288/98
Interventi per contrastare le condizioni di vecchie e nuove povertà e per favorire l'inclusione sociale	-Persone in difficoltà economiche e/o prive di lavoro -Invalidi -Anziani -Famiglie	Trasf. in denaro o forme di assistenza continuativa erogata dai Comuni e dallo Stato finalizzati a sostenere invalidi impossibilitati al lavoro o privi di autonomia nella quotidianità, genitori, famiglie in difficoltà, persone prive di reddito e con reddito limitato, disoccupati e inoccupati di lungo periodo, azioni di accompagnamento e mediazione	-Sussidi e altre forme di trasferimenti economici -Servizi di bassa soglia -Mantenimento di persone inabili e prive di reddito -Misure per agevolare l'inserimento al lavoro -Emolumenti invalidità civile, cecità, sordomutismo -Assegno di maternità -Assegno per i nuclei familiari in difficoltà con almeno tre figli -Assegno sociale e integrazioni al minimo -Misure generalizzate di contrasto alla povertà, reddito minimo per la disabilità totale o parziale, indennità per favorire la vita autonoma, indennità di cura e assistenza per anziani totalmente dipendenti	-Costituzione, art.31, 38 e 117, lett.m -L.153/69 -L.62/72 -L.381/70 -L.382/70 -L.118/71 -L.18/80 -L.448/98 -L.335/95 -L.328/00, art.22 comma2, artt.23, 24

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Contesto di erogazione DOMICILIO

AREA DI INTERVENTI E LIVELLI (art. 22 L.328/00)	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
Servizi di aiuto e di sostegno familiare, per favorire la permanenza a domicilio	-Minori -Anziani -Famiglie -Disabili -Persone in difficoltà – Marginalità sociale	Assistenza domiciliare di tipo domestico familiare e socioeducativo	-Assistenza e cura alla persona -Governare della casa e miglioramento delle condizioni abitative per il mantenimento della persona a domicilio -Aiuto per il soddisfacimento di esigenze individuali e per favorire l'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana -Promozione e sostegno per i care-giver e per il mantenimento dei legami sociali e familiari -Sostegno socio-educativo a minori e disabili	-Costituzione, art 117, lett.m -L.328/00, artt.15 e 22 -D.P.R.14.2.01, commi 2 e 4 -L.104/94 -L:285/97

Contesto di erogazione SEMIRESIDENZA

AREA DI INTERVENTI E LIVELLI (art. 22 L.328/00)	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
Strutture e centri di assistenza e accoglienza a ciclo diurno	-Minori -Anziani -Famiglie -Disabili -Persone in difficoltà – Marginalità sociale	Assistenza e ospitalità di tipo semiresidenziale o a ciclo diurno	-Accoglienza, assistenza e cura della persona -Ristorazione -Attività socioeducative e di promozione dell'autonomia -Attività di socializzazione -Attività di integrazione con il contesto sociale e per favorire l'inserimento al lavoro -Sostegno psicosociale collegato al disagio personale e sociale, stimolo dei rapporti interrelazionali -Mediazione interculturale per le popolazioni immigrate	-Costituzione, art. 38 e art 117, lett.m -L.328/00, art. 22 -D.P.R.14.2.01, commi 2 e 4 -D.M.308/01 -L.104/94 -L.162/98 -L:45/99 -DLgs. 286/98

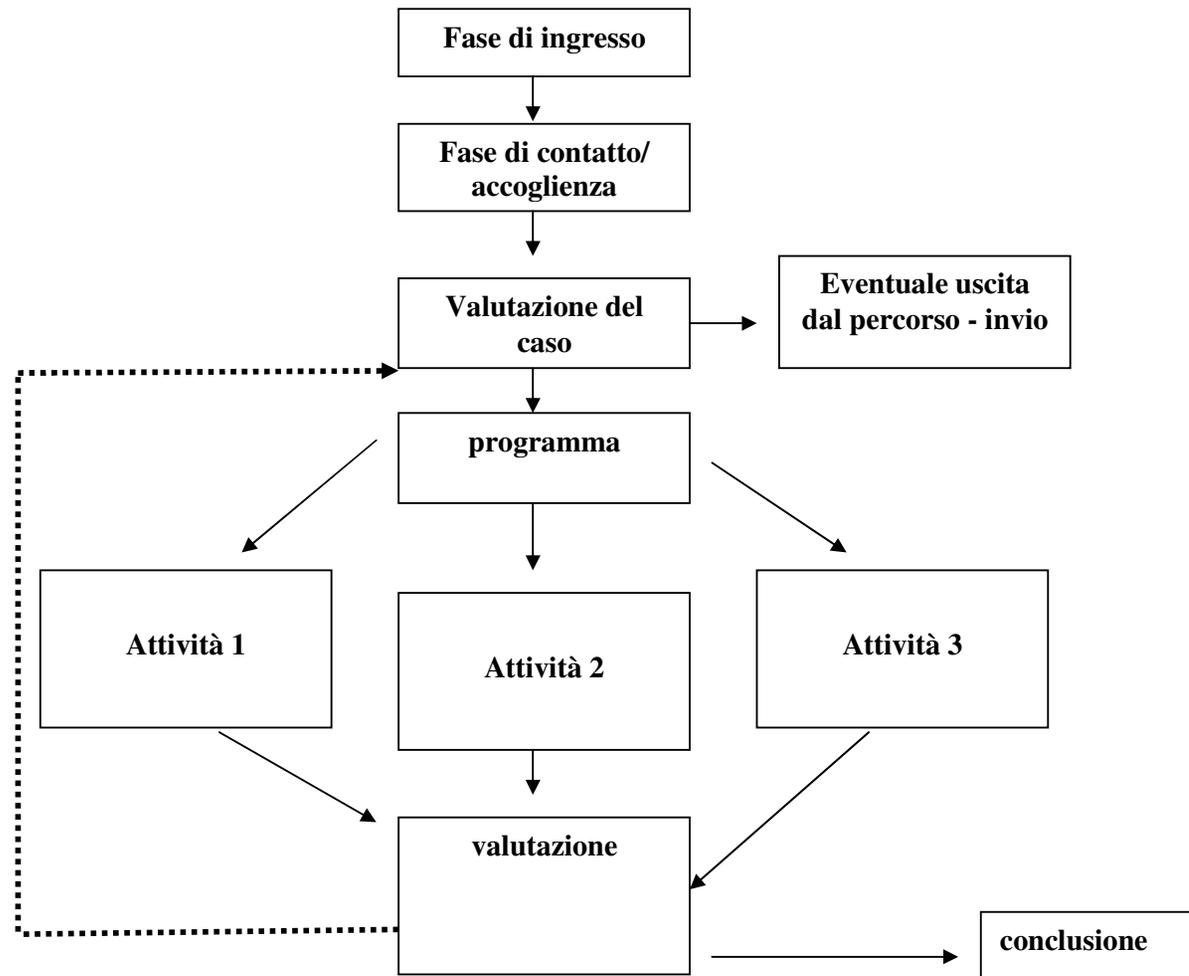
Contesto di erogazione RESIDENZA

AREA DI INTERVENTI E LIVELLI (art. 22 L.328/00)	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
Strutture di assistenza e accoglienza residenziali o a ciclo continuativo	-Minori -Giovani e Adulti in difficoltà -Anziani -Famiglie -Disabili -Marginalità sociale	-Attività di ass.za e ospitalità prestate in strutture comunitarie -Attività di accoglienza e ospitalità per tossicodip.anti -Attività di accoglienza per minori e donne in difficoltà o che hanno subito violenza -Attività di accoglienza per immigrati in temporanea difficoltà	-Accoglienza, assistenza, ospitalità e cura alla persona -Pronta accoglienza -Ristorazione -Attività di socializzazione, sostegno socioeducativo, integrazione con il contesto sociale e promozione dell'inserimento al lavoro -Attività di stimolo per lo sviluppo e mantenimento dei livelli cognitivi e metacognitivi, anche in raccordo con Sanità -Sostegno psicologico ai minori e alle donne minacciate o vittime di violenza -Attività di recupero e inserimento sociale per i soggetti a rischio di marginalità sociale	-Costituzione, art. 38 e art 117, lett.m -L.328/00, art. 22 -D.P.R.14.2.01, commi 2 e 4 -D.P.R. 309/90 -D.M.308/01 -L.104/94 -L.162/98 -L:45/99 -D.M.308/01

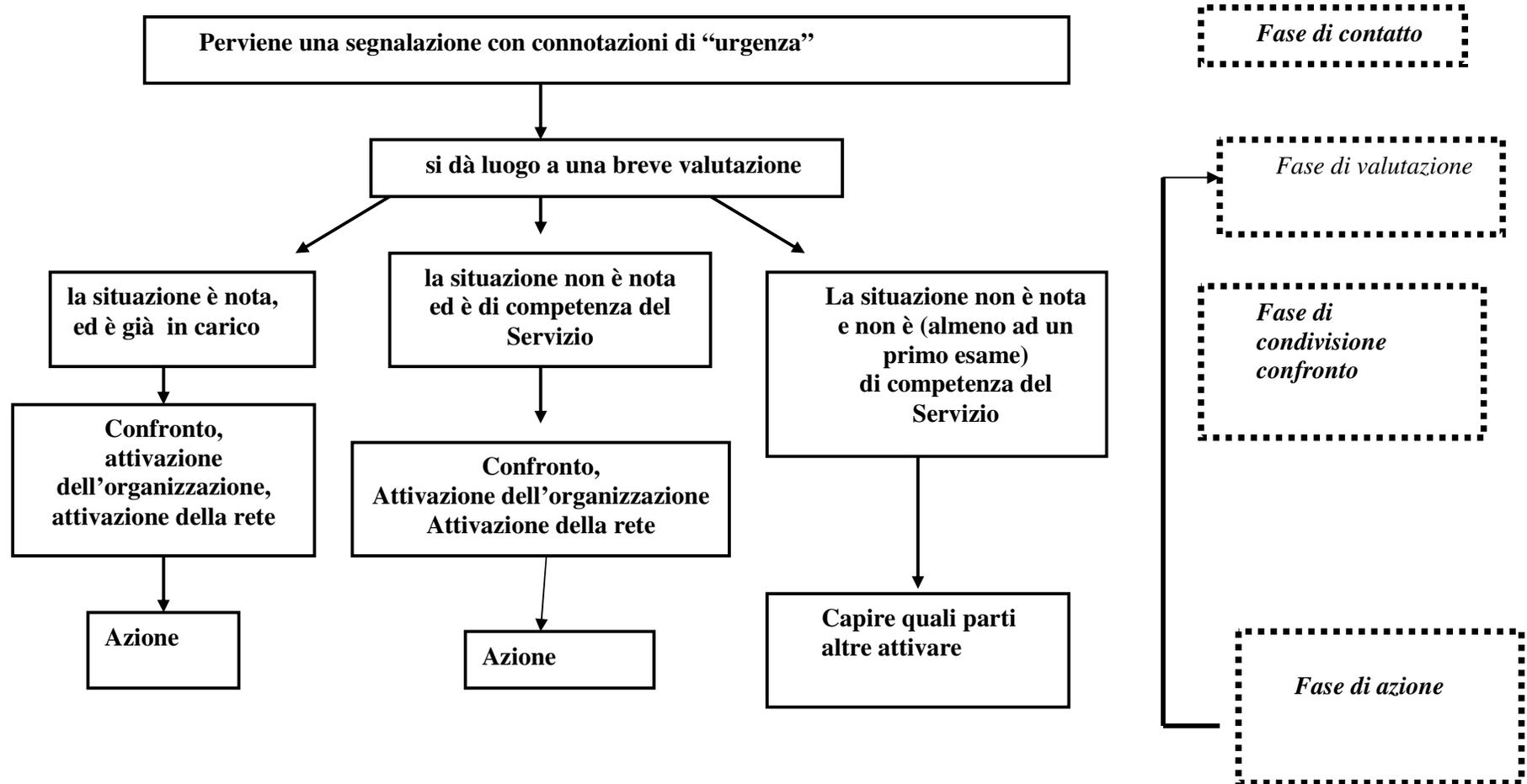
Esistono nella realtà piemontese diversi esempi di buone prassi per garantire l'esigibilità dei diritti all'assistenza sociale. Vds tra questi l'allegato alla deliberazione di Assemblea consortile n. 02 del 22.2.2006 del Consorzio per i Servizi Socioassistenziali (CISAP) di Collegno-Grugliasco "INDIVIDUAZIONE DEI DESTINATARI DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI CONSORTILI E DEFINIZIONE DEI LORO DIRITTI". Con tale provvedimento si è inteso fornire basi di garanzie di Servizio Sociale ai cittadini, pur nel quadro di complessità ed incertezza sopra descritto; in particolare si dispone, alla voce **Oneri economici delle prestazioni**, che "L'Assemblea Consortile provvede annualmente – in sede di approvazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale - a destinare le risorse finanziarie, umane e patrimoniali necessarie ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ai soggetti aventi diritto".

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Schema orientativo di produzione di Servizio Sociale



Schema orientativo di produzione di Servizio Sociale in situazione di urgenza



RISORSE e ORGANIZZAZIONE delle RISORSE

RISORSA

E' configurabile con tutto quanto è utile per realizzare obiettivi, affrontare problemi. Quindi, mezzi, capacità, opportunità, beni, strutture, professionalità, Servizi, disponibili a livello pubblico, privato, di comunità, personale.

In questa configurazione assume rilievo tutto quanto concerne il livello e stato di presenza, funzionamento, efficacia, efficienza, qualità erogata, qualità percepita in un contesto che – per quanto riguarda la pratica di Servizio Sociale – rimanda all'etimo di “re-surgere”; quindi le potenzialità, i mezzi, gli strumenti interni ed esterni alla persona e alla comunità, capaci di far risorgere da una situazione negativa, capaci di contrastare i rischi, capaci di fare educazione, capaci di produrre spinte solidaristiche, ecc.

Occorre distinguere tra le diverse forme di relazione fra organizzazioni. In particolare relazioni:

- ✓ **Intergovernative:** fra agenzie pubbliche
- ✓ **Interorganizzative:** fra agenzie pubbliche e private
- ✓ **Infraorganizzative:** all'interno della stessa organizzazione (ad es. all'interno di un'ASL, tra Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento per le Dipendenze)

Riguardo alle relazioni Intergovernative/Interorganizzative si distingue tra relazioni

- **Orizzontali:** coordinamento e concorrenza
- **Verticali:** centro periferia (es. Stato, Regioni, Province, Comuni)
- **Gerarchia:** autorità, modello a cascata, eccedenza normativa
- **Pubbliche:** funzione di tutela, controllo, promozione
- **Private:** esecuzione delle politiche, rappresentanza di interessi, partnership

L'operatore sociale come RISORSA intelligente e affezionata

Nel contesto attuativo della Riforma del sistema integrato di interventi e Servizi sociali, assume rilevanza strategica la consapevolezza, da parte degli operatori del settore, di sentirsi effettivamente RISORSA del sistema, di sentirsi elemento fondamentale per le garanzie di protezione sociale e di prevenzione che la Riforma stessa indica.

In questo senso, affrontiamo alcune specificità che riguardano

- ✓ lavorare insieme nei Servizi. Operatori sociali e le loro intelligenze al lavoro
- ✓ il tempo-lavoro degli operatori sociali
- ✓ elementi inerenti le professioni ed il lavoro sociale in Italia
- ✓ operatori sociali in Piemonte

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

LAVORARE INSIEME nei Servizi. Operatori sociali e loro INTELLIGENZE al lavoro¹⁰

Elementi di contesto

L'ordinamento normativo che sovrintende le politiche sociali nel nostro Paese e le specifiche realtà regionali, fin dalle riforme degli anni '70, individua nell'integrazione dei Servizi su base territoriale e partecipativa lo strumento strategico per garantire salute, prevenzione, presa in carico precoce degli stati patologici, riabilitazione, autonomia, consapevolezza della popolazione per promuovere le condizioni dello "star bene" individuale e collettivo.

Siamo quindi in presenza di un quadro legislativo molto esplicito nell'individuare l'integrazione dei Servizi su base territoriale e partecipativa come modalità permanente di azione degli operatori per contrastare i settorialismi, le parcellizzazioni, le autoreferenzialità che producevano nei cittadini e nella società guasti e costi. Guasti e costi che I. Illich aveva ben identificati da in termini di "iatrogenesi sociale" (Cfr I. Illich in *Nemesi medica*, Mondadori, Milano, 1977).

Oggi, in sostanza ci troviamo in presenza di norme e di metodologie di lavoro sociale - consolidate a livello esperienziale ed in dottrina - che evidenziano l'inefficacia di azioni autoreferenziali, cioè quelle azioni che producono aumento incontrollato della spesa sociale, doppioni o vuoti di intervento, mantenimento di monoculture statiche e di nicchie di potere, allontanamento delle persone dai servizi e segmentazioni per categorie di bisogno (o di disgrazia). Quelle azioni autoreferenziali che in sostanza agiscono all'interno di una rappresentazione della realtà acritica, semplificata, fondata su un mero rapporto causa-effetto, domanda-risposta.

E ci troviamo in presenza di mezzi concreti (gli Accordi di Programma, i Protocolli di Intesa, ecc.) che dovrebbero consentire di "far funzionare" e di rendere permanentemente operativa l'integrazione dei servizi, l'approccio interdisciplinare, la costante partecipazione delle risorse del sociale. Quindi, una alternativa forte alla iatrogenesi sociale, una scelta strategica per rendere effettivamente esigibili i diritti sociali, per diffondere e praticare la cultura della prevenzione, per ottimizzare il principio e la prassi della sussidiarietà e della "rete".

Tutto ciò presuppone l'esistenza, la sussistenza, in ogni dimensione territoriale, delle condizioni indispensabili per lavorare insieme, cioè di quelle condizioni di dinamica relazionale, di formazione e di competenza (individuale e di gruppo), di organizzazione, di capacità di concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, che presiedono all'azione integrata.

Purtroppo queste condizioni raramente esistono, o ne esistono solo alcune; così gli operatori dei servizi pubblici, del privato sociale, del volontariato e dell'associazionismo, hanno imparato sulle proprie spalle che lavorare insieme è faticoso, è complesso, è a volte frustrante, pare di perder tempo (e denaro), pare di correre il rischio di offuscare la meta. Insomma, nella prassi, sembra ogni giorno più produttivo lavorare da soli, nell'ambito delle proprie competenze formalizzate, in orti o orticelli in cui tutto sommato ci si sente più sicuri, meno giudicati, più occupati dal concreto "fare" e meno stressati dall'ansia connessa alla riflessione sul senso del "fare", su come si potrebbe "fare" meglio insieme, al giudizio che -inevitabilmente- "gli altri" danno del lavoro nostro e del nostro servizio.

Forse è opportuno chiederci quali sono - al di là, oltre, quanto scritto nelle norme - i significati profondi del lavorare insieme. Forse dobbiamo riscoprire perché "lavorare insieme" è una buona fatica, che alla lunga paga, dà frutti, offre vantaggi non solo all'utenza ma anche agli operatori ed alle loro istituzioni, se ben giocata razionalizza la spesa e può persino condurre a significativi risparmi di risorse economiche. Ma quanto più conta, fa crescere corresponsabilità e consapevolezza che la salute non è un mercato, che la salute non si commercia, che sulla salute si gioca una importante partita di partecipazione e controllo democratica.

Forse dobbiamo riscoprire il gusto del lavorare insieme come "stare insieme", "stare bene insieme". Quindi riscoprire che è anche ".... questione di feeling", che non si lavora bene insieme per "ordine di servizio", che la comunità locale che decide di "lavorare insieme" si impegna anche a "piacersi" nei sistemi di dinamica relazionale, nel rifiuto del pregiudizio, nella scommessa del cambiamento attraverso la capacità-volontà di tutti di cambiarsi.

¹⁰ Stralcio da G.Garena, "Lavorare insieme nei servizi" in "Animazione Sociale", n°6-7/2002

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Quale “senso”, quali “significati”

Proviamo a muovere alcuni passi in un tentativo di ricognizione del possibile “senso” e dei possibili “significati” del lavorare insieme, delle caratteristiche di quella “buona fatica” e del gusto del lavorare insieme. Come in ogni attività umana, anche e soprattutto nel caso che stiamo qui affrontando, lo sforzo di dare senso all’azione costituisce infatti la precondizione essenziale perché l’attività stessa sia produttiva e soddisfacente.

Un primo passo è quello che consente ai protagonisti del “lavoro insieme” di appropriarsi della propria storia caratterizzante (individuale, di servizio, di istituzione, di lavoro interistituzionale). Lavorare insieme significa “l’uno” che si approssima a divenire “molteplice”, scava nell’esperienza, nelle capacità profuse nell’affrontare le difficoltà, nei processi avviati e nei risultati ottenuti (sia quelli visibili che quelli più nascosti ma vivi), nelle intelligenze mobilitate, nelle speranze, nelle aspettative e nelle volontà in campo. Questo passo consente insomma ai protagonisti del lavoro insieme di assumere consapevolezza di stare dentro un processo evolutivo fatto di ben definite identità in azione. A proposito di INTELLIGENZE¹¹ è sicuramente utile il richiamo alla appropriazione – riappropriazione di quanto in letteratura elaborato in tema di intelligenze multiple e domini proprio perché gli operatori sociali devono – loro per primi – sentirsi risorsa in termini di possesso ed utilizzo di queste intelligenze.

Intelligenze multiple: linguistica, musicale, logico-matematica, spaziale, corporeo-cinestesica, personale, buon senso, originalità, capacità metaforica, saggezza, senso del Sè rivisitato. **Intelligenze trasversali:** attenzione, motivazione

I domini¹²: autocognitivo (pensiero retrospettivo, introspettivo, funzionale), estatico (pensiero sospensivo, magico, sognante), eterocognitivo (pensiero costruttivo, proiettivo, critico), interpretativo (pensiero metaforico, mitico, categorizzante)

Un secondo passo è quello di accettare di sentirsi in formazione permanente. I significati di questo passo sono correlati ad un costante sforzo di educazione, costruzione, configurazione, alimentazione di conoscenza, ricerca. Interrogano sulla rilevanza della verità della trasformazione, dell’imparare facendo, sulla sfida del pensare insieme affrontando l’autoalimentazione del dubbio, l’ansia del nuovo e dell’incerto. Tutte le caratteristiche insomma che stanno alla base di strutture di personalità veramente disposte al cambiamento (quello che passa innanzitutto attraverso il proprio cambiamento)

Un terzo passo è legato all’organizzazione interna di ciascuno dei partners coinvolti nel progetto del “lavoro insieme”. E’ abbastanza ovvio constatare che le nostre organizzazioni non sono state volute e pensate per lavorare integrate con altre organizzazioni. Al contrario ci confrontiamo ogni giorno con un apparato burocratico-amministrativo autocentrato, autoreferenziale, predisposto semmai alla competitività ed alla concorrenza piuttosto che alla cooperazione ed alla collaborazione interistituzionale. In questo il modello ASL, Comune, Consorzio, Scuola significano come AZIENDA può rappresentare un grave ostacolo al processo di integrazione ed al concetto medesimo di network.

Lavorare insieme presuppone allora partner le cui organizzazioni interne hanno senso e significato nella misura in cui sono progettate e rese capaci di ricercare sinergie con l’esterno, di coinvolgere tutte le parti interessate ed aggregabili, di autoregolarsi e di eterocentrarsi in funzione degli obiettivi definiti nelle sedi in cui si “lavora insieme”

Un quarto passo riguarda la percezione dell’alto significato insito nel costruire in maniera chiara e condivisa obiettivi di azione e identità in azione. Gli operatori che lavorano insieme devono gradualmente maturare consapevolezza del grande valore simbolico connesso al costruire insieme conoscenza ed al fare cultura sulle politiche sociali che si esprimono nel territorio. E’ questo valore simbolico che fa da propellente alle strategie di incremento del coinvolgimento ai diversi punti rete del sistema, alla costruzione di coordinate concettuali in cui collocare i diverse progetti di Ente e di interEnte (socializzare quanto si fa, che cosa si ottiene, che cosa manca, che cosa si potrebbe fare – di più, meglio - insieme, ecc.).

¹¹ H. Gardner, *Intelligenze multiple*, Anabasi, 1994

¹² D. Demetrio (a cura di), *Per una didattica dell’intelligenza. Il metodo autobiografico nello sviluppo cognitivo*, Comune di Parma – F. Angeli, Milano, 1995

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

MA.....CI SI PUÒ AFFEZIONARE AL LAVORO SOCIALE ?¹³

E' in atto una articolata riflessione su questa domanda recentemente, riflessione oggetto di un laboratorio sostenuto dalla Provincia di Torino e confluita in un convegno nazionale (Gruppo Abele, Riv. Animazione Sociale, 24 febbraio 2011). Le principali traiettorie su cui si è lavorato riguardano le seguenti questioni che intrecciano sempre elementi personali, elementi professionali e elementi organizzativi:

- la mattina vai a lavorare volentieri?
- “il tempo costa, riduciamo i tempi!!!”.
- i nostri Servizi producono, ai nostri Servizi serve.....
- la ricerca e il desiderio quando c'era la ricerca partecipata
- la profonda amarezza tra diritti calpestati e organizzazioni auto-centrate, la crescente sofferenza per i diritti senza cittadinanza, l'accettazione della pura funzione di controllo, lo spegnersi della partecipazione e della politica. Fare politica sul territorio, per non essere complici di una società selettiva
- “...che ci faccio qui ?”. Ma, “penso che però non si stia poi così male in questa crisi.....” Una visione dell'azione nel sociale come “agire neutro”. Il circolo vizioso tra pesanti carichi pesanti e demotivazione
- a chi tocca fare il motore di cambiamento ? Cosa può fare da motore di speranza di futuro?
- lasciarsi “mettere al lavoro” dai cittadini in uno scambio di reciprocità
- il rapporto con le organizzazioni ed i loro responsabili
- fame e sete di appartenenza collettiva. Il rapporto con il proprio gruppo di lavoro/équipe. L'équipe come organizzazione capace di alimentare affezione al lavoro
- come e dove generare nuovi legami/affezioni, tra personale e professionale?
- la continuità tra tempo lavoro e tempo personale
- saranno l'arte e la letteratura a salvare il legame di affezione? “Un pizzico di follia, tanta fantasia, ironia e pietas verso di sè e verso gli altri”. “Un amore grande per questo bizzarro e indefinito lavoro”
- ce la fa chi prende in mano la propria formazione. L'autoformazione nel piacere di progettare azioni
- creare intrecci locali tra persone disponibili ad affezionarsi al lavoro sociale
- ci aspetta una nuova ecologia dell'economia dei legami, che c'è di *bello* a svolgere una professione sociale ?
- la riscoperta dell'altro (difficoltà ad entrare nelle zone grigie della sofferenza; chiusura nella clinica, nel lavoro sul caso, nel lavoro “ambulatoriale”; dalle emozioni all'educazione dei sentimenti; la passione per il lavoro sociale e la com-passione; la sana nostalgia per i tempi della denuncia dell'ingiustizia, del sognare il futuro a partire dal presente, della speranza e della capacità collettiva di sognare insieme ; il servizio sociale come straordinario luogo per sperimentare azioni di sensificazione e di ricerca)
- il significato di mettersi in viaggio, se possibile all'interno di una buona e sana équipe(l'équipe solidale verso un nuovo paradigma di lavoro sociale che, in alternativa al paradigma biomedico, propone una spirale tra ascolto-narrazione-trasformazione; il rapporto con la conoscenza, con il concetto problematico di solidarietà; stare dentro la complessità e la multiproblematicità; smetterla di lavorare a testa bassa sui sintomi e sugli effetti del disagio tornare al mandato dell'operatore sociale di evidenziare le cause, di rilanciare la prevenzione e la programmazione partecipata; smetterla di concentrarsi sui deficit; è ora di guardare, scoprire ciò che c'è, le risorse che il sistema, le reti, e noi, possediamo; tornare a stupirsi e trovare coraggio di essere creativi)
- rinegoziare il nostro stare nelle organizzazioni (capacità delle organizzazioni nel gestire l'ansia, tra debolezze vulnerabilità; il lavoro sociale richiede un agire organizzato con aggressività e amore; convincere le organizzazioni che pensare - e non solo agire - è lavoro, ma per pensare occorre sospendere l'azione; pensare non solo all'organizzazione del tuo servizio ma anche all'organizzazione della tua mente, cioè a quale organizzazione sei tu; contrasto dei rischi di burn out legato al concetto di rispetto, dignità, giusta distanza nel lavoro di cura; investire nel rappresentare il valore del lavoro sociale; costruire dal basso condizioni vivibili di lavoro e di servizio).

- ¹³ G.Garena, *L'evoluzione dei legami degli operatori sociali con il loro lavoro*, Inserto in Animazione Sociale (n. 249, gennaio 2011)

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Alcune questioni riguardanti le Professioni ed il lavoro sociale in Italia

Confronto tra comparto sanitario e comparto sociale in ordine ai diversi modelli di governance per le professioni di riferimento.

Con l'istituzione del Servizio Sanitario nazionale si è configurato un sistema di governo in grado di tenere insieme l'offerta di professioni sanitarie (quelle "cliniche" e quelle "riabilitative" ormai tutte di livello universitario, con percorsi triennali e magistrali/specialistiche) con la domanda di professioni, programmata e gestita a livello regionale sulla base dei fabbisogni territoriali definiti da Aziende sanitarie locali ed Ospedaliere. Nel comparto sanitario, quindi, le caratteristiche del sistema giocano a favore dell'esercizio di una efficace governance Stato-Regioni: ciò significa che il mercato del lavoro di riferimento prevede figure professionali certe, definite a livello nazionale e di cui si ha evidenza sul piano contrattuale.

Diversa è la situazione per il comparto sociale. La vigente articolazione di competenze tra i diversi livelli di governo preclude una normazione dei profili professionali ed un presidio delle filiere professionali "autocratica" analoga a quella del comparto sanitario.

A diversi anni dall'approvazione della L.328/00 ed in mancata ottemperanza di quanto espressamente contemplato dall'art 12 (figure professionali sociali)¹⁴ si registra la seguente situazione:

- proliferazione di figure professionali formate a livello regionale utilizzando risorse del Fondo Sociale europeo con scarse o nulle prospettive di inserimento lavorativo nei sistemi di welfare regionale;
- assenza di standard formativi minimi nel comparto dei Servizi alla persona ed alle comunità tali da uniformare i curricula formativi regionali: a curricula analoghi corrispondono denominazioni di figure diverse, mentre figure professionali affini vengono formate nelle diverse regioni con percorsi formativi anche molto diversificati;
- regionalizzazione *de facto* dei sistemi di welfare che ha comportato un'analoga segmentazione territoriale del mercato del lavoro nel comparto sociale. Alle scarse possibilità di vedersi riconosciuta la propria qualifica professionale in regioni diverse da quella in cui questa è stata conseguita (tale possibilità è demandata a specifici accordi interregionali)

¹⁴ **L.3238/00, Art. 12 (Figure professionali sociali)**

1. Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sulla base dei criteri e dei parametri individuati dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono definiti i profili professionali delle figure professionali sociali.
2. Con regolamento del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare di concerto con i Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti:
 - a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con i corsi di laurea di cui all'articolo 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;
 - b) le figure professionali di cui al comma 1 da formare in corsi di formazione organizzati dalle regioni, nonché i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione;
 - c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.
3. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 2, lettera a), sono definiti dall'università ai sensi dell'articolo 11 del citato regolamento adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.
4. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 3-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relative ai profili professionali dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione socio-sanitaria.
5. Ai sensi del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con decreto dei Ministri per la solidarietà sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la funzione pubblica, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate, per le figure professionali sociali, le modalità di accesso alla dirigenza, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
6. Le risorse economiche per finanziare le iniziative di cui al comma 2 sono reperite dalle amministrazioni responsabili delle attività formative negli stanziamenti previsti per i programmi di formazione, avvalendosi anche del concorso del Fondo sociale europeo e senza oneri aggiuntivi a carico dello Stato.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

si registra una marcata difficoltà nel mettere in comunicazione domanda ed offerta di professioni sociali anche nello stesso territorio regionale; ciò a causa della storica separazione tra programmazione sociale e programmazione formativa di riferimento per il settore dei Servizi alla persona ed alle comunità locali.

Il panorama delle professioni sociali nei sistemi di welfare locale

Il panorama attuale delle professioni sociali contempla pochissime figure di rilievo nazionale: una figura di base, *l'operatore socio-sanitario*, che si forma con 1000 ore dopo l'espletamento dell'obbligo scolastico e tre figure laureate: *assistente sociale* ed *educatore professionale*, che richiedono una laurea triennale (anche se i relativi percorsi biennali di specializzazione ulteriore sono attivati in molte Università); *psicologo*, che richiede una laurea specialistica. La mancata inclusione del *sociologo*¹⁵ e del *pedagogista* tra le figure di rilievo nazionale per il comparto sociale costituisce uno degli elementi di confronto all'interno della Comunità scientifica e delle Comunità professionali del comparto sociale¹⁶.

La figura di *operatore socio-sanitario* è stata definita attraverso un Accordo in Conferenza Stato-Regioni stipulato nel febbraio del 2001. Attraverso tale procedura, il cui esito è stato recepito da tutte le Regioni, le conoscenze e le competenze delle due aree assistenziali, sociale e sanitaria, sono state ricondotte ad un'unica figura professionale in grado di rispondere a bisogni non solo di cura ma anche di prevenzione, riabilitazione, recupero e inserimento sociale della persona assistita. Nel gennaio del 2003 un'ulteriore Accordo ha disciplinato la formazione complementare sanitaria istituendo la figura di "*operatore socio sanitario specializzato*". E' evidente come tale processo (in assenza di analoghi passaggi operati sul versante "sociale" della figura professionale in esame) abbia contribuito ad orientare ancora di più verso il sanitario una figura che, come appena detto, nasceva proprio per integrare le funzioni assistenziali e di sostegno all'autonomia della persona presenti nei due ambiti, sociale e sanitario. Tale orientamento, del resto è stato alimentato anche dalle peculiarità del mercato del lavoro poiché la domanda di tale figura da parte di Aziende Sanitarie ed Ospedaliere si è costantemente rivelata superiore all'offerta, determinando così un posizionamento di maggior favore per tale operatore proprio nei Servizi che afferiscono alla Sanità.

L'*assistente sociale* è la professione che ha fatto nascere e crescere i Servizi di welfare. Fin dalle sue origini per questa figura è stato predisposto un percorso formativo centrato su metodologie che sono ancora alla base del lavoro sociale: intervento di Comunità, presa in carico e tutela di soggetti fragili, programmazione e gestione del Servizio.

L'*educatore professionale* attende un adeguato riconoscimento nell'ambito delle professioni sociali. Si è in presenza, infatti, di una regolamentazione normativa parziale per tale figura, limitata al comparto sanitario (cfr. D.M.520/98 del Ministero della Sanità) che non conferisce, pertanto, alcun riconoscimento agli educatori professionali che hanno conseguito il titolo nella Classe di Laurea XVIII, poiché tale percorso accademico non abilita alla professione in campo sanitario. Ciò comporta una oggettiva "discriminazione professionale" a scapito degli educatori provenienti dalla facoltà di Scienze della Formazione. Una riunificazione del curriculum formativo renderebbe, del resto, più semplice anche la riunificazione del profilo professionale (come chiede da anni l'Associazione nazionale degli Educatori Professionali) attualmente diversificato – anche sul piano contrattuale – in ambito sociale, sanitario e penitenziario.

Allargando lo sguardo dalle professioni alle qualifiche di rilievo nazionale, emergono le due qualifiche formate dagli Istituti Professionali di Stato per i Servizi Sociali: *operatore dei Servizi Sociali*, qualifica triennale e *tecnico dei Servizi Sociali*, diploma conseguito al termine dei cinque anni. Qui la situazione è ancora più paradossale: si tratta di una formazione regolata a livello nazionale, il cui curriculum include il tirocinio professionale e rispetto alla quale la legittima aspettativa degli allievi di trovare impiego nei Servizi è sistematicamente frustrata perché il sistema integrato di Servizi ed interventi sociali locali non prevede tale figure. Alcune Regioni hanno avviato in questi anni delle soluzioni

¹⁵ Numerose esperienze locali ed una consistente letteratura scientifica mettono in luce come la ricerca sociologica sia una delle dimensioni contemplate e sempre più spesso implementate all'interno delle attività di pianificazione sociale locale.

¹⁶ Per una ricognizione sul dibattito, vedi i materiali di documentazione relativi alla Conferenza nazionale *Presente e futuro delle professioni sociali per il nuovo welfare territoriale. Le proposte delle autonomie locali* (Roma, 23 febbraio 2004) disponibili sul sito www.legautonomie.it.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

tampone quali l'equiparazione della qualifica triennale di operatore dei Servizi Sociali a quella di assistente domiciliare e dei Servizi tutelari: un percorso di istruzione triennale post obbligo risulta così equiparato ad un corso di formazione professionale di durata generalmente semestrale.

La domanda di quadri formati in un canale post-secondario aveva dato luogo in passato a un canale formativo parallelo alla filiera accademica, di cui sono un esempio significativo le scuole regionali per educatore, per animatore, per operatore dell'inserimento lavorativo. Queste scuole non erano però riuscite a consolidare figure di rilievo nazionale, in assenza del livello d'istruzione corrispondente nell'ordinamento scolastico nazionale. Alla fine degli Anni Novanta, con l'introduzione del *certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)* si pensò di utilizzare la Formazione Integrata Superiore per colmare tale gap cui le scuole regionali avevano fornito una risposta (su scala ovviamente regionale). Dopo una fase di progressiva effervescenza, che produsse un discreto numero di percorsi integrati tra scuole, centri di formazione professionale, imprese ed Università, tale canale formativo si è significativamente "prosciugato" proprio a causa dell'assenza di standard formativi minimi la cui definizione è evidentemente connessa proprio al riordino delle professioni sociali.

Accanto a tali figure professionali caratterizzate da un riconoscimento che per quanto incompleto ed anacronistico è comunque di livello nazionale, operano moltissime figure professionali c.d. "intermedie", di cui si è fatto cenno nel punto precedente e che hanno una qualifica di livello regionale. Ad uno sguardo d'insieme sembra quasi che il welfare territoriale sia "sorretto" proprio da tali figure: il peso percentuale delle professioni laureate sul totale delle figure professionali sociali operanti nei territori è ovviamente basso. In questo senso, l'assenza di standard formativi minimi per i profili professionali sociali assume quasi una valenza paradigmatica dell'eterogeneità qualitativa e quantitativa dei Servizi e delle prestazioni erogate dai sistemi di welfare regionale.

Si pensi ad esempio ai Servizi per la prima infanzia: non è raro imbattersi in bandi di concorso per operatori dei Servizi della prima infanzia (asili nido) dove viene richiesto il possesso di uno dei seguenti titoli. Diploma di scuola materna, diploma di maturità magistrale, diploma di scuola magistrale di grado preparatorio, diploma di maturità rilasciato dal liceo socio-psico-pedagogico, diploma di assistente di Comunità infantile rilasciato dall'istituto professionale di Stato per assistente all'infanzia, diploma di maestra d'asilo, diploma di operatore dei Servizi Sociali; diploma di tecnico dei Servizi Sociali; diploma di vigilatore d'infanzia, diploma di puericultrice, diploma di assistente d'infanzia, maturità professionale assistente Comunità infantili, maturità di tecnico dei Servizi Sociali, maturità tecnica femminile indirizzo dirigente di Comunità.

Una situazione analoga riguarda i Servizi educativi per l'infanzia: i titoli di studio richiesti dai Comuni generalmente sono: Maturità Magistrale (rilasciata da Scuola o Istituto Magistrale); Maturità Socio-Psico-Pedagogica (curricolo sperimentale Brocca o Proteo; Diploma di Assistente di Comunità Infantile; Diploma di Assistente per l'Infanzia; Diploma con dicitura di equipollenza a quello di abilitazione all'insegnamento nelle scuole di grado preparatorio (Scuola Magistrale; Diploma di Tecnico dei Servizi Sociali; Laurea in Scienze della Formazione Primaria (indirizzo Scuola Materna).

E' evidente come tale pluralità di titoli di studio "in circolazione" sia indice di una situazione molto problematica sia sul piano della programmazione dell'offerta formativa in ambito sociale (avvenuta per decenni senza un governo organico in grado di mettere a sistema le "sperimentazioni" avviate), sia sul piano della programmazione sociale, laddove alla ridondanza di diplomi e qualifiche per alcune figure professionali fa da contraltare l'assenza di profili professionali "certi" e regolamentati a livello nazionale che dovrebbero operare, con diverse modalità, nei sistemi welfare locale.

La mancata integrazione delle politiche sociali con le politiche formative di interesse per il settore ha prodotto infatti una situazione estremamente disfunzionale sia per chi opera nel sociale che per i cittadini cui i Servizi e gli interventi sociali sono indirizzati. Ad una domanda di inclusione sociale che si è fatta via via più complessa ed esigente si è risposto con una moltiplicazione di figure professionali che non ha pari nell'esperienza di altri Paesi europei: si è in sostanza fatta coincidere la figura professionale con le funzioni che questa deve svolgere, con il risultato di moltiplicare le figure di "mediatore" ("sociale", "scolastico", "al lavoro", "culturale", "in ambito sanitario", ecc.).

E' evidente che tale situazione costituisce sia un oggettivo fattore di indebolimento dell'intera compagine delle professioni e del lavoro nel comparto sociale oltre che un fattore di dequalificazione dell'offerta dei Servizi e degli interventi territoriali, anche nell'ottica di un processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ormai indifferibile che necessariamente dovrà misurarsi con il tema degli standard professionali.

In conclusione, nel panorama italiano delle professioni sociali ora descritto, l'unico esempio di figura professionale riconosciuta a livello nazionale al di fuori di quelle formate dall'Università è l'OSS, figura definita con un Accordo in Conferenza Stato Regioni che è stato successivamente recepito da tutte le Regioni.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

LA QUALITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE

Per Qualità possiamo intendere – in via generale - l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un Servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite. In un contesto contrattuale le esigenze sono specificate, mentre in altri contesti le esigenze implicite dovrebbero essere identificate e definite.

Alcuni punti di attenzione

- Il cittadino deve poter transitare da una condizione di UTENTE-ASSISTITO ad una condizione di LIBERO FRUITORE (in alcuni casi anche acquirente) di Servizi.
- Lo Scenario futuro dovrebbe prevedere:
 - maggiore varietà di Servizi
 - estensione del diritto di scelta (quando compatibile con la specifica riqualificazione)
 - garanzia di qualità per tutto il comparto dei Servizi suddiviso nelle aree della TUTELA (Servizio pubblico), dei SERVIZI AGGIUNTIVI (Servizio privato), dei SERVIZI DA INCENTIVARE (rette, buoni Servizio, ecc.)

Alcune Regole per la qualità sociale

Il Servizio deve

1. essere appropriato
2. seguire le procedure consolidate rispetto alla Comunità scientifica di riferimento
3. prevedere regolamenti e guide chiari e trasparenti
4. valutare i risultati
5. coinvolgere i clienti e gli operatori

Il Servizio deve prevedere il rispetto di un programma di intervento riferito ai risultati, alla risoluzione/riduzione del problema, al miglioramento delle condizioni, *al benessere, alla riduzione del danno, ecc.*

Alcuni CRITERI ESSENZIALI per garantire la QUALITÀ nell'Organizzazione del Servizio Sociale

Criterio	Specificazione
<i>Affidabilità</i>	Capacità di prestare il Servizio in modo preciso e puntuale
<i>Competenza</i>	Possesso delle abilità e delle conoscenze necessarie
<i>Fidabilità</i>	Fidatezza, attendibilità e onestà
<i>Comunicazione e capacità di risposta</i>	volontà di aiutare e fornire il Servizio, capacità di informare gli utenti usando un linguaggio comprensibile, ascolto, cortesia
<i>Comprensione</i>	impegno per conoscere gli utenti e le loro esigenze
<i>strutture e sicurezza</i>	strutture, attrezzature, strumenti di Comunicazione e personale, accessibilità e facilità di contatto, assenza di pericoli o rischi
<i>Progettualità</i>	capacità di utilizzare e mobilitare la rete, le energie locali e le sue risorse, di offrire sviluppo professionale ai dipendenti

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanniarena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	------------------------

Le quattro dimensioni della qualità:

- **INPUT:** Risorse utilizzate in termini di personale, attrezzature, strutture
- **PROCESSO:** Modalità di gestione del Servizio, l'organizzazione delle risorse in relazione all'obiettivo che il Servizio si pone
- **OUTPUT:** Le attività/prestazioni che il Servizio svolge/eroga
- **OUTCOMES:** Gli effetti degli interventi sul gruppo target

TERMINOLOGIA E DEFINIZIONI

La cosiddetta **QUALITÀ TOTALE** può rappresentare, nel caso dei Servizi Sociali, una linea di indirizzo generale ispirata:

- ad una concezione della qualità intesa nel senso di "far bene le cose giuste"
- alla produttività, intesa come incremento dell'efficienza per ridurre eventuali sprechi e per ottimizzare le risorse disponibili
- alla capacità del Servizio di soddisfare le richieste dell'utente (esplicite e implicite)

Definizione data dalla **norma UNI EN ISO 8402**

Qualità = L'insieme delle caratteristiche di un'entità, che ne determinano la capacità di soddisfare esigenze espresse ed implicite.
Rapporto tra "prestazioni fornite" e "aspettative del cittadino-cliente".

attuale definizione della **norma UNI EN ISO 9000:2000**

Qualità = Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti.

Si può applicare il concetto di qualità a diversi aspetti e momenti della vita di un Servizio: Qualità dell'organizzazione, della comunicazione, dei processi, dei progetti, dei risultati, ecc.....

Sistemi di gestione per la qualità (S.G.Q.) e certificazione

Creare un S.G.Q., significa rendere tutta l'organizzazione di un Servizio capace di soddisfare i requisiti dei clienti.

definizione ufficiale di S.G.Q. è comunque così ricavabile dalla norma UNI EN ISO 9000:2000:

“SISTEMA = Insieme di elementi fra loro correlati o interagenti”;

“DI GESTIONE = per stabilire politica ed obiettivi e per conseguire tali obiettivi”;

“PER LA QUALITÀ = per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla qualità”.

Gli elementi del sistema sono:

- l'organizzazione di un'azienda;
- i processi;
- le risorse;
- la documentazione.

Certificazione: un ente esterno e indipendente attesta che le prestazioni di un Servizio sono conformi ad una data norma.

Certificato (serie UNI EN ISO 9000): La certificazione del S.G.Q. viene rilasciata da organismi (o Enti) di certificazione in accordo con lo schema previsto dalla **norma UNI CEI EN 45012**.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Il garante del rispetto di tale norma da parte degli Enti di certificazione è per l'Italia il SINCERT.

Occorre quindi scegliere un ente che risulti accreditato dal SINCERT (o da organismo europeo riconosciuto in Italia) per la tipologia di attività che s'intende certificare: l'accreditamento comporta infatti la specializzazione degli Enti per settori di attività (categorie di produzione, Servizi, attività formative ecc.).

Occorre notare che in nessun caso un ente di certificazione può svolgere attività di consulenza, neanche attraverso società collegate o controllate, verso l'organizzazione che deve certificare.

Benefici da attendersi dalla certificazione del S.G.Q.

Il Servizio certificato può conseguire una serie di vantaggi, fra cui:

- una riorganizzazione ed ottimizzazione dei processi interni;
- maggiore fiducia da parte dei propri clienti.

PERCORSO PER LA QUALITA'

La progettazione legata alla Qualità assume un duplice significato:

- quella riferita alla personalizzazione del Servizio per ciascun cittadino-cliente,
- quella per lo sviluppo di nuovi Servizi o di modifiche a quelli esistenti

i principali SITI

AICQ – Associazione Italiana Cultura Qualità	www.aicq.it
CEPAA (Social Accountability International)	www.cepaa.org
EFQM (European Foundation for Quality Management)	www.efqm.org
EMAS Helpdesk	www.europa.eu.int/comm/environment/emas/index.htm
ISO (International Organization for Standardization)	www.iso.ch/welcome.html
ISO-TC 176 (Comitato Tecnico su Qualità)	www.tc176.org
SINCERT (Organismo di accreditamento)	www.sincert.it
SIVRQ (Qualità dell'assistenza sanitaria)	www.sivrq.com
UNI (Organismo italiano di normazione)	www.uni.com

Come si può misurare la qualità

Uno degli approcci più diffusi per misurare la qualità, in particolare quella erogata e quella percepita, comporta la definizione di:

- fattori della qualità: aspetti generali che determinano la soddisfazione del cliente (ad esempio la tempestività);
- indicatori della qualità: modalità di misurazione per un determinato fattore (ad esempio: numero di giorni per evadere una pratica).

A fronte di ciascun indicatore si ricavano quindi:

- valore misurato: è la quantificazione di un dato indicatore in un periodo di riferimento (ad esempio: 8 giorni lavorativi);
- standard: è il valore misurato che il fornitore si impegna a garantire al cliente come limite (ad esempio: al massimo 10 giorni lavorativi).

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Il modello per la qualità dei Servizi proposto da Parasuraman, Zeithaml e Berry propone i seguenti fattori **standard** validi per ogni Servizio:

- aspetti tangibili: aspetto delle strutture fisiche, delle attrezzature, del personale e degli strumenti di comunicazione;
- affidabilità: capacità di prestare il Servizio promesso in modo fidato ed accurato;
- capacità di risposta: volontà di aiutare i clienti e di fornire il Servizio con tempestività;
- capacità di rassicurazione: competenza e cortesia del personale e loro capacità di ispirare fiducia e sicurezza;
- empatia: l'assistenza premurosa e personalizzata che il fornitore presta ai clienti.

Più in generale dobbiamo considerare vari tipi di standard

A SCOPO DI GARANZIA

- risultato che si ritiene di dover garantire, vale a dire il livello della prestazione sotto il quale non si può scendere pena il costituire un rischio aggiuntivo per lo stato di salute dell'utenza
- risultato reale delle prestazioni che vengono offerte e che si è in grado di garantire (uguale o superiore a quello dell'anno prima)

A SCOPO DI MIGLIORAMENTO

- Risultato che si ritiene di poter raggiungere, e successivamente garantire, dopo aver effettuato interventi sull'organizzazione, sulle risorse umane e tecnologiche, sulle modalità operative, sulle "richieste", sulle strutture.

A SCOPO DI COINVOLGIMENTO

- Livello delle prestazioni condiviso e noto a tutti (professionisti e utenti) dei prodotti/Servizi erogati.

Le indagini di Customer Satisfaction

Se l'obiettivo di un'organizzazione è la continua soddisfazione delle attese dei propri clienti, risulta essenziale disporre di adeguati metodi e strumenti per valutare la misura in cui tali attese vengono soddisfatte (vale a dire il rapporto fra qualità percepita e qualità prevista).

Questi metodi e strumenti vengono generalmente definiti, "di Customer Satisfaction (C.S.)".

Le indagini di C.S. possono essere:

- qualitative, quando sono mirate a mettere a fuoco aspetti poco chiari di un fenomeno e a determinare i fattori e gli indicatori di soddisfazione dei clienti; tipici strumenti per le indagini qualitative sono le interviste individuali, i test proiettivi, i focus group.
- quantitative, quando i fattori e gli indicatori sono sufficientemente chiari e traducibili in scale numeriche. Per le indagini quantitative si utilizzano in genere questionari e interviste di vario tipo (in particolare telefoniche).

Fra le criticità da considerare nella progettazione di un'indagine di C.S. si possono evidenziare:

- la determinazione qualitativa e quantitativa del campione di riferimento, tenendo presente la segmentazione dei clienti e le conseguenti diverse aspettative presenti;
- la scelta e la taratura dello strumento più idoneo fra quelli citati;
- l'esigenza di includere nelle indagini anche i "non-clienti".

Un'indagine di C.S. è ovviamente del tutto inutile se non comporta una successiva attenta analisi dei dati raccolti, finalizzata ad intraprendere adeguate azioni di miglioramento.

LE NORME

ISO – International Organization for Standardization

UNI – Ente Nazionale di Unificazione

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

CEN – Comitato europeo di Normazione
 EN – Norme europee
 AICQ – Associazione Italiana Cultura Qualità

Nel settore di normazione operano:

- A livello Internazionale: l'ISO con sede a Ginevra, fondata nel 1974, alla quale aderiscono gli Enti normatori nazionali di 90 Paesi (l'UNI per l'Italia); essa ha per scopo la promozione della normazione nel mondo, al fine di facilitare gli scambi di beni e Servizi e di sviluppare, a livello mondiale la collaborazione nei campi intellettuali, scientifici, tecnici ed economici.
- A livello europeo: il CEN Comitato europeo di Normazione, a cui aderiscono gli Enti di normazione di 18 Paesi membri della CEE; ha lo scopo di promuovere le norme internazionali (ISO) e di armonizzare le norme su scala europea, allo scopo di facilitare lo sviluppo degli scambi dei prodotti e dei Servizi, mediante l'eliminazione degli ostacoli creati da requisiti di natura tecnica. Il CEN pubblica le norme europee EN.
- A livello Nazionale: l'UNI fondata nel 1921, l'attività consiste nell'elaborare, pubblicare e diffondere norme, costituire archivi di norme nazionali ed estere, promuovere iniziative culturali nel settore normativo, mantenere i rapporti con i corrispettivi organismi a livello mondiale ed europeo, concedere il marchio UNI ai prodotti conformi alle proprie norme.

LA SITUAZIONE INTERNAZIONALE SULLA GARANZIA DELLA QUALITÀ

Alla fine degli anni settanta risultò evidente l'urgenza di dare un assetto unitario e coerente alle normative di Assicurazione qualità ed alle attività ad essa collegate: Certificazione, Accreditamento dei laboratori, etc.; ciò diede seguito alle seguenti situazioni:

1. Consolidamento (in vari settori merceologici, il nucleare, il farmaceutico, etc.) della pratica di controllare non solo il prodotto, ma l'intera organizzazione aziendale interessata alla realizzazione vendita ed assistenza del prodotto).
2. Contemporaneo ripensamento della terminologia di base, con una nuova sistemazione dei concetti di qualità, assicurazione qualità, di sistemi di qualità, etc.
3. Necessità di un raccordo con terminologie affini quali affidabilità, disponibilità, etc., che pure registrarono un analogo e contemporaneo ripensamento dei concetti e definizioni.
4. Analogo accordo con il filone delle certificazioni internazionali dei prodotti e dei sistemi di accreditamento dei laboratori, che implicavano necessariamente dei sistemi di Assicurazione di qualità.

La necessità di fare chiarezza e riorganizzare in modo armonico l'area dei Sistemi Qualità, spinse l'ISO a costituire nel 1979 il Comitato tecnico 176 "Assicurazione Qualità", affidandogli il seguente mandato:

"..emettere normative e armonizzazioni nel campo fondamentale relativo ai sistemi di qualità, all'assicurazione della qualità ed alle relative tecnologie di qualità..."

Il Comitato tecnico raccolse e confrontò le varie normative esistenti di alcuni Paesi (Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna, etc.).

Fu organizzato la prima serie di documenti, destinati a diventare negli anni successivi standard mondiale di riferimento per tutti i settori merceologici, salvo prescrizioni specifiche.

Tale gruppo di documenti costituisce le NORME ISO serie 9000.

Quali sono le norme principali per i S.G.Q.

Le prime norme sulla cosiddetta "garanzia della qualità" sono nate negli anni '60 nei settori aerospaziale e nucleare. La qualità era ancora intesa essenzialmente come "conformità alle specifiche".

Oggi le norme più utilizzate, valide per tutti i settori, sono quelle della serie ISO 9000, recepite in Italia come UNI EN ISO 9000.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Le principali norme di tale serie sono state sostanzialmente revisionate nel dicembre del 2000 e sono ad oggi le seguenti (cosiddette norme “Vision 2000”):

- la UNI EN ISO 9000 – descrive i fondamenti dei sistemi di gestione per la qualità (S.G.Q.) e ne specifica la terminologia;
- la UNI EN ISO 9001 – è la norma di riferimento per la certificazione del S.G.Q. di un’organizzazione;
- la UNI EN ISO 9004 – è una guida per migliorare continuamente le prestazioni di un S.G.Q. (efficacia ed efficienza).

Si noti che tutte le norme citate hanno carattere *volontario*.

L’ UNI quale organismo nazionale di normazione ha tradotto, senza introdurre alcuna modifica, tali norme in norme nazionali UNI EN ISO serie 9000 così denominate:

- UNI EN ISO 8402: Qualità – terminologia
- UNI EN ISO 9000-1: Criteri riguardanti la scelta della norma, è descrittiva del sistema qualità e chiarisce la filosofia di base sia l’ utilizzo del pacchetto normativo per quanto riguarda gli aspetti aziendali e contrattuali dei sistemi qualità
- UNI EN ISO 9001: Sistemi qualità: modello per l’ Assicurazione della qualità nella progettazione, sviluppo, fabbricazione, installazione ed assistenza
- UNI EN ISO 9002: Sistemi qualità : modello per l’ Assicurazione della qualità nella fabbricazione, installazione ed assistenza..
- UNI EN ISO 9003: Sistemi qualità : modello per l’ Assicurazione della qualità nelle prove, controlli e collaudi finali..
- UNI EN ISO 9004: parte 1^ Criteri riguardanti la conduzione aziendale per la qualità ed i sistemi qualità..
- UNI EN ISO 9004: parte 2^ riguarda le aziende di Servizi (pulizie)

LE REVISIONI. È importante ricordare che le norme devono essere soggette a riesame periodico, infatti la prima edizione delle ISO sono del 1987, successivamente hanno avuto una revisione nel 1994. Nella del dicembre 2000, e sono state emesse “ Le Vision 2000 “

Le principali novità introdotte con le norme “VISION 2000”

Dalla data della precedente revisione della serie ISO 9000 (1994), sono state eseguite numerose indagini a livello mondiale per meglio comprendere le esigenze di tutti gli utilizzatori dei S.G.Q.

Le attuali norme tengono conto dei risultati di tali indagini, con l’ intento di rispondere maggiormente alle necessità delle organizzazioni.

Le motivazioni che hanno condotto alle VISION 2000 sono state:

- fornire maggiore valore aggiunto e consentire di migliorare con continuità le prestazioni;
- dare rilievo alla misura della soddisfazione dei clienti;
- rendere le norme più amichevoli a tutti gli utilizzatori;
- assicurare maggiore coerenza fra ISO 9001, ISO 9004 e norme per i sistemi di gestione ambientale (ISO 14000).

Fra le novità della ISO 9001:2000 si possono evidenziare:

- il titolo: da “Modello per l’ assicurazione della qualità” a “Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti”;
- la struttura: aggregazione più razionale dei requisiti, evidenziando il ruolo primario del cliente ed il miglioramento continuo dei processi;
- il lessico: la norma è rivolta ad un’ organizzazione e non ad un fornitore;
- l’ approccio per processi (v. domanda B.13);
- la flessibilità: possibilità di non applicare alcuni requisiti, purché corrispondano a processi che non incidano sulla capacità dell’ organizzazione di fornire prodotti rispondenti ai requisiti del cliente (con la conseguente già citata soppressione delle norme ISO 9002:94 e ISO 9003:94);
- le procedure documentate: richieste esplicitamente in 6 casi anziché 18.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

L' ASSETTO DELLE NORME ISO 9000 E' IL SEGUENTE:

VERSIONE 2000	SOSTITUISCE
ISO 9000. Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e terminologia.	ISO 8402 – terminologia ISO 9000-1 guida per la selezione e uso.
ISO 9001. Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti.	ISO 9001 ISO 9002 ISO 9003
ISO 9004. Sistemi di gestione per la qualità – Linee guida per il miglioramento delle prestazioni.	ISO 9004-1 guida per la gestione della qualità ISO 9004-2 guida per i Servizi ISO 9004-3 materiali da processo continuo ISO 9004-4 miglioramento

LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO

D. Lgs. n. 517/1993	Modificazioni al D.Lgs. 502/1992, recante riordino della disciplina in materia sanitaria
D. Lgs. n. 29/1993 E succ. mod.	Razionalizzazione dell'organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego
D.P.R. n. 573/1994	Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di aggiudicazione di pubbliche forniture di valore inferiore alle soglie di rilievo Comunitario
D. Lgs. n. 163/1995 convertito nella L. n. 273/1995	Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza nella Pubblica Amministrazione
D. Lgs. n. 157/1995	Attuazione della direttiva 92/50/CEE in materia di appalti di pubblici Servizi
D. Lgs. n. 77/1995 e succ.mod.	Ordinamento finanziario e contabile degli Enti locali
L.R. n. 62/1995	Norme per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali
D. P.C.M. 21 dicembre 1995	Carta dei Servizi del settore previdenziale e assistenziale
L. n. 127/1997 e succ.mod. e Decreti attuativi	Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo
D. Lgs. n. 286/1999	Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle Amministrazioni pubbliche
L. n. 265/1999	Disposizioni in materia di autonomia e ordinamento degli Enti locali, nonché modifiche alla legge 8 giugno 1990 n. 142
D.Lgs. n. 229/1999	Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
L. 328/2000 e succ. decreti attuativi	Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali
D.Lgs. n. 267/2000	Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Riferimenti sullo specifico della Carta dei Servizi

Rispetto alla normativa vigente, gli Enti che erogano Servizi pubblici devono dichiarare in una « Carta » gli obiettivi di qualità, per gli utenti-clienti-cittadini che ad essi si rivolgono. La “Carta” dovrebbe essere il risultato di una « contrattazione » con i clienti stessi (la Carta, sostanzialmente, dovrebbe essere un patto). Questa contrattazione richiede competenze tecniche, ma anche la diffusione di modalità di incontro tra i partners che, valorizzando le istanze dei più deboli, sia è particolarmente vicina agli orientamenti del Servizio Sociale.

Nel processo di costruzione della Carta dei Servizi può anche aprire una nuova forma di dialogo tra operatori e clienti, può affermare una amministrazione dei Servizi Sociali che diventa colloquiale e collaborativa.

La politica delle Carte, lanciata negli anni '90, ha avuto un avvio piuttosto lento, ha prodotto migliaia di Carte nei diversi settori dei Servizi pubblici, ma meno di una decina in quello sociale, dove sostanzialmente non è mai decollata; in prospettiva immediata i Servizi dovranno però impegnarsi attivamente poiché sarà presto ribadito l'obbligo di redigere la Carta e l'adozione della Carta sarà richiesta come requisito indispensabile per l'accreditamento.

1. La Carta dei Servizi pubblici

La prima definizione della Carta dei Servizi nasce in Italia in un contesto ben preciso.

Sono gli anni novanta che vedono l'attenzione al tema delle riforme amministrative tradursi in una serie d'iniziative (vds ad es. i regolamenti per la semplificazione dei procedimenti, la sperimentazione degli sportelli polifunzionali, la creazione degli URP. Tali innovazioni sono collegate tra loro per la prima volta in un coerente disegno di riforma che può essere individuato nelle due leggi-quadro del 1990, la L.142 sulla riforma delle autonomie locali e la L.241 sul procedimento amministrativo e l'accesso ai documenti. L'amministrazione che intende soddisfare i cittadini non li considera più solo destinatari dei Servizi, ma clienti e deve, evidentemente, orientare il suo agire al raggiungimento dei risultati.

Deriva logicamente da quest'impostazione la necessità di porre gli utenti in condizioni di valutare la qualità, e le Carte dei Servizi hanno questa funzione. Nel '93 compare un'ulteriore innovazione, la « Carta dei Servizi pubblici », che ha come sottotitolo « proposta e materiali di studio », è presentata come una traccia per avviare una discussione, riporta anche stralci di Carte dei Servizi di altri paesi europei e viene ampiamente diffusa. Lo sforzo esplicito è quello di un confronto e di una sollecitazione ad ammodernare le Amministrazioni. È una scelta obbligata, occorre renderle più efficienti, poiché vi è un problema di costi, la cosiddetta crisi fiscale dello Stato, ma anche più efficaci, dato che l'insoddisfazione crescente per i Servizi, favorisce un'altra crisi, quella di legittimazione.

Per l'attuazione delle Carte viene avviato un sistema sperimentale sulla base dell'adesione volontaria ad una dichiarazione di intenti predisposta dal Dipartimento. Partecipano Enti di diverso tipo e si formano gruppi di lavoro in quattro aree: Sanità, trasporti, imprese pubbliche locali, Scuola. La sperimentazione produce un risultato buono come interesse e impegno degli attori coinvolti, modesto invece come quantità di Carte elaborate.

2. La Direttiva Ciampi

Nel '94 le Amministrazioni Pubbliche vengono obbligate ad adottare le Carte dei Servizi. La Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994, « Principi sull'erogazione dei Servizi pubblici », stabilisce che le Amministrazioni che erogano Servizi pubblici individuano “ i fattori da cui dipende la qualità del Servizio », definiscono e pubblicano i rispettivi standard, di cui assicurano il rispetto”.

La direttiva sostanzialmente riprende l'impostazione della Carta proposta nel '93, l'articolazione del documento prevede tre parti: principi, strumenti e tutela.

Principi

La prima parte si occupa dei principi fondamentali dei Servizi:

- * eguaglianza
- * imparzialità
- * continuità
- * diritto di scelta
- * partecipazione
- * efficacia e efficienza.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Una chiave di lettura interessante per tutti i principi propone di ricondurre tutto all'efficace risposta ai bisogni dei cittadini, perciò se lo scopo è questo, non si tratta di vederne gli aspetti formali, ma la funzione diretta ad affermare i diritti sociali attraverso processi di tipo bottom up che si sviluppano nella comunità.

La ricerca della qualità diventa un fattore di regolazione, nel nuovo sistema dei Servizi si cercano nuovi strumenti di garanzia per i cittadini, per questo, anche in altri paesi dove avvengono analoghi mutamenti del welfare, si formano le Carte dei Servizi.

Vanno visti in questa nuova prospettiva il principio di libertà di scelta, che propone meccanismi di mercato nella fruizione dei Servizi pubblici, e quello di partecipazione. Si passa da una concezione di stato sociale con un approccio impersonale che prevede Servizi uguali per tutti, ad un orientamento favorevole all'autonomia nelle scelte, ma che chiede anche una maggiore partecipazione, intesa come un coinvolgimento che comporta l'assunzione di responsabilità. La valorizzazione dei principi di scelta e di partecipazione esprime una diversa cultura dei rapporti cittadini-amministrazione, non si pone tanto l'accento su forme di tutela guardando al disServizio, ma si cerca di garantire il funzionamento dei Servizi, aprendo ai cittadini-clienti spazi che consentano di influire sull'amministrazione valutando il Servizio.

In tal modo la politica delle Carte può diventare uno strumento per riformulare la cittadinanza sociale.

Strumenti: gli strumenti che consentono di tradurre i principi in modalità operative riguardano: Adozione di standard, semplificazione delle procedure, Informazione agli utenti, Rapporti con gli utenti, Doveri di valutazione della qualità dei Servizi, Rimborso.

Processo valutativo

In materia di processo valutativo si richiamano alcuni passaggi essenziali. Valutare significa analizzare se un'azione intrapresa (per uno scopo corrispondente ad un interesse collettivo) abbia ottenuto gli effetti desiderati o altri ed esprimere un giudizio sullo scostamento che normalmente si verifica (t1-t0) per proporre eventuali modifiche che tengano conto delle potenzialità manifestatesi

La valutazione è quindi una attività di ricerca sociale al Servizio dell'interesse pubblico, in vista di un processo decisionale consapevole: si valuta non solo per sapere se una azione è stata conforme a un programma esistente, ma anche se il programma è buono.

Sul piano metodologico lo schema della valutazione prevede di:

- 1) Definire le caratteristiche del risultato che si intende produrre (gli obiettivi del programma)
- 2) Definire le caratteristiche del programma da valutare (la variabile sperimentale)
- 3) Definire i legami fra programma (causa) e il risultato previsto (effetto), vale a dire l'ipotesi
- 4) Definire le condizioni per le quali si accetterà l'ipotesi come vera; vale a dire le condizioni alle quali si ammetterà che il programma ha avuto successo (predisporre il piano sperimentale)
- 5) Individuare le tecniche di rilevazione
- 6) Creare misure di sintesi della valutazione

VALUTAZIONE EX ANTE: La valutazione può essere un momento preliminare, realizzato prima dell'avvio concreto di un processo, al fine di comprendere le conseguenze della nostra decisione, oppure al fine di selezionare tra alternative diverse (come accade nella valutazione preliminare di progetti)

VALUTAZIONE IN ITINERE: La valutazione può essere un momento che accompagna un'azione, per tenere sotto controllo gli eventuali scostamenti di quanto si sta realizzando rispetto agli obiettivi prestabiliti

VALUTAZIONE EX POST: La valutazione può essere realizzata dopo che un processo è giunto a compimento con l'obiettivo di: osservare se e quanto gli obiettivi prefissati siano stati raggiunti; *capire i motivi di eventuali (probabili) scostamenti*

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2009-2010	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Valutazione ex post dell' output (es: il numero di utenti che hanno portato a termine un percorso)

Valutazione ex post dell'outcomes: gli effetti ad ampio raggio valutabili a distanza di tempo (ad es. l'occupazione conseguita, i diversi benefici indotti in quel territorio), in questo caso si parla di VALUTAZIONE d'IMPATTO

VALUTAZIONE DI PROCESSI: Valutazione dei modi di operare di un programma: come il programma si è sviluppato ? le attività rispettano i tempi ? le risorse sono state ben utilizzate ? gli operatori sono stati coinvolti nel programma ? nel corso del programma si è lavorato molto o poco ?

VALUTAZIONE DI RISULTATO: quali sono i risultati del programma ? in quale misura gli obiettivi sono stati raggiunti ? in quale misura il cambiamento desiderato si è verificato?

I soggetti che erogano Servizi individuano i fattori di qualità e sulla base di essi adottano standard, cioè gli obiettivi di qualità che si impegnano a raggiungere. Si distinguono standard generali, riferiti al Servizio, e specifici, riferiti alle singole prestazioni. Per l'individuazione dei fattori di qualità, occorre domandarsi come funziona il Servizio, quali sono i suoi punti di forza e quelli di debolezza, quali aspetti del Servizio vanno assicurati per garantire la migliore fruizione degli utenti, quali possono essere quelli più indicativi per la qualità.

Un fattore di qualità è perciò quello, fra gli aspetti che caratterizzano il Servizio, che viene considerato strategico; è rilevante con riferimento a quel contesto organizzativo e alla domanda esterna. Nello stesso tipo di Servizio potrebbero, o meglio dovrebbero, essere individuati fattori diversi secondo la specifica situazione.

Il passo successivo è tradurre ogni fattore in aspetti misurabili, va osservato che, in questo passaggio verso l'indicatore, uno stesso fattore può esprimersi in più indicatori.

Il fatto di individuare elementi misurabili non significa che gli indicatori siano necessariamente solo quantitativi.

Mentre per un fattore come la tempestività è semplice individuare un indicatore, ad esempio il tempo di attesa, per un fattore come l'informazione non basta sapere il numero delle telefonate ricevute o degli opuscoli distribuiti, quando si tratta di fattori più intangibili è preferibile basarsi sulla soddisfazione degli utenti. Per rilevare tale soddisfazione (customer satisfaction) esistono, con un diverso grado di complessità, vari strumenti, fra i quali si possono ricordare le interviste in profondità, i focus group, le mappe delle percezioni, le scale di atteggiamenti, il Critical Incident Technique, il Problem Detection System, il metodo PIMS, il SERVQUAL e la Customer Satisfaction Survey (18). Vi è, infine, tra gli strumenti più noti ed utilizzati il questionario di soddisfazione, che viene ritenuto particolarmente indicato proprio per le Carte dei Servizi, in quanto facilita la collaborazione e la partecipazione degli utenti.

Tutela

I meccanismi per tutelare gli utenti e stimolare l'applicazione della direttiva sono:

- procedure di reclamo
- istituzione del Comitato permanente per l'attuazione della Carta.

Dovranno essere previste le procedure per il reclamo e a questo scopo ciascun ente erogatore costituisce un ufficio interno di controllo per ricevere i reclami e rispondere. Presso il Dipartimento della Funzione Pubblica viene istituito il Comitato permanente per l'attuazione della Carta col compito di valutare l'idoneità degli standard ed acquisire tutta la documentazione utile.

Tutta la costruzione degli standard ha senso se, una volta Comunicati all'utenza, i cittadini possono farli valere e il comportamento dell'amministrazione che non li ha rispettati viene sanzionato.

Uno strumento di tutela è quello del rimborso. È evidente che le procedure da effettuare per ottenerlo non devono essere tali da scoraggiare le richieste, può essere previsto il diritto ad un indennizzo automatico in caso di violazione degli standard specifici, l'amministrazione, in ogni caso, potrà rivalersi sul dipendente responsabile.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Ma non è solo questo il meccanismo previsto per assicurare il rispetto degli standard. Essi vanno inquadrati più correttamente nel complessivo sistema di valutazione, che ha un certo rilievo in questo documento, tanto che si parla di « dovere di valutazione della qualità dei Servizi ».

La valutazione costituisce un forte elemento di innovazione nell'amministrazione pubblica, ma, perché possa dare i suoi frutti, dovrà trasformarsi gradualmente da « dovere » a prassi abituale. Infatti si inizia ad entrare in un processo di valutazione se si comprende che la funzione degli standard non è solo di tipo sanzionatorio, ma è anche di stimolo ad una riflessione dell'amministrazione e degli utenti per individuare quello che non funziona, ma anche riconoscere quello che funziona. Lo stesso ente erogatore, senza aspettare i reclami, deve attivarsi per verificare il gradimento dell'utenza, inoltre deve stabilire sistemi di monitoraggio per assicurare il rispetto degli standard e le misure correttive eventualmente necessarie.

L'ottica è quella del miglioramento, quindi si devono preparare ogni anno un piano di miglioramento e una relazione finale che saranno inviati al Comitato permanente per l'attuazione della Carta.

Il piano ha lo scopo di migliorare progressivamente gli standard (art. 1, c. 7), la relazione deve contenere l'analisi dei risultati ottenuti, spiegare le ragioni dell'eventuale inosservanza degli standard e riportare le conclusioni raggiunte attraverso le verifiche dirette agli utenti (art. 5, c. 2).

3. Gli schemi generali di riferimento

Come ogni cambiamento che tenda ad incidere anche sulla cultura amministrativa, l'innovazione proposta dalle Carte, ha faticato ad avviarsi. Si è pertanto deciso di facilitare l'applicazione della direttiva Ciampi, predisponendo una sorta di percorso guidato, uno schema base definito in modo specifico per alcuni settori dei Servizi pubblici.

Così nel '95 il decreto sul Miglioramento dell'efficienza delle pubbliche Amministrazioni, all'art. 2 « qualità dei Servizi pubblici », ha stabilito l'obbligo di adottare la Carta sulla base di schemi di riferimento. Per ogni singolo settore il Dipartimento della Funzione pubblica, insieme alla amministrazione interessata, predispone lo schema generale di riferimento, che è emanato con decreto. Ciascun ente erogatore, per elaborare la propria Carta, oltre allo schema generale del settore deve tener presente anche i principi contenuti nella direttiva, in ogni caso, poiché deve costruire un proprio percorso, lo farà tenendo conto delle sue caratteristiche sia in termini di organizzazione che di utenza.

Fra il 1995 e il 1996 sono stati adottati gli schemi di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari, della Carta dei Servizi scolastici, della Carta dei Servizi del settore elettrico e di quella del gas e della Carta dei Servizi pubblici del settore previdenziale e assistenziale.

Lo schema ha una funzione di filtro, la sua impostazione finisce sempre col condizionare quella delle Carte che ne derivano; si interpone fra la direttiva e la Carta del singolo Ente come atto intermedio costituendo pertanto un altro momento di guida. Questo può limitare ulteriormente la libertà di elaborazione, comunque lo schema sia inteso, modello derogabile, o da applicare rigidamente .

Riducendo lo spazio riservato al soggetto erogatore si riduce anche l'area di contrattazione con gli utenti, in tal modo si perde lo spirito originale della Carta come processo che nasce dal basso e che va condiviso tra ente erogatore e utenti .

Pur con questi limiti, gli schemi si sono, tuttavia, rivelati utili; il loro scopo era di rivitalizzare le esperienze che non maturavano, scopo raggiunto se, dalle poche decine di Carte della fine del 1994, si è arrivati ad alcune migliaia nel biennio successivo all'emanazione degli schemi.

4. Lo schema per il settore sociale

Lo schema emanato per il settore previdenziale e assistenziale propone per la redazione delle singole Carte questa articolazione:

- * Premessa. Criteri di carattere generale
- * Parte I – Qualità dei Servizi e relativi sistemi di rilevazione
- * Parte II – Strumenti di tutela del cittadino cliente-utente
- * Parte III – Schede illustrative delle singole prestazioni erogate
- * Parte IV – Dislocazione sul territorio delle strutture.

Alcune parti corrispondono a quelle della direttiva: principi, fattori di qualità e strumenti di tutela; altre, invece, la integrano. Questo vale per la premessa che, oltre ai principi, comprende la mission del soggetto erogatore, ed anche per la terza e quarta parte.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Di particolare interesse risulta la prima parte dove sono identificati questi **fattori di qualità**:

- * comunicazione
- * affidabilità
- * tempestività
- * trasparenza

Qualche riflessione in merito:

a) questi fattori di qualità non sembrano orientarsi in modo mirato al sociale, sarebbe stato naturale attendersi voci quali il rispetto della persona, l'umanizzazione, le capacità relazionali. Invece, nel complesso, la Carta appare applicabile a molte altre tipologie di Servizi pubblici, non si riscontra una specificità per il settore, forse perché lo schema si propone anche per l'area previdenziale .

b) ben due voci sono orientate all'informazione, poiché rientra logicamente nel quadro della comunicazione anche il fattore di qualità « trasparenza », trattato separatamente in questa Carta. Può aiutare a spiegare quest'impostazione l'interpretazione proposta da Ruffini per l'analisi delle Carte: la Carta ha « due componenti », una più orientata allo sviluppo organizzativo, l'altra alla Comunicazione, questo secondo aspetto spesso finisce col prevalere nelle configurazioni concrete.

Si può notare che lo schema per il settore sociale è formulato in modo da orientare le singole Carte che verranno elaborate verso la comunicazione. Ma quale comunicazione?

La comunicazione pubblica svolge una funzione fondamentale in due direzioni: informazione diretta agli utenti e capacità di ascolto degli utenti stessi. Se vi è armonizzazione ed equilibrio tra le due spinte la Comunicazione diventa quel dialogo che è segno di un'amministrazione rinnovata .

Lo schema, quando passa ad una presentazione analitica dei fattori, si diffonde sul primo versante, evidenziando le iniziative per l'informazione e la modulistica, quando si riferisce al momento dell'accoglienza si sofferma sulla segnaletica e l'accessibilità al Servizio. Non pone, invece, attenzione alle modalità di ascolto dell'utenza, le prende in considerazione nella parte della tutela, ma solo come reclami.

La comunicazione che si delinea è orientata all'informazione unidirezionale più che al dialogo con i cittadini, non tenta di costruire quel modello di amministrazione "colloquiale" in cui i diversi attori, attraverso la condivisione, contribuiscono a migliorare il Servizio. La prevalenza della funzione informativa emerge anche nelle altre parti dello schema: nella premessa si inizia colla richiesta di presentare il soggetto erogatore e i suoi fini, nella terza parte si richiede di descrivere le singole prestazioni, nella quarta di precisare la dislocazione territoriale. Ma quel che più conta è come tale orientamento incida anche nell'applicazione dei fattori di qualità. Per questa ragione un altro limite dello schema sta nella costruzione degli standard, che non sembrano scaturire da un processo corretto ed essere funzionali. Si propongono percorsi che non impegnano ad un'effettiva definizione degli standard, non si precisa come stabilire il collegamento tra fattori di qualità e standard passando per gli indicatori, secondo il modello della direttiva, rispettato peraltro in altri schemi.

Qui si propone di individuare gli standard indicando le modalità di erogazione dei Servizi, le iniziative di miglioramento in corso e che sono programmate. Allora, se il fattore individuato è, ad esempio, la tempestività, la Carta deve solo precisare come è oggi il Servizio con riferimento a questo aspetto, cosa si sta facendo per migliorare la tempestività oggi, quali progetti vi sono per migliorarla in futuro.

Non si richiede, invece, di passare a misurazioni di questo fattore, per poi, solo dopo, fare progetti di miglioramento ed infine controllare se sono stati rispettati gli obiettivi di qualità previsti.

Con questa impostazione è chiaro che diventa nebulosa la correlazione tra fattori di qualità e standard, nonostante si precisi che devono essere riportati i sistemi di misurazione e valutazione della qualità.

Anche le indicazioni operative proposte dallo schema risultano poco funzionali. A volte si ribadisce l'esigenza di assicurare aspetti già previsti da obblighi di legge, come l'impegno di:

- * attuare disposizioni vigenti in materia di autocertificazione
- * garantire il rispetto dei tempi di erogazione
- * assicurare la riconoscibilità degli operatori dal Cartellino

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- * garantire l'accesso.

Altre volte si indicano le iniziative, attuate o da attuare, per il miglioramento del rapporto con l'utenza, come quando si precisa che i soggetti erogatori dovranno:

- * assumere adeguate iniziative per l'informazione all'utenza
- * migliorare la modulistica
- * garantire il Servizio di informazione telefonica e prenotazione
- * adottare semplificazioni procedurali

Misure di questo tipo, pur essendo sicuramente in sintonia con una politica di miglioramento del Servizio, non possono essere confuse con gli standard, non hanno la stessa funzione. Il complesso di queste misure non assurge a contenuto azionabile di un patto, nessun utente potrà attivare un meccanismo di tutela rispetto ad impegni che sono solo programmatici. Sempre con riferimento alla tutela si può osservare un'interpretazione riduttiva di questo schema rispetto alla Direttiva, qui il rimborso spetta solo « ove possibile ».

È stato da più parti sottolineato come l'adozione di standard segni lo spartiacque fra una Carta effettiva e una semplice guida ai Servizi. Non basta però che gli standard siano precisati, per essere validi devono essere ben costruiti, pubblicizzati e verificabili dagli utenti. Definire uno standard per scriverlo sulla Carta non ha significato alcuno se il processo di individuazione, elaborazione e valutazione della qualità non è stato sviluppato compiutamente. Si fa qui riferimento a due aspetti.

Da un lato considerando la precisazione degli standard e del complessivo patto contenuto nella Carta, non un punto di arrivo che si perfeziona col documento cartaceo, ma una tappa di un processo che continua secondo un percorso non lineare fatto anche di ritorni, di cambiamenti, possibilmente in direzione ascendente, con un movimento a spirale, la spirale della qualità.

Dall'altro lato perché deve essere il risultato di un percorso condiviso con tutti gli stakeholders. Esaminiamo questi aspetti, in primo luogo considerando la Carta come processo di miglioramento continuo.

5. L'attuazione delle Carte

Alla fine del '97 erano state censite quasi 7000 Carte, ma alla diffusione non si era accompagnata un'adeguata pubblicizzazione, se nella Sanità, a fronte della più alta percentuale di Carte adottata, il 44%, la percentuale dei cittadini a conoscenza della Carta è stata solo del 10%. Questo può essere un segno che le Carte non sono riuscite ancora a passare da documento scritto a strumento operativo, viene il dubbio che la loro adozione sia stata in gran parte solo « adempimento ».

L'attuazione delle Carte è stata abbastanza differenziata, sia rispetto alle dimensioni, locali o nazionali, che rispetto ai settori. È stata più diffusa nelle aziende locali e nelle articolazioni territoriali dei Servizi (Scuole, Asl), meno nelle Amministrazioni nazionali, più nelle strutture pubbliche, meno negli Enti che gestiscono Servizi in regime di convenzione o concessione. È stato rilevante il ruolo della Cispel (Confederazione delle imprese di Servizio pubblico locale), che ha effettuato molte iniziative per favorire l'adozione della Carta per le aziende pubbliche locali.

Guardando ai settori, il processo si è più sviluppato in quelli del gas e dell'elettricità, della Sanità e della Scuola.

La Sanità ha maturato il percorso nel modo più adeguato. Il Ministero della Sanità ha svolto un ruolo decisivo, con una funzione di sostegno più che di controllo, utilizzando diversi strumenti: sono state diffuse linee guida di accompagnamento allo schema, oltre a documentazione di vario tipo prodotta dal ministero, sono stati creati gruppi di lavoro ed uno sportello per la Carta. Inoltre il Dipartimento alla Programmazione ha costituito un ufficio per l'attuazione delle Carte, il processo di implementazione è stato quindi seguito da una continua azione di monitoraggio e da periodici rapporti di valutazione.

Si può notare che l'esperienza si è avviata meglio e la produzione di Carte è stata più consistente quando vi è stata una funzione di stimolo e guida svolta da un soggetto autorevole.

6. Le nuove prospettive

Nonostante le difficoltà esaminate, si aprono prospettive interessanti perché si affaccia all'orizzonte una «nuova stagione» delle Carte. La legge 59/97 ha preparato il terreno con diverse indicazioni date al governo per sviluppare la valutazione dei risultati dell'attività amministrativa e dei Servizi pubblici, ha proposto di favorire «ulteriormente l'adozione

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

delle Carte dei Servizi» e di assicurare «la partecipazione degli utenti, anche in forme associate, alla definizione delle Carte dei Servizi e alla valutazione dei risultati»(art. 17, c. 1, b).

Alcune indicazioni per le Carte sono state riprese nel 1999 col decreto 286 sul riordino degli strumenti di valutazione che stabilisce un sistema diverso: elimina l'obbligo di adozione sulla base dello schema di riferimento e introduce un altro strumento, la **direttiva del Presidente del Consiglio** (art. 11, c. 2).

Le direttive, aggiornabili annualmente, dovranno stabilire:

- modalità di definizione, adozione e pubblicizzazione degli standard di qualità
- casi e modalità di adozione delle Carte dei Servizi
- criteri di misurazione della qualità dei Servizi
- condizioni di tutela degli utenti
- casi e modalità di indennizzo all'utente per mancato rispetto degli standard di qualità.

Questo significa che, mentre si prende atto delle difficoltà di attuazione connesse al meccanismo degli schemi generali, resta ferma la volontà politica di sostenere le Carte, si cambiano però gli strumenti, ma non solo. Secondo alcuni interpreti il cambiamento non è di poco rilievo, con la scelta della direttiva si intende superare la logica dell'adempimento formale, del cambiamento generato automaticamente dalle norme, per passare a quella della politica pubblica.

La direttiva è infatti un atto di indirizzo politico che ha lo scopo di stimolare le Amministrazioni a intervenire in modo coerente agli indirizzi di governo, nel caso in questione, interviene sull'erogazione di Servizi, e quindi anche sulla determinazione della qualità.

Per il settore sociale ancora una volta la strada è più tortuosa, perché vi sono più elementi di cui tenere conto. A fronte delle minori esperienze realizzate, per cui si potrebbe partire immediatamente con i metodi nuovi, vi sono delle condizioni specifiche che aumentano la complessità.

All'integrazione si richiama in più punti il Piano sanitario nazionale 1998-2000, coerente con questa linea è anche l'indicazione del decreto lgs. 229/99 che prevede nella Carta sanitaria «una sezione dedicata agli interventi e ai Servizi socio-sanitari» (art. 3 septies).

Anche la direttiva sulla Carta dei Servizi Sociali dovrà tener presente il criterio dell'integrazione, che manca invece nello schema del '96, ancora in vigore; l'integrazione però dovrebbe estendersi al di là del sanitario, nella prospettiva del Ministero del Welfare.

7. L'interesse per il Servizio Sociale

Dall'esame dell'esperienza delle Carte fin qui condotto, sono emersi alcuni nodi problematici. Per tutti i settori è risultato scarso o assente il coinvolgimento di operatori e utenti, si è notato per il settore assistenziale e previdenziale la debole finalizzazione nello schema al sociale, ed infine, vi è stata una scarsa produzione quantitativa di Carte dei Servizi Sociali. L'avvio dell'innovazione appare complesso e difficoltoso, appunto perché si tratta di qualcosa di molto più impegnativo della semplice redazione del documento-Carta. Decidere di avviare il processo di elaborazione della Carta, va ben al di là di questo, e vi sono alcuni punti che appare utile sottolineare perché risultano particolarmente interessanti per il Servizio Sociale.

Va osservato anzitutto che l'innovazione avviata con la politica per le Carte dei Servizi si colloca in una precisa prospettiva di mutamento della **politica sociale**.

Il Servizio Sociale deve avviare una riflessione sul suo ruolo, non può restare indifferente al cambiamento per due ordini di ragioni:

- da un lato perché le scelte di politica sociale, le risposte ai problemi, le indicazioni che emergono, hanno una ricaduta diretta sulla professione,
- dall'altro perché lo stesso Servizio Sociale può influenzare la politica sociale. Questa, a sua volta, ha necessità per trasformarsi in comportamenti concreti di essere condivisa, assimilata, elaborata ed infine attuata nell'operare quotidiano degli operatori.

Il Servizio Sociale deve domandarsi che contributo può dare ed in quale direzione, se le Carte si muovono in un'ottica di cambiamento del welfare e di modifica in termini di cittadinanza sociale la sua azione deve modificarsi, rileggere le proprie funzioni in direzione dei nuovi compiti, ma anche rileggere i nuovi compiti alla luce dei propri valori.

Un secondo aspetto che va messo in evidenza è il significato innovativo delle Carte, poiché nelle relazioni tra le Amministrazioni che erogano i Servizi e gli utenti si modifica la prospettiva, proponendo la centralità del cliente.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Questo capovolgimento incide a vari livelli, dagli orientamenti di valore (per cui si dà precedenza al bisogno, ovvero alla domanda sull'offerta) ai modelli organizzativi (dove si cerca la differenziazione e la personalizzazione delle risposte) alle modalità di incontro tra operatori e clienti, fino a questioni come la semplificazione del linguaggio. Ancor prima del tema centralità dell'utente il Servizio Sociale ha sviluppato la centralità della persona, che è molto più forte e ampio come concetto, è più dell'utente e più del cittadino. Nel caso dell'attuazione delle Carte si chiede al Servizio Sociale di dar voce a chi è più debole, perché ha una limitazione, fisica, psichica, culturale che limita l'esercizio dei suoi diritti di cittadinanza, ma anche di occuparsi del più debole fra tutti, di chi non ha strumenti per rivendicare alcunché, di chi non appare, (perciò è come se non esistesse) e non può entrare a far parte del patto.

In conclusione si richiama un punto di particolare interesse per il Servizio Sociale: la **Carta come strumento di valutazione**. È il riferimento continuo alla valutazione, sia nella fase di elaborazione, che nella gestione del percorso complessivo, ciò che fa della Carta, come si è visto, non un documento, ma uno strumento vitale, capace di innescare il cambiamento.

Il processo di costruzione delle Carte richiede:

- * Il coinvolgimento dei diversi attori e stakeholder
- * La focalizzazione sui processi di ascolto
- * L'attivazione di processi di empowerment.
- * La misurazione della qualità dei Servizi.

È questo, l'aspetto concreto del lavoro quotidiano, che chiama in causa la disponibilità, prima che le abilità degli operatori – ed in particolare per gli Assistenti Sociali - per la valutazione.

Su queste aree scoperte il Servizio Sociale può interrogarsi per vedere se ha da offrire un contributo di esperienze e di elaborazione.

Inteso in termini di mandato è un compito che lo riguarda perché l'art. 25 del codice deontologico afferma che l'assistente sociale deve contribuire a:

- sviluppare negli utenti e nei clienti: le conoscenze e l'esercizio dei propri diritti-doveri nell'ambito della collettività,
- promuovere e sostenere processi di maturazione e responsabilizzazione della società civile.

Il versante dei doveri è collegato all'assunzione di responsabilità che il Servizio Sociale da sempre cerca di favorire, perché si muove in un'ottica di promozione e non di assistenza; in termini di Carte può significare lavorare per creare un clima che non sia solo di rivendicazione ma anche di maturazione e responsabilizzazione della società civile.

----- Riferimenti sullo specifico del Codice del consumo

Per quanto attinente al profilo del cittadino in quanto utente dei Servizi e prestazioni sociali può risultare utile il riferimento al Codice del consumo (D.Lgs 6 settembre 2005, n. 206) concernente il riassetto della normativa posta a tutela del consumatore, che si compone di 146 articoli (diventati 170 dopo succ. modifiche del 2007)

Questo Codice segna una pietra miliare nella tutela dei consumatori italiani soprattutto per la rilevanza che il nuovo "ordinamento" assume in termini di politica del diritto: come è noto, la disciplina dei rapporti di consumo era rimessa alla legislazione di settore piovuta in modo disorganizzato, per lo più come recepimento (non sempre adeguatamente meditato) delle direttive comunitarie. Su questo scenario interviene l'opera di riassetto che assume come filo conduttore le fasi del rapporto di consumo, dalla pubblicità alla corretta informazione, dal contratto, alla sicurezza dei prodotti, fino all'accesso alla giustizia e alle associazioni rappresentative di consumatori.

Con l'introduzione dell'art. 140-bis, il Codice si è arricchito dell' "azione di classe", cioè della procedura dinanzi al Tribunale finalizzata all'ottenimento del risarcimento del danno in capo a ciascun componente del gruppo di consumatori danneggiati da un medesimo fatto.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Elementi schematici in merito ai meccanismi di finanziamento e alle politiche budgetarie

Nella impostazione della parte economico finanziaria della progettazione è utile suddividere le attività in

- **attività primarie:** dirette alla erogazione dei Servizi
- **attività secondarie:** a supporto delle attività primarie (esempio, attività amministrative o di formazione e supervisione...)
- **attività obbligatorie:** da svolgere perché previsto dalla normativa (es: barriere architettoniche...)
- **attività discrezionali:** esempio documentazione multimediale di un certo progetto, analisi di situazioni simili in contesti diversi

Il bilancio delle attività può essere

- ECONOMICO (prevede l'analisi dei centri di costo)
- FINANZIARIO (prevede l'elenco delle risorse finanziarie da attivare)

Nell'analisi dei COSTI si tiene conto delle spese riguardanti

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ personale ✓ attrezzature ✓ immobili, infrastrutture, ammortamenti, manutenzioni ✓ servizi generali | <ul style="list-style-type: none"> ✓ materiali di consumo ✓ documentazione ✓ voci varie accessorie |
|---|---|

UN QUADRO SULLE RISORSE FINANZIARIE

- *Risorse europee*, come quelle della Direttiva Mercato del Lavoro (quota di fondi per l'occupazione rivolti a minori o giovani a rischio, disabili, immigrati e pari opportunità) o dell'Asse E del POR (progetti approvati nel territorio Provinciale).
- *Risorse statali*
- *Risorse regionali*, trasferite agli Enti gestori
- *Risorse Provinciali*, fondi propri per la maternità e infanzia e i disabili sensoriali, nonché i fondi trasferiti dalla Regione alle Province per le funzioni attribuite e delegate
- *Risorse Comunali*, gestite direttamente o trasferite agli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali,
- *Risorse delle ASL*, trasferite agli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali
- *Risorse delle Fondazioni* relative al finanziamento di Servizi e interventi sociali (Bando Fondazione S. Paolo per l'attuazione di micronidi sul territorio);

Per quanto riguarda le risorse europee, queste fanno essenzialmente riferimento:

- al FSE (Fondo Sociale Europeo),
- al FESR (Fondo Europeo per lo Sviluppo regionale),
- al FEOGA (Fondo europeo agricolo di Orientamento e Garanzia),
- allo SFO (Strumento finanziario di Orientamento per la Pesca).

Nel quadro del Trattato di Roma (siglato nel 1957, che sancì la nascita della Comunità Economica Europea) ed in collaborazione sinergica di diversi Enti (Ministeri competenti, Commissione Europea, Regioni e parti sociali), il Fondo Sociale Europeo esplica la sua azione nello sviluppo e nel finanziamento di una serie di progetti volti allo sviluppo e alla promozione della coesione tra i diversi stati membri.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Nella fase appena trascorsa (anni 2000-2006) si sono adottati da parte del Parlamento e del Consiglio Europeo nuovi regolamenti riguardo i fondi strutturali, con una conseguente ridefinizione degli obiettivi e delle strategie di intervento rispetto al passato.

L'aspetto fondamentale di queste trasformazioni è lo stretto legame istituito tra politiche occupazionali e FSE, che comporta un considerevole ampliamento delle sue competenze, considerando il ruolo cardine assunto dallo sviluppo dell'occupazione, visto come obiettivo prioritario nell'ambito della programmazione globale.

Gli Obiettivi del Fondo Sociale Europeo per il periodo 2000-2006 erano:

- Obiettivo 1: promuovere lo sviluppo e l'adeguamento strutturale delle regioni arretrate. Nel caso italiano: Campania, Calabria, Puglia, Sardegna, Basilicata e Sicilia.
- Obiettivo 2: supporto ai fini della riconversione economica e sociale delle aree con difficoltà strutturali.
- Obiettivo 3: relativo allo sviluppo e all'adeguamento di nuovi sistemi di formazione professionale nell'ambito delle politiche relative all'istruzione, alla formazione e all'occupazione.

Le principali linee d'intervento sono state:

- predisposizione e sviluppo di politiche finalizzate al reinserimento nel mercato del lavoro dei disoccupati di lungo periodo;
- politiche volte alla promozione delle pari opportunità tra uomini e donne;
- interventi e misure ai fini dell'incremento delle opportunità occupazionali;
- politiche di prevenzione della disoccupazione, tramite l'introduzione di misure formative miranti a favorire la flessibilità e l'adattabilità dei lavoratori in rapporto alle nuove esigenze provenienti dal mercato del lavoro;
- potenziamento del patrimonio tecnico-cognitivo dei soggetti in cerca di occupazione;
- interventi miranti all'evoluzione e allo sviluppo dei sistemi scolastici e formativi. Il FSE, nell'ambito dei Fondi Strutturali, viene qualificato come lo strumento finanziario che "fornisce il proprio sostegno a misure volte a prevenire e a combattere la disoccupazione nonché a sviluppare le risorse umane e l'integrazione sociale nel mercato del lavoro al fine di promuovere un livello elevato di occupazione, la parità tra uomini e donne, uno sviluppo sociale duraturo e la coesione economica e sociale"

Le principali linee guida della strategia comunitaria per il periodo 2007-2013 - considerando che il recente allargamento a 25 Stati membri, con l'adesione di Bulgaria e Romania nel 2007 ha aumentato enormemente il divario tra i livelli di sviluppo dell'UE – riguardano azioni volte a rinforzare la politica di coesione. In particolare:

- investimenti nei settori ad alto potenziale di crescita;
- investimenti nei motori di crescita e di occupazione;
- sostegno all'attuazione di strategie coerenti a medio-lungo termine;
- sviluppo di sinergie e complementarità con le altre politiche comunitarie e miglioramento della governance (i programmi di coesione dovranno favorire l'elaborazione e l'applicazione delle politiche, la diffusione di una cultura della valutazione, gli accordi di partenariato pubblico-privato, la trasparenza, la cooperazione regionale e transfrontaliera e gli scambi delle pratiche migliori);
- promozione di un'impostazione integrata per quanto riguarda la coesione territoriale;
- un nuovo obiettivo titolato "Competitività e occupazione a livello regionale" che consiste nel prevenire e nel promuovere i cambiamenti economici rendendo le regioni dell'UE più competitive e attraenti attraverso investimenti nell'economia della conoscenza, nell'imprenditoria, nella ricerca, nella cooperazione fra università e imprese e nell'innovazione, migliorando l'accesso alle infrastrutture di trasporto e di telecomunicazione, l'energia, la sanità, la tutela dell'ambiente e la prevenzione dei rischi, promuovendo l'adattabilità dei lavoratori e delle imprese, incentivando la partecipazione al mercato del lavoro e promuovendo l'inclusione sociale e le comunità sostenibili.

Si tratta quindi di azioni per promuovere una maggiore integrazione del territorio dell'Unione in tutte le sue dimensioni; la politica di coesione dovrà favorire lo sviluppo equilibrato e sostenibile delle macroregioni dell'Unione e ridurre l'effetto "barriera" attraverso la cooperazione transfrontaliera e gli scambi delle pratiche migliori.

Più in specifico:

- governance e partenariati pubblico-privato salvaguardando le potenzialità ambientali;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- promuovere l'innovazione, l'imprenditoria e lo sviluppo dell'economia della conoscenza mediante lo sviluppo della ricerca, la creazione di nuovi e migliori posti di lavoro attirando un maggior numero di persone verso il mercato del lavoro o l'attività imprenditoriale, migliorando l'adattabilità dei lavoratori e delle imprese e aumentando gli investimenti nel capitale umano;
- ridurre l'uso intensivo delle fonti energetiche tradizionali in Europa e sostenere i progetti volti a migliorare l'efficienza energetica e la diffusione di modelli di sviluppo a bassa intensità energetica, promuovere lo sviluppo delle tecnologie rinnovabili e alternative (energia eolica, energia solare e biomassa). Entro il 2010, il 21% dell'elettricità dovrà provenire da fonti rinnovabili;
- rendere accessibile a tutti la società dell'informazione. Un servizio pubblico efficiente, specie per quanto riguarda la pubblica amministrazione on line e la tele-sanità ("e-government" e "e-health"), può dare un contributo considerevole alla crescita economica e allo sviluppo di nuovi servizi;
- migliorare l'accesso ai finanziamenti, sostenere gli strumenti diversi dalle sovvenzioni come i prestiti, le garanzie del debito subordinato, gli strumenti convertibili (debito mezzanino) e il capitale di rischio (ad esempio il capitale di avviamento). Le sovvenzioni devono servire a creare e mantenere le infrastrutture necessarie per agevolare l'accesso ai finanziamenti (uffici di trasferimento tecnologico, incubatori, reti di "business angels", programmi di preparazione all'investimento, ecc.). Raggiungere categorie specifiche come i giovani imprenditori, le imprenditrici o le persone appartenenti a gruppi svantaggiati, comprese le minoranze etniche. In questo ambito, attuare il Patto europeo per la gioventù agevolando l'accesso dei giovani al mercato del lavoro e il passaggio dalla scuola alla vita attiva attraverso l'orientamento professionale, un aiuto per portare a termine gli studi, l'accesso a una formazione adeguata e l'apprendistato;
- misure specifiche per incentivare la partecipazione delle donne all'occupazione, ridurre la segregazione professionale, eliminare i differenziali retributivi di genere e gli stereotipi basati sul genere e rendere l'ambiente di lavoro più compatibile con la famiglia per permettere di conciliare vita professionale e vita privata;
- migliorare i servizi di assistenza all'infanzia e alle persone dipendenti, integrare la tematica uomo-donna nelle diverse politiche e misure adottate, organizzare campagne di sensibilizzazione e favorire il dialogo tra le parti interessate;
- misure specifiche per agevolare l'accesso dei migranti al mercato del lavoro e la loro integrazione sociale attraverso la formazione e il riconoscimento delle competenze acquisite all'estero, un orientamento personalizzato, la formazione linguistica, un adeguato sostegno all'imprenditoria, azioni volte a informare i datori di lavoro e i lavoratori migranti in merito ai rispettivi diritti e obblighi e il rafforzamento dell'applicazione delle norme antidiscriminazioni;
- consentire l'inserimento nel mercato del lavoro delle persone svantaggiate o a rischio di esclusione sociale come coloro che hanno abbandonato gli studi, i disoccupati di lunga durata, le minoranze e i disabili. Occorre quindi fornire un sostegno ancora più ampio e diversificato per costruire percorsi di integrazione e combattere le discriminazioni;
- contributo delle città alla crescita e all'occupazione. Nelle zone urbane, si deve puntare in via prioritaria al miglioramento della competitività (attraverso la creazione di gruppi e di reti) e a un maggiore equilibrio, in termini di sviluppo, tra le città più forti dal punto di vista economico e il resto della rete urbana.

Le risorse che alimentano il nuovo programma provengono, oltre che dalle sovvenzioni, anche da prestiti erogati, ad esempio, dalla Banca europea per gli investimenti (BEI).

Per quanto riguarda lo specifico delle risorse statali, il quadro delle risorse finanziarie oggi attribuite al sistema di welfare risente sicuramente dell'alternanza governativa degli ultimi anni e della crisi economica che stiamo attraversando. In sintesi, con la Legge finanziaria 2007 alla Sez. "interventi in materia di solidarietà sociale" si erano individuate una serie di misure volte ad aumentare l'equità sociale e la protezione degli strati sociali più deboli. Tra queste, particolare rilievo assume l'istituzione di alcuni nuovi fondi destinati a finanziare interventi in materia di solidarietà sociale, l'aumento delle risorse assegnate a fondi già esistenti ed altre importanti iniziative. In dettaglio:

- *Fondo nazionale per le politiche sociali*: è il principale strumento di finanziamento delle politiche sociali italiane, strumento per superare la logica delle singole leggi di settore e concepire gli interventi di politica sociale come azioni integrate in un quadro di coerenza con le politiche sanitarie e socio lavorative. Il Fondo Sociale, infatti, va a finanziare un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona, che descrivono, per ciascun territorio, una rete integrata di Servizi alla persona rivolti all'inclusione dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita. Il decreto Bersani, convertito in Legge 4 agosto 2006, n. 248, aveva incrementato il fondo sociale, portandolo da 500 milioni di € a 800 milioni di €. La legge finanziaria 2007 ha stanziato 1.635 milioni di €; per l'anno 2008, 1.464 milioni di €; per l'anno 2009, 1378

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

milioni di €.

- *Fondo per le non autosufficienze*: è stato istituito con la legge finanziaria per il 2007 con l'obiettivo di incrementare il sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti. Somma stanziata: 100 milioni di € per l'anno 2007; 299 milioni di € per l'anno 2008, 399 milioni di € per l'anno 2009
- *Fondo per le politiche per l'inclusione sociale degli immigrati*: è stato istituito con l'obiettivo di affrontare situazioni di degrado sociale ed abitativo, con particolare riguardo alle condizioni dei migranti e dei loro familiari. E' altresì finalizzato alla realizzazione di un piano per l'accoglienza degli alunni stranieri, anche per favorire il rapporto scuola famiglia, mediante l'utilizzo per fini non didattici di apposite figure professionali madrelingua quali i mediatori culturali. Somma stanziata: 50 milioni di € per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009
- *Piano Asili nido*: le risorse previste nella legge finanziaria dovevano alimentare un piano straordinario per i Servizi socio-educativi e in particolare un sistema integrato di asili nido, per raggiungere, entro l'anno 2010, l'obiettivo fissato dal Consiglio europeo di Lisbona riferito al 33 per cento della copertura territoriale. Il Piano doveva essere realizzato con il concerto dei Ministeri delle politiche per la famiglia, della pubblica istruzione, delle pari opportunità e della solidarietà sociale (somma stanziata: 100 milioni di € per ciascuno degli anni del triennio 2007-2009).
- *Fondo nazionale per le Comunità giovanili*: persegue la finalità di favorire le attività dei giovani in materia di sensibilizzazione e prevenzione del fenomeno delle tossicodipendenze (somma stanziata: 5 milioni di € per ciascuno degli anni del triennio 2007-2009)
- *Reddito minimo di inserimento*: è una misura di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale introdotta, in via sperimentale, con l'obiettivo di favorire il sostegno economico e sociale delle persone esposte a rischio di marginalità sociale ed impossibilitate a provvedere per cause psichiche, fisiche e sociali al mantenimento proprio e dei figli. Somma stanziata: è stata prevista per i Comuni una proroga nell'utilizzo delle risorse disponibili, dal 30 aprile 2006 al 30 giugno 2007
- *Abbattimento barriere architettoniche negli esercizi commerciali*: istituito per incentivare l'abbattimento delle barriere architettoniche negli esercizi commerciali. Il Ministero dello sviluppo economico definiva, d'intesa con i Ministeri dell'economia e finanze e della solidarietà sociale, le modalità i limiti e i criteri per l'attribuzione dei contributi. Somma stanziata: 5 milioni di € per l'anno 2007
- *Fondo per le politiche relative ai diritti e le pari opportunità*: istituito dal Decreto Bersani, convertito in legge n. 248/2006, ripartito dal Ministro delle pari opportunità, con il concerto del Ministro della solidarietà sociale, del lavoro, della salute e delle politiche per la famiglia. Somma stanziata: la finanziaria 2007 ha incrementato il fondo di 40 milioni di €

Nonostante le intenzionalità espresse nel “*Libro verde sul futuro del modello sociale*” del Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali, titolato “*La vita buona nella società attiva*” (luglio 2008), come ribadito nel “*Libro Bianco*”, approvato dal Consiglio dei Ministri nel maggio 2009, la crisi economica ha scaricato la drammaticità dei suoi effetti sulle fasce più deboli della popolazione, aumentandone i bisogni sociali, vecchi e nuovi. In un contesto del genere il sistema di protezione e di benessere sociale, compresi i Servizi, ha subito pesanti contrazioni di risorse.

Nella manovra finanziaria triennale dell'attuale Governo i tagli ai fondi destinati alle politiche sociali ammontano ad oltre 3,5 miliardi di €.

La Legge di stabilità 2011 (il provvedimento che ha sostituito la legge Finanziaria), configura una situazione come si seguito sintetizzabile:

- il Fondo nazionale politiche sociali passa da 929 milioni di € del 2008 a 274 milioni per il 2011. Sono previste ulteriori riduzioni nei prossimi anni (nel 2013, solo 44 milioni di € !).
- il Fondo per la non autosufficienza è azzerato (dai 400 milioni di € stanziati per l'anno 2010),
- l'esperienza della social card è praticamente accantonata,
- le risorse della Presidenza del Consiglio dei ministri per le politiche a sostegno della famiglia ridotte da 185 milioni di € a 52 milioni (-70%) , per le politiche della gioventù ridotte da 94,1 milioni di € a 33 milioni (-66%)..
- azzerate, da 187 milioni di € nell'anno 2010, le somme da corrispondere alle regioni in materia di politiche sociali . Il fondo da ripartire per le politiche sociali cala da 435,2 milioni di € a 75,3

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- al Ministero della Salute vanno di competenza nel 2011 un miliardo e 259 milioni di Euro, con una riduzione di 957 milioni (-43,2%) rispetto al 2010
- il Fondo nazionale per l'inclusione dei migranti viene sostanzialmente azzerato.

Parallelamente, sono state previste consistenti riduzioni di spesa nel settore sanitario. Come noto, il Servizio Sanitario Nazionale ha il compito delicato ed essenziale di garantire ai cittadini il diritto alla salute e alle cure sancito dalla Costituzione. Per attuare questo compito è necessaria stabilità, buon governo e certezze sui finanziamenti. Si rileva, invece, che nelle ultime leggi finanziarie per il biennio 2010 - 2011 sono state programmati 5 miliardi di riduzioni di spesa (7 miliardi rispetto all'attuale Patto per la Salute). Nel 2010, per la prima volta nella storia del Servizio Sanitario Nazionale, il finanziamento sanitario è addirittura previsto inferiore all'anno precedente, persino in valori assoluti (- 402 milioni). A fronte di queste contrazioni, oltre alla scomparsa del fondo per le Non Autosufficienze (400 milioni), si può prevedere un generale peggioramento dei Servizi e l'impossibilità di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini, soprattutto quelli più fragili, potrebbe interrompersi il faticoso percorso di risanamento delle Regioni impegnate nei piani di rientro dai disavanzi. Alcuni ulteriori elementi più in dettaglio relativamente ai tagli per l'anno 2011:

- le risorse per la ricerca nel settore sanitario pubblico ridotte dell'80% (da 91,9 milioni di € a 18,4 milioni)
- il finanziamento degli interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica scende da 2 miliardi e 120 milioni di € a 236 milioni
- risorse per la prevenzione e comunicazione in ambito sanitario ridotte da 29,6 di € a 5,9 milioni
- al Ministero della Salute vanno di competenza nel 2011 un miliardo e 259 milioni di Euro, con una riduzione di 957 milioni (-43,2%) rispetto al 2010

Se, come abbiamo visto, la spesa sociale e sanitaria va vista essenzialmente come buon investimento in quanto fonte preziosa per tutelare tutti i cittadini ma in primo luogo le persone più fragili, l'efficienza e l'efficacia del sistema devono essere considerati obiettivi irrinunciabili. In questo senso,

- la riduzione dei finanziamenti rischia, con una distorta forma di federalismo fiscale, di ridimensionare il Servizio Sanitario Nazionale e di compromettere l'universalità del diritto alla Salute in tutto il Paese. Indebolendo il Servizio Sanitario Nazionale si rischia di riproporre un sistema "semi mercantile" (come profilato in alcuni passaggi del libro bianco sul welfare) nel quale la Sanità sarà diseguale, e più costosa, come nel vecchio modello mutualistico;
- l'esperienza delle Regioni più virtuose, al contrario di quelle dove si concentrano gravi disavanzi, insegna che il vero risanamento non si ottiene con tagli indiscriminati, ma con una coraggiosa riorganizzazione dei Servizi Sociali e Sanitari: il rilancio della cultura della prevenzione e della rete dei Servizi di prevenzione, il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera, il potenziamento dei Servizi distrettuali (assistenza domiciliare), il governo degli accreditamenti, l'integrazione fra sociale e sanitario.

Tra le risorse statali, ma con una valenza e un'entità particolare, sono ancora da annoverare le risorse dell'INPS. Si tratta di quella parte delle misure INPS non legate alla previdenza, come ad esempio le pensioni assistenziali erogate ai non vedenti, non udenti e invalidi (civili) e ai cittadini ultra 65enni sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente, gli assegni per il nucleo familiare, le indennità di accompagnamento per invalidi civili, ciechi e sordomuti.

Per quanto riguarda lo specifico delle risorse della Regione Piemonte, la Giunta regionale (D.G.R. 29/9/2010 n.14-714) ha disposto l' "Approvazione di criteri transitori per la ripartizione del fondo regionale di cui all'art. 35 della L.R. 08/01/2004 n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento". Con questa DGR si sostituisce un precedente provvedimento del 2004 che - in coerenza con quanto disposto all'articolo 35, comma 4, della legge regionale stessa L.R. 1/2004 "La Regione concorre al finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso proprie specifiche risorse" che, in forza del successivo comma 6 del medesimo articolo, "sono almeno pari a quelle dell'anno precedente, incrementato del tasso di inflazione programmato" - prevedeva una suddivisione dei finanziamenti sulla base di equilibrati criteri tra popolazione residente nelle diverse aree territoriali, spese socio-assistenziali dei Comuni, incidenza della presenza di soggetti deboli in rapporto ai residenti.

In base ai nuovi criteri si dispone di destinare il fondo:

- per il 35% in base alla popolazione residente;
- per il 25% in base agli anziani ultra settantacinquenni residenti;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- per il 25% in base ai minori residenti;
- per il 15% in modo inversamente proporzionale al rapporto popolazione/superficie territoriale

Con la nuova DGR, si dà inoltre attuazione al disposto della legge regionale 3 agosto 2010, n. 18 di Assestamento al bilancio di previsione per l'anno finanziario 2010 con la quale è stata operata una complessiva riduzione degli stanziamenti disponibili di parte corrente per l'anno 2010 di 12 milioni di €, di cui 2.362.500,00 per il Fondo regionale che risulta ridefinito in un importo finale di 79.937.500,00 €.

Le conseguenze più rilevanti sono state

- la riduzione dei finanziamenti ai Comuni relativi per 2 milioni e 362mila €, nonostante le vistose carenze esistenti e il notevole aumento verificatosi nel 2010 del numero delle persone prive del necessario per vivere;
- la perdita di quote di finanziamento, complessivamente ammontante a più di 8 milioni di €, per 24 enti gestori delle funzioni socioassistenziali (14 dei quali del territorio della Provincia di Torino, nella quale è concentrato il 50% dell'utenza regionale);
- l'interruzione nell'erogazione di servizi pubblici essenziali nelle aree territoriali maggiormente colpite da questa riduzione dei fondi.

Anche la sanità regionale è stata assai penalizzata da tagli ammontanti a circa 100 milioni di €. Si calcola che in Piemonte manchino 8mila posti letto per le cure socio-sanitarie a cui hanno il diritto esigibile gli anziani cronici non autosufficienti, i malati di Alzheimer e le altre persone con demenza senile. I familiari di circa 11mila piemontesi malati cronici, con limitatissima o nulla autonomia, sono in attesa - in certi casi anche da anni - di ricevere dalla Regione Piemonte, tramite le Asl ed i Comuni, i sostegni necessari per provvedere alle cure socio-sanitarie domiciliari.

Per quanto riguarda lo specifico delle risorse dei Comuni, i dati consuntivi oggi disponibili a livello nazionale (anno 2008) rivelano che la spesa gestita a livello locale per gli interventi e i servizi sociali è passata

- dallo 0,39 per cento del Pil nazionale nel 2003
- allo 0,42 per cento nel 2008.

In valore assoluto la spesa sociale dei Comuni nel 2008 ammonta a 6,6 miliardi di €; il valore medio per abitante è pari a 110,7 € all'anno.

Le principali destinazioni della spesa dei Comuni :

- famiglie con figli (40%)
- anziani e i disabili (entrambi con il 21%)
- politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale (7,6%)
- attività generali o rivolte alla "multiutenza" (6,3%)
- immigrati e nomadi (2,7%)
- dipendenze (0,7 %).

A livello regionale emerge un ampio divario nelle risorse impegnate dai Comuni in rapporto alla popolazione residente: la spesa per abitante nel 2008 varia

- da un minimo di circa 29 € in Calabria
- a un massimo di circa 280 € a Trento.

Al di sotto del valore medio italiano si collocano tutte le regioni del Mezzogiorno (ad eccezione della Sardegna) ma anche Umbria, Marche e Veneto. Anche dal punto di vista del tipo di rischio o bisogno su cui si concentrano le risorse si mettono in luce differenze regionali significative. Le regioni del Mezzogiorno hanno una maggiore quota di risorse assorbite dalle politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale: il 10,1 per cento nel complesso, con un picco del 25,4 per cento in Calabria. Le regioni del Nord, ad eccezione di Lombardia ed Emilia-Romagna, mostrano una maggiore attenzione verso gli anziani e, soprattutto nel Nord-est, verso i disabili.

Se si considera la spesa dedicata ai servizi sociali in rapporto al Pil, la maggior parte delle regioni si colloca in una fascia intermedia che varia dallo 0,3 per cento al 0,5 per cento del Pil regionale. Al di sotto dello 0,3 per cento vi sono la Calabria, il Molise e l'Abruzzo, mentre fra le aree che impegnano le percentuali più alte di risorse vi sono la Valle d'Aosta, Trento e Bolzano, la Sardegna, il Friuli-Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza e Regione

Anno 2008

	Famiglie e minori	Disabili	Dip.ze	Anziani	Imm. e nomadi	Adulti -povertà	Multiutenza	Totale
Piemonte	37,5	22,4	0,2	22,0	3,1	6,7	8,1	100,0
Valle d'Aosta	25,9	0,7	0,0	71,4	0,0	1,6	0,4	100,0
Lombardia	42,3	21,6	0,5	20,1	2,5	6,7	6,4	100,0
Liguria	45,0	12,5	1,2	27,1	2,1	6,3	5,8	100,0
Trentino-Alto Adige	23,1	37,8	1,2	23,4	2,3	7,5	4,6	100,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>9,2</i>	<i>50,4</i>	<i>2,8</i>	<i>23,8</i>	<i>4,5</i>	<i>9,3</i>	<i>0,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Trento</i>	<i>33,1</i>	<i>28,7</i>	<i>0,0</i>	<i>23,2</i>	<i>0,8</i>	<i>6,3</i>	<i>7,9</i>	<i>100,0</i>
Veneto	29,8	26,2	1,4	23,5	3,5	5,9	9,7	100,0
Friuli-Venezia Giulia	24,5	24,7	0,2	26,1	3,3	13,6	7,6	100,0
Emilia-Romagna	50,7	15,1	0,9	18,9	3,0	3,7	7,8	100,0
Toscana	40,3	16,6	0,6	22,8	3,1	9,2	7,4	100,0
Umbria	53,1	16,1	1,0	14,0	3,3	5,2	7,3	100,0
Marche	36,9	25,7	0,5	16,2	2,5	4,1	14,1	100,0
Lazio	45,8	19,1	0,8	18,8	4,2	9,3	1,9	100,0
Abruzzo	45,5	23,2	0,4	20,8	0,9	5,0	4,1	100,0
Molise	38,7	16,3	2,1	22,5	4,0	11,9	4,5	100,0
Campania	44,0	13,5	0,8	20,0	0,7	13,6	7,4	100,0
Puglia	45,3	14,5	1,3	20,2	2,4	10,5	6,0	100,0
Basilicata	41,8	21,7	1,0	19,3	3,0	9,5	3,7	100,0
Calabria	31,5	17,3	1,5	17,4	3,4	25,4	3,6	100,0
Sicilia	49,0	22,5	0,5	20,1	1,3	4,7	2,0	100,0
Sardegna	30,9	34,9	0,7	17,7	0,7	11,0	4,0	100,0
Nord-ovest	40,9	20,5	0,5	22,3	2,6	6,6	6,8	100,0
Nord-est	36,6	23,1	1,0	22,0	3,1	6,3	7,9	100,0
Centro	43,5	18,8	0,7	19,6	3,6	8,5	5,3	100,0
Centro-Nord	40,2	20,9	0,7	21,4	3,1	7,0	6,7	100,0
Mezzogiorno	42,2	21,5	0,8	19,5	1,4	10,1	4,5	100,0
Italia	40,6	21,0	0,7	21,0	2,7	7,6	6,3	100,0

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

I principali strumenti per la governance del sistema di Welfare locale

Nel contesto applicativo di metodologie per la programmazione dei Servizi Sociosanitari (vds cap. 9 del testo adottato), gli strumenti previsti dall'ordinamento per la governance locale agiscono nel più generale ambito

- ✓ del Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali che riveste funzioni di indirizzo delle politiche sociali, stabilisce i livelli essenziali di assistenza (vds LEA, LIVEAS), determina i finanziamenti statali da integrarsi con quelli messi in campo dalle Regioni e dagli Enti Locali
- ✓ del Piano Regionale degli interventi e dei Servizi Sociali che, in riferimento alla pianificazione nazionale, definisce indirizzi e aspetti di raccordo tra i diversi livelli di azione, cura l'integrazione sociosanitaria e l'integrazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, della casa, dell'ambiente, ecc. (vds Piano Sociosanitario Regionale in corso di approvazione).

Per quanto riguarda le forme gestionali, i Comuni del Nord, per adempiere alle loro funzioni socio-assistenziali, si avvalgono in misura significativa di varie forme associative intercomunali, grazie alle quali i Comuni più piccoli riescono a potenziare l'offerta di servizi e di strutture sul territorio. Circa il 30% della spesa sociale nel Nord Italia è gestita da enti associativi (in genere Consorzi) e distretti socio-sanitari. I Comuni del Centro e del Mezzogiorno, invece, gestiscono singolarmente la maggior parte delle attività socio-assistenziali. Fanno eccezione alcune regioni, quali la Toscana e l'Umbria al Centro, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata al Sud, dove i distretti socio-sanitari, gli ambiti e le comunità montane contribuiscono in modo significativo all'offerta socio-assistenziale. La quota di spesa gestita in forma associata al Centro è pari al 14,5%, al Sud è il 13,9%, nelle Isole è l'1%.

Il fulcro della programmazione locale è rappresentato dal Piano di Zona, come previsto dalla Legge 328/00 che all'art. 19, stabilisce la predisposizione del Piano di Zona, da adottarsi attraverso Accordo di Programma, quale strumento di pianificazione territoriale per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali.

Già nel "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003" di cui al D.P.R. 3 Maggio 2001 si indicavano gli obiettivi di Politica Sociale da raggiungere nelle seguenti aree d'intervento:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------|
| - responsabilità familiari e minori | - contrasto delle povertà | - immigrazione |
| - anziani; | - diversabilità | - dipendenze |
| - patologiche | | |

Nell'ambito del Piano di Zona vanno ricondotti i diversi specifici progetti e programmi sviluppati per singole aree di intervento o per specifiche aree territoriali dai vari attori sociali.

L'ordinamento prevede diverse forme di intesa tra i diversi attori sociali (Enti Locali, ASL, Autonomie Scolastiche, Cooperazione Sociale, Associazionismo, Volontariato) che in via negoziale concordano di "lavorare insieme" (vds in part. L. 241/90, L.142/90, L.104/95, L.662/96). In specifico si evidenziano:

la Conferenza dei Servizi, prevista dalla L.241/90 (art.14) e succ mod., si mette in atto quando:

- è necessario effettuare un esame contestuale degli interessi pubblici coinvolti in un certo processo amministrativo
- è necessario acquisire intese, concertazioni, nulla osta, assensi, ecc.
- l'attività di un soggetto privato è subordinata ad atti di consenso
- è consigliabile procedere ad una valutazione contestuale dei diversi interessi coinvolti in una certa attività nei suoi risultati.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La Conferenza dei Servizi, è convocata dall'Amministrazione procedente o dall'Ente che rappresenta un interesse pubblico prevalente. La durata del procedimento deve essere rapida e comunque non superare i 90 gg.

l'Intesa Istituzionale di Programma, prevista dalla L.662/96 (art.2, comma 203), costituisce il mezzo ordinario di interazione tra livelli amministrativi diversi per definire accordi per la realizzazione di rilevanti opere pubbliche . Viene promossa ed attuata dal Governo in collaborazione con una o più Regioni o Provincie autonome.

l'Accordo di Programma Quadro, previsto dalla L.662/96 (art.2, comma 203), costituisce lo strumento attuativo delle singole parti dell'Intesa Istituzionale di Programma e contiene la definizione delle attività e la scansione dei tempi di realizzazione, i soggetti responsabili ed i loro relativi compiti, le eventuali Conferenze dei Servizi da convocare per la corretta attuazione, i processi di conciliazione per la soluzione degli eventuali conflitti, le risorse finanziarie destinate alla copertura delle diverse attività, le procedure per il monitoraggio e la verifica dei risultati ottenuti

l'Accordo di Programma, previsto dalla L.142/90 (art.17, mod con L.127/97), è lo strumento cui si ricorre ogni qual volta, per il raggiungimento di un certo obiettivo, occorre prevedere l'azione coordinata di due o più soggetti (pubblici, del privato sociale, del privato). L'Accordo, scaturente dal consenso unanime dei soggetti coinvolti, assicura il coordinamento delle azioni, determina responsabilità-tempi-modalità-fonti di finanziamento e può prevedere processi di arbitrato nel caso in cui si manifestino inadempienze.

1. La L.267/200 all'art. 34 ribadisce quanto segue:
 1. Per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di Comuni, di Province e Regioni, di Amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o più tra i soggetti predetti, il Presidente della Regione o il Presidente della Provincia o il Sindaco, in relazione alla competenza primaria o prevalente sull'opera o sugli interventi o sui programmi di intervento, promuove la conclusione di un accordo di programma, anche su richiesta di uno o più dei soggetti interessati, per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinarne i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento.
 2. L'accordo può prevedere altresì procedimenti di arbitrato, nonché interventi surrogatori di eventuali inadempienze dei soggetti partecipanti.
 3. Per verificare la possibilità di concordare l'accordo di programma, il Presidente della Regione o il Presidente della Provincia o il Sindaco convoca una conferenza tra i rappresentanti di tutte le Amministrazioni interessate.

il Patto territoriale, previsto dalla L.662/96 (art.2, comma 203), è un accordo promosso da enti pubblici o da altri soggetti pubblici e/o privati mediante il quale si sottoscrive l'impegno alla formulazione e realizzazione di uno specifico programma di interventi orientati alla promozione dello sviluppo locale. Definisce azioni congiunte tra gli attori operanti in un determinato ambito territoriale per il rilancio e rivitalizzazione socio-economica, per la riqualificazione di aree industriali dismesse, per la creazione di infrastrutture e servizi comuni per le imprese, ecc.

I Patti Territoriali per l'Occupazione fanno riferimento al sostegno dell'U.E. nell'ambito dei fondi destinati alla lotta contro la disoccupazione, al miglioramento delle condizioni di impiego, alla formazione professionale, alle misure a favore dei soggetti deboli del mercato del lavoro.

il Contratto di Programma, previsto dalla L.662/96 (art.2, comma 203), è un accordo sottoscritto dall'Amm.ne statale competente in una certa materia e grandi imprese, consorzi di piccole e medie imprese, rappresentanti dei distretti economici e delle principali categorie professionali per la realizzazione di interventi oggetto di programmazione negoziata che possono riguardare anche attività di ricerca e sviluppo di servizi consortili.

il Contratto d'area, previsto dalla L.662/96 (art.2) e Delib. CIPE 21.3.97, è uno specifico accordo sottoscritto da una pluralità di attori socioeconomici (le rappresentanze imprenditoriali e sindacali) ed istituzionali per la realizzazione di una serie di interventi tesi a creare nuova occupazione in zone coinvolte in crisi congiunturali o fenomeni di sottosviluppo.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

il Contratto di Quartiere, previsto dalla L.662/96 (art.2 comma 63) e D.M.22.10.99, costituisce una forma di intervento innovativo per la realizzazione di programmi di recupero urbano in territori colpiti da fenomeni di degrado ambientale e urbanistico, con forme di marginalità economico-sociale e di devianza, con scarsa coesione sociale. Le attività previste vengono negoziate e concertate con tutti i soggetti interessati, con le associazioni e le organizzazioni pubbliche e private coinvolte. Il finanziamento è disposto dal Ministero dei Lavori pubblici e/o da fondi dell'U.E.(vds progetti URBA n 1 e 2).

il Gruppo di Azione Locale, previsto dalla L.662/96 e Delib. CIPE 21.3.97, costituisce uno strumento di programmazione coordinata di iniziative e di sviluppo a scala locale, promosso da un insieme di attori socioeconomici ed istituzionali del territorio. Il Gruppo di Azione Locale si impegna in attività concertate per rendere disponibile il finanziamento di interventi infrastrutturali, di azioni per il sostegno all'innovazione, alla riqualificazione e al rilancio dell'economia locale attraverso fondi pubblici nazionali integrati da risorse comunitarie.

Tratti schematici sui criteri organizzativi e sulla spesa per l'esercizio delle funzioni di Servizio Sociale.

Le funzioni di Servizio Sociale costituiscono insiemi di attività-compiti-operazioni definite in base a CRITERI rispetto:

- al **contesto operativo** nel sistema integrato dei Servizi alla persona e nel sistema locale dei Servizi a rete : vds schema tratto da R.Maggian, *I Servizi socio-assistenziali. Verso la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali e sanitari*, Carocci ed, Roma, 2001
- all'**obiettivo**: vds prevenzione, cura, riabilitazione, osservazione, informazione, consulenza, tutela, controllo, valutazione, sviluppo del welfare Comunitario, integrazione dei Servizi e lavoro di rete,
- alla **temporalizzazione**: vds emergenza, urgenza, interventi di breve o medio o lungo termine,
- alla **posizione nell'organizzazione**: vds front-office (rapporto con l'utenza attraverso consulenza psicosociale, intervento, Segretariato Sociale, filtro, ecc.), back-office (promozione-programmazione-organizzazione Servizi e risorse, ricerca, sviluppo e scambio della cultura professionale, formazione, aggiornamento, informatizzazione, ecc.)
- all'**oggetto del lavoro** (vds sostegno alla famiglia, a gruppi marginali, ai minori, agli anziani, ecc.)
- alla **tipologia**: vds in particolare i Servizi essenziali (completamente gratuiti per garantire i diritti di base stabiliti dalla normativa), i Servizi accreditati (gestiti da organizzazioni pubbliche o del privato sociale o del privato che forniscono le prestazioni previste da standard cui l'utente-cittadino-cliente può accedere su indicazione del Servizio Sociale, con il sistema della libera scelta; tali prestazioni sono fornite a fronte di utilizzo di voucher-buoni Servizio, o pagamento ticket, o pagamento retta), i Servizi a pagamento (scelti ed acquistati dal cliente in base a principi di libero mercato).

Le singole Autonomie Locali dispiegano l'esercizio delle funzioni ora schematizzate attraverso diversificate modalità di gestione (come previsto dall'ordinamento nazionale e regionale) prevedendo un mix di pubblico, privato sociale e privato (vds artt 3 e 5 della L.328/2000). Il mix si realizza attraverso diverse forme di collaborazione, frutto di scelte politiche che producono determinate conseguenze organizzative e tecniche. Nella gestione dei servizi alla persona le relazioni fra Comuni e soggetti del 3° Settore sono normate (ex art. 11 L.328/2000) tramite:

- **Autorizzazione**: rilasciata dai Comuni in base a normative nazionali e regionali prevedendo requisiti minimi di funzionamento

- **Accreditamento**: vi provvedono i Comuni, sulla base di deliberazioni regionali in base a requisiti di qualità; alla prestazione corrisponde una corresponsione di tariffe stabilita a livello regionale o locale

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

In base all'art.112 della L.267/2000, gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono alla gestione dei servizi pubblici che abbiano per oggetto produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali attraverso. Ciò secondo le seguenti forme di gestione previste dall'art.113:

- a) **in economia**, quando per le modeste dimensioni o per le caratteristiche del servizio non sia opportuno costituire una istituzione o una azienda;
- b) **in concessione a terzi**, quando sussistano ragioni tecniche, economiche e di opportunità sociale. La concessione può avvenire tramite Trattativa privata(cifre di piccola entità, tre preventivi, offerta più vantaggiosa), Gara d'appalto (criteri generali definiti, criteri punteggio, offerta economicamente più vantaggiosa o ribasso), Appalto concorso (procedura complessa, norme europee vincolanti, comprende anche la progettazione, Convenzione (accordo fra due o più enti per la gestione di un Servizio, deve prevedere una regolamentazione).
- c) **a mezzo di azienda speciale**, anche per la gestione di più servizi di rilevanza economica ed imprenditoriale;
- d) **a mezzo di istituzione**, per l'esercizio di Servizi sociali senza rilevanza imprenditoriale;
- e) **a mezzo di società per azioni o a responsabilità limitata** a prevalente capitale pubblico locale costituite o partecipate dall'ente titolare del pubblico servizio, qualora sia opportuna in relazione alla natura o all'ambito territoriale del servizio la partecipazione di più soggetti pubblici o privati;
- f) **a mezzo di società per azioni** senza il vincolo della proprietà pubblica maggioritaria a norma dell'articolo 116.

I Servizi Sociali nella realtà piemontese

Le forme gestionali dei Servizi Sociali

Come già visto precedentemente, i Comuni del Nord Italia per adempiere alle loro funzioni socio-assistenziali, si avvalgono in misura significativa di varie forme associative intercomunali; circa il 30% della spesa sociale nel Nord Italia è gestita da enti associativi, in genere Consorzi e distretti socio-sanitari.

In Piemonte, la legislazione regionale fin dagli anni '80 e più recentemente con la L.R. 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento" ha individuato "...nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali di cui all'art. 8 (i distretti sanitari o di multipli degli stessi definiti sulla base delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche delle singole zone e delle peculiarità dei bisogni delle zone medesime, fermo restando il principio generale della coincidenza con gli ambiti territoriali sottesi ai distretti sanitari esistenti)..... La gestione in forma singola dei comuni capoluogo di provincia è idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali..... Per la gestione associata delle funzioni, i Comuni adottano le forme associative previste dalla legislazione vigente che ritengono più idonee ad assicurare una ottimale realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, compresa la gestione associata tramite delega all'ASL, le cui modalità gestionali vengono definite con l'atto di delega."(art.9)

In tale contesto - tranne alcuni grandi Comuni capoluogo di Provincia che hanno gestito direttamente in forma singola i Servizi Sociali e tranne qualche interessante sperimentazione attraverso la forma dell'Istituzione (vds ad es. l'ISPA di Arona) - nella maggior parte della Regione Piemonte si è consolidata l'esperienza della gestione consortile. I Consorzi dei Servizi Socioassistenziali, complessivamente, hanno dimostrato di ottenere buoni risultati, sia dal punto di vista programmatico che organizzativo, risultati rilevabili da un'attenta ed oculata gestione che ha quasi sempre incrementato la qualità dei Servizi offerti alla cittadinanza.

E' però subentrato il disposto della legge finanziaria 2010 (L. 23/12/2009 n. 191) che all'art. 2 comma 186 impone ai Comuni di adottare misure di soppressione dei Consorzi di funzioni tra gli enti locali a decorrere dal 2011. In conseguenza, la Giunta Regionale ha avviato disposizioni che prevedono lo scioglimento dei Consorzi e l'adozione di altre

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

forme associative tra cui vengono privilegiate l'Unione dei Comuni (opzione che mancherebbe l'autonomia dei sindaci nelle decisioni in settore delle competenze socioassistenziali)

e la delega associata delle funzioni socio-assistenziali all'ASL come soluzione transitoria o definitiva.

Ovviamente i Comuni sono oggi molto preoccupati per il rischio di veder fortemente penalizzato un servizio indispensabile e con una domanda in crescita per la comunità. Tale preoccupazione è ulteriormente aggravata dagli esiti della recente DGR 29/9/2010, n. 14-7147 "Approvazione di criteri transitori per la ripartizione del fondo regionale di cui all'art. 35 della L.R. 08/01/2004 n.1: Norme per la realizzazione del sistema regionale di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento". Questo provvedimento sostituisce i criteri di riparto del fondo regionale individuati da una precedente DGR (n. 21 - 1280 del 28/6/2004) che prevedevano una suddivisione dei finanziamenti sulla base di tre Aree di riferimento:

- Area A - Parametro popolazione residente: 50%; Parametro dispersione territoriale: 5%.
- Area B - Parametro spese socio-assistenziali dei Comuni: 10%.
- Area C - Parametro soggetti non autosufficienti (anziani e disabili) in carico in rapporto ai residenti: 20%; Parametro soggetti minori (disabili e non) in carico in rapporto ai residenti: 7%; Parametro anziani autosufficienti in carico in rapporto ai residenti: 4%; Parametro Altre povertà e disagio adulti autosufficienti in carico in rapporto ai residenti: 4%.

In base ai nuovi criteri si dispone di destinare il fondo:

- per il 35% in base alla popolazione residente;
- per il 25% in base agli anziani ultra settantacinquenni residenti;
- per il 25% in base ai minori residenti;
- per il 15% in modo inversamente proporzionale al rapporto popolazione/superficie territoriale (dispersione).

L'applicazione dei nuovi criteri penalizza, a regime, ben 24 enti gestori che perdono quote di finanziamento per più di 8 milioni di euro. Di questi enti, ben 14 appartengono alla Provincia di Torino, nella quale è concentrato il 50% dell'utenza regionale (dati regionali 2006).

Con l'attuazione del provvedimento della Giunta, si sono già determinate interruzioni nell'erogazione di servizi pubblici essenziali nelle aree territoriali maggiormente colpite da una riduzione dei fondi che è stata disposta non considerando l'art. 35, comma 4, della legge regionale 1/2004 secondo il quale "La Regione concorre al finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso proprie specifiche risorse" che, in forza del successivo comma 6 del medesimo art., "sono almeno pari a quelle dell'anno precedente, incrementato del tasso di inflazione programmato".

I Piani di zona

Come già visto, il Piano di Zona "rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza" (art. 17, L.8/1/2004, n. 1). Introdotto nella normativa nazionale dalla L. 328/2000, in Piemonte l'avvio della predisposizione dei Piani di Zona è avvenuto a seguito della DGR 51-13324 del 3/8/ 2004 che aveva avviato il primo triennio sperimentale fornendo le linee guida per la loro predisposizione.

La DGR 28-12295 del 5/10/2009 ha rinnovato le linee guida inaugurando un nuovo triennio di programmazione, 2010-2012, ed ha meglio definito il ruolo dei partecipanti all'iter di formazione e realizzazione del documento di programmazione locale. Questo provvedimento punta alla valorizzazione del Piano di Zona quale strumento di programmazione intesa in "senso verticale (servizi innovativi, implementazione dei servizi esistenti, miglioramento della qualità, intesa quale efficienza ed efficacia degli interventi da realizzare) e in senso orizzontale (allargamento della partecipazione alle attività di programmazione e pianificazioni di soggetti, pubblici e privati, precedentemente assenti o scarsamente coinvolti) ovvero di razionalizzazione e/o riformulazione delle attività esistenti".

Gli Ente gestori delle funzioni socio-assistenziali, di cui all'art. 9 della L.R. 1/2004, hanno la titolarità dell'iniziativa e del coordinamento delle fasi di predisposizione del Piano di Zona nonché del coordinamento delle attività di realizzazione delle azioni in esso previste.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Con DGR n. 8-624 del 20/9/2010 è stato prorogato il termine per la predisposizione e approvazione del Piano di Zona da parte degli Enti Getsori istituzionali dalla data del 31 dicembre 2010 alla data del 31 dicembre 2011. Di conseguenza è stato adottato anche la decisione di far slittare il triennio di riferimento dal 2010-2012 al 2011-2013.

Operatori Sociali in Piemonte

Gli operatori sociali definiti dalla L.R. 1/2004 sono:

- * gli Assistenti Sociali,
- * gli Educatori Professionali,
- * gli Operatori Sociosanitari e gli Assistenti Domiciliari e dei Servizi tutelari
- * gli Animatori Professionali Socioeducativi.

L'Assistente sociale, individua, coordina e promuove risorse per prevenire e risolvere situazioni di disagio di singoli, gruppi o comunità. Lavora con l'utenza e per la progettazione, l'organizzazione e la gestione dei Servizi Sociali.

L'Educatore Professionale, attua specifici progetti educativi e riabilitativi nei Servizi Sociali e sanitari, programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà. Partecipa ad attività di studio e di ricerca, all'analisi dei bisogni, allo sviluppo dei Servizi.

L'Operatore Socio Sanitario (OSS), aiuta le persone a soddisfare i propri bisogni fondamentali. Favorisce il benessere e l'autonomia di coloro che vivono una condizione di difficoltà a casa, in ospedale o nelle strutture residenziali. Le sue attività sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita. L'OSS è una figura professionale nuova che andrà a sostituire progressivamente l'Adest; ideata per avere una professionalità unica nei settori sociale e sanitario viene riconosciuta nella Conferenza Stato-Regioni del febbraio 2000 e i primi corsi di formazione nel territorio regionale vengono attivati nell'anno 2001.

L'Animatore Professionale socio educativo, lavora nei Servizi residenziali con attività ludiche, nei programmi contro l'emarginazione e nella socializzazione diffusa.

Altre figure professionali svolgono funzioni dirette o indirette nell'erogazione di interventi e Servizi; tra queste si evidenziano:

- * le funzioni dirigenziali = Direttore, Dirigente, Coordinatore, Responsabile di Aree
- * le funzioni amministrative e tecniche = Istruttore amministrativo, Istruttore esecutivo, Addetto a Servizi generali.

All'interno dei Servizi Sociali territoriali e dei presidi socio-assistenziali sono presenti altre professioni che per carenze legislative non sono legalmente riconosciute o svolgono funzioni con diversa denominazione; altre professioni sono in attesa di riconoscimenti giuridici, altre ancora sono presenti in forma sperimentale. Tra queste possiamo segnalare:

Il Mediatore interculturale, svolge una funzione di collegamento tra le culture straniere e le strutture, i Servizi e le istituzioni locali e nazionali.

L'Educatore con mansioni specifiche, attua un'azione educativa in ambiti specifici d'intervento quali la disabilità, i minori e i giovani; è una forma di specializzazione del lavoro dell'educatore che nasce dall'esperienza maturata negli anni. Si possono in particolare citare:

- l'educatore specializzato alla comunicazione ed all'autonomia per i disabili sensoriali
- l'educatore specializzato in aiuto didattico ed alla autonomia per non vedenti
- l'educatore di strada.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Il Tecnico di inserimento lavorativo, attua l'inserimento al lavoro delle persone disabili e dei minori effettuando un'importante collegamento tra le aziende, i privati e l'utenza. Non esiste una specializzazione, un profilo professionale riconosciuto, né di conseguenza corsi specifici di formazione; la funzione è generalmente svolta da assistenti sociali o da educatori professionali.

I principali canali di formazione.

La formazione di base degli operatori sociali avviene

- ✓ tramite l'Università, con i corsi di Laurea triennale e la Laurea Magistrale per gli Assistenti sociali e gli Educatori Professionali
- ✓ tramite gli Enti gestori dei Servizi Sociali e le Agenzie formative accreditate per gli OSS (con finanziamenti dal Fondo Sociale Europeo e dai Fondi Regionali trasferiti alle Province).

Per i corsi di riqualifica e di aggiornamento/formazione permanente, per tutte le professioni sociali, la competenza è degli Enti gestori dei Servizi Sociali (con finanziamenti del Fondo Regionale trasferito alle Province).

Se confrontiamo gli ultimi dati del lavoro nei Servizi Sociali territoriali della Regione Piemonte¹⁷ (elaborazione su dati consuntivi 2006) si rileva il seguente confronto

<i>Anno 1999</i> Utenti dei Servizi Sociali in carico	<i>Anno 2006</i> Utenti dei Servizi Sociali in carico	<i>Aumento %</i> Utenti dei Servizi Sociali in carico
82.683	152.207	84 %
19.758 Minori	39.172 Minori	98 %
35.436 Adulti	66.293 Adulti	87 %
27.489 Anziani	46.742 Anziani	70 %

A fronte di questi carichi abbiamo in campo un numero di A.S. ,E.P. , OSS , sicuramente non incrementabile in maniera proporzionale, così distribuito

970 Assistenti Sociali tra cui - 870 degli EE.LL. - 28 delle Coop. - 13 lib. Prof - 33 co.co.co. <i>(in pratica, mediamente 1 A.S. per 156 casi)</i>	2.938 Educatori Professionali tra cui - 837 degli EE.LL. - 1.957 delle Coop. - 6 lib. Prof - 59 co.co.co.	4.222 Adest-OSS tra cui -1748 degli EE.LL. - 2.358 delle Coop. - 2 lib. Prof - 6 co.co.co.
---	---	--

¹⁷ Regione Piemonte, Assessorato Welfare – Lavoro, Direzione Politiche Sociali, I numeri dell'Assistenza in Piemonte, ed 2008

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Questi dati sintetici dimostrano l'evidente ed ineludibile esigenza di spostare quote consistenti di lavoro sociale dal "caso" ai processi ed alle comunità locali cui vanno ricondotti i problemi e le capacità di affrontarli. In breve,

- dal lavoro concentrato sull'aiuto al singolo caso,
- al lavoro aperto per dotare, per rinforzare, persone, famiglie, gruppi, comunità locali, di capacità e competenze ad aiutarsi (aiutare ad aiutarsi)

Nella realtà piemontese sono molto diversificate le forme attraverso le quali si organizza l'attivazione dei vari Servizi, interventi e prestazioni. Possiamo, comunque, in via generale fare riferimento al seguente quadro

Servizio di Primo Ascolto e Segretariato Sociale

Per "**primo ascolto**" s'intende il rapporto iniziale che viene ad instaurarsi fra cittadini e Servizio Sociale e che può tradursi (fin da subito o in tempi successivi) in un progetto di aiuto sociale oppure esaurirsi in un intervento di Segretariato Sociale.

Per "**progetto di aiuto sociale**" s'intende un piano di azione coordinato e di norma concordato con gli interessati (quando non previsto obbligatoriamente da provvedimento dell'autorità giudiziaria) posto in essere con e dal Servizio Sociale avente finalità di rispondere a dei bisogni sociali che il Servizio è tenuto a soddisfare o che ritiene necessario e socialmente utile soddisfare.

Pur rientrando nella definizione di aiuto sociale si esclude dalla definizione di progetto di aiuto sociale quella gamma di interventi (di norma non programmati e non progettati) riconducibili alla funzione di Segretariato Sociale quando gli stessi risultano essere azioni isolate che non concorrono, con altri tipi d'interventi, ad attuare un progetto.

In particolare per "**Segretariato Sociale**" s'intende quella funzione del Servizio Sociale finalizzata a :

- fornire informazioni ai cittadini sul Servizio in termini di:
 - politiche sociali e progetti sociali attivi nel territorio di propria competenza;
 - criteri e percorsi metodologici adottati per avviare progetti di aiuti sociale;
 - caratteristiche delle prestazioni erogate e vincoli e criteri per beneficiarne;
 - iter procedurali, leggi e normativa di settore;
- fornire informazioni ai cittadini in riferimento ad altre agenzie quando gli stessi non sono in grado di accedervi in via autonoma;
- favorire l'accessibilità dei cittadini al Servizio Sociale fornendo supporto nell'espletamento degli iter amministrativi;
- favorire l'accessibilità dei cittadini ad altre agenzie quando gli stessi non sono in grado di accedervi in via autonoma.

Su questi Servizi di Primo Ascolto e Segretariato Sociale si è sviluppato recentemente un fitto dibattito nel merito del quale preme segnalare almeno due questioni, di segno opposto.

- in positivo, il principio base che dovrebbe ispirare questi Servizi è quello dell'**unica porta** (*one door principle*) principio per il quale un sistema efficace di intervento, anche precoce, debba possedere meccanismi di comunicazione intra-extraistituzionali capaci di prendere in carico la situazione di disagio indipendentemente dal punto rete cui la persona si rivolge o cui la persona è stata segnalata, o che rileva situazioni compromesse/a rischio. Un sistema a rete (appunto), in cui tutte le parti coinvolte e competenti vengano il più rapidamente possibile allertate ed attivate per l'intervento più idoneo da mettere in atto in maniera integrata. In pratica si tratta di pianificare sistemi di segnalazione automatica e tempestiva di situazioni intercettate in prima istanza sull'esempio di quanto già accade nei legami formalizzati tra Prefetture -forze di P.S. e Centri di alcologia;
- in chiave critica occorre rammentare che, in realtà, il rivolgersi ad uno sportello, ad un luogo di accesso-ascolto, richiede spesso un grande sforzo a persone portatrici di problemi e disagi (magari già fortemente provate, debilitate, deluse, cariche di pre-giudizi, ecc.). Ne consegue che risulta molto azzardato considerare le problematiche sociali di un territorio nella misura in cui i cittadini "portano" domanda di aiuto a questi sportelli. E' assolutamente e sempre più indispensabile che i Servizi Sociali, accanto

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

a queste modalità di azione di tipo re-attivo (l'operatore aspetta, in posizione recettiva, che l'utente venga al Servizio) si affianchino tempi e modi per un'azione di tipo pro-attivo in cui gli operatori sociali si protendono attivamente verso i problemi e quasi li vanno a scovare nel territorio della vita¹⁸

Servizio Sociale Professionale

Gli interventi di Servizio Sociale Professionale sono riconducibili alla figura professionale Assistente sociale e sono rivolti sia a soggetti singoli e ai nuclei familiari sia alla Comunità locale (gruppi di cittadini, altri Servizi collettivi, associazioni, agenzie pubbliche e private, ecc.)

Gli interventi di Servizio Sociale professionale sono finalizzati a promuovere sia processi solidaristici nella Comunità locale, sia l'autonomia delle persone (per poter affrontare i problemi personali, familiari e d'integrazione sociale; per affrontare e prevenire difficoltà e favorire il maggior benessere possibile nella e della Comunità.

In particolare, si concretizza attraverso azioni ed interventi mirati a promuovere, accompagnare e sostenere, anche mediante iniziative propulsive, un processo di aiuto definito attraverso un progetto che intende affrontare eventi e condizioni critiche, che potrebbero ostacolare la massima valorizzazione delle potenzialità delle persone e di specifici gruppi sociali ed essere causa di disagio ed emarginazione sociale.

Sostegno al reddito - Assistenza economica

L'assistenza economica è finalizzata a sostenere redditi temporaneamente o stabilmente insufficienti a garantire il raggiungimento o il mantenimento di un livello di vita tale da evitare l'instaurarsi di processi di emarginazione. Oltre alle classiche forme di sussidio, si prevedono nuove e diverse forme di erogazione che a seconda delle situazioni possono assumere carattere straordinario o continuativo. Tra queste forme rientrano anche:

- il *Prestito sull'onore*: prevede la concessione di una somma di denaro a tasso zero, con un piano di restituzione concordato. E' destinato a far fronte a situazioni di bisogno sociale caratterizzate da: temporanea e contingente difficoltà economica, in una fase di assestamento della condizione familiare, alloggiativa, scolastica/formativa, lavorativa e di salute; presenza di concrete opportunità volte al superamento delle difficoltà attuali e all'attivazione di risorse del soggetto richiedente e degli eventuali familiari;
- *interventi economici a sostegno della domiciliarità*: si inseriscono all'interno di un progetto individuale integrato di assistenza sanitaria e sociale, erogata a domicilio;
- il *Buono famiglia*: intervento economico a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza nei casi in cui l'assistenza possa essere prestata da un familiare o da altre persone appartenenti a reti di solidarietà, quali vicini o il volontariato;
- l'*Assegno di cura*: intervento economico a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza nei casi in cui l'assistenza sia prestata da personale regolarmente assunto dalla famiglia o dall'utente);
- il *Buono Servizio*: titolo valido per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da fornitori accreditati a favore di un soggetto in condizioni di non autosufficienza.

Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare consiste in prestazioni di aiuto per il soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona nella propria abitazione, compreso il governo della casa e, ove necessario, per consentire l'accesso ai Servizi territoriali. Le prestazioni fornite sono dirette a persone e a nuclei familiari che, per non completa autosufficienza o altri particolari motivi, abbiano necessità di adeguato supporto per vivere presso il proprio domicilio.

In particolare l'assistenza domiciliare è finalizzata a:

- ✓ garantire alle persone la permanenza nel proprio ambito di vita, evitandone l'istituzionalizzazione o l'ospedalizzazione;

¹⁸ Cfr. F.Folgheraiter, *La logica sociale dell'aiuto*, Erckson ed, Trento, 2007

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- ✓ promuovere la responsabilità della famiglia, senza peraltro sostituirsi ad essa;
- ✓ contribuire, con le altre risorse del territorio, ad elevare la qualità della vita delle persone ed evitare il fenomeno dell'isolamento;
- ✓ svolgere attività di prevenzione per consentire un'esistenza autonoma evitando, ritardando o riducendo i processi involutivi fisici, psichici e sociali.

Servizi a bassa soglia

Il concetto di “soglia” è stato scelto come metafora di una sorta di linea di accesso, passaggio, transito per una parte di popolazione che, pur necessitando protezione-aiuto, non sembra in grado di superare le barriere culturali e organizzative di molti Servizi sociali e sanitari. Esiste indubbiamente una barriera tra bisogni espliciti (in genere tradotti in domanda) e latenti o sommersi, tra inclusione sociale ed esclusione, tra cittadinanza piena ed abbandono dei non-cittadini nelle politiche sociali e nelle organizzazioni formali. I Servizi a bassa soglia costituiscono così luogo del possibile incontro tra strategie di promozione della salute, interventi di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, pratiche di prevenzione e pratiche di aiuto anche informale.

In questo senso i Servizi a bassa soglia assolvono ad una funzione di “far uscire dal sommerso”, “agganciare” persone e gruppi in situazione di rischio o già coinvolti in condizioni multiproblematiche; persone e gruppi marginali - che spesso sopravvivono senza speranze o prospettive di cambiamento - - a cui offrire una presenza, una forma di ascolto o accoglienza, e - se possibile - un intervento capace di arginare ulteriori danni e contemporaneamente ridurre il cumulo di costi per il singolo e per la collettività

Quindi, con l'espressione *Servizi a bassa soglia* si intende una gamma molto eterogenea di Servizi che agiscono su due fondamentali obiettivi:

- ✓ ridurre al minimo gli ostacoli, le formalità, le procedure all'accesso;
- ✓ proporre, facilitare l'attivazione ed il mantenimento di relazioni di aiuto.

Nel nostro Paese, il sistema pubblico ha iniziato solo da una ventina d'anni ad adottare queste strategie di intervento, a partire dalle esperienze di educativa di strada e dalle esperienze di intervento rivolte ai numerosi tossicodipendenti per i quali i competenti Servizi formali risultavano troppo selettivi.

Oggi, sotto la definizione di *Servizi a bassa soglia* vengono rappresentate tipologie di azione molto diverse, sia nelle prestazioni offerte, sia nel target di popolazione cui sono rivolte. In questo ambito troviamo:

- ✓ servizi di ospitalità notturna per persone senza fissa dimora
- ✓ mense gratuite o semigratuite
- ✓ centri - o servizi - diurni o notturni, di ascolto, ambulatori medici, presidi sociosanitari di emergenza, centri crisi, anche presso unità mobili o itineranti (camper, tende, boe urbane, ecc.). Si tenta di accogliere - agganciare e fornire prima assistenza a persone a rischio (senza fissa dimora, immigrati clandestini, prostitute, tossicodipendenti, ecc.)

In molte di queste occasioni di accoglienza-incontro si pratica azione di “riduzione del danno” consistente, ad es.

- nel distribuire gratuitamente siringhe sterili ai tossicodipendenti per tentare di evitare la diffusione di patologie da contagio,
- nel distribuire gratuitamente il metadone o altre sostanze sintetiche per tentare di evitare le crisi di astinenza e quindi la necessità di procurarsi denaro attraverso attività delinquenti.

Questa azione di “riduzione del danno” rappresenta un atteggiamento realistico attraverso il quale i Servizi sociosanitari ridimensionano aspettative elevate sugli effetti dei loro interventi (ridurre/far decadere il sintomo o la patologia, risolvere radicalmente i problemi, “guarire”,....) e si concentrano su una ridotta e precisa azione di contenimento, controllo delle conseguenze più vistose di determinati problemi. E, contemporaneamente, forniscono occasioni di informazione, educazione sanitaria, accoglienza non giudicante, disponibilità all'ascolto, ecc. In questo senso il rapporto operatori-utenti è prevalentemente diretto e transitorio, gioca sull'accesso - immediato e senza formalità - alle opportunità offerte, sia che si tratti di risorse relazionali, sia che si tratti di risorse strumentali.

Molti di questi Servizi intrecciano il sapere esperto di professionisti con il sapere esperienziale di chi è stato, di chi ha attraversato, esperienze di dipendenza, marginalità, disagio (operatori pari). Anche attraverso l'azione e la testimonianza attiva di operatori pari i Servizi a bassa soglia valorizzano nuove relazioni d'aiuto attraverso linguaggi e stili comunicativi efficaci.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Servizi di sviluppo di comunità

In riferimento a quanto esaminato a proposito delle funzioni di servizio sociale di promozione delle risorse e di identificazione delle priorità di intervento (specie secondo il modello ricerca-azione), possiamo intendere per lavoro di comunità quel processo attraverso il quale si propongono – o si rinforzano – le competenze delle persone e dei gruppi sociali per migliorare i contesti di vita attraverso iniziative di presa in carico collettiva dei problemi e di maturazione delle capacità per affrontarli.

Un lavoro, in sostanza, orientato al capitale sociale già attivo o attivabile nella comunità locale che sviluppa (*community development*) senso di appartenenza, corresponsabilità e controllo collettivo dei rischi, dei danni, dei fattori di rischio, ma anche delle potenzialità di produrre salute sociale, educazione e coeducazione, forme di contrasto attivo dei comportamenti distruttivi.

Sono in atto interessanti sperimentazioni di Servizi Sociali innovativi rispetto all'azione nel sistema integrato ed alla promozione delle risorse.

Tra queste sperimentazioni si ritiene utile citare quella avviata dal Consorzio SocioAssistenziale In Rete (Ivrea) attraverso uno specifico Servizio impegnato

- ✓ nel promuovere una Comunità informata, consapevole, competente e responsabile che, gradualmente, diventa capace di mettere in rete le proprie responsabilità, competenze e risorse nel realizzare gli obiettivi di salute/benessere;
- ✓ nel garantire una partecipazione attiva e responsabile dei cittadini nella realizzazione di interventi, Servizi, iniziative, azioni, finalizzate a promuovere il benessere della Comunità locale.

Destinataria di questo lavoro è quindi la Comunità locale nel suo insieme coinvolta tramite le Amministrazioni locali e i soggetti che partecipano al sistema integrato degli interventi dei Servizi Sociali. Concretamente, in questa realtà due operatori sociali sono impegnati a tempo pieno per:

- realizzare azioni di ricerca partecipata con l'obiettivo di conoscere (si scoprono cose nuove), di apprendere (i soggetti imparano) e di cambiare (si modificano situazioni);
- accompagnare processi sociali finalizzati a sensibilizzare e aiutare la Comunità;
- creare reti tra i soggetti della Comunità locale capaci di elaborare conoscenze, operare valutazioni collettive e aggregare risorse volte a costruire convergenze su problemi e sul loro fronteggiamento;
- promuovere processi di sviluppo di Comunità, le cui tappe fondamentali sono rappresentate da essere informati, diventare consapevoli, diventare competenti, essere responsabili o diventare corresponsabili;
- costruire una storia con il territorio partecipando a percorsi strutturati per aree tematiche che approdino a proposte operative comuni in grado di promuovere e aggregare disponibilità solidaristiche secondo l'ottica dei cittadini-risorsa.

Specifici Servizi per le Famiglie e per i Minori

Attività connesse ai rapporti con l'Autorità Giudiziaria (segnalazioni di situazioni a rischio, gestione interventi conseguenti ai provvedimenti della Magistratura, attività connesse alle adozioni di minori e all'area penale minorile)

Affidamento familiare

L'affidamento familiare è un intervento volto a fornire un'adeguata sistemazione ai soggetti non in grado di provvedere a sé stessi e privi di ambiente familiare, o in sostituzione di famiglia pregiudizievole o insufficiente allo sviluppo della loro personalità.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Gli interventi sono attuati mantenendo, quando possibile, il soggetto nel suo ambiente sociale. Gli Affidamenti familiari possono essere attuati oltre che per soggetti minorenni, anche per soggetti adulti disabili, anziani o altre persone in difficoltà; possono essere finalizzati al reinserimento sociale di soggetti già ricoverati in strutture assistenziali per i quali sia idoneo un tale tipo di intervento.

Nel caso di minori o incapaci gli Affidamenti sono disposti o su proposta dei Servizi socio-assistenziali con il consenso di chi esercita la potestà genitoriale, o la tutela o la curatela, ovvero in attuazione di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria secondo quanto disposto dalla legge 184/1983 e s.m.i..

Adozione

L'adozione è un intervento volto a proteggere e tutelare la crescita del minore, dichiarato in stato di abbandono, attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare.

Le attività del Servizio Sociale che vengono ricondotte in questo intervento sono:

- le istruttorie per le adozioni (indagini psico-sociali) o valutazione di idoneità dei coniugi aspiranti all'adozione nazionale ed internazionale;
- la consulenza e il sostegno per la fase di inserimento del minore nella famiglia adottiva.

Per quanto riguarda l'Adozione Internazionale, la Regione Piemonte con L.R. n. 30/01 ha istituito l'Agenzia regionale per le adozioni internazionali quale ente ausiliario della Regione stessa con il compito di svolgere pratiche di adozione internazionale ed ogni altra funzione assegnata dalla legge agli Enti autorizzati.

La Regione Piemonte organizza, con le équipes sovrazionali per le adozioni, attività di informazione e preparazione alle coppie aspiranti all'adozione. L'Agenzia si fa carico di accogliere e seguire le coppie per tutto l'iter in Italia e all'Estero, predisponendo nell'uno e nell'altro caso attività di supporto ed accompagnamento fino alla realizzazione dell'adozione ed al compimento delle formalità previste dal Paese d'origine.

L'Agenzia svolge, nell'ambito delle indicazioni della Giunta Regionale, attività di cooperazione internazionale, finalizzate a contrastare l'abbandono di minori, alla valorizzazione delle risorse umane, al miglioramento delle condizioni dell'infanzia, alla diffusione di una nuova cultura dell'accoglienza attraverso la divulgazione dell'affidamento familiare e dell'adozione nazionale e internazionale.

Azioni di contrasto agli abusi sui minori

Prevedono l'applicazione delle linee-guida stabilite dalla Regione Piemonte per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso sessuale e maltrattamento ai danni di minori.

Servizi a sostegno delle responsabilità genitoriali, centri di ascolto

Forniscono prestazioni formative e informative, azioni per favorire la socializzazione, sportello per i genitori, ecc.

Servizi di Mediazione familiare, Luoghi neutri, Centri di mediazione penale

Forniscono un intervento, volto alla riorganizzazione delle relazioni familiari, per risolvere o attenuare i conflitti all'interno di una coppia in crisi che può portare a un "punto di non ritorno".

Il mediatore familiare agisce come un elemento di "confronto" esterno che, attraverso una serie di incontri (orientativamente una decina), aiuta la coppia a instaurare un dialogo "mediato" da una persona "terza".

La mediazione non necessariamente porta al ricongiungimento, ma persegue la finalità di depotenziare il conflitto dando alla coppia la possibilità di raggiungere un accordo per una scelta di separazione che sia meno traumatica, in particolare per i figli, che a volte si trovano ad affrontare problematiche spesso devastanti sul piano psicologico.

In questo ambito una particolare attenzione deve essere riservata alle recenti esperienze dei cosiddetti "**luoghi neutri**". Nel corso degli anni ottanta, in diversi Paesi occidentali, operatori giuridici e sociali hanno dato l'avvio alla pratica dei "luoghi neutri", ovvero "spazi semipubblici" (secondo la definizione di B. Bastard e di L. Cardia-Vonèche) nei quali è possibile, per i genitori ed i figli coinvolti in separazioni e divorzi altamente conflittuali, mantenere vive le reciproche relazioni affettive.

Questo processo si inserisce tra le differenziate ed ampliate le forme di aiuto e di sostegno ai gruppi familiari che si sono messe in campo.

Luogo neutro è una locuzione polisemica di nuovo conio, nata recentemente nel mondo delle scienze sociali. Quando si parla di neutralità ci si riferisce fondamentalmente a:

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- ✓ la neutralità dell'operatore o degli operatori, soprattutto quella assiologica, nel senso che non ci si deve fare latori di dati valori o modelli (anche se, in realtà, nella materia familiare e minorile, come del resto in ogni altra materia giuridica, non si può prescindere dai valori costituzionali);
- ✓ la neutralità dell'ambiente in cui si opera (in gergo setting, come si legge per es. nel documento di fondazione della Società Italiana di Mediazione Familiare, S.I.Me.F.) che deve rispondere a determinate caratteristiche .

Con l'espressione luogo neutro, poi, si ha riguardo alla mediazione stessa nel senso che "l'operatore deve leggere tutti i libri e poi lasciarli fuori dalla stanza del colloquio; fuori, accanto alle armi che, simbolicamente, le parti depongono prima di entrare nella stanza della mediazione" (*I. Bernardini co-promotrice con Fulvio Scaparro della mediazione familiare in Italia*).

Il significato tecnico di luoghi neutri è, però, quello "topico": locali diversi dalle aule giudiziarie o da altri luoghi istituzionali (quali per es. le Comunità alloggio, i Servizi Socioassistenziali, i Consultori familiari), presenti in seno ai centri di mediazione o anche spazi separati da questi, spesso adattati in collocazioni di fortuna, quali parrocchie, ludoteche, scuole.

Si tratta "*des pratiques novatrices en faveur du maintien des liens après la séparation*" all'interno di un progetto più ampio di collaborazione tra soggetti pubblici e privati per l'aiuto/controllo delle relazioni familiari, considerando che l'enfasi sull'aiuto o sul controllo varia secondo le pratiche attuate in ogni singolo luogo neutro.

La loro nascita è stata spontanea, di carattere pragmatico, sovente dovuta ad associazioni di operatori di varia estrazione professionale che non accettavano di veder disatteso il "diritto di visita" e il corrispettivo "diritto alla relazione" per mancanza di luoghi adatti.

Sono sorti in molti Paesi occidentali, in quasi tutta l'Europa, specialmente in Inghilterra (*contact centres*), in Belgio (*lieux d'accueil pour l'exercice du droit aux relations personnelles*, definizione data nella legge del 13 maggio 1995) e soprattutto in Francia (*points de rencontre* oppure *lieux d'accueil pour l'exercice des droits de visite*, quest'ultima denominazione è stabilita dalla Federazione Nazionale che riunisce questo tipo di servizi), la cui esperienza è considerata paradigmatica dei successivi sviluppi europei.

Grazie proprio alla vicinanza francese la loro diffusione si è avuta, pur tardivamente, anche in Italia, dove i servizi più conosciuti sono Spazio Neutro di Milano (avviato come progetto sperimentale nel 1993) e i centri di Torino (che hanno cominciato ad operare nel 1992). La situazione torinese rappresenta un caso esemplificativo della eterogeneità dell'organizzazione dei luoghi neutri (per es. un tipo diffuso è quello contrattuale basato sul "contratto di utenza").

Nello specifico, il Piano Territoriale ex L.285/97 della Città di Torino prevede l'attivazione di cinque Servizi denominati "Luoghi Neutri", gestiti con progetti concertati con le ASL cittadine. In questa esperienza, risulta particolarmente importante la riflessione sulle peculiarità dei luoghi neutri interni ai Servizi sociali. Tra i compiti tradizionalmente svolti dai Servizi vi sono l'organizzazione e la gestione degli incontri vigilati, ovvero quegli incontri tra minori e adulti significativi, predisposti dalla Magistratura o dai Servizi stessi, che presentano finalità molteplici quali l'osservazione dell'andamento della relazione tra adulto e bambino, la continuazione della relazione tra bambino e adulti significativi in un contesto che garantisca protezione e sicurezza, la tutela del "diritto di visita" dei genitori non affidatari.

La gestione degli incontri in luogo neutro presuppone una capacità di osservazione, nell'ottica di un'analisi della relazione tra i minori e gli adulti di riferimento, e per tale motivo, nella pratica dei Servizi torinesi, si è formalizzata una collaborazione che vede la presenza di figure professionali afferenti l'area psicologica e figure professionali, quali gli Educatori, che nella formazione di base apprendono e approfondiscono tecniche osservative. Queste tecniche consentono un considerevole apporto alla lettura della relazione tra genitori e figli, per lo più su mandato delle Autorità Giudiziarie, per un esito che conduca al maggior benessere possibile per il minore.

Tornando agli aspetti più generali dei "luoghi neutri, nei Paesi in cui questi sono sviluppati si rilevano almeno due importanti modelli di riferimento:

- ✓ il primo, europeo (diffuso soprattutto in Francia, in Belgio, in Inghilterra ed ora anche in Italia) è incentrato sul mantenimento delle relazioni tra genitori non affidatari (o altri adulti di riferimento, in primo luogo i nonni) e bambini;
- ✓ il secondo, extraeuropeo (diffuso soprattutto negli Stati Uniti, in Canada, in Australia e in Nuova Zelanda) è incentrato sul tentativo di mantenere le relazioni familiari deteriorate da situazioni di violenza.

Il modello europeo, seguito in Italia, mira a far sì che la conflittualità intergenitoriale non investa anche il rapporto genitore non affidatario - bambino (cosiddetta conflittualità continuata) con atteggiamenti di rifiuto del figlio da parte del genitore non affidatario o viceversa di rifiuto del genitore non affidatario da parte del figlio, ad evitare che oltre ad essere divisi i genitori non siano divisi anche i figli dai genitori.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Gli incontri presso il luogo neutro avvengono per libera scelta del genitore o per decisioni giudiziarie, in applicazione specialmente dell' art. 155 c. 2, in cui il nostro legislatore (a differenza di altri) è stato lungimirante nell'utilizzare la dizione "diritti nei rapporti" (usata anche nell'art. 6 c. 3 L. 898/1970; questa formula potrebbe agevolmente considerarsi un presupposto normativo per il riconoscimento del diritto alla relazione, che rappresenta il superamento della visione adultocentrica e unilaterale del diritto di visita affermatosi nella prassi giudiziaria e non). Altri incontri possono aversi in applicazione degli artt. 330, 332, 333 e 336 c.c. (per es. ricomporre i rapporti genitore - figlio dopo l'allontanamento del minore o del genitore dalla residenza familiare o in caso di reintegrazione nella potestà genitoriale), art. 342 ter c.c. ed art. 5 L.184/1983 (come novellato dalla L.149/2001). Il luogo neutro è destinato non solo alla ricostruzione di relazioni interrotte o faticose ma anche alla creazione di nuove relazioni come può avvenire in caso di riconoscimento del figlio naturale. In questo caso il ricorso ad esso può favorire l'assenso del figlio ultrasedicenne al riconoscimento (art. 250 c. 2 c.c.) o l'eventuale inserimento del figlio naturale riconosciuto nella famiglia legittima (art. 252 c. 2 c.c.). Essendo diversi i presupposti degli incontri, la gamma degli interventi da attuare al riguardo da parte degli operatori è estremamente ampia: guida, osservazione, presentazione, protezione, sorveglianza, sostegno.

Servizi per la prima infanzia

L'attuazione di una efficace politica a favore della famiglia si concretizza mediante la predisposizione di una gamma differenziata e flessibile di risposte che tengano conto delle mutate esigenze dei nuclei familiari.

In questa prospettiva in Regione Piemonte sono attivati i seguenti Servizi per la prima infanzia:

- ASILI-NIDO: è un Servizio rivolto ai bambini da 0 a 3 anni con finalità di socializzazione ed educazione; mediamente la capacità ricettiva di un Nido varia da un minimo di 25 ad un massimo di 75 minori.
- MICRO-NIDO: è un Servizio con finalità e caratteristiche identiche a quelle dell'asilo-nido; se ne differenzia unicamente per la capacità ricettiva che arriva ad un massimo di 24 bambini.
- SPAZIO BIMBI (CENTRO DI CUSTODIA ORARIA o BABY PARKING): è un Servizio socio-educativo-ricreativo che accoglie minori da 13 mesi a 6 anni, ed è destinato a favorirne la socializzazione, la permanenza dei bambini non può superare le 5 ore consecutive.
- NIDO IN FAMIGLIA: è un Servizio sperimentale socio-educativo-ricreativo inserito in un contesto ambientale e sociale di tipo familiare rivolto ai bambini da 0 a 3 anni. Il numero massimo di bambini ospitati non può essere superiore a 4 e la permanenza degli stessi non può superare le 5 ore continuative.

Interventi economici a sostegno del reddito

Sono orientati a per promuovere la maternità e la paternità responsabile anche attraverso prestiti d'onore, assegni di cura, agevolazioni fiscali e riduzioni-esenzioni tributi locali, ecc..

Servizio educativo territoriale minori

Il Servizio di assistenza socio-educativa territoriale è caratterizzato da interventi di sostegno rivolto ai soggetti "a rischio di emarginazione", preso la famiglia ed il loro ambiente di vita, mediante attività di tipo educativo mirate al raggiungimento o mantenimento della massima autonomia personale.

Interventi di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro

Favoriscono la flessibilità dell'orario di lavoro dei genitori, sgravi contributivi, programmi di formazione e orientamento – riorientamento professionale, sostegni alla ricerca attiva del lavoro, ecc.

Unità valutativa minori (UVM), Unità valutativa handicap (UVH)

Prevedono la presa in carico integrata tra operatori del comparto sociale e del comparto sanitario. (vds anche *specifici Servizi per le persone disabili*)

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Osservatorio Regionale sull'Infanzia e l'Adolescenza Minori

La Regione Piemonte gestisce l'Osservatorio sull'Infanzia e l'Adolescenza, nato per soddisfare l'esigenza di costruire un panorama delle condizioni dei bambini e degli adolescenti in Piemonte, in attuazione della L.451/97. Oltre ai dati demografici e statistici, l'analisi si estende, quindi, ai Servizi rivolti alla fascia d'età 0/17 anni ed alle opportunità di crescita offerte da Istituzioni, Associazioni ed, in generale, dalla Comunità locale.

L'Osservatorio si propone di fornire una serie di informazioni sempre più dettagliate sulla popolazione minorile, quale supporto per quanti, ai diversi livelli di responsabilità politica, istituzionale, sociale e culturale si occupano di infanzia ed adolescenza.

Le attività dell'Osservatorio sono rivolte, inoltre e non secondariamente, ai minori ed alle famiglie stesse, che possono trovare sullo spazio web informazioni inerenti la collocazione e l'attivazione dei Servizi per l'infanzia e l'adolescenza, le campagne regionali per la promozione dei diritti dei minori e quanto può di volta in volta costituire documentazione utile per fruire di tutte le opportunità messe a disposizione dalle istituzioni regionali e locali.

L'Osservatorio si articola in otto postazioni locali, presso ciascuna Amministrazione Provinciale, in collegamento informatizzato con la sede centrale regionale dell'Assessorato alle Politiche Sociali che, a sua volta, è collegata in rete con l'Osservatorio Nazionale.

Inserimenti in Centri Diurni

Il Centro Diurno è un Servizio che si rivolge oltre che ai minori che si trovano in difficoltà nel proprio ambiente di vita e di studio, anche a persone disabili di età superiore ai 14 anni, anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

L'intervento, che ha anche l'obiettivo di sostenere temporaneamente il nucleo familiare, è finalizzato a:

- favorire l'educazione e la socialità dei ragazzi in difficoltà per far fronte al ritardo scolastico e al rischio di emarginazione;
- promuovere l'autonomia, il reinserimento sociale e l'avvicinamento al lavoro di persone disabili per le quali è impossibile un normale impegno di lavoro, ma che possono partecipare ad attività produttive guidate adeguate alle loro capacità residue;
- potenziare le capacità espressive, favorire lo sviluppo di capacità relazionali che consentano di raggiungere il massimo di autonomia possibile delle persone con disabilità intellettiva o fisica;
- recuperare l'autonomia, sviluppare le capacità residue, stimolare la partecipazione alla vita di relazione delle persone anziane autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Inserimenti in Presidio

Come noto la legislazione minorile ed in particolare la L. 149/ 2001 “*Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile*” stabilisce con forza che “...il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia”; quando un minore risulta “*temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, nonostante gli interventi di sostegno e aiuto disposti è affidato ad una famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno..... Ove non sia possibile l'affidamento....è consentito l'inserimento del minore in una comunità di tipo familiare o, in mancanza, in un istituto di assistenza pubblico o privato, che abbia sede preferibilmente nel luogo più vicino a quello in cui stabilmente risiede il nucleo familiare di provenienza. Per i minori di età inferiore a sei anni l'inserimento può avvenire solo presso una comunità di tipo familiare*”.

L'inserimento in presidio costituisce pertanto l'ultima ratio del sistema di protezione sociale cui ricorrere quando – documentatamente – si rilevano momentaneamente inadeguati o insufficienti tutti gli altri interventi di Servizio sociale. La figura fondamentale che opera nelle Comunità Alloggio è quella dell'Educatore professionale; questi agiscono in costante raccordo con le altre figure professionali del territorio predisponendo piani di inserimento individuali per ciascun minore finalizzati al rientro nella famiglia d'origine o all'inserimento in famiglia affidataria o adottiva.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Specifici Servizi per Adulti in Difficoltà

Prevedono interventi di

- sostegno all’inserimento lavorativo: formazione, riqualificazione, orientamento, ecc.;
- accoglienza abitativa attraverso strutture di prima accoglienza, di accoglienza temporanea, case-famiglia, gruppi appartamento, case-albergo, Comunità, ecc., nonché interventi coordinati con le Agenzie della Casa (ATC);
- gestione centri per la gestione dei conflitti, centri anti violenza (casa delle donne, case rifugio per donne maltrattate, alloggi protetti, Servizio autonomia donne, ecc.).

Questi Servizi sono sostanzialmente impegnati a contrastare i processi di pauperizzazione e di vulnerabilità sociale, pur con mezzi e strumenti ancora largamente inadeguati rispetto alla complessità e vastità di questi problemi. In questo senso i tradizionali strumenti di assistenza economica rischiano di tradursi in vere e proprie “trappole di povertà” nel senso che non sostengono effettivamente persone e famiglie ad uscire dalle condizioni di marginalità. Occorre allora pianificare l’utilizzo di interventi e servizi in grado di affrontare la multiproblematicità e la vulnerabilità sociale che è generata da un caleidoscopio di problematiche, fonti di una marcata *fragilizzazione economica e materiale* che investe le persone ed i nuclei familiari:

- sulla condizione abitativa
- sulla condizione finanziaria
- sulla gestione della salute
- sulla condizione lavorativa

- sul lavoro di cura e di accudimento rivolto ai soggetti fragili del nucleo familiare. Tra questi nuovi interventi e Servizi occorre una forte sinergia negli ambiti che si occupano di formazione professionale, politiche per il lavoro, politiche per la casa, - politiche per l’immigrazione, politiche per i trasporti, politiche per il reddito, politiche per l’istruzione la cultura e socialità, politiche per la salute, politiche per la cittadinanza.

Concretamente, queste sinergie possono mettere in campo Servizi di sostegno al risparmio e al credito (asset building, microcredito, programmi di microcredito individuale, programmi di microcredito all’impresa), sostegno al consumo responsabile (promozione e sostegno del patto sociale per i consumi, programmi di promozione e sostegno del last minute market, distretti di economia solidale), sostegno abitativo (l’housing sociale), incentivi alle imprese che assumono persone in difficoltà, ecc.

In sostanza profilare Servizi di **workfare** che sottendono alla convinzione per la quale la garanzia della sicurezza economica dipende dal lavoro retribuito più che da una astratta definizione di diritto di cittadinanza; in altri termini, l’idea fondante che il lavoro, combinato con l’istruzione e la formazione, rappresenti l’unica via di risoluzione e di uscita dalle condizioni di povertà (quindi *passaggio dal welfare state al workfare state*)

Specifici Servizi per le Persone Anziane

Prevedono diverse prestazioni e interventi tra cui:

- Affidamento e/o assegni di cura a favore delle famiglie disponibili a mantenere l’anziano non autosufficiente nel proprio domicilio;
- Assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata; mense e pasti caldi a domicilio. L’assistenza domiciliare consiste in prestazioni di aiuto per il soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona anziana nella propria abitazione, compreso il governo della casa e, ove necessario, per consentire l’accesso ai Servizi territoriali;
- Unità valutativa geriatrica (UVG) che certifica il grado di non autosufficienza della persona anziana e definisce il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). L’UVG è composta da Medico geriatra, Infermiere, Assistente sanitario, Assistente Sociale. L’U.V.G. in specifico ha quindi il compito di valutare i bisogni assistenziali e sanitari della persona anziana, individuare l’intervento socio-sanitario più idoneo a soddisfare le esigenze assistenziali della persona, valutare le condizioni di non autosufficienza, socio-abitative e familiari dell’anziano al fine di verificare se può essere adeguatamente assistito a casa - eventualmente con un supporto - oppure se è

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanniarena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	------------------------

necessario l'inserimento presso una struttura residenziale e - in questo caso - quale tipologia di struttura è idonea a garantire l'assistenza necessaria. La tipologia di struttura idonea è individuata dall'U.V.G. in base alle esigenze assistenziali e sanitarie della persona.

- Amministratore di sostegno. Nuovo istituto previsto dalla L. 6/2004, nominato dal giudice tutelare, per supportare e rappresentare la persona anziana e come possibile alternativa a provvedimenti più drastici quali l'interdizione o l'inabilitazione;
- Centri diurni integrati nei quali operano Medici, Infermieri, Educatori, Animatori, Terapisti della riabilitazione;
- Strutture di accoglienza residenziale (Comunità Alloggio, Nucleo Alzheimer, R.A. = Residenza Assistenziale, R.A.A. = Residenza Assistenziale Alberghiera, R.A.B. = Residenza Assistenziale Di Base, R.A.F. = Residenza Assistenziale Flessibile, R.S.A. = Residenza Sanitaria Assistenziale, Raf (per Disabili) = Residenza Assistenziale Flessibile (Nucleo per Disabili), Residenza Protetta. Le strutture per anziani si possono dividere in due grandi tipologie: per soggetti autosufficienti e parzialmente autosufficienti [*Residenza Assistenziale Alberghiera (RAA) e Residenza Assistenziale (RA)*]; • per soggetti non autosufficienti [*Residenza Assistenziale Flessibile (RAF) e Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)*].

In Piemonte alcuni presidi offrono questi servizi all'interno della stessa struttura.

L'inserimento in un presidio di un anziano autosufficiente può avvenire direttamente (per richiesta degli interessati, con retta totalmente a proprio carico) o attraverso i Servizi Socio Assistenziali. La richiesta può essere fatta dal diretto interessato, dalla sua famiglia, dal volontariato, dal vicino di casa, ecc. all'Assistente Sociale della propria zona. Saranno valutate le possibilità d'una integrazione della retta per quegli anziani che si trovino in particolari situazioni d'indigenza o d'abbandono.

L'inserimento in un presidio di un anziano non autosufficiente può avvenire direttamente (per richiesta dell'interessato, con retta totalmente a proprio carico) o attraverso il sistema del convenzionamento. La richiesta può essere fatta dal diretto interessato, dalla sua famiglia, dal suo medico, dagli operatori dell'Ospedale o dal Distretto Sanitario alla Unità di Valutazione Geriatria (UVG)[commissione medica, integrata da un rappresentante del comparto sociale]. Presso ciascuna Azienda Sanitaria Territoriale è stata costituita la Commissione che ha il compito di valutare il grado di salute e di non autosufficienza del soggetto. La visita deve avvenire entro un massimo di 30 giorni ed è normalmente effettuata presso idoneo ambulatorio dell'ASL o dell'ASO. Qualora il paziente non possa recarsi presso l'ambulatorio, è programmabile una visita presso la sua abitazione, o la struttura residenziale presso cui in quel momento egli sia ospitato, o il reparto ospedaliero o la casa di cura in cui sia al momento ricoverato. Qualora l'UVG si esprima per un'indicazione al ricovero in struttura per non autosufficienti, l'anziano viene inserito in un presidio convenzionato con l'Azienda Sanitaria che provvederà al pagamento della quota sanitaria della retta, mentre la restante parte è a carico dell'anziano, salvo i casi di indigenza per i quali concorreranno, all'integrazione della retta, i Servizi Socio Assistenziali. Nel caso non vi sia immediata disponibilità di posti letto, si provvede alla compilazione di una graduatoria mediante l'attribuzione ad ogni anziano di un punteggio derivante dalla valutazione del proprio grado di salute e di autosufficienza, della situazione abitativa nonché della situazione socio-familiare.

Nelle Residenze di cui sopra operano Medici, Infermieri, OSS, Terapisti della riabilitazione, Animatori, Educatori, ecc.

- Centri d'incontro e di socializzazione;
- Attività connesse ai rapporti con l'Autorità Giudiziaria
- Telesoccorso e telecontrollo. Il telesoccorso, eventualmente affiancato da una funzione di telecontrollo (che prevede anche verifiche telefoniche periodiche da parte degli addetti) è un Servizio finalizzato a favorire il permanere delle persone nel proprio domicilio fornendo loro una condizione di maggiore sicurezza grazie alla possibilità di pronta risposta (e quindi all'occorrenza di pronto intervento da parte di parEnti, vicini, ecc.) per mezzo di un apparecchio telefonico collegato ad una centrale operativa attiva 24 ore su 24 e per tutti i giorni dell'anno;
- Servizi di tregua per alleviare i carichi di impegno e di fatica delle persone che accudiscono congiunti anziani non autosufficienti;
- Servizi Pronta Estate

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Specifici Servizi per le Persone Diversabili

Il "Sistema Piemonte per la disabilità" tenta di sviluppare percorsi integrati e politiche concertative non soltanto tra le diverse istituzioni, ma anche con le persone disabili, le loro famiglie, le associazioni e rappresentanze sociali, gli operatori.

Gli interventi più tradizionali riguardano

- l'assistenza economica;
- l'assistenza domiciliare;
- l'educativa territoriale,
- l'affidamento familiare,
- i centri socioterapeutici,
- i centri di attività diurna,
- le comunità alloggio e i gruppi appartamento,
- Servizi di accompagnamento,
- buoni Servizio taxi,
- l'Unità valutativa handicap (U.V.H.) e l'Unità Valutativa Minori (U.V.M.). La commissione di valutazione handicap (Unità di Valutazione Handicap), ha come finalità la valutazione integrata, sanitaria e assistenziale, dei progetti individuali relativi a persone disabili che comportano l'attivazione di interventi sociosanitari. Sono interventi sociosanitari quelle prestazioni che non sono definibili esclusivamente socioassistenziali (ad esempio il contributo economico per il pagamento dell'affitto per le persone indigenti) né esclusivamente sanitari (ad esempio la visita di un medico), ma sono relativi a prestazioni a "valenza mista", sanitaria e socioassistenziale, e per le quali il costo è di competenza sia del Comune che dell'Azienda sanitaria locale (ad esempio la retta di una struttura residenziale in cui lavorano operatori sia sanitari che socioassistenziali). Ai sensi della normativa vigente, nazionale e regionale, l'erogazione degli interventi sociosanitari deve essere regolamentata da apposite convenzioni tra l'Azienda Sanitaria Locale e l'ente gestore dei servizi socioassistenziali. La composizione della commissione U.V.M. si differenzia da quella dell'U.V.H. solo per la presenza obbligatoria del medico neuropsichiatra infantile dipendente dell'A.S.L.

Negli ultimi anni stati promossi nuovi progetti e interventi che integrano quelli sopraelencati. Tali progetti sono realizzati a livello regionale ed a livello locale, attraverso i finanziamenti delle leggi 104/92, 162/98 e 284/97 agli Enti gestori della funzione socio-assistenziale. Tra questi si evidenziano:

Osservatorio Regionale sulla Disabilità. Il coordinamento delle attività dell'Osservatorio è in capo alla "Commissione Interassessorile per l'attuazione delle Leggi 104/92 e 162/98", istituita presso la Direzione Politiche Sociali dell'Assessorato Regionale al Welfare e Lavoro a cui partecipano gli Assessorati alla Tutela della Salute, all'Istruzione e Formazione, all'Edilizia, ai Trasporti, al Turismo e Sport con il compito di armonizzare gli interventi in materia di disabilità. L'obiettivo dell'Osservatorio è quello di fornire uno strumento di raccolta delle informazioni relative alla normativa, ai Servizi, alle presentazioni di iniziative, ausili ed esperienze di buone prassi a fianco di dati statistici sulla popolazione disabile, sui Servizi offerti e le procedure di erogazione adottate. I dati raccolti sono sia quelli di carattere statistico ed epidemiologico sia quello di carattere di Scientifico, di ricerca e sperimentazione di prassi, metodologie di lavoro e prodotti per disabili. L'Osservatorio è strutturato in due parti: l'area Abile/Disabile realizzata in collaborazione con la Città di Torino è dedicata alla raccolta di informazione sui Servizi attivati dalla rete territoriale in favore dei cittadini disabili e delle loro famiglie; l'Area tematica, realizzata in collaborazione con l'A.S.L. 16 di Mondovì, è dedicata ai diversi argomenti specifici

Sperimentazione di progetti di "Vita indipendente" finalizzati all'impiego di assistenti personali, regolarmente assunti dalla persona disabile, che l'aiutano ad organizzarsi e vivere momenti di partecipazione alla vita pubblica e di socializzazione. I singoli piani vengono valutati, in merito all'efficacia del progetto rispetto allo sviluppo della vita indipendente ed all'integrazione sociale, dall'Unità Valutativa Handicap o da apposita Commissione costituita da rappresentanti dei Servizi socio assistenziali e dei Servizi sanitari. Destinatari di questi progetti sono persone portatrici di grave disabilità motoria, di età compresa tra i 18 e 64 anni, inserite in contesti lavorativi o formativi e sociali;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

queste persone devono avere capacità di autodeterminazione (in quanto devono gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte) e consapevoli che l'assunzione di assistenti personali, individuati e formati direttamente, li vede impegnati nel ruolo di datori di lavoro con tutti i diritti e doveri che ne conseguono.

Sostegno all'inserimento lavorativo che consiste in prestazioni di aiuto incentrati su progetti individuali di accompagnamento al lavoro e modulati in base ai diversi bisogni. Questi interventi, curati in coordinamento con i Centri Provinciali per l'impiego in attuazione della Legge 68/99; mirano a: consentire esperienze in ambiente lavorativo che favoriscano una maturazione delle personalità e la progressiva acquisizione di capacità lavorative attraverso tirocini (formazione in situazione) in diverse aziende, con progressività dell'impegno ed aumento dell'orario; consentire l'accesso ad un'occupazione stabile, attuando mediazione per facilitare l'apprendimento della mansione specifica e di capacità di relazione sociale e lavorativa. L'obiettivo è l'assunzione attraverso il collocamento mirato, quindi l'adeguamento alla mansione richiesta

Specifici Servizi di contrasto alla devianza e alla criminalità

In Regione Piemonte si è sviluppato, sui temi del contrasto alla devianza e alla criminalità, un insieme di interventi mirati al reinserimento sociale e lavorativo di quanti stanno scontando una pena o hanno avuto esperienze di detenzione. E' in atto una fattiva collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, oltre all'impegno degli Enti Locali, dei Servizi locali, del Volontariato, dei Datori di lavoro e delle Organizzazioni sindacali. I progetti al momento finanziati dalla Regione perseguono obiettivi di:

- prevenzione e la sensibilizzazione della popolazione sulle tematiche della legalità, della devianza e della pena;
- miglioramento delle condizioni di vita durante la detenzione e offerta di opportunità formative e culturali;
- reinserimento sociale e lavorativo delle persone che stanno scontando o hanno scontato una pena.

Elementi di riferimento sui Servizi offerti dalla Cooperazione Sociale

Le prime cooperative integrate e di solidarietà sociale si sono costituite in Piemonte tra la fine degli anni '70 e i primi anni '80. Quando, nell'agosto del 1989, è stata emanata la legge regionale n. 48, che disciplinava i due tipi di "cooperative sociali" ed istituito il primo registro regionale, si contavano 88 cooperative, di cui una sessantina di Servizi alla persona e 28 di inserimenti lavorativi, per complessivi 300 posti di lavoro offerti a soggetti "deboli", così come individuati dalla legge medesima.

Questa realtà da anni presente e operante nel paese, ha avuto pieno riconoscimento con l'entrata in vigore della L.8 novembre 1991 n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali". La legge ha introdotto nell'ordinamento giuridico italiano una nuova figura di cooperativa, la cui finalità consiste nel perseguire l'interesse generale della Comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini. Ciò attraverso Cooperative di tipo A per la gestione di Servizi socio-sanitari ed educativi e Cooperative di tipo B per lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di Servizi- finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate" (art. 1).

Ai tradizionali caratteri di democraticità e mutualità, si è aggiunto il principio di solidarietà come segno distintivo della cooperazione sociale, alla quale è stato riconosciuto un ruolo attivo nell'attuazione di forme di collaborazione con il sistema pubblico di protezione sociale. Inoltre, pur concorrendo, a fianco di altre organizzazioni pubbliche e private senza fini di lucro, alla realizzazione di finalità di interesse generale, la cooperativa sociale mantiene la forma giuridica di impresa, con un approccio ai problemi relativi alla produzione, organizzazione e gestione orientato a criteri di efficienza.

L'art. 9 della legge n. 381/91 demandava alle Regioni l'adozione di norme di attuazione le quali dovevano definire:

1. l'istituzione dell' Albo regionale delle Cooperative sociali
2. le modalità di raccordo con l'attività dei Servizi socio-sanitari ed educativi;
3. i criteri per le convenzioni fra le cooperative sociali i loro consorzi e gli Enti pubblici nonché l'adozione di schemi di convenzioni-tipo;
4. gli interventi a sostegno e per la promozione della cooperazione sociale.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Con L.R. 9 giugno 1994 n. 18, modificata e integrata con L.R. 22 ottobre 1996 n. 76, si è provveduto a riconoscere e valorizzare questo importante settore di società civile, da anni presente nella realtà piemontese, istituendo anche l' albo regionale .

In seguito, nell'ambito dell'attuazione del decentramento amministrativo, sono state trasferite alle Province piemontesi le competenze amministrative relative all'albo delle cooperative sociali e sono state attribuite le funzioni in materia di assegnazione dei contributi previsti dalla L.R. 18/94 agli artt. 14 e 19, mentre restano di competenza regionale l'assegnazione del prestito a tasso agevolato (artt. 15 - 16 - 17) la cui gestione è affidata alla Finpiemonte S.p.A.

In data 22 maggio 2006 è stata adottata dalla Giunta Regionale la deliberazione " Legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1, art. 31 - Atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra gli Enti Pubblici e il Terzo Settore: Approvazione": Tale provvedimento costituisce un'azione innovativa all'interno della materia cooperazione sociale in linea con il principio costituzionale di sussidiarietà, che prevede, nella programmazione e realizzazione del sistema dei Servizi, il riconoscimento e l'agevolazione del particolare ruolo dei soggetti del terzo settore quali espressioni organizzate delle autonome iniziative dei cittadini.

Inoltre, considerato il carattere regolamentare dell'atto, e l'implicita finalità di interesse pubblico a garantire rapporti corretti tra soggetti privati non profit ed Enti pubblici, viene stabilita l'estensione dell'applicabilità del provvedimento ai rapporti con la totalità degli Enti pubblici territoriali quindi tutti gli Enti del Servizio sanitario regionale, in particolare ASL e ASO, e anche IPAB, per questi motivi l'atto è a firma degli Assessori alla Sanità e al Welfare, sebbene si tratti di un adempimento della legge n. 1.

Elementi di riferimento sui Servizi offerti in tema di Immigrazione

Il fenomeno dell'immigrazione straniera è un fenomeno strutturato e radicato in tutto il territorio regionale, anche se in maniera non del tutto omogenea.

Gli incrementi della pratiche di ricongiungimento familiare e di inserimenti scolastici, presentano carattere di stabilità, di inserimento definitivo e familiare; ciò porta alla crescita della domanda di Servizi sanitari, sociali ed educativi.

Proprio queste caratteristiche del fenomeno migratorio inducono l'esigenza di ridefinire le caratteristiche e le peculiarità del processo di integrazione, richiedendo l'introduzione di decisive politiche di accoglienza e di inserimento sociale.

La Regione Piemonte ha disposto, in collaborazione con le Province, Programmi triennali di interventi a favore degli immigrati extraComunitari basati su risorse finanziarie provenienti dalla legge regionale n. 64/89 "Interventi a favore di immigrati extraComunitari residenti in Piemonte" e dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.

Le iniziative di rilevanza regionale finanziate nel triennio 2004-2006 hanno riguardato in particolare:

- ✓ l'Osservatorio Regionale sull'immigrazione straniera in Piemonte, la cui realizzazione è affidata all'Ires Piemonte che ha realizzato il sito <http://www.piemonteimmigrazione.it> . L'Osservatorio fornisce informazioni e analisi relative ai movimenti migratori internazionali verso il Piemonte, ai processi di integrazione nella società locale e alle politiche in materia. Esso funziona inoltre come centro di documentazione per le Amministrazioni locali sulla normativa, sui Servizi, sulle attività e le iniziative. Sono oggetto dell'osservazione i movimenti di cittadini stranieri in Piemonte, le condizioni di presenza, vita e lavoro di questa popolazione, le iniziative e le politiche che li riguardano. La raccolta, la produzione e l'analisi dei dati sono finalizzate in particolare a comprendere il processo complessivo di trasformazione della società in relazione all'afflusso di nuova popolazione (processo di integrazione), nel contesto delle più ampie trasformazioni dell'economia e della società.
- ✓ progetti di interesse generale a sostegno e qualificazione dell'inserimento scolastico degli allievi stranieri attuata con la Direzione generale per il Piemonte del Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca .

Elementi di riferimento sui Servizi offerti dalle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza ed I.P.A.B. Privatizzate

Le IPAB sono le istituzioni pubbliche che hanno tradizionalmente perseguito nei secoli scorsi l'opera di assistenza ai poveri, agli anziani, agli infermi e a quanti versavano in condizioni di difficoltà. Ciò grazie al proprio radicamento nel territorio e attraverso una vasta manifestazione di mecenatismo e di sostegno da parte di benefattori .

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La beneficenza aveva infatti allora esclusivamente natura caritativa e filantropica e le diffuse forme di povertà erano terreno fertile per il sorgere di iniziative, per lo più confessionali, che si proponevano come unica risposta alla crescente domanda di aiuto.

A questi Enti si affiancano ora le Istituzioni, già IPAB, che hanno ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato e che mantenendo gli originari scopi statutari, concorrono alla realizzazione della rete integrata dei Servizi socio-assistenziali sul territorio, secondo le modalità di gestione di tipo privatistico.

Elementi di riferimento sui Servizi per la popolazione Nomade

La Regione Piemonte con la Legge regionale 26/93 si propone di salvaguardare l'identità etnica e culturale della popolazione nomade e di facilitarne, nel rispetto della reciproca conoscenza e convivenza, il progressivo inserimento nella Comunità regionale.

Al fine di dare attuazione a quanto prescritto dalla legge, con D.G.R. n. 38-3132 del 12 giugno 2006 sono stati definiti gli indirizzi e i criteri per la concessione dei contributi per progetti relativi a interventi di tipo strutturale, riguardante la realizzazione, l'ampliamento o la ristrutturazione delle aree sosta, e per interventi di tipo sociale, quali iniziative di sostegno scolastico e formativo e di inserimento nel mondo del lavoro, iniziative di mediazione interculturale, di sostegno alla maternità ed ai minori ecc.

Elementi di riferimento sul Servizio Civile Nazionale

Con la L.6 marzo 2001 n. 64 è stato istituito il Servizio Civile Nazionale, mediante il quale è riconosciuta e favorita la possibilità per i giovani di dedicare una parte della propria vita a forme di impegno solidaristico.

Il Servizio civile è quindi un modo per concorrere alla difesa della Patria con mezzi ed attività non militari, per promuovere la solidarietà e la cooperazione, a livello nazionale e internazionale, e per contribuire alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani mediante attività svolte anche in Enti ed Amministrazioni che operano all'estero.

Il Servizio civile è un impegno, per chi lo sostiene, di una duplice valenza positiva, che accresce il tempo impiegato di un valore aggiunto significativo:

- ✓ permette di vivere un'esperienza individuale di cittadinanza attiva anche in quei settori che sono a maggiore contatto con il disagio, consentendo al volontario di confrontarsi con un proprio percorso di crescita individuale utile a sviluppare la propria disponibilità verso una concezione di società civile e solidale;
- ✓ permette di vivere un'esperienza individuale che potrà essere utile in una prospettiva futura di lavoro o di studio. Per questo la Regione Piemonte si sta impegnando con vari Enti per riconoscere e far riconoscere, in termini di crediti e/o di certificazioni quante più competenze acquisite dal volontario;

Con il decreto legislativo 5 aprile 2002 n. 77 sono state attribuite alle Regioni specifiche competenze, per la cui gestione la Regione Piemonte ha istituito un apposito ufficio che fa capo alla Direzione Politiche Sociali

Elementi di riferimento sui Servizi offerti dal sistema del Volontariato organizzato

Con la L. 11 agosto 1991, n. 266 "Legge-quadro sul volontariato" si è dato riconoscimento al volontariato organizzato. La medesima legge ha previsto che le Regioni istituissero i registri delle organizzazioni di volontariato.

La Regione Piemonte, con la legge regionale 29 agosto 1994, n. 38 ha dato attuazione alla L. 266/91 istituendo, tra l'altro, il registro regionale del volontariato.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

In seguito, con il decentramento amministrativo, sono state trasferite alle Province le funzioni relative alla tenuta del registro e all'assegnazione di contributi. Resta invece di competenza della Regione la sezione del registro relativa agli organismi di collegamento e coordinamento a carattere regionale, interregionale e nazionale con sede legale nella Regione Piemonte

Le caratteristiche di una organizzazione di Volontariato che vuole iscriversi al Registro sono quelle espressamente previste della L. 266/91 e cioè:

- ✓ assenza fini di lucro
- ✓ democraticità della struttura
- ✓ elettività delle cariche associative
- ✓ gratuità delle cariche associative e delle prestazioni fornite dagli aderenti
- ✓ criteri di ammissione ed esclusione degli aderenti
- ✓ obblighi e diritti degli aderenti
- ✓ obbligo di formazione del bilancio (beni, contributi, lasciti, spese)
- ✓ modalità di approvazione del bilancio da parte dell'assemblea degli aderenti
- ✓ devoluzione del patrimonio in caso di scioglimento ad altre organizzazioni di volontariato operanti in idEntico o analogo settore.

L'iscrizione di una Associazione di Volontariato al Registro consente: la possibilità di accesso ai contributi pubblici; la possibilità di stipulare convenzioni con la Regione, gli Enti Locali e gli altri Enti Pubblici; la possibilità di fruire delle agevolazioni fiscali ex artt. 7 e 8 L. 266/91 e del D-Lgs 4 dicembre 1997, n. 460 "Riordino della disciplina tributaria degli Enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative e di utilità sociale"; la partecipazione alla programmazione pubblica; l'informazione e consultazione su programmi e progetti degli Enti Locali. Ai sensi dell'art. 10, comma 8, del D.lgs. 460/97 le organizzazioni di volontariato iscritte sono considerate O.N.L.U.S. di diritto.

Dall'iscrizione al registro derivano per l'Associazione precisi obblighi quali: assicurare i propri aderenti che prestano attività di volontariato contro infortuni e malattie, nonché per la responsabilità civile verso terzi; trasmissione entro il 31 luglio di ogni anno, ai sensi dell'art. 5 della L.R. 38/94, di una relazione dettagliata che illustri l'attività svolta e di una copia dell'ultimo bilancio.

Lo strumento tipico per regolamentare i rapporti di collaborazione tra le organizzazioni di volontariato e gli enti pubblici, previsto dalla normativa regionale è la convenzione. L'ente pubblico può concedere finanziamenti sotto forma di contributi o di convenzioni, che, secondo l'oggetto dell'attività, possono comportare rimborsi spese o riconoscimento di corrispettivi. Si possono in tal modo riconoscere vantaggi economici ed agevolazioni, sotto forma di sovvenzioni (l'ente pubblico finanzia completamente l'iniziativa), contributi, (l'ente pubblico finanzia parzialmente l'iniziativa o il servizio), sussidi ed ausili finanziari (a condizione che siano preventivamente definiti criteri e modalità), agevolazioni nella corresponsione di tariffe, canoni e tributi (es. esenzione tassa raccolta rifiuti, o esenzione affitto...), messa a disposizione di risorse materiali (strumentazioni, locali, attrezzature, utenze energetiche, assicurazioni, sostegno a campagne informative, etc.), collaborazione da parte dell'apparato pubblico (personale, sistema informativo, organizzazione in genere), accesso ai servizi o a parte di servizi che l'Ente pubblico direttamente realizza o che già si procura per le proprie esigenze (es. servizi di pulizia) o a pubblici servizi (es. servizi di mensa, di trasporto etc.), accesso ad attività di formazione realizzate per gli operatori dell'Ente pubblico o messa a disposizione di funzionari pubblici, quali esperti, per iniziative formative realizzate in proprio dagli organismi interessati.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

due diversi modelli organizzativi a confronto: elementi di riferimento sullo specifico dell'Organizzazione dei Servizi Socioassistenziali del Comune di Torino e del Comune di Novara

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI del COMUNE DI TORINO

La Città di Torino gestisce in forma diretta di Servizi Socioassistenziali. E' stata recentemente completata una consistente operazione riorganizzativa

→ da una articolazione in 17 centri circoscrizionali di Servizio Sociale che esercitavano, per il proprio ambito territoriale di competenza – ulteriormente suddiviso in subaree - tutte le funzioni volte ad affrontare le esigenze della popolazione. In questo modello, la logica dominante era quindi il territorio; gli Assistenti Sociali, in particolare, assumevano in carico tutte le fasce di popolazione. La responsabilità era in capo ad un funzionario in Posizione Organizzativa Socioassistenziale (P.O.S.A.) che rispondeva al Direttore della Circoscrizione;

→ ad un nuovo modello che prevede un unico Centro di Servizio Sociale per ciascuna delle 10 circoscrizioni cittadine, in capo ad un Dirigente. Questo Centro unificato dovrà rispondere a tutti i bisogni della popolazione circoscrizionale. Il nuovo modello organizzativo articola i Servizi su due livelli:

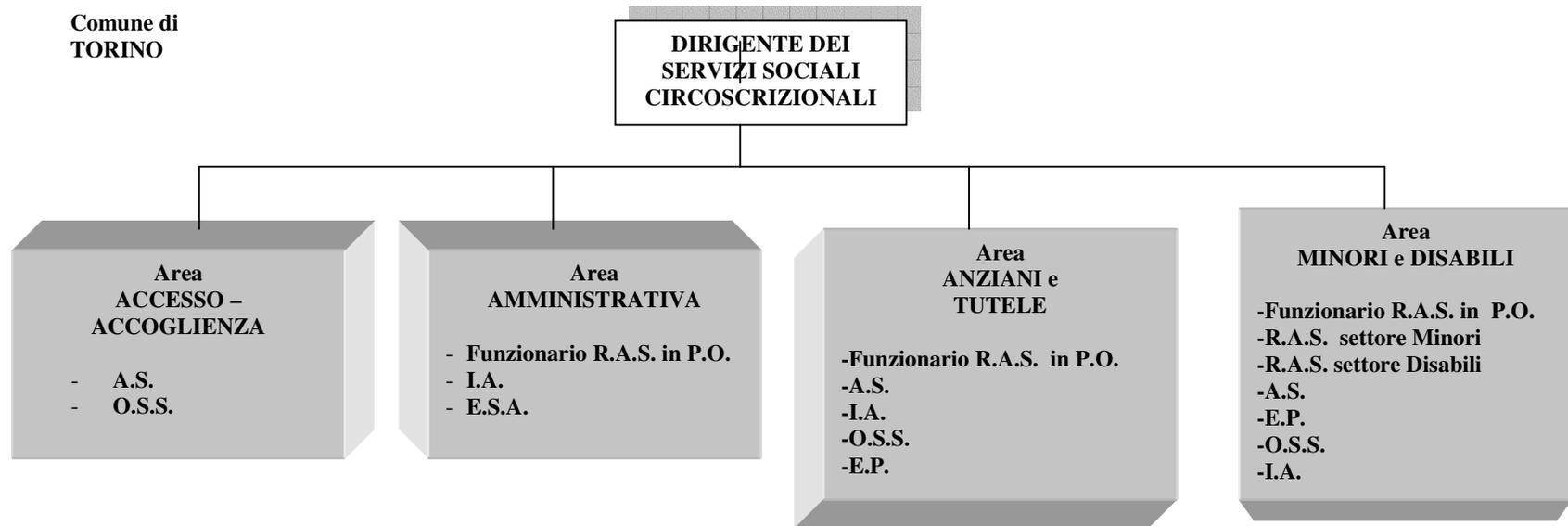
- l'accesso: comprende tutto il service amministrativo per la verifica dei criteri di ammissione alle prestazioni, il controllo delle autocertificazioni, ecc.. In tal modo si conta di garantire percorsi di accesso chiari e dall'esito certo, di rafforzare l'attività di accoglienza e decodifica della domanda sociale, di consulenza, Segretariato Sociale, gestione dell'emergenza, portale competente;
- la presa in carico: in alcune situazioni può essere indifferenziata, ma nella maggior parte dei casi è per filoni di competenza, distinta per aree tematiche (anziani, minori e disabili, adulti in difficoltà). Si è avviato un processo per l'attribuzione di titolarità della presa in carico in capo ad una specifica figura professionale in ragione della progettualità più appropriata. Si punta ad un consolidamento ed estensione di progetti alternativi e di supporto alla presa in carico individuale

Il nuovo modello si propone di assicurare l'unità del Servizio, l'interrelazione tra le funzioni di accoglienza-analisi della domanda e presa in carico, il completamento del piano di accorpamento e redistribuzione dei presidi sul territorio. In pratica, l'utenza viene ricevuta (al primo accesso) da operatori (Assistenti Sociali, che possono coinvolgere anche altri profili professionali) che sono preposti alla funzione "Accoglienza". In questa sede viene svolto l'esame del problema e, salvo interventi attivabili direttamente dagli operatori di accoglienza, il caso viene successivamente assegnato ad uno dei gruppi di operatori della "Presa in carico"(PIC) in base alla natura prevalente dei problemi del nucleo.

E' in atto un processo per costruire strumenti per l'individuazione della priorità per la presa in carico a fronte dello scarto tra universalità della domanda e disponibilità di risorse(triage nel Servizio Sociale).

In linea generale ci si può riferire al seguente schema di struttura organizzativa. L'organigramma varia anche sensibilmente da Circoscrizione a Circoscrizione in ragione dei diversi Servizi e presidi attribuiti alle singole aree (Comunità Alloggio, Centri di autonomia, Centri diurni, Centri socioterapeutici, Educativa territoriale, ecc.)

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------



legenda

P.O. = posizione organizzativa
 R.A.S. = responsabili assistenza sociale
 E.P.= educatori professionali
 A.S. = assistenti sociali
 O.S.S.= operatori socioassistenziali
 I.A.= istruttori assistenziali
 E.S.A.= esecutori socioassistenziali

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La Divisione centrale Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie del **Comune di Torino** provvede alla organizzazione generale del sistema attraverso

Coordinamento Pianificazione e Organizzazione Servizi al Pubblico

- Settore Rapporti con Circoscrizioni, Personale e Tutele
- Settore Stranieri e Nomadi
- Settore Piano Regolatore Sociale, Comunicazione Sociale e Vigilanza

Coordinamento Politiche Sociali

- Settore Famiglia - Promozione della Sussidiarietà e Domiciliarità
- Settore Prevenzione alle Fragilità Sociali e Sostegno agli Adulti in Difficoltà
- Settore Risorse economiche, Rivalse, Controllo di Gestione e Procedure

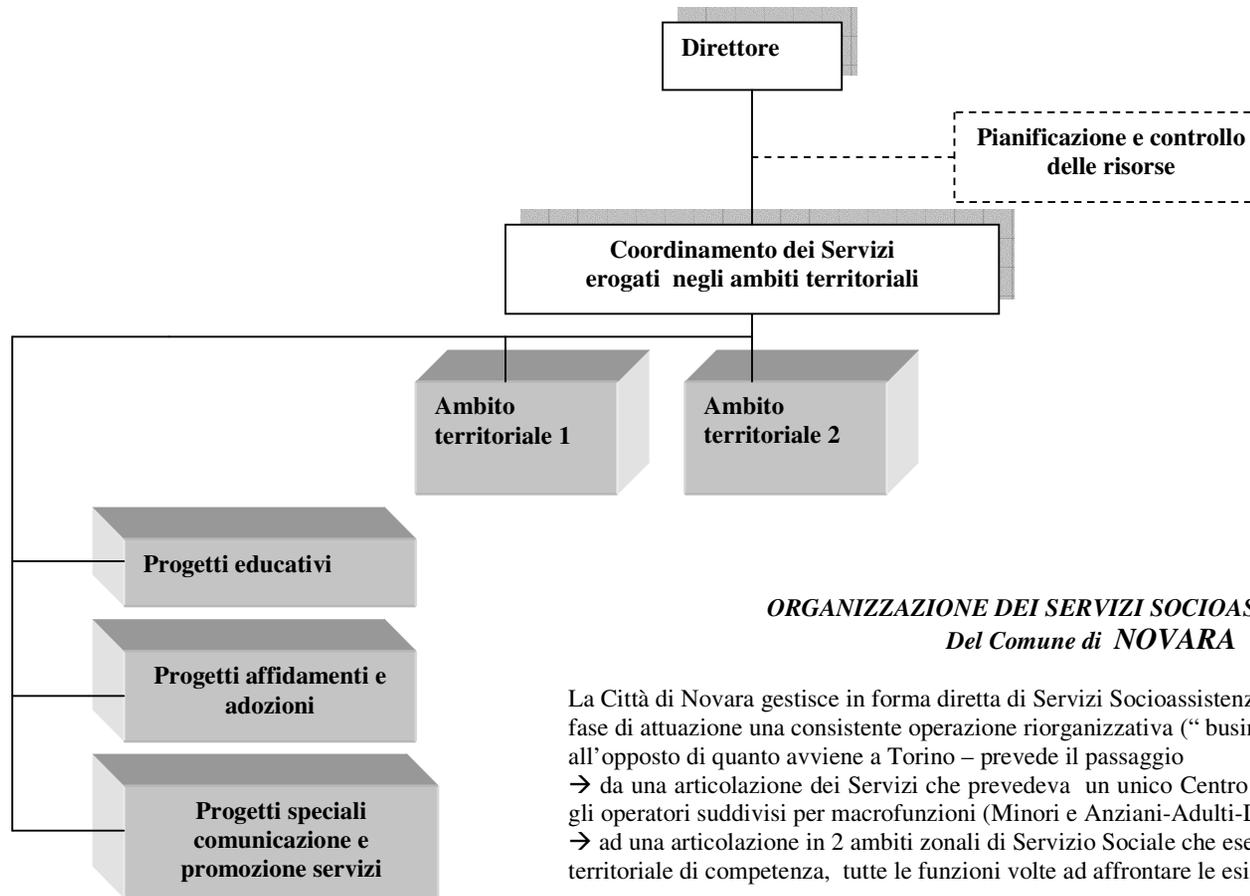
Coordinamento Strategie di Supporto Logistico, Tecniche, Strumentali e Formative

- Settore Sistema informativo - Politiche formative - Criteri d'accesso e Sistema dei controlli
- Settore Logistica e Patrimonio
- Settore Salute e Rapporti con le A.S.R.

Coordinamento Politiche Socio Sanitarie

- Settore Minori
- Settore Disabili
- Settore Anziani

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Elementi per l'organizzazione dei Servizi per la Salute in Piemonte

In attesa del nuovo Piano Sanitario Regionale 2011-2013, si propongono alcuni degli elementi essenziali disposti dal *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010* (testo approvato con DCR 137 – 40212 del 24 ottobre 2007) che segue il seguente INDICE

PREMESSA: UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE

Capitolo 1: OPPORTUNITÀ DI CRESCITA, GOVERNO DELLE RISORSE, INNOVAZIONI

Capitolo 2: GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Capitolo 3: PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVEZIONE

Capitolo 4: INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E CURE PRIMARIE

Capitolo 5: LA RETE OSPEDALIERA DEL PIEMONTE

PREMESSA. UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE

La salute non è semplicemente assenza di malattia o di infermità, ma è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale delle donne e degli uomini e della collettività che si configura socialmente e politicamente come bene comune e come diritto umano inalienabile.

A partire da questa importante definizione, il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2010 vuole rappresentare un documento fondamentale per delineare esplicitamente le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività piemontese.

All'interno di questo riferimento complessivo si inserisce e si connota un sistema di strutture, funzioni, servizi e attività che tende a tradurre e a rendere visibili i tratti portanti e caratteristici del modello ispiratore.

La lunga mancanza di formali ed organiche indicazioni programmatiche che delineassero obiettivi strategici, che individuassero scelte organizzative e promuovessero modalità di organizzazione del lavoro e di sviluppo delle attività sanitarie e socio-assistenziali, ha sfavorevolmente condizionato l'evoluzione del sistema socio-sanitario regionale.

Inoltre, la mancata integrazione con le specifiche politiche socio-assistenziali e più complessivamente con le politiche intersettoriali, che hanno spesso maggior efficacia agli effetti di una buona tutela della salute rispetto agli interventi sanitari in sé, ha determinato fatalmente una serie di mancate opportunità e di squilibri difficilmente recuperabili e sanabili all'interno del sistema socio-sanitario.

Questo nuovo documento di pianificazione traccia a grandi linee l'evoluzione a medio e a lungo termine del sistema: le fila dell'organizzazione socio-sanitaria regionale sono ricondotte ad un quadro di programmazione razionale e ragionevole, che trae origine dalle informazioni epidemiologiche relative allo stato di salute, con un'attenzione particolare all'analisi dei determinanti, delle domande e dei bisogni socio-sanitari.

Questo deciso e convinto riferimento alla centralità della salute, che include l'analisi dei bisogni correlabili ai generi, alle generazioni e ai diversi gradi di fragilità biologiche e sociali, segna, per le scelte politiche e per le coerenti articolazioni della sua gestione, una decisa inversione di rotta, su un percorso finora polarizzato sulla sola modulazione di offerta dei servizi sanitari.

Tale orientamento si innesta, storicamente ed organizzativamente, nel solco tracciato dal dettato costituzionale, dall'originario spirito della riforma sanitaria e dei servizi sociali, dalle autorevoli risoluzioni strategiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) operativamente e specificamente articolate nei grandi progetti "Salute 21", "Città sane" (Salute dei viventi) e "Agenda 21" (Salute dell'ambiente

ecologicamente e complessivamente inteso) e dal Programma di Azione della Conferenza di Pechino del 1995. In maniera estremamente sintetica si può assumere che la medicina, anche intesa in senso lato, costituisce un sottoinsieme della sanità, la quale è un sottoinsieme del sistema onnicomprensivo della salute.

Questa concatenazione di rapporti autorizza ad enunciare e a porre a monte del processo di pianificazione alcuni principi fondamentali con valenza strategica e valoriale ed alcune scelte progettuali più direttamente afferenti al governo del sistema e riguardanti l'articolazione dei servizi.

Sono pertanto principi fondamentali ispiratori della visione politica, strategica, valoriale di governo del Piano:

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni donna e uomo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale ed appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- la prevenzione, che si attua attraverso la rimozione o il contrasto dei fattori socio-economici, delle diseguità di genere e fra generazioni, dei fattori ambientali e biologici che insidiano la salute ed anche attraverso la appropriata e concreta promozione specifica dei fattori socio-economici, ambientali e biologici e della valorizzazione della differenza di genere che la favoriscono;
 - la centralità delle cittadine e dei cittadini che, in quanto persone singole o gruppi sociali radicati in un territorio, sono titolari originari del diritto alla salute che va tutelato attraverso una vigile, assidua, e per certi versi radicale partecipazione democratica. Attiene a questa concezione la attenta considerazione per l'applicazione dei criteri di dignità, di umanizzazione e di giustizia, che si concretizzano anche in un'accoglienza che ne tuteli i diritti, faciliti l'accesso e rispetti il tempo delle cittadine e dei cittadini;
 - un deciso e responsabile coinvolgimento degli enti locali i quali, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di tutela e promozione della salute ed esercitano anche la valutazione della qualità dei servizi nonché della loro efficacia nel rispondere ai bisogni della popolazione;
 - la considerazione dell'informazione e della rappresentazione del sistema come patrimonio democraticamente disponibile al fine di garantire un elevato livello di ordine del sistema stesso: si deve cioè passare da un sistema informativo sociosanitario ad un sistema socio-sanitario informativo, anche avvalendosi in modo sobrio, appropriato e differenziato per genere e generazioni delle opportunità storicamente offerte dalla tecnologia informatica, avendo però cura di non scambiare semplici e a volte ridondanti opportunità trasmissive con critiche necessità comunicative;
 - l'applicazione intensa e coraggiosa della pratica della integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale, all'interno di e tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario. In particolare l'integrazione con i distretti socioassistenziali può attivare una rete di protezione sociale, indispensabile per gli interventi di prevenzione, sostegno e riabilitazione per tutte le donne e gli uomini che si trovano in condizioni di difficoltà economico – sociali e in condizioni di fragilità e vulnerabilità. L'integrazione deve avere per obiettivo la migliore sostenibilità del carico assistenziale nel tempo e la responsabilità delle cure primarie al servizio sanitario pubblico, ponderando e valorizzando il lavoro di cura espletato dalle cittadine e dai cittadini;
 - un trasparente e razionale governo della salute che persegua l'equità, rispetti la sussidiarietà e promuova la cooperazione e la solidarietà all'interno dei canoni della sobrietà e dell'austerità. L'applicazione rigorosa di criteri di qualità ed appropriatezza sostanziale può garantire, in modo efficiente, efficace ed economico, un sistema sostenibile di salute e di benessere sociale. Le scelte abbracciate fanno propri criteri di produttività sociale della spesa sanitaria che escludono categoricamente rendite, parassitismi, separatezze autoreferenziali e promuovono al contrario il principio del servizio, richiamando piuttosto antiche e solidali disponibilità all'economia del dono. La salute, come obiettivo, ed il correlato sistema dei servizi socio-sanitari, come mezzo, diventano allora un potente fattore di sviluppo e di progresso, oltre che fattore di polarizzazione delle energie del privato, del terzo settore no-profit, del privato sociale e delle risorse, formali ed informali, delle associazioni del volontariato. Tutte queste risorse politiche, culturali, scientifiche e tecniche, produttivamente mobilitate per la costruzione del welfare di comunità, costituiscono un patrimonio prezioso di ricchezza sociale da coltivare ed incrementare, per una redistribuzione dei carichi sociali e familiari e delle opportunità sociali ed economiche;
 - una convinta ottemperanza ai dettami dell'etica della responsabilità ed una doverosa disponibilità di tutti gli operatori sanitari ad una rilettura dei problemi di salute dal punto di vista della ponderazione sociale e di genere. Sono scelte progettuali e programmatiche caratterizzanti dell'articolazione dei servizi:
 - l'assegnazione di una forte priorità per lo sviluppo di tutta l'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie, attraverso una rete di servizi che fornisca alle cittadine e ai cittadini una più continua, responsabile e completa presa in carico negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio;
 - l'organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione, considerando l'ospedale come una risorsa fondamentale da utilizzare in modo razionale quando i problemi sono troppo complessi per essere affrontati dal sistema delle cure primarie, senza incorrere in artefatte e paralizzanti opposizioni tra priorità dell'ospedale e centralità del territorio;
 - uno stile di governo e di gestione del sistema sanitario sobrio, che consenta, attraverso le valutazioni e i controlli di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni, di migliorare la salute, aumentare la soddisfazione degli assistiti e contenere la spesa. In questo ambito ricerca e innovazione, sia nel settore organizzativo, sia nel settore dei metodi e degli strumenti tecnologici, saranno promosse e soprattutto governate con un costante impegno teso a evitare che interessi economici distorti inducano e facciano crescere offerte di servizio non appropriate;
 - una attenzione accentuata agli aspetti formativi e partecipativi di tutti gli operatori, in direzione dell'esercizio dei canoni della sobria razionalità e della qualità sostanziale.
- Questi impegnativi valori fondanti connotano l'architettura generale del Piano, ma non sono da sottovalutare le grandi difficoltà da superare per consentire ai principi di affermarsi nella concreta operatività dei servizi e perché la loro efficacia pratica diventi visibile ed apprezzabile dalle cittadine e dai cittadini, in ogni contesto. Per queste ragioni i principi del Piano sono da considerarsi l'indicazione per un percorso che, senza mai perderli di vista, accompagni l'organizzazione socio-sanitaria e tutte le pubbliche amministrazioni coinvolte nelle politiche per la salute verso la completa attuazione, sotto il controllo non solo delle stesse amministrazioni, ma soprattutto delle e degli utenti.
- Inoltre, per tradurre in concreti programmi operativi le linee generali del piano, a partire dal 2006 sono state sviluppate una serie di azioni e di piani settoriali, da definire ed articolare più compiutamente a seconda delle concrete situazioni e delle specificità di ogni singolo ambito di intervento. Si tratta di preservare i livelli di efficacia e mantenere le eccellenze già realizzate nel sistema socio-sanitario regionale, cercando tuttavia di ristabilire priorità trascurate e di rendere generali ed uniformi i benefici delle migliori pratiche. La scelta di configurazioni di rete, nelle quali i servizi che hanno sviluppato esperienze positive diventano punti di riferimento per la crescita complessiva del sistema può servire a guidare e in qualche misura accelerare l'ulteriore miglioramento. Alla qualità tecnica delle prestazioni va costantemente affiancata la salvaguardia dei principi che il Piano enuncia, capaci di dare a un buon sistema socio-sanitario la possibilità di essere pienamente ed equamente usufruito da parte di tutte le cittadine e i cittadini, in misura proporzionale al bisogno con percorsi adeguati, standardizzati e monitorati nella loro efficacia ed adeguatezza alle differenti esigenze di salute di generi e generazioni.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Il Piano socio-sanitario non è da considerarsi pertanto un documento chiuso, gerarchicamente fine a se stesso. Con scadenze periodiche, sulla base dello stato di attuazione e dell'evoluzione della situazione, saranno apportate modifiche e variazioni, capaci anche di correggere errori di valutazione che possono più facilmente appartenere alle fasi iniziali dei processi di trasformazione e che la pratica di attuazione è in grado di rilevare, se seguita da un monitoraggio sensibile e attento, agevolato dalla partecipazione sia degli operatori sia degli utenti. Durante la progressiva e coerente modulazione di attuazione, il piano proposto richiede infatti, per la sua stessa natura, la stimolazione di una forte partecipazione sociale, politica e tecnica.

CAPITOLO 3. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.1. I PROBLEMI DELLA PREVENZIONE. Il contesto e lo stato attuale delle attività di prevenzione primaria presentano numerosi aspetti problematici e preoccupanti segnali di crisi:

- le risorse: nonostante le reiterate affermazioni di principio, e la periodica riproposizione del primato della prevenzione sulle cure, le risorse destinate alle attività di prevenzione e promozione della salute non hanno ancora raggiunto i livelli indicati dalla programmazione nazionale;
- le disuguaglianze: in ambito nazionale, ma anche in quello regionale, seppur in minor misura, esistono importanti differenze sia dal punto di vista dei problemi di salute, sia dal punto di vista dello stato organizzativo dei servizi di prevenzione;
- la frammentazione: nonostante l'esistenza del "dipartimento di prevenzione", le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i servizi di prevenzione. Non esiste, se non in situazioni privilegiate e in alcuni settori, una esplicita definizione di obiettivi e di priorità delle pratiche preventive all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione;
- lo stile di lavoro: il dipartimento di prevenzione, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata. Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi essenziale ai fini della definizione delle priorità operative. Nel corso dell'ultimo quinquennio si è assistito ad un notevole sforzo da parte di molti operatori e servizi che hanno prodotto e consolidato importanti avanzamenti (miglioramento degli assetti organizzativi e programmatori, inclusa la capacità di controllo e dimostrazione degli interventi realizzati, realizzazione di progetti di lavoro coordinato, partecipazione a iniziative di ricerca, creazione di centri di riferimento, sviluppo di reti collaborative, ed altro). Tuttavia l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, non influenzano il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente;
- aspetti culturali: lo stato e l'evoluzione del sistema sanitario pubblico hanno creato un clima sempre meno favorevole alle attività di prevenzione, soprattutto a quelle di prevenzione primaria e collettiva. Questo riflette una più generale temperie culturale e politica, secondo la quale, in nome di un presunto rispetto della libera determinazione dei singoli e di una discutibile, deliberata, riduzionistica concentrazione sulla tutela di valori afferenti prevalentemente alla sfera privata, ignora la promozione dei comportamenti che mantengono e proteggono la salute come fondamentale diritto collettivo. La prevenzione richiede l'organizzazione di attività per la riduzione dei rischi sanitari e di interventi di popolazione finalizzati a tutelare gruppi sociali svantaggiati; richiede di investire risorse in vista di vantaggi futuri non immediatamente percepibili, di modificare comportamenti e stili di vita: tutte scelte da riportare di attualità;
- lo stato delle conoscenze: al di là dell'ovvia e sempre più abusata affermazione del primato della prevenzione sulle cure, lo stato delle conoscenze scientifiche non ha molto aiutato lo sviluppo e l'affermarsi della prevenzione. Per la prevenzione primaria sono state trascurate le valutazioni costo-efficacia, le analisi del rischio e le possibilità di applicazione del principio di precauzione. Per altri ambiti della prevenzione la convenienza economica non è stata dimostrata che per un numero limitato di interventi. Inoltre, le dimostrazioni di efficacia sono state prodotte soprattutto per gli interventi a valenza individuale di prevenzione clinica (gli screening, i metodi per smettere di fumare, ed altro). Interi ambiti tradizionali di azione dei servizi di prevenzione non sono stati indagati a fondo e alcuni interventi innovativi si sono rivelati problematici quando non deludenti (come ad esempio alcuni interventi di educazione sanitaria che paiono incidere solo superficialmente sui comportamenti a rischio);
- il bisogno di prevenzione: i problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione richiedono spesso interventi di prevenzione radicalmente diversi e più estesi rispetto al tradizionale ambito di attività dei servizi di prevenzione. I principali problemi di salute richiedono lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nel cui impianto i servizi di prevenzione devono certamente avere un ruolo fondamentale (di promozione, di sostegno, di valutazione), ma che richiedono l'azione integrata di molti soggetti (istituzionali e non) nella collaborazione con i quali gli attuali servizi hanno sporadica consuetudine e non sempre adeguata preparazione.

3.2. QUALE PREVENZIONE. E' stato ampiamente chiarito, nella parte dedicata ai principi generali, che l'obiettivo principale del nuovo PSSR consisterà nel tutelare e promuovere la salute.

Per queste finalità le attività di prevenzione e promozione della salute dovranno essere potenziate e ri-organizzate secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari e di sviluppare interventi mirati dentro e fuori il sistema dei servizi socio-sanitari.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Per consentire tale opera di potenziamento e ri-orientamento, il nuovo PSSR prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in due livelli:

1. le politiche per la salute, tese a evidenziare e a ordinare, secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, i problemi reali di salute della comunità;
2. gli interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), politicamente e professionalmente messi in atto per risolvere specifici problemi.

3.2.1 Politiche per la salute. Per dare concretezza ad una politica efficace di promozione della salute, è necessario ispirarsi ai principi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità proposti nei documenti "Salute 21", "Città Sane" e "Agenda 21": democrazia, intersettorialità, sostenibilità, corresponsabilità per la salute. In particolare con l'obiettivo 14 ("Responsabilità multisettoriale per la salute") contenuto in "Salute 21", l'OMS auspica che tutti i settori della società nel 2020 riconoscano ed accettino le loro responsabilità nel campo della salute: i dirigenti di tutti i settori dovrebbero prendere in considerazione i benefici provenienti da un investimento sulla salute nel loro specifico settore ed orientare politiche ed azioni in tal senso. Nel Progetto "Città Sane" e nel Progetto "Agenda 21" l'OMS focalizza in modo significativo il ruolo dell'ente locale: l'orientamento generale per la programmazione degli interventi di promozione della salute è infatti quello di valorizzare il ruolo preminente degli enti locali (democrazia delegata), garantendo la partecipazione attiva della comunità ai processi decisionali (democrazia deliberativa, partecipativa) e riservando ai servizi sanitari le funzioni di proposta, supporto e consulenza tecnica. In questo quadro strategico si definisce pertanto, con sempre maggiore chiarezza, il peso crescente delle politiche amministrative, prima ancora di quelle sanitarie, ai fini dell'impatto sulla salute della comunità.

Il primo passo di un simile approccio globale e intersettoriale ai problemi della salute, fondato su un modello partecipativo e inclusivo, consiste nella stesura condivisa di un profilo di salute: una descrizione quantitativa e, soprattutto, qualitativa dello stato di salute del territorio considerato e dei suoi fattori di criticità, direttamente connessa alle funzioni di informazione e comunicazione del rischio, di selezione partecipata delle priorità e di valutazione di impatto degli interventi attuati. L'elaborazione del profilo di salute rappresenta infatti lo stimolo all'azione per gli amministratori ma anche per la popolazione: sulla base del profilo la comunità locale può essere in grado di pervenire alla progettazione coordinata di un piano di salute che individui linee ed obiettivi concreti per lo sviluppo sostenibile sotto il profilo sanitario, includendo valutazioni etiche, ambientali, sociali ed economiche ed anche tecniche.

Si tratta di sviluppare, anche in Piemonte, un'iniziativa di promozione della salute basata sulla ragionevole assunzione preliminare che tutte le decisioni politiche influenzano la salute e che la valutazione di questo "impatto sulla salute" deve diventare uno dei parametri di riferimento qualificante nelle decisioni, sia individuali sia collettive. Questa iniziativa passa attraverso un graduale recupero della dimensione "politica" e non riguarda ovviamente solo il sistema dei servizi sociosanitari soprattutto territoriali e preventivi, che possono fornire un prezioso, autorevole e qualificato sostegno.

Il processo, che parte dalla costruzione di profili di salute per identificare i principali obiettivi di salute perseguibili anzitutto attraverso le scelte politiche locali e per porli al centro di piani di salute, costituisce quindi il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale.

I profili e piani per la salute:

sono costruiti a livello locale, anche attraverso l'iniziativa e l'assunzione di responsabilità da parte degli enti locali, con il coinvolgimento di numerosi soggetti sociali (istituzionali e non), con il supporto tecnico delle ASL e dei consorzi socio-assistenziali. Il processo va avviato con la necessaria gradualità nel contesto piemontese, nel quale appropriati e peculiari modelli e forme di partecipazione devono contribuire a superare i limiti della frammentazione territoriale, potenziando le forme di aggregazione e di integrazione attualmente esistenti;

rappresentano lo strumento per la valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte politico-amministrative, per l'identificazione di obiettivi di salute sostenibili, per lo sviluppo e l'attuazione di politiche di salute e vedranno i servizi sociosanitari impegnati soprattutto su alcuni fronti convergenti:

- garantire l'accesso alle informazioni necessarie, rendendole disponibili e fruibili (documentazione e comunicazione);
- costruire i profili di salute della popolazione (per identificare e analizzare i rischi, gli obiettivi di salute e le priorità);
- sviluppare politiche di integrazione tra servizi diversi (sanitari e non) e favorire alleanze tra soggetti diversi.

Per far sì che l'ente locale diventi un attore primario nel panorama della promozione della salute occorre porre attenzione alla formazione dei decisori locali. Come recita la Carta di Ottawa, uno dei campi da curare è quello del "ri-orientamento dei servizi", un processo di cambiamento culturale e politico per la salute, creando e sostenendo stabilmente connessioni sul campo, ed integrando, su obiettivi comuni, i sistemi dell'assistenza sociale, i sistemi della sanità e i sistemi complessivi della salute.

In questo ambito sarà strategico lo sviluppo di un sistema regionale di ascolto e di partecipazione che, già a partire dal processo di costruzione del piano socio-sanitario e dei piani di salute, consenta di socializzare nel modo più ampio possibile le idee che stanno alla base delle scelte strategiche e di ricercare l'adesione consapevole del massimo numero di soggetti interessati.

Tale sistema sarà uno strumento anche per la sensibilizzazione e la responsabilizzazione dei cittadini per l'adozione di comportamenti e stili di vita sani.

3.2.2 Gli interventi di prevenzione. Il processo di ri-orientamento verso obiettivi di salute dell'intero sistema dei servizi porta a riaffermare il primato della prevenzione intesa come il complesso delle azioni rivolte a tutelare la salute tramite la identificazione e la rimozione dei fattori di rischio e la valorizzazione di tutti i fattori protettivi.

La necessità di promuovere la salute comporta l'esigenza di sviluppare un complesso articolato di attività di prevenzione che:

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- privilegi e sviluppi appieno le potenzialità del sistema di prevenzione primaria;
- sviluppi e regoli gli interventi di prevenzione secondaria, selezionando quelli dimostratamente efficaci e sfruttando le potenzialità degli interventi di prevenzione e di promozione della salute attuabili anche nel normale contesto della pratica clinica.

La strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, è classificabile ed articolabile in tre settori:

- programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva;
- promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di vita e di lavoro);
- attività di informazione e comunicazione del rischio.

Un tale complesso di interventi non può dedicare simultaneamente la medesima attenzione a tutti i problemi di salute attualmente presenti nella popolazione piemontese ma va orientato secondo azioni prioritarie, identificate e organizzate in programmi regionali di promozione e prevenzione, modulabili in base a documentate esigenze specifiche locali, e costruiti nel rispetto dei seguenti principi metodologici generali:

- il rischio deve essere analizzato sulla base degli elementi scientifici disponibili, con riferimento, in caso di incertezza, all'applicazione del principio di precauzione;
- il problema di salute individuato e messo a fuoco deve essere importante per gravità e/o diffusione;
- sotto il profilo dell'efficacia devono essere considerati non solo gli effetti preventivi specifici (riduzione di uno specifico rischio sanitario) ma anche quelli di salvaguardia della piena capacità di mantenimento della salute (effetti protettivi con effetto preventivo aspecifico);
- deve esistere un modo per riconoscere il rischio/il beneficio e per modificare significativamente la storia naturale del problema;
- i vantaggi a lungo termine devono ovviamente superare gli svantaggi;
- devono essere disponibili prove scientifiche che dimostrino l'efficacia e la sicurezza dell'intervento preventivo proposto.

Nella prima fase di attuazione del Piano socio-sanitario regionale sarà necessario, partendo dalla valutazione dei problemi di salute presenti nella popolazione piemontese, identificare gli obiettivi regionali prioritari per la prevenzione, anche al fine di realizzare una revisione e valutazione critica delle numerose iniziative in corso.

Il complesso delle azioni in atto sarà verificato in modo esplicito per valutare affidabilmente:

- che non esistano problemi prevenibili importanti e attualmente trascurati;
- che interventi irrilevanti stiano attualmente sottraendo risorse per problemi più importanti.

La valutazione avverrà attraverso la realizzazione di un modello esplicito di scelta delle priorità basato sulle dimensioni di frequenza, gravità e prevenibilità dei problemi, integrato da una valutazione dell'impatto previsto e dalla fattibilità e sostenibilità organizzativa dell'intervento. Lo scopo principale è quello di proporre sistemi di valutazione comuni e confrontabili per definire la priorità relativa dei vari interventi di prevenzione possibili e, soprattutto, di mettere il concetto di "salute" e i relativi bisogni al centro del modello di riferimento.

Questo consentirà di avere un quadro preciso degli interventi veramente necessari e di indirizzare verso queste priorità anche le attività di prevenzione più tradizionali.

Devono essere altresì sviluppati progetti speciali in grado di sostenere e promuovere interventi integrati di prevenzione in campo di sicurezza alimentare, di sicurezza in ambiente di lavoro e di vita e nell'ambito della medicina veterinaria.

Per quanto riguarda le attività di prevenzione secondaria e di prevenzione nella pratica clinica, la strategia generale della promozione della salute e della prevenzione in Piemonte terrà conto dei seguenti principi generali:

- la promozione della salute e la prevenzione giocano un ruolo centrale nel processo di potenziamento del sistema di cure primarie. È però necessario distinguere l'approccio al quale si ispira la cura dei singoli rispetto a quello che guida la prevenzione nei gruppi di popolazione, approccio che richiede di limitare la discrezionalità clinica. Infatti gli interventi di prevenzione devono rispondere a criteri generali di efficacia e di sicurezza e produrre effetti positivi che si possano misurare solo nei gruppi e non nei singoli pazienti. Ne consegue la necessità di introdurre nella pratica clinica solo gli interventi di prevenzione identificati come prioritari dai programmi regionali dando anche corso a prescrizioni coerenti con i percorsi di diagnosi e cura previsti da tali programmi;
- la crescente disponibilità di test diagnostici capaci di anticipare la diagnosi di numerose condizioni cliniche fa sorgere l'esigenza di pianificarne l'uso. Anche in questo caso l'approccio di sanità pubblica suggerisce di limitare l'impiego di questi test ai casi in cui la conoscenza precoce è documentatamente in grado di migliorare la prognosi della malattia.

3.3. PIÙ FORZA ALLA PREVENZIONE. Nel prossimo futuro le attività di prevenzione attualmente realizzate nel servizio sanitario regionale dovranno essere tra loro maggiormente coordinate e ulteriormente potenziate.

Nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari piemontesi, tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, dovranno essere tra loro coordinate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica.

Si tratta di affermare il principio per il quale tutte le azioni di promozione e prevenzione devono essere indirizzate dai servizi di sanità pubblica, adottando stabilmente un metodo basato su:

- l'analisi dei problemi di salute,

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- la scelta delle priorità,
- l'identificazione degli interventi efficaci,
- l'attivazione degli interventi efficaci,
- la valutazione dell'impatto degli interventi,
- la ri-definizione degli obiettivi.

Nel ciclo della programmazione degli interventi efficaci i servizi di prevenzione contribuiscono direttamente alle fasi di analisi, di scelta degli interventi e di valutazione di impatto, mentre la realizzazione degli interventi vedrà volta per volta protagonisti anche altri servizi oppure entità e istituzioni non sanitarie.

A tali principi e a tale uniformità metodologica dovranno essere ri-orientate e ricondotte anche le attività tradizionalmente svolte dagli attuali servizi che svolgono attività di prevenzione. Per concorrere efficacemente al processo di selezione dei rischi da affrontare prioritariamente ed al processo di scelta delle azioni da intraprendere per rimuoverli o controllarli, le aziende sanitarie dovranno in primo luogo dotarsi di adeguate capacità che comportano lo sviluppo di alcune funzioni considerate strategiche:

- la funzione di analisi epidemiologica, finalizzata alla conoscenza dei problemi di salute e alla valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche;
- la funzione di comunicazione e di ascolto.

Il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione deriva dalle conoscenze e dalle competenze tecniche disponibili, ma è condizionato anche dalla percezione, dai giudizi e dai valori di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti.

Occorre quindi che il servizio sanitario e i servizi di prevenzione in particolare, nel promuovere la difesa della salute, facilitino l'accesso all'informazione e creino le condizioni per un efficace processo di comunicazione del rischio tra i soggetti interessati. A tal fine occorre prevedere la possibilità di affiancare le campagne di comunicazione con un'azione capillare avvalendosi, oltre alla rete dei servizi sanitari, in particolare delle scuole.

Inoltre debbono essere valorizzate le forme di collaborazione con il mondo del volontariato e della promozione sociale e con le realtà del privato sociale, portatrici di esperienze utili alla rivelazione dei problemi emergenti.

Le funzioni di analisi epidemiologica, di valutazione degli interventi e di informazione e comunicazione del rischio hanno una valenza strategica per le aziende sanitarie, configurano responsabilità di direzione aziendale e devono rappresentare parte integrante dei programmi di attività di tutti i servizi, a tutti i livelli del sistema di assistenza.

3.4. ORGANIZZARE LA PREVENZIONE. La ridefinizione delle attività di promozione e prevenzione richiede una revisione degli attuali modelli organizzativi. La ricognizione sullo stato delle attività di prevenzione, realizzato a livello regionale in fase istruttoria, ha evidenziato la presenza di numerose attività di prevenzione realizzate in modo autonomo da entità organizzative tra loro non coordinate né strutturalmente né funzionalmente. L'esigenza di coordinare e integrare tra loro le numerose attività in corso e di assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione richiedono un'organizzazione che favorisca l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati, senza tuttavia dar corso a trasferimenti da una struttura organizzativa ad un'altra. Per questo è essenziale l'avvio di un graduale processo, anche culturale, di abbattimento dei numerosi confini che attualmente limitano la comunicazione e l'integrazione tra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi. I principali problemi di salute presenti nella popolazione piemontese non trovano corrispondenza nelle definizioni o nei confini delle competenze organizzative o professionali presenti nel sistema dei servizi sanitari. La soluzione di tali problemi non richiede pertanto la creazione di nuove organizzazioni autonome e confinate, bensì la concreta aggregazione e integrazione attorno ai problemi delle organizzazioni esistenti.

Per favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione è prevista la costituzione di una direzione unica per la prevenzione, parte della nuova direzione sanitaria collegiale della ASL, cui partecipano con pari dignità e poteri, le direzioni territoriale e ospedaliera. Il profilo giuridico-amministrativo e le competenze del direttore della prevenzione saranno successivamente definiti nei documenti di programmazione attuativa conseguenti all'approvazione del Piano.

3.5. LA RETE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE. Il complesso delle funzioni di promozione e prevenzione richiede anche l'adozione di un'articolazione in rete su scala regionale.

3.5.1. Organizzazione regionale. A livello regionale è previsto un unico riferimento tecnico-organizzativo per le attività di prevenzione attualmente affidate a settori e uffici diversi, con competenze tecniche, mediche e veterinarie. Tale riferimento viene realizzato funzionalmente tramite un coordinamento tecnico trasversale, successivamente consolidato con il ridisegno della struttura dell'Assessorato.

3.5.2. Presidi e servizi di riferimento e di supporto. A livello intermedio è istituita una rete di servizi di riferimento e di supporto coordinata a livello regionale cui concorrono:

- la rete dei servizi di epidemiologia (compresi i servizi di epidemiologia veterinaria);
- il centro regionale di documentazione per la salute (DORS);

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- i presidi specialistici di laboratorio e territoriali per la medicina veterinaria pubblica (Istituto Zooprofilattico Sperimentale e Presidi multizonali di profilassi e polizia veterinaria);
- la rete dei servizi di medicina del lavoro;
- l'ARPA.

Per ricondurre ad unitarietà gestionale le attività di prevenzione, prevedendo la modifica della legge regionale 60/1995 con particolare riguardo alle attività di cui all'articolo 2, dovrà essere realizzato un maggior raccordo funzionale e operativo tra le funzioni di tutela e protezione dell'ambiente e quelle di promozione della salute; in questo quadro sarà necessario procedere ad una revisione complessiva dei rapporti tra il sistema dei servizi sanitari e l'ARPA.

La pianificazione dell'attività dei servizi di supporto avverrà su base regionale e sarà realizzata a partire delle esigenze indicate dai servizi di prevenzione afferenti, attraverso strumenti di partecipazione alla programmazione e di vincolo dei finanziamenti.

La rete dei servizi di supporto sarà in seguito arricchita e articolata con l'individuazione di servizi di riferimento e modalità organizzative in grado di sostenere i progetti di prevenzione prioritari regionali da attivarsi a livello di singola ASL, tramite la identificazione dei servizi di eccellenza esistenti nella rete dei servizi regionali di prevenzione.

Sono infine previsti progetti specifici, da realizzarsi attraverso il coordinamento e l'orientamento della rete dei servizi di supporto, integrata da interventi di studio e di ricerca realizzati con il concorso delle università e di istituzioni sanitarie e scientifiche, dedicati in particolare alla conoscenza dei rischi chimici e biologici presenti sul territorio piemontese ed al fine di possibili interventi di prevenzione primaria.

3.5.3. Rete locale. A livello locale, i servizi attualmente afferenti i dipartimenti di prevenzione costituiscono lo strumento tecnico principale, anche se non esclusivo, per lo svolgimento delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Per dare concretezza alle funzioni di coordinamento e di governo assegnate alla direzione aziendale della prevenzione occorrerà disporre di competenze specifiche in materia di:

- epidemiologia, anche veterinaria;
- promozione della salute e educazione sanitaria;
- costruzione di profili e piani di salute.

Queste dovranno essere innanzitutto assicurate nell'ambito delle funzioni dei servizi di prevenzione, per essere aggregate e supportate tecnicamente da uno specifico osservatorio della prevenzione, necessario per le funzioni direzionali e per i rapporti con il territorio.

Nell'ambito delle attività di prevenzione, nelle fasi di ricerca, programmazione, organizzazione territoriale e attuazione degli interventi, è necessario considerare la specificità delle funzioni di competenza veterinaria.

In particolare i servizi veterinari rappresentano:

- una componente fondamentale della prevenzione primaria a tutela della salute dell'uomo, con l'obiettivo della individuazione dei pericoli e della riduzione dei rischi di natura biologica, chimica ed ecologica collegati all'allevamento di animali, al loro utilizzo e alle produzioni di alimenti derivati;
- uno strumento di intervento pubblico per la difesa sanitaria, la salute e il benessere degli animali allevati per qualsiasi finalità, per un equilibrato rapporto uomo-animale-ambiente, e per l'orientamento delle attività produttive collegate (zootecnia e industria alimentare) alla qualità sanitaria e alla compatibilità ecologica delle produzioni di origine animale. In questo specifico settore va valorizzato e maggiormente integrato il contributo determinante della componente veterinaria alla sicurezza alimentare e agli obiettivi di difesa, orientamento e controllo ufficiale delle produzioni di origine animale, anche in collegamento con le politiche agricole, industriali ed ambientali collegate alla filiera.

3.6. VIGILANZA E PREVENZIONE. Per il potenziamento e lo sviluppo delle attività di prevenzione assumono un significato centrale le attività di vigilanza che attualmente occupano una buona parte delle potenzialità di lavoro dei servizi di prevenzione. L'attività di vigilanza, se opportunamente orientata e ispirata ai principi della equità, della continuità e della indipendenza, è uno degli elementi indispensabili all'efficacia della prevenzione primaria.

L'organizzazione delle attività di vigilanza deve essere tuttavia rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi, sulla cui base programmare e valutare le azioni intraprese.

Occorre inoltre ridefinire ambiti e priorità, in modo da conseguire equilibrio e integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione.

Alcune criticità presenti nell'attuale svolgimento delle funzioni di vigilanza possono essere così affrontate:

- il rapporto con la magistratura: ricerca di un'intesa organica con la magistratura, valida su tutto il territorio regionale e per tutti i servizi sanitari, ispirata alla conoscenza, al rispetto e alla complementarietà degli ambiti di intervento, distinguendo le funzioni di tutela della salute da quelle di identificazione e repressione dei reati;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- le nuove funzioni di vigilanza: l'applicazione di nuove norme e regolamenti comunitari richiede l'adozione di modalità di vigilanza e il possesso di competenze ancora non sufficientemente consolidate nella rete dei servizi di prevenzione. Il rafforzamento e l'adeguamento di tali capacità devono avvenire sulla base di precise indicazioni di priorità (ispirate all'impatto sulla salute dei vari possibili interventi), e della chiara distinzione tra i ruoli e le responsabilità di controllo ufficiale e di autocontrollo;
- la definizione di un nuovo modello organizzativo che preveda criteri uniformi di programmazione e gestione nonché la definizione dei compiti e degli ambiti di intervento delle attività di vigilanza.

3.7. FINANZIARE LA PREVENZIONE. L'esigenza dell'equilibrio di bilancio non consente nell'immediato la riconversione di ingenti risorse finanziarie da destinare alla prevenzione. Nel 2008, oltre alla ricerca di nuovi, più specifici, indicatori per il riparto delle risorse economiche, la Regione identificherà specifici obiettivi di attività dei servizi di prevenzione, da realizzare attraverso il riparto finalizzato delle risorse complessivamente disponibili. Su questa base è possibile orientare le risorse verso il raggiungimento di comuni obiettivi e finanziare le ASL in base ai risultati ottenuti e non unicamente alle prestazioni erogate.

Entro la durata del Piano è necessario prevedere che la quota di risorse destinata alla prevenzione primaria sia, come previsto dal Piano sanitario nazionale, non inferiore al 5% della spesa sanitaria piemontese.

Assicurata la possibilità di valutare la relazione tra risorse, attività e risultati, si avvia la riconversione dei finanziamenti, differenziandoli in base ai bisogni e distinguendo tra finanziamento destinato alle attività ordinarie, al sostegno di progetti speciali e al lavoro di rete.

Tale percorso consente, nel medio termine, la definizione concreta dei Livelli Essenziali di Prevenzione, su cui impostare i criteri futuri di finanziamento.

3.8. FORMARE E RESPONSABILIZZARE GLI OPERATORI. Il potenziamento delle attività di prevenzione richiede anche iniziative volte a modificare e innovare il clima organizzativo e lo stile di lavoro nei servizi di prevenzione. Sono infatti ancora presenti, sia nell'organizzazione sia nella gestione, logiche burocratiche dell'adempimento agli obblighi di legge che hanno prodotto rigidità strutturali e procedurali che resistono, nonostante i processi di accorpamento tra aziende sanitarie e nonostante la riorganizzazione dipartimentale. Nel corso dell'ultimo quinquennio si è tuttavia assistito ad un notevole sforzo da parte di molti operatori e servizi che hanno realizzato progetti di lavoro coordinato, la partecipazione a iniziative di ricerca, la creazione di centri di riferimento, lo sviluppo di reti: occorre proseguire su questa strada, in modo che l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" diventi pratica corrente e si realizzino condizioni di integrazione reale e permanente.

In particolare va promossa, ai diversi livelli, la responsabilizzazione degli operatori nel perseguimento di obiettivi di salute e nella ricerca di adesioni consapevoli a tali obiettivi da parte dei soggetti destinatari degli interventi. Le attività di formazione e le azioni di riordino organizzativo vanno orientate, in particolare, allo sviluppo delle funzioni strategiche già richiamate quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio.

3.9. INFORMAZIONE PER LA PREVENZIONE. Oltre alle funzioni strategiche già richiamate, è opportuno indicare l'esigenza di disporre di un sistema informativo affidabile e completo a sostegno delle attività di prevenzione. Si tratta di ricondurre ad unitarietà l'insieme dei sistemi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).

Una delle finalità principali di tale sistema sarà quella di sostenere la funzione di comunicazione rivolta sia alla promozione di comportamenti preventivi e stili di vita sani sia alla ricerca di adesione consapevole agli obiettivi di prevenzione, in modo da potenziare una domanda di prevenzione senza la quale tutto il processo di riorientamento e rafforzamento indicato risulterebbe privo di significato.

Sviluppo di programmi comuni con l'amministrazione regionale e Provinciale dell'agricoltura per il miglioramento della qualità sanitaria delle produzioni zootecniche, il sostegno e il controllo delle produzioni biologiche.

3.10. OBIETTIVI PRINCIPALI PER LA PREVENZIONE. Alcuni progetti ed azioni a breve, medio e lungo termine di particolare rilievo regionale devono essere inseriti nei programmi di attività dei servizi rafforzando la capacità di lavorare per obiettivi, programmando e indirizzando le risorse sulle priorità. A livello regionale è prevista una forte azione di indirizzo e di monitoraggio per assicurare che la transizione verso un'attività prevalentemente orientata a priorità di salute e il nuovo modello organizzativo della prevenzione avvenga senza creare squilibri e disomogeneità.

Dal punto di vista generale si prevede di:

- completare il processo di valutazione della efficacia degli interventi;
- organizzare gli interventi sviluppando le integrazioni tra i servizi sulla base di progetti condivisi;
- specializzare e consolidare le attività di vigilanza e ispezione indirizzandole verso obiettivi di salute.

Vengono di seguito elencati alcuni dei principali progetti che necessitano di attivazione integrata e di potenziamento nel breve periodo.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

3.10.1. Progetti regionali in attuazione del Piano nazionale della prevenzione. Il Piano nazionale della prevenzione per il triennio 2005-2007 (Intesa Stato-regioni e province autonome del 23 marzo 2005) individua una serie di progetti di prevenzione primaria e secondaria relativi ad alcuni dei principali problemi di salute.

Gli ambiti di azione sono la prevenzione della patologia cardiovascolare (inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete), gli screening oncologici, le vaccinazioni e la prevenzione degli incidenti. Alcune di queste attività sono già presenti nei programmi di prevenzione in corso nella Regione mentre altre devono essere ancora sviluppate su base regionale.

Il Piemonte ha approvato le prime linee attuative regionali che prevedono azioni integrate tra molteplici soggetti non solamente appartenenti alla rete dei servizi socio sanitari e specifici finanziamenti. Tali azioni devono essere integrate nella pianificazione della Direzione della Prevenzione delle ASL, costantemente monitorate e sottoposte a valutazione di efficacia.

Controlli periodici mirati, articolati per età, sesso e condizioni di rischio, saranno proposti nell'ambito delle campagne regionali di screening che saranno promosse dall'Assessorato alla tutela della salute e sanità sulla base di evidenze scientifiche che ne comprovino l'efficacia preventiva.

L'adesione consapevole a tali iniziative, oltre che attraverso le campagne promozionali, sarà incentivata tramite specifici inviti alla responsabilizzazione e attraverso la rimozione degli eventuali ostacoli economici e organizzativi che limitano l'accesso dei cittadini a tali programmi di prevenzione.

3.10.5. Salute e ambiente. L'ambiente rappresenta un importante determinante extra-sanitario della salute in quanto la correlazione tra fattori di inquinamento, degrado ambientale e stato di salute della popolazione è da tempo un dato scientificamente acquisito.

La costruzione dei profili di salute costituisce il percorso fondamentale per l'individuazione di interventi di prevenzione modulati sulla realtà locale in grado di identificare azioni per la riduzione e rimozione dei fattori di rischio.

Il raccordo funzionale e operativo tra le funzioni di tutela dell'ambiente e di promozione della salute deve concretamente prevedere:

- la ricerca epidemiologica di valutazione dei determinanti ambientali della salute;
- la costruzione di sistemi informativi integrati per l'elaborazione di profili di rischio territoriali;
- la sorveglianza di eventi sentinella anche attraverso l'attivazione di reti territoriali di medici rilevatori;
- l'individuazione di indicatori ambientali correlabili con indicatori di salute;
- procedure di valutazione integrata per piani e progetti soggetti a valutazioni di impatto ambientale;
- la sorveglianza integrata (ambientale e sanitaria) delle situazioni di rischio attuale e potenziale presenti sul territorio regionale.

3.10.6. Screening oncologici. Lo screening rappresenta uno degli interventi strategici della prevenzione dei tumori e incide direttamente sulla mortalità in quanto consente il riscontro della patologia prima della sua manifestazione clinica in una fase in cui è possibile intervenire aumentando significativamente la sopravvivenza del paziente.

Le azioni da prevedere per la prosecuzione e il miglioramento degli obiettivi sono le seguenti:

- garanzia della continuità dei programmi di screening in atto, tra i quali il progetto "Prevenzione serena", anche con il concorso delle Fondazioni/Associazioni che già oggi operano sul territorio;
- estensione e consolidamento del programma di screening nella popolazione maschile e femminile per la prevenzione dei tumori del colon-retto;
- formazione degli operatori finalizzata a garantire migliore qualità professionale, tecnica ed organizzativa, integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e valutazione dell'impatto di questi programmi sul livello di salute specifico e complessivo della popolazione della Regione Piemonte;
- aumento dell'adesione in modo da garantire gli obiettivi di copertura previsti dalle indicazioni regionali per superare le disomogeneità di offerta. A questo proposito va rivelato che l'adesione è minima nelle "fasce deboli" della popolazione, che risultano a maggior rischio oncologico, perché non orientate a procedure di prevenzione oncologica.

3.10.7. Salute e sicurezza in ambiente di vita. Le attività tradizionali dei servizi di igiene e sanità pubblica sono state oggetto di numerose modifiche nel corso degli ultimi anni.

La valutazione dei rischi in ambiente di vita, la sorveglianza epidemiologica e gli interventi di prevenzione devono essere orientati alle patologie emergenti anche attraverso programmi e strategie comuni di intervento con altre istituzioni non sanitarie.

Nella definizione di obiettivi di prevenzione primaria in ambiente di vita occorre prioritariamente valutare la correlazione tra salute e territorio, contesto abitativo, stili di vita non tralasciando la tutela dei soggetti deboli e la riduzione delle disuguaglianze.

In particolare la programmazione delle attività prevede:

- programmazione di interventi di valutazione, sorveglianza e controllo dei fattori nocivi e di disagio negli ambienti di vita collettiva;
- programmazione di interventi di valutazione, sorveglianza e controllo dei fattori nocivi e di disagio negli insediamenti urbani;
- sviluppo di progetti di valutazione dell'inquinamento indoor;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- interventi per l'individuazione e la prevenzione di patologie correlate a stili di vita;
- sviluppo di progetti di sorveglianza e di prevenzione degli incidenti domestici, anche attraverso l'applicazione della domotica ai fini dell'adeguamento delle abitazioni rispetto alle esigenze di salute dei soggetti abitanti;
- sviluppo di progetti di sorveglianza e di prevenzione degli incidenti stradali;
- raccordo e integrazione con le attività dell'ARPA per la costruzione di profili di rischio territoriale.

3.10.8. Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro. I profondi cambiamenti introdotti dalle nuove forme di lavoro, dall'ingresso e dalla rilevanza delle nuove categorie di lavoratori, i processi di decentramento e esternalizzazione di cicli e di interi segmenti produttivi sono gli elementi caratterizzanti il contesto socio-economico. Le nuove disposizioni normative di derivazione europea in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro prevedono un Allargamento di responsabilità sulla tutela a soggetti privati, l'allargamento dei soggetti pubblici coinvolti e l'attribuzione al servizio pubblico di un ruolo attivo di promozione della cultura della salute ferma restando la centralità dell'azione di vigilanza e controllo.

Questa situazione richiede la definizione di nuove strategie di intervento basate sul coinvolgimento di una pluralità di soggetti e la promozione e il rafforzamento del raccordo istituzionale tra gli enti pubblici e le parti sociali nella definizione delle politiche di prevenzione.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro concretamente prevede:

- la definizione delle priorità di intervento e il potenziamento delle attività sui rischi prioritari in relazione alla frequenza, gravità e prevenibilità degli infortuni e delle malattie professionali;
- la completa attuazione del Piano regionale amianto assicurando la continuità alla sorveglianza degli ex esposti, il completamento degli interventi di bonifica, l'avvio di interventi per la prevenzione del rischio da amianto naturale in collegamento e integrazione con il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto;
- il potenziamento delle attività di promozione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro (progetto scuola sicura, lavoratori migranti, lavoratori autonomi, lavoratori atipici).

CAPITOLO 4. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E CURE PRIMARIE

4.1. TERRITORIO LUOGO DI INCONTRO PER LA SALUTE

4.1.1. Problemi complessi e integrazione socio sanitaria. E' consapevolezza comune e diffusa che l'organizzazione territoriale sia il nodo di svolta per dare al sistema sanitario un volto nuovo, più adeguato alla realtà dei bisogni della popolazione.

Il territorio, dove si promuove, si tutela la condizione di salute ma anche dove si perde la propria salute, dove l'organizzazione sociale condiziona il livello di salute, è il luogo di incontro degli uomini, delle donne, dei gruppi sociali, delle istituzioni che concordemente si assumono la responsabilità delle regole della comunità nella quale si vive ed anche dei livelli di salute che si riesce a garantirsi.

La funzione ospedaliera per esercitarsi in modo completo ed appropriato necessita di una forte organizzazione di assistenza territoriale, che sviluppi connessioni e modalità di relazione con l'ospedale in un'ottica di continuità di cura dal territorio all'ospedale e viceversa.

La garanzia della salute che si intende costruire porta con sé una forte domanda di partecipazione e di coinvolgimento che è la prima leva da attivare per promuovere livelli di salute più avanzati, rispetto ai quali i sistemi sanitari rappresentano solo un determinante minore.

Inoltre, gli interessi economici che stanno a fianco e dentro il mondo dell'organizzazione sanitaria non sono scevri dal determinare condizioni assai incongrue: in più occasioni si registra, ad esempio, l'utilizzo improprio del prodotto farmaco, divenuto, per molti, oggetto di consumo e non di cura, contestualmente alla difficoltà, per alcuni strati sociali, in condizioni di gravi malattie, di poter accedere ai farmaci necessari per le cure di base.

Occorre riconsiderare il ruolo della medicina, che deve svilupparsi sul terreno della ricerca e dell'applicazione delle "reali" nuove innovazioni, insieme alla consapevolezza che esiste il limite (da non confondersi con l'abbandono) dell'intervento, della cura. Dobbiamo lavorare per rendere disponibili a tutti (e quindi fare un'opera di equità distributiva) le conoscenze, le capacità, le risorse di cui attualmente disponiamo: per le diffuse inequità esistenti sul grado di accessibilità ai servizi, le capacità e le risorse che sostengono i percorsi diagnostici e terapeutici sono a vantaggio degli strati sociali con capacità contrattuali più forti, con "conoscenze" più diffuse.

Occorre quindi che il diritto alla salute sia sempre più compiutamente garanzia diffusa per tutti i cittadini.

A tale compito l'organizzazione territoriale è chiamata a dare un importante contributo per le caratteristiche e il grado di diffusione e penetrazione dei servizi di primo contatto con il cittadino.

La perdita del livello di salute è determinata in modo sempre più evidente dalla interrelazione di fattori biologici, fisici, chimici, ma anche da cause sociali.

La collocazione sociale influenza non solo l'insorgenza dello stato di malattia determinandone la frequenza e la gravità ma anche il decorso e il suo esito.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La necessità di integrare professionalità, settori ed istituzioni diverse (sanità e assistenza) nasce dall'esigenza di affrontare i problemi posti dalle nuove condizioni demografiche, che si coniugano all'aumento e sviluppo delle malattie croniche degenerative, associate prevalentemente alla condizione anziana, ma ben presenti anche tra gli adulti e i giovani.

Voler affrontare questi problemi significa doversi integrare ed è una sfida che non riguarda qualcuno, in particolare, ma il complesso del sistema socio-sanitario.

L'integrazione deve esprimersi sin dalla fase programmatica delle scelte di fondo per potersi articolare nell'organizzazione nei punti di maggiore criticità.

Vi sono alcuni snodi dell'organizzazione assistenziale che devono essere particolarmente presidiati da modalità di lavoro integrato:

- a) la porta d'accesso al sistema;
- b) i passaggi tra aree assistenziali *diverse* dove la mancata continuità fa precipitare le condizioni di cura;
- c) i momenti di valutazione sulle condizioni di maggiore complessità.

Il luogo unitario di accesso (sportello unico o, almeno, modalità uniche, diffuse e fortemente integrate) deve rappresentare per il cittadino il luogo al quale rivolgersi con fiducia sapendo che lo sforzo dell'operatore e del servizio sarà quello di individuare correttamente le necessità traducendole in un intervento assistenziale, se necessario, accompagnandolo nei meandri dell'organizzazione.

A livello aziendale, ancora, è indispensabile che tra la direzione generale e gli enti gestori si individuino congiuntamente gli indirizzi generali da attuare a livello distrettuale, attraverso la predisposizione dei Piani di zona e dei Piani di attività territoriale.

In Piemonte il sistema sociale ha maturato una significativa e diffusa esperienza di costruzione dei Piani di zona coinvolgendo gli operatori dei distretti nell'analisi della condizione della popolazione, nella definizione delle necessità e delle scelte di priorità, mentre, al contrario, il percorso di costruzione dei Piani di attività territoriali è stato avviato e concluso in poche realtà distrettuali, frutto di stimoli di singoli operatori o organizzazioni piuttosto che scelta del sistema sanitario nel suo complesso.

Emerge nel contesto di costruzione di questi atti di programmazione l'utilità di percorsi comuni e, nello stesso tempo, si evidenzia anche la necessità di ricercare modalità di costruzione di atti programmatici maggiormente unitari, che evitino percorsi paralleli in parte sovrapponibili e che concentrino forze e risorse in un unico percorso.

La volontà dell'integrazione non deve solo dichiararsi negli atti di programmazione ma deve ritrovarsi nelle scelte operative mettendo in comune (tra sociale e sanitario) risorse e individuando responsabilità per permettere ai sistemi di confrontarsi ed incontrarsi sul piano della realizzazione di interventi integrati.

Il terreno dell'integrazione operativa può essere rappresentato dal livello più decentrato, più vicino alla popolazione, che viene descritto nei paragrafi successivi ed è rappresentato dal gruppo delle cure primarie.

E' il luogo di accoglienza più vicino al cittadino, dove e' possibile che operatori sociali e sanitari mettano insieme conoscenze e professionalità per individuare le opzioni assistenziali più opportune.

E' necessario quindi che le azioni di integrazione promuovano modelli organizzativi a forte impatto sul cittadino con il fine di ridurre e semplificare i percorsi interni e, contemporaneamente, individuare modalità di "gestione della domanda" facendo in modo che il servizio si accoli l'onere del percorso, non riversando sul cittadino le incongruenze dei processi spezzettati in mille rivoli con altrettante diverse e "sconosciute" responsabilità.

La revisione dei processi gestionali e di quelli più direttamente assistenziali deve individuare soggetti, operatori, professionisti che possano accompagnare il cittadino nei suoi percorsi facendo "sentire" che l'organizzazione nel suo complesso si sta adoperando al meglio per rispondere alle sue necessità: lavorare con questo "stile" significa mettere al centro dei processi il cittadino.

Assunzione dei problemi del cittadino, accompagnamento nei processi e percorsi assistenziali, sviluppo dell'integrazione devono rappresentare modalità di sostegno e supporto al cittadino ma mai sostituzione allo stesso.

Le modalità assistenziali che tendono a sostituire la responsabilità (piccola o grande che sia) del cittadino ostacolano processi di partecipazione e coinvolgimento dello stesso, stimolando la delega e la riduzione del cittadino ad oggetto dell'intervento.

E' un equilibrio, a volte non facile, nel quale i professionisti sono costantemente chiamati sia nei processi gestionali sia in quelli assistenziali: far crescere nel cittadino la consapevolezza del proprio ruolo non delegabile, permette di stimolare condizioni per una maggiore partecipazione e responsabilità.

4.1.2. Livelli di assistenza integrati. Le attività sanitarie e socio sanitarie erogate sul territorio, che trovano la più recente e dettagliata articolazione all'interno del d.p.c.m. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", comprendono tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali prefigurate nel dpcm 29.11.2001

=Assistenza sanitaria di base: medicina di base e continuità assistenziale

=Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali: fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici

=Assistenza integrativa attraverso la fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari e presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

=Assistenza protesica: fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

=Assistenza programmata a domicilio

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

=Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale alle donne, le coppie e le famiglia

=Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale

- alle persone anziane non autosufficienti
- alle persone con problemi psichiatrici
- alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope
- a pazienti nella fase terminale,
- alle persone con infezione da HIV

=Assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio

=Assistenza termale

=Emergenza sanitaria

La modalità organizzata con la quale il sistema sanitario garantisce ai cittadini i livelli essenziali di assistenza sopra elencati costituisce la rete territoriale dei servizi.

Si intende, pertanto, lavorare per l'organizzazione delle attività territoriali avendo ben presente la complessità e la multiformità di attività alle quali si fa riferimento, che rappresentano, con un proprio bagaglio storico sedimentato, la base sulla quale costruire percorsi assistenziali e di cura più vicini ai cittadini, sviluppando relazioni che facciano emergere le professionalità e le capacità degli operatori in un quadro di autonomia e di grande responsabilità.

Le prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio sanitaria, contenute nell'allegato 1.C del d.p.c.m. 29 novembre 2001, costituiscono livelli essenziali di assistenza ed in quanto tali devono essere garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

L'erogazione di tali prestazioni è compito specifico del distretto, nell'ambito delle funzioni di assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale ad esso assegnate, mentre al Comune viene attribuito l'onere di contribuire alle spese degli interventi ove l'utente, per ragioni economiche, non possa farsi carico, in tutto o in parte, del pagamento delle prestazioni secondo le quote percentuali fissate dal d.p.c.m. 29 novembre 2001.

4.1.3. Le cure primarie. Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Alma Ata 1978), recentemente ripresa dall'Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia (*Wonca 2002: definizione europea della medicina generale*) le cure primarie rappresentano l'ambito, all'interno di un sistema sanitario, di solito la comunità territoriale del paziente, nel quale avviene il primo contatto con un professionista sanitario.

Esse sono caratterizzate quindi dai seguenti elementi:

- rappresentano una parte rilevante delle attività territoriali;
- sono caratterizzate dall'accesso diretto ai servizi;
- rappresentano il sistema di cure erogato vicino ai luoghi di vita delle persone (ambulatorio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali, strutture residenziali);
- assumono in carico l'aspetto globale della salute della persona ed indirizzano, quando opportuno, a vari livelli di approfondimento, per garantire le risposte più appropriate al bisogno di salute.

Le cure primarie, che assicurano promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e supporto, si configurano come una rete organizzata di attività attraverso le quali il distretto può garantire le risposte più articolate agli utenti, all'interno di processi di integrazione professionale che coinvolgono sia gli operatori presenti nel territorio (nella componente sanitaria e in quella sociale) sia gli operatori degli altri punti della rete assistenziale, di cui l'ospedale è un importante riferimento.

All'interno del sistema delle cure primarie i servizi organizzati per l'assunzione in carico di settori di popolazione (salute mentale, tossicodipendenze, consultori, neuropsichiatria infantile) sono caratterizzati da un loro ruolo specifico ma non possono essere considerati sistemi autonomi e indipendenti: al contrario, proprio per la loro specificità, devono essere inseriti nelle relazioni operative più generali nel contesto distrettuale ed in particolare con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

4.2. I PERCORSI ASSISTENZIALI DEI CITTADINI. L'intensità e la capacità di cura si deve conformare ai bisogni differenziati e spesso complessi dei cittadini, articolando le possibilità di risposta attraverso livelli di assistenza di differente complessità:

- il livello di intervento individuale tra il cittadino e il singolo professionista (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta) che mantiene una assoluta rilevanza ed è caratterizzato dal rapporto fiduciario che si instaura tra cittadino e professionista;
- il livello più semplice di intervento integrato caratterizzato dalla capacità di correlazione tra il singolo professionista (medico di medicina generale e pediatra di libera scelta) e uno o più operatori (infermiere, assistente tutelare, ed altri) presenti nell'ambito del gruppo di cure primarie;
- i livelli caratterizzati da una forte relazione di supporto che sostengono le decisioni assunte dal gruppo di cure primarie quali l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- i livelli di assistenza (esemplificando i SERT, dipartimenti di salute mentale, consultori, neuropsichiatrie infantili) che, per le loro caratteristiche di accesso diretto, impongono la realizzazione di una stabile e costruttiva reazione biunivoca con il gruppo di cure primarie per corrispondere al meglio alle esigenze delle persone indipendentemente dal luogo di accesso che prediligono;

- i livelli di assistenza - specialistica, ospedaliera - che, per il contenuto professionale, tecnologico ed organizzativo, partecipano con intensità diversa allo sviluppo dell'assistenza e, attraverso percorsi condivisi con il gruppo di cure primarie, stabiliscono gli elementi di appropriatezza nell'accesso agli interventi specialistici e nel contempo regolano il percorso a ritroso verso le modalità assistenziali territoriali più adeguate.

Ogni livello assistenziale attivato per corrispondere ai bisogni del cittadino può necessitare di interrelazione con il sistema socio-assistenziale che rappresenta, pertanto, una costante nell'articolazione organizzata dei servizi.

L'organizzazione delle attività si configura come articolazione di punti di complessità diversa deputata ad assolvere al debito assistenziale specifico nei confronti del cittadino.

In questo quadro di riferimento i punti diventano nodi di una rete di servizi nella quale si concretizza il ruolo della direzione del distretto quale stimolo/regolatore/ controllo/monitoraggio delle relazioni che intervengono tra i nodi della rete, affinché l'analisi del bisogno assistenziale possa tradursi in una risposta organizzata all'interno di un percorso di accompagnamento assistenziale.

I luoghi, i momenti, le modalità in cui il cittadino incontra e pone domande al sistema assistenziale, devono delineare le caratteristiche essenziali dell'organizzazione territoriale partendo dallo stesso cittadino, che è attore responsabile, insieme ad altri, del proprio processo assistenziale.

4.2.1. La persona/ il cittadino/ il paziente. Il singolo individuo nel rapporto e nel contesto dei sistemi sanitario e sociale assume rilevanza e ruoli differenti:

- è persona in quanto è portatore di dignità, rispetto, valori, cultura, conoscenze;
- è cittadino in quanto portatore di diritti esigibili inerenti la tutela della salute, la disponibilità di servizi e l'accesso agli stessi e, nel contempo, porta con sé i doveri derivanti dall'essere parte della comunità;
- è paziente nel momento in cui è direttamente coinvolto nei processi assistenziali.

Gli individui mantengono in ogni momento le caratteristiche di persona/cittadino/paziente, sebbene si accentuino alcuni tratti in particolari momenti o fasi specifiche del rapporto con il sistema sanitario.

La definizione dell'individuo quale utente o cliente, vale a dire utilizzatore o compratore, è fortemente riduttiva e distorce un rapporto che, al contrario, deve misurarsi sul terreno della partecipazione, del coinvolgimento e della valutazione dei servizi.

Nel contesto specifico del percorso assistenziale l'individuo deve essere reso partecipe e consapevole delle cure, poiché è lui stesso attore della buona riuscita delle scelte assistenziali. Non siamo di fronte a processi di cura "oggettivi" da imporre ai cittadini, ma a percorsi di cura da tradurre nel contesto culturale e sociale in cui vive la persona; è in questa fatica quotidiana che i servizi e gli operatori debbono mostrare la loro professionalità nel ruolo di "traduzione" e "mediazione" nei confronti del bisogno.

E' in questa relazione che si collocano le iniziative di informazione, di educazione e di partecipazione dei singoli, dei gruppi di cittadini.

La stessa evoluzione della medicina rispecchia nella trasformazione del rapporto medico/paziente questo effetto che attribuisce maggior peso al paziente (empowerment). Dal paternalismo direttivo che in passato connotava questo rapporto, attraverso la fase del consenso informato quale trasmissione di informazioni e assunzione di responsabilità del soggetto, si deve arrivare alla fase della negoziazione tra un cittadino protagonista che possiede le proprie informazioni ed è consapevole dei propri bisogni e il professionista che, non rinunciando agli aspetti di specifica responsabilità in merito alle proprie competenze tecniche, si propone come consulente fiduciario al fianco del cittadino.

L'oggetto della loro relazione non è più la malattia in sé ma è la soggettività del paziente stesso rispetto alla condizione di malattia, che vive la sua autonomia nella scelta dei percorsi di cura più corrispondenti alla propria individualità.

Le decisioni del percorso assistenziale non sono uniformemente applicabili ma sono il risultato del rispetto della soggettività, dell'autonomia conseguente alla consapevolezza della condizione di malattia che vive l'individuo.

Anche la strutturazione del servizio sanitario deve quindi superare le fasi della medicina basata sull'autorità, ed in qualche modo anche di quella basata sulle prove di efficacia (EBM), per intraprendere la strada per perseguire la medicina delle relazioni, basata sulla continua negoziazione degli obiettivi di salute tra operatori e fruitori, all'interno di un sistema in cui la limitatezza delle risorse disponibili impone la costante valutazione del rapporto costo/beneficio, per consentire la costruzione di percorsi funzionali a perseguire obiettivi di salute rispettando la soggettività e l'autonomia delle persone.

In questo contesto di relazioni tra cittadino e sistema dei servizi deve essere esaltata la differenza di genere, che va contestualizzata, in particolare, nei momenti di analisi del bisogno, di valutazione dei fattori di rischio, di individuazione dei percorsi assistenziali e di prevenzione e delle scelte operative.

Una particolare attenzione merita il problema delle medicine "non convenzionali", termine con cui nell'accezione comune si individuano pratiche complementari al modello prevalente della medicina tradizionale.

L'ormai ampia diffusione di queste terapie segnala e documenta l'esistenza di metodi alternativi di soluzione a problemi di sanità che andranno esplorati con rigore scientifico.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Saranno analizzate (in particolare) le principali pratiche che si definiscono alternative: agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

Il primo passo verso un inquadramento definitivo di queste passa attraverso la realizzazione di un sistema di monitoraggio sistematico affidato all'ARESS, con l'obiettivo di valutare i modelli organizzativi e regolamentari presenti nelle altre regioni italiane e nel contesto europeo.

Dopo questa fase di osservazione, studio e sperimentazione si procederà a formalizzazioni regolamentari ed organizzative, capaci di governare le dinamiche dei processi afferenti alle medicine non convenzionali.

4.2.2. Le porte di ingresso come punti di incontro. Medicina generale e pediatria di libera scelta: dal singolo al gruppo. Il cittadino, nella relazione con il sistema sanitario, "incontra" (non casualmente ma per propria scelta) il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta (MMG/PLS), che rappresenta il primo livello di responsabilità del servizio sanitario nazionale nei suoi confronti.

Da sempre il MMG/PLS ha sviluppato il proprio ruolo in un contesto di isolamento organizzativo ed individualismo professionale. Solo recentemente, con l'avvio di gruppi sperimentali, di indicazioni derivanti da accordi nazionali e regionali, si sono sviluppate modalità organizzative che consentono lo sviluppo delle relazioni tra i singoli.

La modalità maggiormente diffusa a livello nazionale è l'équipe territoriale, presente, in Piemonte, in ogni ASL, con i connotati di gruppo che "ragiona", si "interroga" e, a volte, "partecipa" ai processi decisionali aziendali. L'équipe territoriale è oggi fortemente caratterizzata dalla figura del MMG, pur prevedendo anche la presenza di PLS e di medici di continuità assistenziale (ca). La partecipazione prevista di altri professionisti (infermieri e assistenti sociali), quando avviene è caratterizzata dalla casualità o da elementi contingenti che la provocano e non dalla continuità; in ogni caso l'équipe territoriale (così come è oggi) non ha le caratteristiche di un'organizzazione orientata a costruire un modello operativo.

Una seconda modalità di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta riguarda l'erogazione di cure primarie da parte di associazioni (medicina in associazione, in rete, di gruppo), all'interno delle quali il MMG/PLS non lavora più in un contesto isolato, ma condivide alcuni aspetti (minimi nell'associazione, più pregnanti nel gruppo) organizzativi e funzionali del lavoro con i propri colleghi.

Oggi in ambito regionale la medicina in associazione coinvolge il 60% dei MMG/PLS, mentre ne sono coinvolti quasi il 10% per ciascuna delle altre due forme: medicina in rete e di gruppo.

Il limite delle attuali forme di organizzazione, che pur rappresentano uno stimolo positivo, è costituito dalla loro aggregazione monoprofessionale. Il recente accordo collettivo nazionale dei MMG siglato nella primavera del 2005 ha al suo interno elementi ed indicazioni orientate ad un ulteriore sviluppo delle relazioni tra mmg ed altre professionalità che non possono essere trascurate. Lo sviluppo delle nuove domande di salute implica l'indispensabile necessità di disporre di un'organizzazione pluriprofessionale che gestisca le cure primarie: affrontare e prendersi cura della persona implica non solo una disponibilità e capacità dell'individuo e della singola professione, ma impone che il confronto e l'integrazione con altre professioni rappresenti la costante dell'organizzazione dei servizi territoriali.

Questo è il passaggio non più rinviabile: organizzare l'assistenza territoriale attraverso gruppi di cure primarie (GCP) che assistano 10-15.000 abitanti in un territorio ben definito con le seguenti caratteristiche di fondo:

- presenza pluriprofessionale;
- condivisione di impostazioni di lavoro;
- relazioni operative strutturate con gli altri livelli del sistema territoriale ed ospedaliero di erogazione delle prestazioni;
- "visibilità" nei confronti del cittadino.

I GCP costituiscono l'articolazione organizzata del servizio sanitario regionale nel territorio e non rappresentano quindi una ulteriore modalità associativa per i medici di medicina generale.

In ogni caso va sottolineato con forza che il lavoro del singolo MMG/PLS ha in sé, affrontando e risolvendo bisogni specifici, una connotazione di individualità nel rapporto con il paziente che va garantita e mantenuta; sarà demandata alla capacità ed alla scelta del professionista e del gruppo, nel caso se ne individuasse la necessità, la collocazione del bisogno specifico presentato dal cittadino in un contesto di risposta più complesso e pluriprofessionale. Il lavoro del MMG/PLS mantiene, in sostanza, la relazione individuale come cardine del proprio lavoro che non deve essere dispersa né abbandonata, sottolineando che il lavoro congiunto con altri fornisce risposte più adeguate ai livelli più problematici ma non deve sostituire il livello del rapporto individuale.

Qualsiasi forma di aggregazione operativa deve, inoltre, salvaguardare due aspetti fondamentali del lavoro del MMG/PLS:

- garantire la scelta fiduciaria da parte del cittadino;
- garantire la distribuzione della rete degli ambulatori.

Lavorare con altri non deve significare, per il singolo cittadino, "perdersi" dentro un'organizzazione complessa o, peggio, burocratizzata; la persona deve mantenere il proprio MMG/PLS come riferimento, che usufruisce della collaborazione e dell'opera di altri professionisti per poter meglio e più adeguatamente assistere il paziente. La distribuzione della rete degli ambulatori dei MMG/PLS nel territorio rappresenta la modalità più decentrata e diffusa di presenza del sistema sanitario: questa condizione non può essere ridotta ma va ricollocata e sostenuta all'interno del GCP.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Caratteristica fondamentale dei GCP è quella di unire strutturalmente l'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi a gestione diretta dei distretti, nella direzione di un governo clinico del territorio che costruisca la squadra tra medico di famiglia, medici del distretto, specialisti ambulatoriali, professioni sanitarie, in un lavoro a rete e non più gerarchico e frammentato, in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione (la Casa della Salute).

Le iniziali professionalità che in linea indicativa debbono trovare collocazione all'interno del GCP sono, oltre ai MMG/PLS ed ai medici di continuità assistenziale, gli infermieri (valorizzandone il ruolo e l'opera e promuovendo la sperimentazione di nuove forme di esercizio professionale nell'ambito delle cure primarie), gli operatori socio sanitari e gli assistenti sociali (la cui azione, integrata con i medici di medicina generale, va valorizzata nell'ambito dell'evoluzione delle cure primarie verso forme di medicina di gruppo), con il sostegno ed il supporto di una forte azione amministrativa.

Questo livello di organizzazione integrata potenzia e garantisce meglio i seguenti livelli assistenziali:

- assistenza sanitaria di base:
 - medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare;
 - continuità assistenziale notturna e festiva;
- assistenza domiciliare nelle sue diverse forme e modalità: programmata, integrata e infermieristica.

La presenza di un GCP integrato multidisciplinarmente dovrà essere resa "visibile" per il cittadino, che deve trovare al suo fianco non solo i professionisti delle cure ma anche chi lo affianca nei percorsi organizzativi che sostengono le decisioni assistenziali.

Molte decisioni assistenziali (vedi paragrafo i servizi territoriali di supporto) prevedono la fornitura di beni o di servizi direttamente da parte dell'azienda: il GCP può rappresentare un terminale per il cittadino evitando le plurime e defaticanti tappe che a volte il sistema impone.

Un riferimento unitario, fisico per il GCP rappresenta non solo un elemento di chiarezza nei confronti del cittadino ma altresì un elemento di coagulo degli operatori del GCP, non solo per lo specifico professionale anche quale luogo di incontro che fa crescere possibilità e risposte integrate.

Il GCP è responsabilizzato rispetto al contesto del territorio e della popolazione di riferimento a garantire i livelli assistenziali anzidetti, adottando le misure possibili ed utilizzando le opportunità all'interno di un quadro operativo concordato con la direzione distrettuale.

Il contesto delle diverse aree territoriali e la valutazione delle "risorse" necessarie aggiuntive o da riconvertire stabiliranno, sulla base di indicazioni regionali, i tempi di realizzazione e di trasformazione dell'attuale realtà territoriale.

La definizione dei ruoli e dei compiti all'interno delle professionalità presenti nel GCP porterà anche a rivedere le procedure su alcuni aspetti assistenziali (come la scelta di beni utili all'assistenza: pannolini, traverse, letti ortopedici, materassi antidecubito, materiale di medicazione), valorizzando la figura infermieristica quale professionista della gestione assistenziale conseguente alle decisioni cliniche.

Nei percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti (ipertensione, scompenso, diabete, insufficienza respiratoria, tumori) emerge la necessità di attivare iniziative di monitoraggio non solo di parametri biologici, ma anche delle modalità e scelte inerenti gli aspetti del proprio stile di "vita" (camminare, assumere terapie, diete, ed altro) che possono in un quadro di condivisione paziente-professionisti essere maggiormente garantiti da un sistema organizzato nel quale i professionisti sono costantemente a contatto.

L'organizzazione in una sede di riferimento (magari non esclusiva) per l'attività dei MMG/PLS e degli altri professionisti facenti parte del GCP permette, anche, di divenire il riferimento costante nella giornata e quindi poter organizzare risposte per interventi caratterizzati da urgenza di complessità limitata che è possibile gestire in un contesto ambulatoriale che dispone di tecnologie di base.

Le professionalità indicate come facenti parte del GCP si intendono come le "minime" professionalità necessarie alla sua costituzione: altre figure (professionisti sanitari dell'area riabilitativa, specialisti di base, ed altri) possono utilmente contribuire alla crescita delle sue possibilità assistenziali.

Le limitate esperienze ad oggi avviate in Piemonte (ma in altre regioni lo sviluppo di forme di aggregazione è già decennale) non permettono ancora di individuare un quadro preciso sulle caratteristiche che debbono avere i GCP al di là di indicazioni di impostazione; sarà necessario far avviare iniziative sperimentali in tutte le aziende sanitarie per sviluppare, nel prossimo triennio, l'opera di riorganizzazione consolidata dell'assistenza primaria: rappresenta obiettivo del Piano attivare almeno tre-quattro GCP in ciascun distretto socio sanitario alla fine del periodo di validità.

Il GCP può infine rappresentare l'opportunità, per i servizi sociali e sanitari:

- di "presentarsi" al cittadino in modo e in una sede unica;
- di "accoglierlo" per i suoi bisogni;
- di "fornire" risposte immediate attraverso gli operatori che costituiscono il GCP;
- di "accompagnare" il cittadino all'interno dei percorsi assistenziali più complessi che superano le possibilità del GCP;
- di "rappresentare" un terminale verso il cittadino anche per i servizi che sono organizzati a livello centrale;
- di "sviluppare" iniziative di educazione e formazione indirizzati a gruppi di pazienti tendenti ad aumentare il grado di autonomia gestionale della propria condizione;
- di "divenire" anche momento di scambio, di mutuo-aiuto dei pazienti e di organizzazione dei cittadini sul tema della salute;

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- di “collaborare” allo sviluppo di forme di cure intermedie, imposto dal diffondersi della cronicità, assumendosi la responsabilità terapeutica di posti letto per degenze territoriali riguardanti lievi patologie, condizioni di riacutizzazione o condizioni di acuzie che si possono risolvere senza il ricovero ma non possono essere curate, per motivi oggettivi o soggettivi, al domicilio (ospedali di comunità);
- di “valorizzare” il ruolo dei *caregiver* a tutela delle fasce di popolazione che incontrano maggiore difficoltà ad interfacciarsi con il servizio sanitario ed orientare i propri percorsi di cura.

4.2.3. I servizi del territorio di supporto. Alcuni livelli di assistenza sono strettamente connessi alle scelte assistenziali fatte dagli operatori del GCP, che richiedono, per essere messe in atto, la fornitura di un bene (farmaco, materiale, protesi, ausili) o di un servizio (come ad esempio il trasporto sanitario).

a) Le farmacie e l'assistenza farmaceutica

La rete delle farmacie territoriali costituisce un sistema articolato di tutela della salute con oltre 1.400 punti su tutto il territorio regionale presenti anche nei contesti più decentrati, dove svolgono il loro prezioso servizio le farmacie rurali.

La collaborazione con gli operatori del GCP potrà consentire la valorizzazione di alcuni compiti, che non si esauriscono nella semplice distribuzione del farmaco ma promuovono nuove funzioni in grado di mettere a disposizione del sistema della salute la diffusione capillare della rete delle farmacie. In particolare funzioni di ascolto e di consulenza verso la popolazione, la diffusione di materiale informativo e la promozione attiva di campagne di informazione e prevenzione.

Tra queste particolarmente rilevante è il lavoro di responsabilizzazione dei professionisti sanitari e dei cittadini per promuovere l'appropriatezza d'uso dei farmaci ed un maggior ricorso ai farmaci “generici”.

La fornitura diretta di prodotti farmaceutici (secondo le modalità e gli accordi predeterminati, che potrà peraltro avvenire attraverso la sperimentazione di modalità alternative già previste dalla legge) ha assunto negli ultimi anni un rilievo particolare con un significativo impatto economico, con il fine di migliorare il controllo dell'utilizzo del farmaco e del consumo di prodotti ad elevato costo. Il disporre di un terminale decentrato (la sede del GCP) che assiste 10-15.000 cittadini può divenire nel quadro organizzativo dell'Azienda un utile riferimento per garantire ai pazienti la distribuzione di quelle specialità farmaceutiche che è possibile o obbligatorio fornire direttamente.

Il rapporto con chi garantisce a livello centrale l'assistenza farmaceutica non si esaurisce in un legame connesso alla fornitura di un bene ma deve svilupparsi anche in una relazione informativa sul bene farmaco, sui criteri di scelta che sottendono l'immissione nel mercato o nei proutuari aziendali di prodotti innovativi.

b) Assistenza integrativa attraverso la fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari e di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito.

Questo livello assistenziale ha assunto una forte rilevanza economica e può essere maggiormente garantito sia nella fase prescrittiva sia in quella di monitoraggio se diviene un elemento facente parte della gestione assistenziale diretta da parte dei professionisti che hanno in cura il paziente e non una fornitura del bene o del servizio fine a se stessa.

c) Assistenza protesica: fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.

La garanzia per soddisfare correttamente questo livello assistenziale richiede la partecipazione e l'intervento di specialisti che contribuiscono a garantire l'appropriatezza prescrittiva (protesi ed ausili individualizzati), mentre per altre prescrizioni (beni non individualizzati) l'intervento dello specialista diventa più un atto burocratico che una valutazione professionale. Il GCP può rappresentare sia il riferimento organizzativo per il cittadino per l'accesso a questo livello assistenziale, sia il terreno di confronto con gli specialisti, per rendere più appropriato il ricorso alle prestazioni specialistiche, valorizzando la professione infermieristica per la scelta dei supporti assistenziali necessari al paziente.

La garanzia della relazione di questi livelli assistenziali con il GCP permette al cittadino di individuare in maniera precisa ed univoca il luogo unico al quale fare riferimento sia per l'erogazione delle prestazioni assistenziali sia per la diretta fornitura dei beni di cui necessita. L'assunzione in carico del paziente si traduce nell'azione dell'organizzazione (attraverso l'attività amministrativa del GCP) che gestisce il passaggio dalla prescrizione del curante al servizio che deve erogare quello specifico bene; in tal modo non è più il cittadino che ricerca nell'ambito dell'azienda l'ufficio al quale rivolgersi ma è direttamente l'organizzazione del GCP che si fa carico del percorso.

4.2.4. I servizi del territorio ad accesso diretto. L'attuale organizzazione dei servizi nel territorio prevede l'accesso diretto ad alcuni di essi: salute mentale, tossicodipendenze, consultori familiari e pediatri, centri ISI ed altri servizi sanitari e socioassistenziali a bassa soglia, neuropsichiatria infantile.

Assumendo la definizione di cure primarie illustrata nel precedente punto 1.3, in questi contesti la persona viene presa in carico non solo per lo specifico problema di cui è portatrice ma anche per aspetti connessi alle relazioni familiari e sociali, al fine di individuare il terreno di intervento più appropriato.

Questi stessi livelli di servizio garantiscono una risposta che prevede la multiformalità dei luoghi di cura (ambulatori, centri diurni, residenzialità, ricovero), di cui è necessario disporre per poter garantire la condizione assistenziale più opportuna.

La presenza di questi servizi rappresenta sia storicamente sia nella realtà attuale un punto di riferimento ben definito per la popolazione il cui ruolo non va disperso, semmai potenziato nell'ambito della rete assistenziale più generale. E' indispensabile individuare modalità e forme di relazione dei GCP con questi servizi, onde permettere ai MMG/PLS di far riferimento a competenze e professionalità utili per individuare precocemente condizioni critiche o per migliorare il grado di assistenza diretta ed ai servizi di relazionarsi con quei professionisti del GCP che, conoscendo nel

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

tempo le realtà familiari e comunitarie, possono contribuire a realizzare percorsi di cura che richiedono, molte volte, l'intervento non solo nei riguardi del singolo paziente ma della famiglia e della comunità.

Occorre evitare che l'organizzazione dei servizi territoriali costruisca percorsi assistenziali separati, conflittuali, con entità organizzative tendenti ad atomizzarsi. E' necessario al contrario costruire relazioni, confronti per permettere ai sistemi di erogazione di utilizzarsi a vicenda in un contesto di condivisione professionale.

4.2.5. I Servizi sanitari di cure non primarie. Gli interventi assistenziali ai quali si accede con un'indicazione del MMG/PLS si collocano logicamente in un percorso assistenziale nel quale, esaurita la capacità di risposta del GCP, viene attivata o individuata la consulenza, in un percorso di diagnosi o terapia, della competenza specialistica utile al percorso diagnostico-terapeutico e/o del livello organizzativo che dispone di tecnologie adeguate: ci si riferisce al livello assistenziale garantito dall'intervento degli specialisti ambulatoriali e dal sistema ospedaliero.

a) L'intervento specialistico ambulatoriale è caratterizzato dalla consulenza che si esaurisce in sé o, al contrario, per la quota di popolazione affetta da patologie croniche che necessitano di un adeguato monitoraggio, dalla condivisione tra gli specialisti e i MMG/PLS degli interventi necessari per il monitoraggio ed il controllo della malattia.

La sede di riferimento del GCP può divenire anche la sede ambulatoriale specialistica per quelle specialità a maggiore frequenza di accesso che non necessitano di particolare tecnologia e strumentazione: in tal modo si può realizzare l'effettiva consulenza specialistica attraverso il confronto diretto con il MMG/PLS migliorando la performance assistenziale nei riguardi del paziente.

b) L'ospedale riassume in sé competenze, professionalità, tecnologie, relazioni ed organizzazione orientate ad affrontare problemi specifici d'organo o di condizione. I processi assistenziali che si sviluppano in ospedale hanno una diretta e rilevante ricaduta nel contesto territoriale e l'ospedale non può essere estraneo al contesto organizzativo del territorio, al grado di capacità di risposta.

Una buona base di relazione tra ospedale e territorio è garanzia dell'espressione di un buon livello assistenziale: sviluppare e consolidare le relazioni tra gruppi di specialisti con i GCP permette di assicurare il livello di gestione della patologia più adeguato alle specifiche condizioni di vita del paziente.

I terreni di confronto tra territorio e ospedale sono molteplici:

* modalità di accesso;

* relazioni durante il ricovero;

* modalità di dimissioni;

* condivisione dei processi di continuità assistenziale.

Il sostegno dei processi di relazione tra ospedale e territorio consente di realizzare un contesto assistenziale nel quale l'ospedale, accanto agli altri luoghi di cura (ambulatorio, domicilio, residenza) rappresenta uno dei punti in cui si realizzano i processi di cura, e permette a tutti i soggetti coinvolti di svolgere il proprio ruolo in modo coerente, condiviso ed appropriato.

4.2.6. I servizi per la popolazione. Esiste un ulteriore livello di intervento realizzato ed organizzato dalla Direzione di prevenzione, che trova un contesto di relazione particolarmente rilevante negli interventi organizzati verso la popolazione e non per il singolo individuo.

Questo livello di intervento non ha dispiegato ancora tutta la sua potenzialità. Lo sviluppo nel territorio di una presenza organizzata (GCP) può offrire, attraverso le proprie sedi di riferimento, l'articolazione necessaria affinché alcuni aspetti critici degli interventi sulla popolazione connessi alla prevenzione sanitaria, promozione della salute e all'informazione ed all'accessibilità possano rappresentare lo stimolo per essere riaffrontati in una prospettiva di miglioramento.

4.2.7. I servizi a domanda individuale. Il sistema sanitario nel quale operiamo fonda ancora alcune sue garanzie assistenziali nella valutazione della condizione specifica (come ad esempio l'invalidità civile): questo contesto per poter garantire pienamente il cittadino deve intrecciare il lavoro di chi valuta una condizione e di chi (MMG/PLS) fornisce alcuni elementi sostanziali per la valutazione.

4.2.8. I sistemi di valutazione multiprofessionali. Per i servizi sanitari e per i servizi sociali l'accesso unitario è oggi garantito rispettivamente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta per la sanità, e dal servizio sociale professionale per il sociale.

L'integrazione socio-assistenziale rappresenta l'espressione organizzata di livelli assistenziali differenti, dai più semplici a quelli di maggiore complessità.

In tutti i casi avviene un confronto tra operatori del sistema sanitario e socioassistenziale al fine di individuare la risposta assistenziale più appropriata, dando priorità agli interventi che garantiscano la permanenza al domicilio in condizioni di sicurezza assistenziale secondo le prassi degli interventi in lungo-assistenza.

Nelle condizioni più semplici gli stessi operatori sanitari e socio-assistenziali del GCP hanno la possibilità di individuare al loro interno la risposta assistenziale integrata. Determinate condizioni di maggiore complessità richiedono momenti di valutazione multiprofessionali che tengano conto dei molteplici aspetti che stanno alla base della domanda assistenziale ed individuino le opzioni di intervento più appropriate.

La valutazione nelle condizioni di maggiore complessità deve garantire alcuni aspetti fondamentali:

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- la multiprofessionalità a partire dal MMG/PLS, all'assistente sociale, alle figure infermieristiche, agli specialisti delle discipline relazionate alle problematiche del paziente;
- l'utilizzo condiviso di specifici strumenti di valutazione;
- la possibilità di individuare tra più opzioni quella adeguata a garantire il livello assistenziale più appropriato alle condizioni del paziente;
- la definizione del progetto assistenziale individuale;
- il monitoraggio, nelle condizioni di cronicità, delle necessità assistenziali per intercettare eventuali modifiche o l'emergere di nuovi bisogni o la loro modifica .

Il livello regionale dovrà sostenere l'azione delle singole aziende sanitarie e inoltre validare strumenti di valutazione omogenei per poter garantire ai cittadini piemontesi accessi a prestazioni secondo regole univoche e contemporaneamente valutare le diverse condizioni operative presenti nell'area regionale.

L'organizzazione del sistema di valutazione non può riferirsi ad una singola struttura operativa né tantomeno può rappresentare un sistema autonomo di erogazione di prestazione. Il sistema di valutazione multidimensionale assume in sé sia l'aspetto più strettamente clinico (nel momento dell'analisi) sia l'aspetto più organizzativo (nel momento dell'individuazione della decisione della prestazione più appropriata).

Per gli aspetti organizzativi e procedurali il sistema di valutazione farà riferimento alla funzione di Direzione distrettuale mentre per l'espressione della valutazione contribuiscono le professionalità più adeguate e consone al problema da analizzare. La componente professionale assume il carico della valutazione mentre la componente di gestione del distretto si assume il carico di garantire al paziente l'ambito assistenziale individuato.

4.2.9. I livelli di interrelazione con il sistema socio assistenziale. Il cittadino che accede al sistema socio-sanitario, tramite le porte d'ingresso del distretto (MMG e PLS) o dell'ente gestore (servizio sociale professionale) o sistemi di valutazione integrati, lascia una traccia che può arrestarsi al gruppo di cure primarie o al servizio sociale, oppure proseguire per sentieri promossi dalle figure che in questi sistemi operano.

Per quanto riguarda il momento dell'accesso, rappresenta obiettivo del presente piano la facilitazione all'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva attivazione ed implementazione degli "sportelli socio sanitari distrettuali", gestiti da operatori sociali e sanitari.

Tali strutture amministrative integrate, che potranno trovare collocazione nei gruppi di cure primarie, dovranno fornire alle persone una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria.

Lo sportello si porrà – in sostanza - come tramite tra la persona e la rete dei "case manager" e dei "care giver" offrendo inoltre consulenza alle persone ed alle famiglie al fine di agevolare la fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale.

In questo senso compete allo sportello fornire indirizzo, "connessione" e sostegno con riferimento al complesso delle risorse disponibili.

Altro importante compito dello "sportello" è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e socio assistenziali) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione multidisciplinare, sino alla definizione degli impegni economici relativi agli interventi attivati).

Ma se le porte di ingresso al sistema socio sanitario si prevedono comuni per tutti, i cittadini non hanno la stessa capacità di fruirne, per le differenti condizioni sociali, economiche, culturali, religiose. In un sistema socio-sanitario che si pone come obiettivo l'equità, lungo i sentieri in cui è organizzata l'assistenza ogni cittadino deve essere aiutato in proporzione alle proprie difficoltà e l'integrazione socio sanitaria deve diventare lo strumento chiave perché le disuguaglianze vengano ridotte, il valore aggiunto nel governo della salute.

Nell'ambito dei livelli di assistenza integrati, al domicilio, nelle strutture ambulatoriali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali, vanno ripensate le modalità di erogazione delle prestazioni, partendo dal presupposto che bisogni diversificati richiedono risposte diversificate, graduate per tener conto del diverso livello delle esigenze che vengono poste. Per realizzare i progetti assistenziali, superando la tradizionale logica di intervento per prestazioni, si renderà opportuno avviare e consolidare le relazioni funzionali tra le diverse équipes, sanitarie e socio assistenziali, che lavorino su piani operativi concordati tra i referenti dei diversi punti di erogazione, contenenti gli obiettivi definiti per le diverse tappe del percorso, le modalità di accesso a queste, i loro referenti e gli strumenti di verifica dei risultati e delle attività svolte. A tal fine occorrerà rendere espliciti e ben visibili i collegamenti tra distretti, ospedali ed enti gestori dei servizi socio assistenziali: per una gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie integrate il Piano si prefigge l'obiettivo della coincidenza tra gli ambiti territoriali dei distretti e quelli degli enti gestori dei servizi socio assistenziali.

Il GCP può offrire possibilità ancora più ampie di quelle descritte; il punto di accesso e di riferimento per la popolazione può esserlo non solo per i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali ma anche per quelli sociali: tale realizzazione dipenderà dalla capacità di traduzione organizzativa che sapremo dare all'espressione "integrazione".

4.3. IL DISTRETTO PER LA SALUTE. La maggiore attenzione alle cure primarie, in questo contesto individuate come la risposta ai profondi cambiamenti sociali, demografici ed epidemiologici in corso, sollecita nuovi modi di ridefinire le organizzazioni, che si riconducono all'interdisciplinarietà ed alla continuità dei percorsi di cura.

4.3.1. La realtà attuale dei distretti e degli Enti Gestori e le maggiori criticità presenti. Per quanto riguarda la programmazione e l'erogazione dei servizi sanitari territoriali, in Piemonte la D.G.R. n. 80-1700 dell'11 dicembre 2000 attribuisce al distretto un ruolo di centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l'incontro fra le istanze espresse dalla comunità e la globalità delle

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

risposte disponibili da parte del servizio sanitario nazionale, attribuendo la responsabilità sulla globalità della presa in carico dell'utente e non sulle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive territoriali o ospedaliere. Di fatto, però, il distretto si configura ancora oggi, nella nostra Regione, più come luogo di gestione di alcuni dei servizi territoriali che come centro di responsabilità della tutela della salute del cittadino/utente.

Per quanto riguarda la programmazione e l'erogazione dei servizi socio assistenziali la Regione Piemonte, con la legge regionale 1/2004, ha confermato nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, l'opzione più idonea a garantire i servizi sociali. L'ambito territoriale ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari, viene individuato nei distretti sanitari.

Il quadro dei distretti piemontesi si presenta, ad oggi, come risulta dalla tabella 1 allegata, diversificato per numero di abitanti, configurazione geomorfologica e numero di comuni. Dei 65 distretti piemontesi, 6 hanno un territorio compreso in zona montana e 17 in un capoluogo di Provincia (uno per ogni capoluogo e 10 distretti a Torino). Il range degli assistibili afferenti ai singoli distretti varia da meno di 20.000 abitanti (ma i distretti con meno di 30.000 abitanti sono soltanto 9) del distretto di Perosa Argentina ai 130.000 abitanti dei distretti San Paolo di Torino e di Novara. I distretti del Comune di Torino rappresentano aggregazioni di circoscrizioni comunali, i distretti di Ivrea, Alba e Asti Nord comprendono più di 60 comuni.

La dimensione degli attuali distretti piemontesi è da considerarsi in alcuni casi inadeguata a garantire le funzioni delineate nel presente capitolo. Il distretto, nel rispetto delle caratteristiche tipiche dei diversi territori, necessita infatti di ambiti territoriali tali (70-80.000 abitanti) da garantire un equilibrio ottimale dei servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di assicurare i principali percorsi terapeutici all'interno dell'ambito territoriale (dei 65 distretti piemontesi oggi 31 sono caratterizzati da una popolazione superiore ai 70.000 abitanti).

Tali considerazioni assumono particolar valore se si tiene conto che al Distretto sono assegnate due funzioni diverse:

- una funzione progettuale, con funzione di rilevazione dei bisogni e di governo della domanda;
- una funzione di governo della produzione, per garantire le prestazioni ed i servizi su base integrata.

Gli enti gestori dei servizi socio assistenziali, costituiti da forme consortili, comunità montane, comuni singoli ed in un caso da un'ASL (Casale Monferrato), rappresentano generalmente ripartizioni degli attuali distretti, come risulta dalla tabella 1; in una ventina di casi coincidono con il territorio dei distretti in un caso coincidono con il territorio dell'ASL (Consorzio Monviso Solidale e ASL 17).

Le maggiori criticità della situazione attuale, evidenziate dagli operatori dei distretti e degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali piemontesi, si concentrano su alcune tipologie di questioni, delineate nel riquadro che segue.

Le maggiori criticità nei distretti piemontesi

Questioni di contesto/generali

-Difficoltà a definire un modello di distretto senza un modello di salute di riferimento.

Scarsità di risorse

- Scarsa autonomia economico finanziaria dei distretti,
- Carenza di risorse per svolgere sia la funzione di produzione sia quella di governo della domanda.

Burocrazia e ruoli confusi dei e nei distretti

- Configurazione limitativa del distretto, inteso come ammortizzatore /facilitatore, mentre dovrebbe avere una iniziativa propria,
- Amplificazione del ruolo di controllore degli iperprescrittori,
- Percorsi dei pazienti oggi troppo parcellizzati e burocratizzati,
- Molteplicità di figure dirigenziali dei servizi territoriali, con scarsa identificazione di ruolo.

Programmazione regionale/aziendale

- Mancanza di controllo nell'applicazione delle norme sull'organizzazione dei distretti,
- Autoreferenzialità delle ASL nella definizione degli assetti organizzativi.

Integrazione socio-sanitaria

- Gli interventi sociali e quelli sanitari sono prodotti da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi e concorrenziali in termini di referenzialità, acquisizione di risorse, autorevolezza scientifica e professionale,
- Le persone che si rivolgono ai punti di accesso del sistema dei servizi sociali o di quelli sanitari incontrano difficoltà a vedere considerato il loro bisogno nel suo insieme,
- La mancata interazione tra i due sistemi produce disservizi e sprechi e, talora, mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

4.3.2. Elementi organizzativi per il governo del territorio. All'interno del quadro di riferimento sopra delineato il distretto, che si configura come organizzazione a rete, tendente a privilegiare i rapporti e le relazioni sul territorio, supera la logica del dualismo domanda/offerta prefigurandosi una funzione di ponte tra le due dimensioni, di accompagnamento ai cittadini nei loro percorsi assistenziali.

I distretti governano la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando direttamente i servizi del territorio ed i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, nonché le attività socio assistenziali in integrazione con gli enti gestori.

A tal fine:

- governano la domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei bisogni della popolazione di riferimento;
- programmano le attività territoriali;
- definiscono i servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento;
- assicurano direttamente attraverso le articolazioni operative le attività del territorio ed i percorsi di continuità assistenziale attraverso gli altri livelli assistenziali (ospedale);
- assicurano equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità delle cure per la popolazione di riferimento;
- promuovono la comunicazione nei confronti dei cittadini e valutano l'efficacia degli interventi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il governo di questo complesso processo fa capo alla Direzione di distretto.

La Direzione distrettuale, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali, esercita le seguenti funzioni:

- nei processi assistenziali rappresenta il garante delle relazioni che si instaurano tra i singoli medici, o meglio, tra i GCP e i servizi di supporto, gli altri livelli assistenziali presenti nel territorio, il sistema ospedaliero, i servizi di prevenzione;
- nei processi organizzativi rappresenta nei confronti dei soggetti interni al sistema sanitario (Dipartimento, strutture semplici e complesse delle ASL e delle ASO), ed esterni (soggetti istituzionali, volontariato, scuola), il riferimento locale per le attività territoriali;
- nei processi gestionali rappresenta il riferimento per:
 - l'identificazione delle risorse;
 - la distribuzione delle risorse;
 - il controllo gestionale sulle attività erogate nel distretto;
 - il contributo all'individuazione e all'analisi dei bisogni nonché alla definizione degli obiettivi della programmazione dell'ASL.
- nelle relazioni esterne rappresenta il riferimento locale per le amministrazioni locali e per gli enti gestori dei servizi socio assistenziali per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, per l'analisi dei bisogni, per l'individuazione delle priorità, per la valutazione dei servizi resi, per la costruzione degli atti di programmazione;
- nelle relazioni esterne è anche il riferimento locale della popolazione e delle organizzazioni di volontariato.

La realizzazione di tale modello organizzativo richiede:

- l'assegnazione ai distretti di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed il riconoscimento della necessaria autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria;
- la tendenziale ridefinizione dei loro ambiti territoriali con bacini di popolazione non inferiore ai 70.000 abitanti; per le zone montane e i territori a scarsa intensità abitativa sarà necessario individuare criteri specifici di aggregazione territoriale, salvaguardando comunque all'interno dell'organizzazione distrettuale, una rappresentanza amministrativa qualificata di tali zone affinché siano considerate le particolari condizioni di disagio della popolazione residente, ed organizzate modalità di accesso alle prestazioni che evitino percorsi e trasferimenti inutili, garantendo altresì i livelli prestazionali decentrabili a maggiore impatto e frequenza con la popolazione; rappresenta obiettivo del Piano assicurare livelli di cura adeguati su tutto il territorio piemontese e dunque prevedere misure specifiche relativamente alle aree a minore densità di popolazione e/o più difficilmente raggiungibili attraverso le vie di comunicazione;
- una articolazione organizzativa a "rete" che garantisca la necessaria integrazione con le attività svolte dall'ospedale, dai dipartimenti, dalle unità operative del territorio e con gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali con la direzione distrettuale in posizione di garante dei processi di continuità assistenziale (coordinamento);
- una rappresentanza dell'Ufficio di coordinamento distrettuale che preveda la presenza, oltre che di rappresentanti dei MMG/PLS e degli specialisti ambulatoriali, anche del Direttore dell'ente gestore dei servizi socio assistenziali e dei Direttori dei dipartimenti afferenti al distretto.

L'organizzazione prefigurata assegna al distretto una funzione di direzione, coordinamento ed integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriale.

La funzione operativa si articola nelle strutture organizzate per garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso la forma dei servizi, delle unità operative e dei dipartimenti operanti sul territorio.

La Regione procederà alla revisione dei vigenti atti di indirizzo e di organizzazione nelle parti che risultano non coerenti alle indicazioni del presente PSSR.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

4.3.3. Modalità di lavoro per un governo integrato dei sistemi sanitario e socio sanitario. Nell'ambito di una strategia complessiva indirizzata all'integrazione dei sistemi sociali e sanitari, il presente Piano individua percorsi di lavoro da sviluppare nel triennio:

- La costruzione di momenti di programmazione comuni che rappresentino, con chiarezza e possibilità di verifica, l'assunzione di impegni reciproci. A questo proposito il Piano sociale nazionale 2001-2003 precisa i caratteri fondamentali della programmazione locale affermando che la qualificazione delle scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria passa attraverso la garanzia dell'unitarietà al processo programmatico, rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali e dal Piano di zona, che rappresentano l'uno il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli e l'altro lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.
- I PePS rappresentano un possibile sviluppo del complesso degli attuali strumenti di programmazione che dovranno accogliere e non disperdere il notevole lavoro che ha visto impegnati, in particolare nella predisposizione dei Piani di zona, operatori degli enti gestori e delle aziende sanitarie.
- La rivisitazione degli assetti organizzativi ed operativi dei servizi assistenziali lavorando per percorsi assistenziali. Il modo più corretto per governare il "sistema", in un panorama epidemiologico che vede la crescita esponenziale delle patologie croniche a lungo andamento, non è il controllo delle prestazioni o delle strutture erogatrici (funzioni di vigilanza e di passivo monitoraggio della funzione di produzione, attualmente prevalente nelle attività distrettuali) ma la gestione coordinata del percorso delle singole malattie (funzione proattiva di committenza e di tutela della salute). Tutto ciò prevede un cambiamento radicale rispetto ad un sistema focalizzato su erogatori di prestazioni per approdare ad un sistema centrato sulla promozione, prevenzione, tutela e cura della salute dei cittadini. Lo sviluppo dei percorsi deve necessariamente realizzarsi nell'ottica del superamento dell'attuale logica dei servizi basata sull'organizzazione dei fattori di produzione, sostituendola con una basata sulla connessione di funzioni, competenze e servizi.
- L'utilizzo delle tecnologie, intese non solo come macchine, per monitorare le condizioni di non autosufficienza, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile, attraverso persone che comunicano con altre persone utilizzando la potenza tecnologica e relazionale della comunicazione elettronica e multimediale, prendendosi cura delle persone con sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina. Tale rete favorisce la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale.
- La cultura dell'integrazione si costruisce anche utilizzando la leva della formazione: le necessità imposte dal contesto sopra descritto stanno ridisegnando i ruoli organizzativi, richiedendo alle risorse professionali al contempo capacità di integrazione all'interno dei processi assistenziali e insieme specializzazione e flessibilità. Saranno quindi prioritarie, oltre allo sviluppo delle competenze, azioni volte a integrare le competenze e le culture professionali.

Per quanto riguarda la formazione di base sarebbe decisamente innovativo introdurre nei corsi di laurea di area sanitaria gli aspetti inerenti la salute nella sua complessità con particolare riferimento alla dimensione relazionale, sociale e assistenziale collegati all'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda invece gli operatori dei servizi sociali e sanitari già in servizio, nell'ambito della formazione post-laurea e permanente, è indispensabile siano aggiornati in merito alle reciproche competenze orientate alla multidisciplinarietà e intersettorialità capace di produrre innovazione, generare benessere, garantire coesione, assicurare equità.

- Un ultimo aspetto riguarda l'attività di vigilanza, che rappresenta un elemento strategico per la garanzia della qualità e della appropriatezza dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

L'attuale assetto istituzionale e organizzativo così come definito dalla legge 61 del 1997, nonché da successivi provvedimenti amministrativi, ci consegna un quadro disomogeneo e scarsamente funzionale. Costituisce obiettivo di piano l'integrazione della normativa di riferimento sia in ordine alla titolarità e all'esercizio delle funzioni di vigilanza sia in ordine alla natura stessa di tali funzioni, che devono sempre più essere esercitate operativamente con una stretta integrazione socio-sanitaria, unica in grado di garantire quella azione di controllo strutturale e gestionale capace di costituire volano di sviluppo e crescita dell'offerta qualitativa della residenzialità e della samiresidenzialità nella nostra Regione.

4.4. LA PROGRAMMAZIONE NEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI

4.4.1. Quadro di riferimento. La definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio-sanitarie – che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della comunità locale – non può che avvenire attraverso la piena applicazione dell'articolo 3-quater del d.lgs. 502/1992 e che individua nel distretto l'articolazione dell'unità sanitaria locale più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione.

L'articolo 20, comma 2, della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1 prevede che le attività socio sanitarie integrate, "realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale" vengano regolate nell'ambito dell'accordo di programma che approva il Piano di zona.

Più in dettaglio nell'articolo 17, comma 1, si afferma che: "I comuni singoli od associati, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le ASL nelle forme previste dall'articolo 3-quater, comma 3, lettera c) del d.lgs. 502/1992 per quanto attiene alle attività di integrazione socio-sanitaria, provvedono a definire il Piano di zona ai sensi dell'articolo 19 della legge 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza.

La complessità dei problemi organizzativi derivanti dalla molteplicità degli interventi collocati nell'area dell'integrazione socio-sanitaria rischia di produrre discontinuità e sovrapposizioni tra le diverse unità produttive, le diverse tipologie di intervento e le differenti professionalità, a loro volta caratterizzate da molteplici approcci tecnici.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato, attraverso una valutazione multidisciplinare del bisogno e la valutazione periodica dei risultati, ottenuti mediante l'erogazione delle prestazioni e dei servizi, presuppongono un'organizzazione e gestione delle risorse territoriali atta a garantire una stabile integrazione tra le unità produttive chiamate ad effettuare gli interventi.

L'efficacia degli interventi, intesa come capacità delle diverse competenze di mantenere come riferimento l'unità della persona, deve diventare il criterio essenziale a cui ispirare la definizione e la verifica dei modelli organizzativi in ambito distrettuale.

Il compito di assicurare il coordinamento e l'integrazione – fondamentale per coniugare le esigenze di specializzazione e la specificità delle prestazioni con la necessità di integrare gli interventi prestatati all'utente - spetta infatti alla struttura operativa e non alla persona che, per parte sua, quanto più è in condizioni di difficoltà, tanto meno è in grado di gestire i rapporti con il sistema dei servizi e di coordinare le prestazioni che gli vengono erogate in modo parcellizzato.

4.4.2. Le azioni. Costituiscono obiettivi di Piano, relativamente all'integrazione socio-sanitaria:

- la costruzione di Piani di zona intesi come processi programmatori del sistema dei servizi sociali e socio - sanitari, ai quali partecipano in modo diretto e attivo le ASL, quali soggetti istituzionali previsti dalla l.r. 1/2004;

- l'approvazione dei Piani di zona da parte delle assemblee consortili (auspicabilmente coincidenti con i comitati dei sindaci di distretto) se a ciò delegate dai comuni afferenti;

- la stipula di accordi di programma che vincolino tutti i soggetti firmatari, comprese le ASL, ed assumano il Piano di zona come un "patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della comunità locale"; e contenga anche il piano finanziario per le attività integrate socio-sanitarie con risorse allocate dai vari soggetti pubblici e del terzo settore partecipanti al Piano (budget per le attività integrate distrettuali);

- la costruzione di "una struttura distrettuale funzionale per le attività integrate cui venga assegnata la gestione unitaria degli interventi socio-sanitari, anche in termini di budget e il coordinamento delle unità di produzione multidisciplinari" attraverso la creazione vincolante all'interno dei Piani di zona, dell'Ufficio di Piano, con funzione di coordinamento e gestione del piano e a responsabilità congiunta fra direttore del distretto e direttore dell'ente gestore dei servizi socioassistenziali.

Va inoltre superata l'attuale confusione di ruoli e di funzioni tra consorzio/comune/ comitato dei sindaci di distretto attraverso la proposta di far corrispondere il comitato dei sindaci di distretto (art 3-quater d.lgs. 502/1992) con l'assemblea consortile (coincidente con l'assemblea dei sindaci ex articolo 19 legge 328/2000) a garanzia di una sede unificata per l'approvazione e la verifica della programmazione socio-sanitaria e prevedere la presenza nell'assemblea consortile/comitato dei sindaci di distretto del direttore generale dell'ASL e del direttore di distretto, a fianco del direttore del consorzio.

Questa scelta rappresenterebbe una coerente applicazione della l.r. 1/2004, con la quale la Regione Piemonte ha deciso di comprendere nel "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali" anche la regolazione del sistema socio-sanitario, altrimenti non garantita, senza dover affrontare una radicale modifica dell'attuale sistema istituzionale che vede già, in capo agli enti gestori socio-assistenziali, la delega all'esercizio delle funzioni sociali a rilevanza sanitaria dei comuni.

Per quanto attiene all'integrazione tra enti gestori e distretti è inoltre necessario prestare particolare attenzione alla complessità del sistema socio-sanitario, sia nella gestione delle strutture operative e sia nella gestione dei rapporti tra i vari livelli decisionali.

In particolare occorrerà prevedere la stipula di "Protocolli operativi" (quali parti integranti dell'accordo di programma) tra enti gestori ed ASL che definiscano le strutture organizzative integrate di riferimento per le varie categorie di utenti delle attività socio-sanitarie, i loro obiettivi, la composizione e le regole di funzionamento, le metodologie di lavoro e gli strumenti di valutazione delle attività svolte, i comuni progetti di formazione professionale, le tipologie assistenziali erogabili dagli enti gestori e dalle ASL e le risorse finanziarie certe da destinarvi, sviluppando i percorsi avviati con l'applicazione dell'accordo regionale sui LEA.

Inoltre occorrerà una puntuale definizione dei meccanismi di coordinamento e di comunicazione interna all'ente gestore e al distretto per garantire anche l'integrazione operativa tra "Unità valutative integrate" e altri servizi gestiti dai due soggetti (ad esempio i "gruppi di cure primarie"), condizione indispensabile per assicurare una corretta gestione dei piani di continuità assistenziale nelle diverse fasi del ciclo di vita dei "progetti personalizzati" e per garantire il pieno rispetto dell'unitarietà della persona.

Questo modello di integrazione gestionale, come qualsiasi altro modello, presuppone:

- *un numero di operatori sociali, sanitari e amministrativi adeguato ai "carichi di lavoro" assegnati alle varie unità operative integrate;

- *l'assunzione, da parte della Regione, in stretta collaborazione con la Provincia, di un ruolo guida nella verifica dei processi di programmazione locale per consentire una valutazione omogenea dei livelli di servizi raggiunti in relazione agli obiettivi del PSSR;

- *risorse finanziarie derivanti, sia per i consorzi che per i distretti, da un nuovo fondo regionale socio-sanitario che destini risorse certe e garantite per tutta la durata del Piano.

4.5. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: SALUTE E BENESSERE SOCIALE. L'integrazione socio-sanitaria, come ricerca della convergenza delle scelte, delle azioni e delle risorse (sociali e sanitarie) su scala locale al fine di produrre il benessere psicofisico relazionale e sociale delle persone, è oggi in Piemonte un obiettivo da perseguire.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Integrare significa più cose: fare sistema, evitare incoerenze e duplicazioni, riconoscere problemi emergenti ancora senza adeguata risposta, evitare sprechi di risorse, agire secondo criteri di efficienza ed efficacia, focalizzare l'attenzione sul fruitore finale (la persona) nella cui esperienza alla fine dovrebbero integrarsi tutti gli interventi specifici dei servizi sociali e sanitari, allo scopo di promuoverne la salute ed il benessere sociale.

In concreto, il compito istituzionale, come ormai universalmente riconosciuto, consiste nella realizzazione del passaggio dalla settorialità (frammentazione) degli interventi ad una strategia di intrecci (intersectorialità) che, nella varietà dei servizi offerti, riconosca la condizione unitaria, psico-fisica e sociale dell'utente finale che è la persona portatrice di diritti.

Il raggiungimento di tale obiettivo presuppone che siano ben definiti i diritti della persona, definiti i soggetti deputati a garantirli ed infine certe le risorse per renderli effettivi.

Per dare concretezza ad una politica efficace di promozione della salute è necessario orientare il sistema e l'organizzazione del servizio socio-sanitario verso una più completa assicurazione del diritto alla salute e costruire una strategia che, radicandosi fortemente nell'iniziativa istituzionale e sociale locale, riesca a dare risposte unitarie e coerenti.

La multifattorialità dei determinanti della salute, ormai nota e condivisa, impone che le soluzioni non si producano esclusivamente negli investimenti nella crescita dei servizi sanitari ma si sviluppino anche e soprattutto negli interventi sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra persone e, tra queste e le comunità in cui vivono.

Il territorio nelle sue comunità politiche, organizzative e gestionali costituisce, pertanto, l'elemento comune su cui si sviluppa il sistema, anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute" compreso il sistema ospedaliero e i dipartimenti che, non avulsi dal territorio, devono far parte della rete integrata dei servizi cui partecipano, sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà, anche le persone singole e le formazioni sociali.

L'attuazione del principio di sussidiarietà va anche considerata nella sua dimensione orizzontale, che implica il riconoscimento dell'esercizio di funzioni sociali di interesse generale anche a parte delle formazioni sociali (il terzo settore, volontariato e cooperazione sociale, nonché le organizzazioni di rappresentanza e tutela degli utenti e delle organizzazioni sindacali) e comporta il loro coinvolgimento nei quattro momenti della programmazione, della progettazione, della gestione e della definizione dei parametri e criteri relativi alla valutazione dell'efficacia ed efficienza degli interventi.

La Regione e gli enti pubblici riconoscono a questo proposito il particolare il ruolo esercitabile, nella definizione e realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, delle espressioni organizzate delle autonome iniziative dei cittadini, a partire dai soggetti del terzo settore.

Con riferimento, infatti, ai principi d'adeguatezza ed economicità, nella fase della concreta organizzazione dei servizi, gli enti pubblici, titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali ai sensi dell'art. 6 e 7 della l.r. 1/2004, sono tenuti a valutare in via preliminare se, per garantire il sistema, sia sufficiente sostenere e/o promuovere le iniziative delle organizzazioni del terzo settore, riconoscendo loro la capacità di esercitare tali funzioni, oppure se sia necessario gestire i servizi attraverso personale dipendente o mediante affidamento a terzi, secondo standard ed interessi che le amministrazioni stesse hanno predefinito. Restano in ogni caso di responsabilità degli enti pubblici titolari delle funzioni la garanzia della qualità degli interventi, dell'accessibilità dei servizi e della continuità degli stessi.

Occorre quindi che le comunità locali si riappropriano dei loro servizi sanitari e sociali, riducendo così le componenti burocratiche, sviluppando quelle partecipative sia dirette sia mediate dalle istituzioni comunali alle quali, oltre che confermare le funzioni di programmazione e di controllo, occorre affidare un ruolo di corresponsabilità nel governo della sanità: corresponsabilità in senso politico ed economico e non solo di garanzia nei confronti del bisogno della popolazione.

Ciò in coerenza con quanto affermato dall'OMS nei progetti "Città Sane", "Agenda 21", "Salute 21", "Ospedali che promuovono salute", dai quali si possono estrapolare alcuni principi irrinunciabili così sintetizzabili: democrazia, intersectorialità, sostenibilità, corresponsabilità per la salute.

Rispetto a questi principi, è particolarmente opportuno soffermarsi sul concetto di sostenibilità, nella consapevolezza che l'allocatione di risorse nel sistema di welfare rappresenta sicuramente uno dei punti di maggior criticità con la quale la scelta politica deve confrontarsi.

Non possiamo sottrarci dall'affermare che tutte le scelte vanno improntate alla sostenibilità economica e sociale nell'ottica del massimo impatto in termini di salute.

Non considerare la sostenibilità del sistema, nell'accezione precedente, significa ignorare le difficoltà strutturali dei sistemi socio-sanitari sviluppati.

Tali difficoltà riconoscono cause complesse e generalizzate di crescita della spesa (tra i quali: invecchiamento della popolazione – maggiore medicalizzazione dei problemi di salute - aumento della tecnologia).

Ne discende che la programmazione strategica regionale e territoriale deve orientare il sistema socio-sanitario ad erogare prestazioni efficaci ed appropriate che rispondano a criteri di economicità all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza.

Tali prestazioni dovranno anche essere prestazioni "adeguate", dove per adeguate si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico organizzative a miglior rapporto rischio beneficio per la persona e con tempi congrui rispetto al bisogno.

4.5.1. Il quadro istituzionale e il governo del sistema integrato dei servizi e degli interventi. In Piemonte la legge regionale 62/1995 ha dato la possibilità ai territori di separare i sistemi di produzione degli interventi sociali da quelli sanitari. Su quasi tutto il territorio regionale i comuni hanno costituito gli enti gestori (consorzi dei servizi socio-assistenziali) in gran parte dei casi con ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La ricollocazione della gestione dei servizi sociali ai comuni, di cui sono titolari, e la delega di funzioni di produzione agli enti gestori hanno, nell'ultimo decennio, implementato e professionalizzato il sistema di servizi sociali che, se pur in modo non omogeneo, è complessivamente cresciuto parallelamente all'evolversi della normativa.

Con la L.R. 1/2004 si sono recepiti i principi generali della legge 328/2000 e demandato ai territori la costruzione del "Sistema integrato degli interventi e dei servizi" fondamentalmente attraverso gli atti di programmazione locale (Piani di zona), che sono in fase di definizione finale su quasi tutto il territorio regionale.

E' attraverso i Piani di zona che l'intersectorialità degli interventi dovrebbe affermarsi attraverso l'integrazione, anche produttiva, dei servizi sociali e sanitari per rendere esigibili le prestazioni che il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ha indicato declinandoli come di seguito:

1. 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". Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.
2. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite". Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali.
3. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative". Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post - acuta, caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

4.5.2. Le criticità nel sistema integrato degli interventi e dei servizi. Le problematiche e le criticità relative al quadro normativo sopra descritto si collocano essenzialmente su 2 livelli:

- la regolamentazione regionale dei LEA socio-sanitari;
- il governo della domanda delle prestazioni integrate.

Rispetto al primo livello occorre rilevare che il complesso delle prestazioni afferenti ai LEA socio-sanitari risulta regolamentato solo in parte, essendosi espressa la normativa regionale relativamente alle tipologie di intervento in ambito residenziale per gli anziani non autosufficienti e i disabili e nell'ambito delle cure domiciliari anche queste fondamentalmente posizionate sull'area della non autosufficienza.

Rimangono attualmente fuori indicazioni specifiche le dipendenze, i soggetti affetti da infezione HIV, i minori (rispetto ai quali sono state fissate le caratteristiche strutturali delle comunità di accoglienza, ma sui quali mancano indicazioni precise sulla compartecipazione alla spesa da parte del fondo sanitario regionale) ed infine le patologie psichiatriche in quella zona cosiddetta "grigia" a scavalco con la terza età e i malati terminali.

Nello specifico delle cure domiciliari, nell'attuale realtà piemontese, la quasi totalità delle ADI risulta essere un intervento di cosiddetta integrazione intrasistemica fra unità operative sanitarie e quindi spesso nel suo contesto non si interviene anche in termini di assistenza tutelare.

Risultano inoltre ancora da ratificare in gran parte del Piemonte accordi territoriali che recepiscano le cosiddette assistenze domiciliari "in lungo-assistenza" che dovrebbero anche giovare dello strumento dell'assegno di cura sul quale non esiste attualmente una regolamentazione regionale.

Costituisce obiettivo del presente Piano, la prosecuzione del percorso attuativo dei LEA fino alla loro completa estensione a tutte le materie previste dalla normativa nazionale.

Rispetto al secondo livello il problema dell'appropriatezza della domanda espressa ai servizi è criticità centrale per l'organizzazione della risposta dei servizi stessi. I bisogni percepiti dalle persone sono determinati da difficoltà legate alla persona stessa o al suo nucleo microsociale di riferimento, ma sono anche indotti e/o condizionati da fattori socio-economici, ambientali e di appartenenza culturale, rispetto ai quali il riassetto organizzativo del sistema integrato degli interventi può produrre solo risposte parziali rispetto alla complessità dei determinanti in questione.

Per quanto riguarda i bisogni espressi dalle persone in maniera socialmente prevalente, essi si collocano nelle seguenti aree:

- 1) ambito "post acuzie", nella continuità di cura fra ospedale e territorio, comprese le strutture intermedie di accoglienza e la presa in carico relativa alle cure domiciliari,
- 2) ambito della continuità assistenziale riferita al sistema di cure primarie, nella doppia accezione sanitaria e sociale,
- 3) ambito proprio delle "cure domiciliari", relativo ai progetti integrati di "lungoassistenza", rivolti a persone affette da malattie cronico degenerative,
- 4) ambito dell'assistenza al malato terminale.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Questo tipo di domanda, facilmente individuabile nell'ambito dell'analisi dei bisogni, a una lettura più approfondita delle nuove problematiche di salute, fa emergere criticità nell'ambito delle quali si generano bisogni complessi in cui è difficile discriminare il sociale dal sanitario e che inducono l'esistenza di aree grigie di domanda come per esempio:

- a. adolescenti e dei giovani adulti (14-24 anni) dove ci sono abusi di sostanze di tipo diverso ma anche comportamenti a rischio;
- b. persone con disturbi depressivi (sia quelli relativi all'infanzia che non sono stati riconosciuti e che si aggravano a causa della deprivazione e della solitudine nell'età adulta sia quelli legati alle problematiche lavorative);
- c. adulti con problemi di dipendenza (non solo da sostanze) che si aggiungono a disturbi mentali gravi che evidenziano problemi di comportamento;
- d. persone in esecuzione penale (con particolare attenzione a chi è portatore di disturbi mentali o di dipendenze patologiche);
- e. persone senza fissa dimora o in stato di estrema povertà;
- f. popolazione nomade;
- g. immigrati (con particolare attenzione alle vittime della tratta, ai minori soli, ai rifugiati e richiedenti asilo, ma anche a coloro la cui presenza ha carattere di stabilità);
- h. minori e donne vittime di abusi e violenze;
- i. persone con disturbi del comportamento alimentare (che hanno esordio nell'età adolescenziale e che si sviluppano con gravità nell'età adulta).

4.5.3. Aree prioritarie di intervento. L'aspetto fondamentale che viene evidenziato dalle problematiche sopra delineate e dal quadro normativo di riferimento, è la necessità di definire ulteriormente e rendere realmente integrate - a favore del cittadino e della completezza assistenziale – le prestazioni socio sanitarie offerte dal sistema regionale.

Ciò al fine di assicurare l'esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali attraverso l'adozione di modelli operativi delle attività aziendali e distrettuali finalizzati alla tempestiva presa in carico delle persone alle quali si intende garantire la continuità delle cure.

L'esperienza condotta dalla Regione Piemonte consente inoltre di affermare che la gestione integrata dei processi di cura è necessaria ove si vogliono assicurare alla popolazione livelli di servizio quantitativamente e qualitativamente adeguati.

Ai soggetti di governo e di gestione del sistema integrato spetta dunque il compito di produrre *politiche di inclusione* che promuovano azioni globali di sviluppo dell'impegno civile ed allarghino a nuove forme di partecipazione i tradizionali processi di informazione, consultazione e gestione.

Ciò richiede la capacità di definire e di attuare programmi di miglioramento della salute intesa come "qualità del vivere quotidiano" anche sui temi della forma della città e di uso del territorio, della difesa civile dai rischi e dal degrado, dei servizi formativi ed educativi, della sicurezza di vita.

Occorre passare dalle politiche di settore alle politiche di comunità, che devono tradursi, per il comparto sanitario e per quello socio-assistenziale in servizi di comunità, lavoro di rete, azioni di contrasto del disagio e dell'esclusione.

Bisogna evitare di porre al centro l'organizzazione e non i destinatari, di standardizzare le risposte invece di personalizzarle, di perdere la cultura dell'accoglienza e dell'ascolto, di pensare al cittadino in condizioni di bisogno non come ad una *persona con dei diritti e dei doveri* ma come ad un "cliente" al quale vendere servizi.

4.5.3.1. La tutela della salute della popolazione anziana

Quadro di riferimento

Il Piemonte è una delle regioni italiane nelle quali il processo di invecchiamento della popolazione è particolarmente accentuato: nel 2004 gli ultrasessantacinquenni erano 963.455 su 4.330.172 abitanti, pari al 22,2% della popolazione, valore più elevato rispetto a quello nazionale del 19,5%, gli ultrasessantacinquenni erano 444.822 (10,3%) e le persone con età superiore agli 80 anni 247.460 (5,7%). Fino al 2050 queste fasce di età aumenteranno, in termini assoluti e in percentuale sul totale della popolazione. Ma l'allungamento della vita, che rappresenta un'importante conquista oltre che una sfida per l'intera società e per la nostra Regione, non allungherà, allo stesso modo, la fase di vita "critica" delle persone. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, vi dovrebbe essere, entro il 2020, un aumento dell'aspettativa di vita, intesa come vita esente da disabilità, almeno del 20% per le persone di 65 anni e tra gli ottantenni si dovrebbe registrare un aumento del 50% delle persone che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

La sfida che ci si pone, anche in considerazione del rilevante impatto dei costi sanitari per la popolazione della terza età sul complesso delle risorse disponibili, è quindi quella di aumentare la durata della vita "sana", rispondendo alla sfida dell'invecchiamento con risposte integrate che siano in grado di aumentare gli anni in buona salute, mettendo insieme i diversi contesti della vita, l'abitare, il muoversi, la cultura, lo sport, la cura di sé e il tempo libero. Questo affinché alle aspettative di vita più lunghe corrispondano anche aspettative di vita di qualità.

Criticità

Sul versante della domiciliarità si riscontrano le lacune di servizi domiciliari non sempre garantiti in maniera universalistica e, soprattutto, non sempre disegnati secondo i reali bisogni della persona e del contesto socioabitativo.

Sul fronte della residenzialità, per contro, la criticità maggiore riguarda la consistenza delle lista d'attesa, soprattutto in alcuni territori, legata alla complessità delle procedure burocratiche.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La rete regionale delle strutture, ancora, fa riscontrare una distribuzione disomogenea nelle diverse realtà territoriali della Regione e non sembra sufficientemente articolata secondo il percorso di aggravamento e riduzione di autonomia funzionale e cognitiva della persona anziana; si rilevano carenze, in alcuni contesti, di posti letto dedicati a specifiche patologie degenerative. Si riscontra, infine, l'assenza di una presa in carico complessiva della problematica della non autosufficienza, mediante l'integrazione anche di tematiche non strettamente sanitarie ma determinanti per la salute, quali: la situazione abitativa (accessibilità e sicurezza e opportunità di comunicazione), la mobilità, il tempo libero dell'assistito e del care giver.

Strategie generali di sviluppo

Il principio che dovrà ispirare il modello organizzativo che si propone è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che assicurino, caso per caso e per le differenti tipologie di bisogno, prevenzione, diagnosi precoce, cura efficace, riabilitazione e, se del caso, lungo-assistenza.

In primo luogo è opportuno promuovere, attivamente, la salute degli anziani, mediante un'azione coordinata sociale e sanitaria per l'adozione di corretti stili di vita, unendo all'attività di prevenzione, la creazione di una rete di servizi, per contrastare la tendenza all'isolamento e alla solitudine delle persone anziane, coinvolgendo attivamente il volontariato e il privato sociale e consolidando servizi di telesoccorso e di teleassistenza.

Inoltre occorrerà ottimizzare la presa in carico dell'anziano, soprattutto se affetto da patologie croniche, lavorando sui percorsi socio-sanitari delle persone, al fine di ritardare la non autosufficienza e l'eventuale istituzionalizzazione e prevenire ricoveri impropri. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione dei percorsi e la diffusione delle informazioni.

Riguardo ai servizi esistenti bisognerà procedere alla qualificazione ed all'ulteriore implementazione dei servizi di assistenza domiciliare per garantirne maggiore flessibilità, capacità di aderenza ai bisogni e promuovere l'integrazione sociosanitaria.

Per aumentare la possibilità di permanenza al domicilio, anche di coloro che necessitano di cure più intensive, è necessario sperimentare soluzioni innovative, anche attraverso la diffusione di nuove forme di servizi di assistenza a domicilio quali l'ospedalizzazione domiciliare e la "residenzialità protetta" (alloggi con servizi comuni e specifiche tecnologie per l'autonomia e la salute) e l'integrazione dei protocolli che regolano l'assistenza domiciliare programmata con quelli dell'assistenza domiciliare integrata attraverso i gruppi di cure primarie.

Occorre inoltre prevedere l'erogazione di assegni di cura in misura adeguata ai P.I. (piani individualizzati) in lungo-assistenza individuati dalle UVM (Unità Valutative Multidisciplinari).

E' necessario che i tempi di valutazione siano adeguati a garantire non solo interventi rapidi ma anche il monitoraggio e la revisione dei P.I. adeguandoli alle dinamiche del contesto socio-sanitario familiare ed individuale.

Le attività di assistenza fornite da lavoratrici e lavoratori stranieri rappresentano una risposta diffusa al problema delle cure degli anziani soli e dei non autosufficienti: è necessario investire nella loro qualificazione.

Per i servizi di assistenza domiciliare appare infine cruciale introdurre compiutamente un sistema di "mercato sociale amministrato", attraverso forme di accreditamento di imprese sociali, che dia al cittadino una possibilità di "scelta" rispetto al sistema di erogazione degli interventi, nel rispetto della centralità della responsabilità del servizio pubblico in termini di valutazione del P.I. e del suo monitoraggio.

Rispetto al ruolo specifico delle tecnologie innovative (sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina), si intende fare ricorso a tali tecnologie per monitorare le condizioni di non autosufficienza, in particolare degli anziani con malattie croniche, in quanto tali tecnologie possono potenziare il sistema delle cure domiciliari, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile e migliorando la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale, in una ottica di continuità delle cure, ottimizzazione delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza della presa in carico globale.

Per quanto riguarda la rete distrettuale di assistenza residenziale essa va rimodulata prevedendo la possibilità di dare risposte ai differenti bisogni con diversa intensità di cure (prevedendo servizi adeguati per gli anziani affetti da patologie cronico degenerative quali demenze e Alzheimer) e permettendo la riallocazione delle risorse attualmente assorbite impropriamente da strutture più strettamente sanitarie. Ciò al fine di garantire una più corretta risposta rispetto a bisogni di valenza prevalentemente sociale.

Rappresenta pertanto obiettivo del presente Piano l'incremento dei posti letto per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani (oltre 65 anni) al termine dei quattro anni di validità del Piano, privilegiando il riequilibrio territoriale anche per quanto riguarda i criteri di accesso e le tariffe delle strutture, nonché la creazione di posti letto per la de-ospedalizzazione protetta presso le residenze sanitarie assistenziali.

E' utile, infine, l'avvio di programmi di controllo di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rivolte ad anziani con patologia acuta (frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco e respiratorio, infarto), al fine di contenere gli esiti invalidanti, mediante l'identificazione di adeguati percorsi assistenziali e alla ridefinizione dei contenuti.

Per quanto riguarda la salute di anziani con percorsi specifici riguardanti i disturbi cognitivi (persone affette da deterioramento cognitivo comportamentale nell'evoluzione della malattia di Alzheimer e sindromi correlate), la cui problematicità viene riconosciuta in questo contesto per gli aspetti connessi alla perdita di autosufficienza, che rappresenta il minimo comune denominatore delle patologie collegate all'invecchiamento la Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'approvazione del presente documento, adotta un provvedimento regionale specifico che riconosca la malattia di Alzheimer quale patologia a sé stante, causa di disabilità della persona, indipendentemente dall'avanzamento dell'età e dalla presenza di altre patologie, e che individui gli strumenti necessari alla cura e all'assistenza specifica del malato di Alzheimer e della persona affetta da demenza senile. Il provvedimento regionale prevederà inoltre la creazione di una apposita rete

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

assistenziale a favore degli affetti da malattie senili, in relazione alle differenti necessità di protezione sociale, sanitaria e socio-sanitaria, che favorisca il mantenimento delle possibilità di cura a casa dalla persona malata mediante la disponibilità di interventi domiciliari e di ricoveri temporanei semiresidenziali e residenziali, già esplicitamente previsti nella normativa regionale relativa e, nel contempo, preveda la disponibilità di interventi assistenziali di complessità più elevata di quella domiciliare per gestire l'evoluzione della malattia associata a periodi di disturbi comportamentali o psicotici, da erogarsi nei centri diurni Alzheimer e nuclei Alzheimer.

4.5.3.2. Le persone con disabilità

Quadro di riferimento

Le politiche per la salute messe in atto con il piano socio-sanitario si pongono l'obiettivo di assicurare alle persone con disabilità e alle loro famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sanitari, socio-assistenziali, educativi, scolastici, formativi, per il diritto al lavoro, per la mobilità e la fruibilità ambientale; di promuovere interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza; di prevenire, eliminare o ridurre i fattori che determinano le disabilità, le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

Gli interventi di prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione debbono rispondere a questi fondamentali principi, nel quadro di una nuova cultura della disabilità basata sul concetto di "diversità come normalità della condizione umana" e sul valore positivo della diversità.

Alla giusta e doverosa tutela dei diritti (primo di tutti, il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione), si deve affiancare una concreto insieme di iniziative volte a garantire la libertà di vivere come tutti.

In Piemonte le persone con disabilità sono oltre 180.000 (ISTAT 2000) con percentuali di disabilità più alte e maggior livello di dipendenza nelle fasce sociali svantaggiate: tale situazione deve essere affrontata dagli enti titolari delle attività socio-sanitarie (aziende sanitarie locali ed enti gestori) prevedendo e assicurando, nella programmazione e gestione dei servizi socio-sanitari, la piena attuazione del diritto delle persone con disabilità in condizioni di gravità di fruire, come previsto dalle leggi vigenti, con priorità delle prestazioni sociosanitarie necessarie.

Criticità

Non sono state sufficienti le azioni fin ora messe in atto per:

- prevenire la disabilità nei suoi multiformi aspetti (fisica, intellettuale e sensoriale) e favorirne la diagnosi precoce;
- rimuovere ogni ostacolo che impedisce la inclusione sociale ed il pieno sviluppo umano delle persone con disabilità;
- facilitare il raggiungimento del maggiore grado di piena autonomia di vita possibile;
- rendere possibile la fruizione dell'effettiva pari opportunità da parte delle le persone con disabilità;
- favorire la partecipazione delle organizzazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie alla programmazione e valutazione delle politiche regionali;
- attivare modalità per la presa in carico integrata socio-sanitaria, prevedendo l'introduzione di progetti individuali per l'inclusione sociale;
- rivedere, aggiornare e completare le norme regionali e locali applicative della legislazione nazionale in vigore;
- indirizzare l'organizzazione della rete regionale dei servizi in modo da fornire, oltre alle prestazioni necessarie, sostegno costante al raggiungimento di tali obiettivi.

Strategie generali di sviluppo

1) Programmazione integrata a livello regionale e locale.

Nel quadro delle politiche per la salute la Giunta regionale avvia un progetto integrato sulle disabilità che coinvolge gli Assessorati politiche sociali e tutela della salute e sanità, insieme con gli Assessorati lavoro e formazione professionale, ricerca e innovazione, cultura e istruzione, turismo e sport, urbanistica ed edilizia pubblica, trasporti. Le politiche sono definite, verificate e attuate con il concorso e la

partecipazione attiva delle organizzazioni del terzo settore (associazioni di volontariato, di promozione sociale e della cooperazione sociale), coinvolgendo, per quanto di competenza, le amministrazioni Provinciali. L'Osservatorio regionale sulle disabilità, supportato dalla rete dei servizi di epidemiologia, garantisce l'indispensabile sostegno alla programmazione e verifica delle iniziative intraprese. Nelle ASL regionali è prevista l'attivazione di analoghe politiche per la salute sviluppate congiuntamente con gli enti gestori e i comuni del territorio, a livello distrettuale.

L'integrazione socio-sanitaria è rafforzata tramite accordi di programma finalizzati a definire le competenze in capo ai comuni, agli enti gestori e alle aziende sanitarie, le modalità per la realizzazione dell'integrazione sanitaria, i componenti delle équipes multidisciplinari distrettuali e le relative competenze.

2) L'attivazione in tutti i distretti socio-sanitari di équipes multidisciplinari - multiprofessionali integrate, per la presa in carico delle persone con disabilità che

- accertino la condizione di disabilità,
- valutino il bisogno globale e la domanda di salute,
- stabiliscano le prestazioni assistenziali/economiche di diritto (comprendendovi tutta l'offerta di prestazioni, anche non strettamente sanitaria o socioassistenziale messa in atto a livello locale),
- individuino ed attivino gli interventi necessari per l'integrazione scolastica, lavorativa e per l'autonomia personale, inclusa la fornitura dei necessari ausili tecnici,

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- propongano e condividano, coinvolgendo la persona interessata o chi la rappresenta, con i servizi territoriali, il progetto individuale (si veda anche al punto 3) e ne valutino l'efficacia.

3) Progetto individuale

I comuni/enti gestori e l'ASL – a livello distrettuale - definiscono per ogni persona disabile, secondo l'età, un progetto individuale, alla cui definizione deve concorrere principalmente la persona disabile e, nel caso non possa rappresentarsi da sola, le persone che ne hanno la tutela.

Il progetto deve prevedere:

- la descrizione della condizione di vita delle persone interessate, dei suoi bisogni ed aspettative e dei diritti esigibili, e gli obiettivi perseguibili;
- una dettagliata indicazione degli obiettivi di inclusione sociale delle soluzioni possibili e degli interventi necessari per migliorare la qualità della vita (sia in termini di servizi che in termini di interventi economici o di ausili), rispetto all'età, alle capacità individuali ed alle risorse oggettivamente attivabili.

La realizzazione del progetto individuale prevede, in particolare, i seguenti possibili interventi, avviati a seguito di concertazione e con il pieno coinvolgimento della persona interessata o di chi la rappresenta:

a) L'assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio-assistenziale: tale tipologia di intervento deve essere considerata come insieme di prestazioni finalizzate al mantenimento della persona nel suo ambiente di vita, lavoro, studio e socializzazione, attraverso attività sanitarie, socio-assistenziali e educative. Percorsi di lungo periodo devono essere compresi nel piano individuale (es. progetti "vita indipendente" e "autonomia").

Il volontariato intra-familiare va considerato come uno dei possibili strumenti atti a favorire il permanere della persona con disabilità in condizioni di gravità nel suo originale contesto di vita e verrà meglio definito e regolamentato con apposito atto deliberativo di Giunta regionale.

Vanno inoltre sostenuti, anche finanziariamente, per quanto di specifica competenza, interventi di adeguamento e ristrutturazione di abitazioni utilizzate da persone con disabilità, anche usufruendo delle tecnologie – ausili tecnici per il controllo ambientale, ad esempio - che possono favorire la vita autonoma.

b) La disponibilità di una rete di centri diurni, da potenziare in modo tale da assicurarne una presenza territoriale omogeneamente diffusa; inoltre, occorre garantire la frequenza di tali centri sulla base del bisogno dell'interessato e del suo nucleo familiare.

c) Risorse residenziali. Le risorse residenziali sono previste per rispondere alle esigenze di sostegno ai familiari e per rispondere alle necessità abitative della persona con grave disabilità, non assistibile a domicilio, con riferimento, in particolare, alla condizione di persone con disabilità derivanti da patologie progressive gravemente invalidanti.

Si indica come prioritaria la necessità di realizzare una rete diffusa di strutture di contenute dimensioni, integrate a livello territoriale nel normale contesto di vita di tutti e diversamente finalizzate ed organizzate tenendo conto delle molteplici tipologie di fruitori (si citano, a titolo di esempio, le convivenze guidate, i gruppi appartamento, le comunità alloggio, le case famiglia, ed altro).

Le esigenze differenziate di residenzialità devono essere attentamente valutate e programmate in ciascuna ASL, tenendo conto della tipologia della domanda e dando in ogni caso priorità agli interventi finalizzati al mantenimento della persona nel suo contesto di vita e perseguendo la finalità di eliminare interventi a carattere istituzionalizzante.

Le persone che fruiscono delle risorse residenziali hanno diritto, come tutti i cittadini residenti, alle prestazioni sanitarie (mediche, fisioterapiche, infermieristiche) ed agli interventi di sostegno domiciliare e assistenza personale attivate a livello distrettuale.

4) Gli interventi di riabilitazione

La riabilitazione non va considerata una prerogativa esclusivamente medica e deve essere assicurata con riguardo all'appropriatezza dei metodi e delle tecnologie, tenendo nel dovuto conto l'efficacia sul versante della vita quotidiana e le scelte dell'interessato e dei familiari.

Malattie congenite o acquisite, gravemente invalidanti (come ad esempio lesioni midollari, traumatismi cranici, patologie reumatiche, patologie dismetaboliche, distrofie neuromuscolari, disrafie della colonna, sclerosi multipla, SLA, atrofie spinali, distrofia muscolare, ed altre) e malattie della sfera sensoriale, visiva ed uditiva, richiedono un approccio multidisciplinare e la presenza qualificata di centri di riferimento, opportunamente distribuiti a livello territoriale in relazione alla progressiva complessità degli interventi.

5) I minori con disabilità

Particolare attenzione è riservata al supporto per la piena accoglienza dei minori disabili, per l'attuazione di interventi di inclusione sociale da prevedere nel piano individuale (comprendendovi anche gli interventi per l'inserimento scolastico e la formazione al lavoro). Sono da potenziare, inoltre, gli interventi finalizzati all'affido e all'adozione dei minori con disabilità.

Gli interventi residenziali destinati ai minori vanno esclusivamente previsti nelle situazioni in cui sia prevalente l'esigenza di garantire un intervento educativo in ambiente protetto, con caratteristiche familiari, contestuale ad attività terapeutici/riabilitative, e non debbono essere comunque protratti oltre la specifica necessità.

6) La riqualificazione ed umanizzazione dei servizi

Tale tipologia di interventi viene realizzata attraverso una concreta presa in considerazione delle specifiche fragilità e con agevolazioni per l'accesso alle strutture sanitarie e socio-assistenziali e per la loro fruizione (eliminazione delle barriere architettoniche e comunicative, assistenza personale adeguata in occasione di interventi di diagnosi cura e riabilitazione) ed interventi per la mobilità (sistemi di trasporto accessibili e fruibili, anche personalizzati delle persone disabili).

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

7) La piena applicazione della legge 68/1999 per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità rappresenta uno strumento essenziale per favorire la loro inclusione sociale: le aziende sanitarie locali e gli enti gestori garantiranno la piena realizzazione degli interventi di tipo certificativo e di sostegno propedeutico all'avviamento al lavoro che è loro attribuito dalle norme nazionali e regionali. Inoltre le aziende sanitarie regionali e gli enti gestori si impegnano alla scrupolosa osservanza delle previsioni della legge 68/1999 sia per quanto riguarda i propri organici sia per quanto riguarda gli organici dei terzi accreditati.

4.5.3.3. Area materno-infantile

Quadro di riferimento

L'area materno-infantile è rivolta alla tutela della salute dei minori e delle donne in età fertile che dai dati BDDE 2004 risultavano essere rispettivamente 644.865 e 968.309; a quest'ultimo dato vanno aggiunte le donne straniere temporaneamente presenti.

Nel 2004 i parti sono stati oltre 35.500, il 16% dei quali di donne straniere che presentano percorsi sanitari non sufficientemente tutelati con esiti perinatali maggiormente problematici.

Rispetto all'area pediatrica i minori che nel 2004 hanno contattato i servizi di neuropsichiatria infantile sono stati 31.432, di questi il 20% è disabile, mentre il 22% presenta problematiche sociali rilevanti spesso gestite con l'autorità giudiziaria (10,5%). L'ADI per l'età evolutiva è organicamente attuata, tramite protocolli assistenziali regionali, in tutte le ASL prevalentemente per quel che riguarda il percorso dei pazienti affetti da fibrosi cistica e per quelli con ventilazione assistita.

I servizi afferenti all'area materno-infantile sono presenti in modo diffuso sul territorio regionale con l'unica eccezione dei pediatri di libera scelta che in alcune zone coprono sono parzialmente la popolazione infantile. Tali servizi in questi anni sono stati ricondotti al dipartimento materno-infantile all'interno del quale dovevano trovare collocazione le funzioni relative ai percorsi assistenziali dell'area.

Il modello organizzativo perseguito ha avuto come obiettivo la definizione dei percorsi assistenziali all'interno di una rete integrata di servizi, vista come unica risposta possibile ad una richiesta di salute sempre più complessa e articolata e rivolta ad una pluralità di servizi. La rete nasce dall'esigenza di coniugare il diritto dei pazienti a prestazioni sempre più appropriate ad un'organizzazione dei servizi sanitari comunque vicina ai cittadini, soprattutto quelli per cui la necessità delle cure non è un fatto episodico.

Sono, altresì, stati sviluppati sistemi di monitoraggio delle attività indispensabili per l'introduzione di sistemi di governo clinico, accanto a quelli esistenti di governo economico, in quanto la sola definizione di standard e linee guida, non è evidentemente in grado di incidere e stimolare un miglioramento effettivo e continuativo dei risultati prodotti. Con questi sistemi siamo in grado di confrontare i percorsi che pazienti con problemi assistenziali simili effettivamente seguono, e i risultati che i servizi sanitari per essi generano. In questo campo si evidenzia una varietà formidabile nelle performance di diverse strutture e, spesso, di diversi operatori che è uno degli elementi di analisi in corso.

Criticità

Le principali criticità relative all'area materno sono le seguenti:

- disomogeneità organizzative tra le diverse ASR con conseguenti differenze nei servizi offerti, nel diritto di accesso dei pazienti, nella presa in carico, nella lettura dei bisogni della popolazione di riferimento;
- necessità di definire percorsi assistenziali condivisi tali da garantire equità di accesso e trattamento ai cittadini e riduzione degli eccessi di medicalizzazione che si riscontrano in alcune attività e sviluppo di alcuni percorsi emergenti (per esempio i gravi disturbi psichiatrici in età evolutiva e adolescenza);
- implementazione della raccolta dei dati al fine di omogeneizzare il flusso informativo per fini programmatori ed epidemiologici;
- scarsa attenzione agli interventi delle cure primarie, alle relazioni di rete necessarie alla definizione dei percorsi assistenziali dei pazienti ed ai percorsi dei pazienti più deboli;
- discontinuità dell'assistenza al processo riproduttivo: fra periodo della gravidanza e del parto, fra parto e puerperio e durante il travaglio. La forte esigenza, da parte delle donne, di una figura di riferimento che garantisca la continuità è dimostrata dal ricorso massiccio, in gravidanza, all'assistenza privata (nel 75% dei casi), quasi sempre di un medico che opera anche in un ospedale pubblico (dove si verifica oltre il 95% dei parti).

Strategie generali di sviluppo

- Consolidamento della rete dei servizi compatibile con la domanda di salute e con le risorse disponibili attraverso lo sviluppo dei flussi informativi e la definizione dei percorsi assistenziali riconducibili a quest'area:
- percorso donna (tutela della salute della donna globalmente intesa e per l'arco dell'intera vita);
- percorso maternità consapevole;
- percorso nascita;
- percorso crescita;
- percorso cronicità;
- percorso adolescenti.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

I percorsi devono garantire la presa in carico in un modello di alleanza terapeutica, il superamento della parcellizzazione della risposta, l'integrazione con tutti i servizi sanitari e non, la trasparenza dell'offerta in relazione e a confronto con la domanda di salute espressa dalla famiglia.

Ad esempio devono essere implementati modelli organizzativi per cui lo stesso professionista, o piccolo gruppo omogeneo di professionisti (medici e/o ostetriche), che segue la gravidanza, assista anche il parto ed il puerperio, integrandosi in quest'ultima fase con le figure professionali che prendono in carico il neonato.

I percorsi assistenziali propri dell'area devono essere resi accessibili alle donne ed ai minori stranieri (es. informazioni in lingua, mediazione culturale).

- Realizzazione delle relazioni di rete attraverso l'attenzione agli interventi delle cure primarie (come ad esempio consultori, consultori per adolescenti), la formalizzazione del principio di sussidiarietà, il potenziamento delle risposte extraospedaliere (ADI pediatrica, quale risposta per favorire il rientro o la permanenza al domicilio, introduzione della telemedicina per le situazioni più compromesse, attivazione della ospedalizzazione domiciliare per i casi che richiedono competenze non delegabili all'assistenza di base), l'organizzazione pluriprofessionale e la contestuale individuazione delle misure necessarie per il sostegno alle famiglie nelle quali sono presenti situazioni che richiedono una alta assistenza.

- Potenziamento e la messa in rete dei consultori della Regione.

Deve essere salvaguardato il lavoro di equipe elemento imprescindibile per garantire un approccio preventivo e di promozione alla salute ed è necessario definire dei percorsi di salute con procedure standardizzate e uguali su tutto il territorio regionale per il benessere sessuale in tutte le fasi della vita, l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione nell'età tra i 15 e i 30 anni, la contraccezione, la maternità libera e consapevole (IVG, gravidanza, parto, puerperio e collegamento con i servizi pediatrici), la gestione della menopausa.

*Promozione di strumenti per la rimozione degli ostacoli che possono spingere le donne a richiedere l'interruzione di gravidanza potenziando la capacità dei consultori di fornire assistenza e informazione su tutte le opportunità disponibili per le donne e la famiglia.

- Consolidamento di misure di soccorso e prevenzione della violenza sulle donne e sui minori attraverso azioni specifiche di assistenza sanitaria e soccorso alle donne che subiscono violenza, attraverso la formazione specifica per le operatrici e gli operatori che vengono a contatto con le vittime di violenza e con l'adozione di linee guida per la segnalazione e la presa in carico di casi di violenza e maltrattamento sulle donne dentro e fuori la famiglia.

- Promozione dell'uso appropriato dell'ospedalizzazione e della risposta alla domanda di salute posta "in urgenza":

a) per quanto riguarda i minori, all'interno del percorso crescita che mette in prospettiva le diverse articolazioni: promozione salute, prevenzione, diagnosi precoce, organizzazione risposta all'urgenza, diagnosi e cura della patologia acuta. Con il percorso crescita si deve integrare il percorso cronicità per i minori con patologia cronica nonché il percorso per le urgenze psichiatriche nei minori;

b) per quanto riguarda le donne, all'interno dei percorsi salute della donna, maternità consapevole, percorso nascita, con particolare attenzione al coniugare il rispetto della fisiologia con la sicurezza e la qualità delle cure.

Obiettivi di salute da perseguire in questo ambito riguardano:

- l'umanizzazione della nascita, attraverso corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, il rooming-in, l'assistenza al puerperio;

- l'avvicinamento-contatto puerpera-neonato (anche patologico) tramite il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrica-neonatologica;

- la promozione dell'allattamento al seno;

- l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette e le dimissioni precoci;

- la salvaguardia della gravida e del neonato attraverso l'afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute e la possibilità che gravide e neonati ad alto rischio siano assistiti in strutture di livello di specializzazione adeguato;

- la riduzione dei tagli cesarei, anche mediante il potenziamento della rete di consultori e servizi territoriali pubblici, rispettosa delle preferenze individuali e della continuità di assistenza di cui necessita la donna durante la gravidanza;

- la prevenzione ed il trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni maggiori e delle altre patologie fetali, attraverso l'individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno - fetale e neonatale;

- la messa a regime del registro malformazioni;

- l'attivazione di strategie di intervento mirato alla prevenzione ed alla cura di fenomeni depressivi che possono insorgere nelle donne a seguito del parto.

La razionalizzazione della funzione dell'ospedale di riferimento pediatrico OIRM riducendo la attuale dispersione di energie in assistenza di livello non complesso a danno di specializzazioni necessarie e attualmente carenti per tutto il bacino regionale e la ridefinizione dell'organizzazione, verso patologie complesse, dell'ospedale Sant'Anna al quale giungono domande di prestazioni che potrebbero trovare adeguate risposte presso servizi di ASL.

La promozione della formazione degli operatori dell'area verso un modello non centrato sulla disciplina di appartenenza, ma su un modello di "funzione assistenziale" confrontato con la domanda di salute delle donne, delle famiglie, dei minori.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

La promozione di progetti di sostegno alle aree depresse (es. gemellaggio con servizi assistenziali materno-infantili nei paesi in via di sviluppo).

Strategie per la tutela del diritto dei minori a crescere nella famiglia di origine e, quando non ne sussistano le condizioni, in una famiglia affidataria o adottiva

Le azioni in questo ambito debbono tendere alla predisposizione di un piano straordinario collegato al superamento del ricovero in istituto dei minori.

Anche a tal fine occorre prevedere:

- il recepimento da parte degli enti gestori - con appositi atti deliberativi che indichino il quadro delle risorse professionali e finanziarie necessarie - delle competenze attribuite dalla legge regionale 1/2004 che afferma il diritto dei minori - specie se in condizioni di disagio - ad accedere prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogate dal sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- l'obbligatorietà della erogazione, da parte degli enti gestori e delle aziende sanitarie, delle prestazioni essenziali di rispettiva competenza relative alle funzioni di tutela dei minori (assistenza economica, domiciliare ed educativa; servizi per l'affidamento familiare e per l'adozione; accreditamento e vigilanza sulle strutture residenziali, ed altro);
- l'obbligatorietà degli interventi diretti alla promozione e realizzazione degli affidi e al sostegno degli affidamenti "a rischio giuridico di adozione" e delle adozioni, in particolare di quelle "difficili", riguardanti minori in età scolare, portatori di handicap o malati;
- la verifica della sperimentazione sulle "famiglie professionali" ed il potenziamento degli interventi di sostegno agli affidamenti familiari da parte dei servizi socio sanitari;
- la revisione dei requisiti delle strutture;
- il monitoraggio continuativo a livello regionale, in accordo con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, dei minori ricoverati e dei minori affidati per fornire agli enti gestori, alle aziende sanitarie ed all'autorità giudiziaria e, nel rispetto del diritto alla riservatezza, alle associazioni impegnate nel settore minorile i dati aggiornati sulle situazioni dei minori in modo da poter attivare tempestivamente progetti mirati diretti alla loro dimissione ed alla prevenzione di nuovi inserimenti in struttura;
- indicazioni agli enti gestori per progetti finalizzati all'autonomia dei minori che diventano maggiorenni e che non possono rientrare nella famiglia di origine e non sono però ancora pronti per un inserimento sociale autonomo (prevedendo la possibilità di permanenza nelle comunità oltre il diciottesimo anno di età ed istituendo convivenze "guidate" in normali appartamenti).

4.5.3.4. Salute mentale

Quadro di riferimento

Il riferimento legislativo e di indirizzo per le attività dei servizi di salute mentale è il DPR 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000".

All'ultimo rilevamento regionale, gli assistiti dei 25 Dipartimenti di salute mentale (DSM) della Regione, sono 44.872, pari all'1 % della popolazione totale, con 15.525 nuovi pazienti ogni anno.

In tutto il territorio della Regione Piemonte sono stati istituiti 25 Dipartimenti di salute mentale. I centri di salute mentale sono 66 (2,3 ogni 150.000 abitanti), i Centri Diurni sono 49 (1,73 ogni 150.000 abitanti), i servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono 23 con disponibilità di 282 posti letto (0,66 posti letto per 10.000 abitanti), i day hospital sono 23 con 61 posti letto (0,14 posti letto per 10.000 abitanti). I posti letto nelle strutture residenziali sono 1.212 con un tasso di 2,85 posti letto per 10.000 abitanti. Ci sono inoltre 646 posti letto nelle 9 case di cura neuro-psichiatriche convenzionate.

Le risorse economiche per i dipartimenti di salute mentale sono al di sotto del 5% del bilancio delle aziende sanitarie e gli operatori impiegati sono 2.422 con un tasso di 0,85 ogni 1.500 abitanti.

Criticità

- L'assistenza psichiatrica in Piemonte è stata caratterizzata da esperienze innovative che hanno portato, a partire dalla promulgazione della legge 180/1978, al graduale superamento degli ospedali psichiatrici e all'apertura di un'efficiente rete di servizi territoriali. Si assiste oggi ad uno stallo nella prosecuzione del percorso virtuoso intrapreso, con decadimento della qualità dell'assistenza erogata e disomogeneità delle risposte sul territorio, che ha determinato differenze e iniquità nei trattamenti.
- Scelte di politica sanitaria hanno causato disomogenea allocazione delle risorse economiche e di personale, burocratizzazione dei servizi e delega della titolarità della cura al privato.
- Nella configurazione attuale, la rete dei servizi di salute mentale risente della mancanza di investimenti e di linee di indirizzo che ne orientino l'operatività secondo priorità discusse e condivise.
- Sono ancora insufficienti le scelte e le azioni volte a superare le difficoltà di comunicazione ed integrazione funzionale sia all'interno della rete dei servizi di salute mentale che con gli altri servizi sanitari e sociali.
- Mancato ascolto e coinvolgimento delle associazioni di pazienti e familiari, col risultato di aumentare sempre di più il divario tra desideri e necessità dei pazienti e risposte ottenute.
- Scarsa integrazione tra servizi sanitari e altri servizi, con conseguente timore di ciascuno dei soggetti di assumere la presa in carico del cittadino in assenza di un adeguato supporto degli altri attori istituzionali; ciò è tanto più grave se si considera l'origine anche sociale delle patologie emergenti sopra descritte.
- Per mancanza di risorse si assiste ad una diminuzione dell'attività territoriale, con diminuzione dell'orario di apertura dei servizi e dei day hospital, e ad un ristagno delle attività di reinserimento sociale e lavorativo.
- Manca un reale monitoraggio sull'efficacia dei farmaci che costituiscono una parte non irrilevante della spesa sanitaria in questo ambito.
- Vi è un utilizzo improprio delle case di cura, in cui talvolta i pazienti permangono per molto tempo con costi esorbitanti.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- Mancano strutture e procedure adeguate per le patologie adolescenziali non contenibili in strutture sanitarie o socio sanitarie per l'infanzia o per minori, mentre è controindicato il ricovero nei reparti psichiatrici degli ospedali; manca ad oggi un coordinamento con le NPI ed eventualmente con altri servizi per affrontare adeguatamente questi casi.
- L'allungamento della vita rende più rilevanti e numerosi i disturbi psichiatrici in persone di età superiore ai 65 anni.

Strategie generali di sviluppo

La promozione della salute mentale implica la realizzazione di una rete di servizi capaci di rispondere ai bisogni dei cittadini, garantendo l'esercizio dei diritti, fornendo opportunità e cittadinanza. Nell'ambito dei servizi di salute mentale l'integrazione tra diversi enti e servizi, da lungo tempo auspicata e solo in parte realizzata, è universalmente ritenuta condizione necessaria alla realizzazione di progetti di prevenzione, cura e riabilitazione. I diversi enti coinvolti devono, nell'interesse comune, trovare modalità di impegno e responsabilità nel concorrere, in forza del mandato istituzionale, a dare risposte ai bisogni dei cittadini, in particolar modo a quelli più deboli e meno contrattuali, di cui fanno parte i cittadini che afferiscono ai servizi psichiatrici.

I principi che devono orientare l'assetto e l'operatività dei servizi di salute mentale sono:

- la multi-professionalità dell'equipe che deve assicurare un'azione globale di promozione e tutela della salute mentale, nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione,
- l'integrazione in ogni ASL dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali, finalizzata ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale a partire dai bisogni dei pazienti,
- la promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale per la costruzione di percorsi comuni di condivisione e sostegno finalizzati al reinserimento sociale,
- il rifiuto di scelte che portino all'istituzionalizzazione dei pazienti, tendendo in caso di necessità di ricovero a mantenere il paziente vicino al luogo di residenza; qualora nel percorso di cura si debba giungere al ricovero, il medesimo deve avvenire in strutture residenziali nell'ambito dell'ASL di residenza o di quelle più vicine alla residenza del ricoverato. La verifica delle scelte residenziali avverrà con periodicità semestrale e ne sarà informata la Commissione consiliare competente,
- il rafforzamento della rete dei servizi territoriali con adeguamento delle risorse di personale, sia in senso quantitativo che qualitativo, nonché la riqualificazione ed il miglioramento delle condizioni ambientali e strutturali dei servizi,
- la formazione degli operatori finalizzata a riorientarne lo stile di lavoro secondo obiettivi e priorità quali la risposta ai bisogni dei pazienti gravi (compresi i pazienti "non collaboranti") e la risposta all'urgenza, con particolare riferimento alle azioni congiunte con i servizi sociali, i medici di medicina generale, le associazioni dei familiari e degli utenti e il volontariato,
- il miglioramento dell'efficienza della rete ospedaliera e della risposta alle necessità di ricovero sia adeguando il numero dei posti letto dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che aumentando l'appropriatezza dei ricoveri,
- la promozione di azioni formative e organizzative volte ad evitare l'uso della contenzione fisica,
- la programmazione di posti letto da parte dei servizi di salute mentale, per la gestione delle acuzie e delle post-acuzie, alternativi al ricovero ospedaliero sia pubblico che privato,
- l'implementazione della capacità di risposta dei servizi territoriali alle forme di grave disagio psichico giovanile, a rischio di disabilità, prevedendo percorsi di cura con azioni congiunte, in particolare tra servizi di salute mentale e servizi di neuropsichiatria-infantile e di sostegno alle famiglie oltre che strategie mirate a mantenere il più possibile il legame con il contesto di provenienza,
- indicazioni per l'integrazione ed il coordinamento funzionale, ognuno per lo specifico del proprio ruolo, ovvero per l'integrazione ed il coordinamento strutturale – ove possibile - a livello aziendale e distrettuale tra il servizio di neuropsichiatria infantile, il dipartimento di salute mentale ed il servizio socioassistenziale per la gestione degli esiti di patologie neuro-psichiatriche dell'età evolutiva,
- indicazioni per l'integrazione ed il coordinamento funzionale, ognuno per lo specifico del proprio ruolo, ovvero per l'integrazione ed il coordinamento strutturale – ove possibile - a livello aziendale e distrettuale, tra servizio per le dipendenze, DSM e servizio socio-assistenziale per la gestione dei problemi correlati ai quadri complessi di concomitanza tra dipendenze e altri disturbi mentali,
- i DSM devono farsi carico in integrazione col servizio socio-assistenziale dei disturbi psichiatrici delle persone anziane,
- la promozione di azioni per far fronte ai disturbi psichici legati all'immigrazione, al disagio connesso alle periferie urbane, alle persone senza fissa dimora, agli ospiti dei centri di permanenza temporanea,
- la revisione della rete residenziale pubblica e privata con l'obiettivo di promuovere progetti di ricollocazione dei pazienti in "case supportate" dai servizi di salute mentale, in collaborazione con ATC e comuni,
- la valorizzazione dell'esperienza delle imprese sociali e degli inserimenti lavorativi quali strumento di promozione dei diritti e delle opportunità delle persone a rischio di esclusione,
- la messa in atto di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale che coinvolgano la comunità locale, scuole, luoghi di lavoro e di aggregazione, in collaborazione con i servizi di educazione sanitaria e i medici di medicina generale, che contemplino azioni di contrasto contro lo stigma e l'esclusione,
- la valorizzazione e riconoscimento delle esperienze di associazionismo degli utenti quale risorsa per la programmazione e lo sviluppo dei servizi di salute mentale,

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- l'istituzione della Consulta regionale per la salute mentale, con la presenza di rappresentanti di associazioni di familiari ed utenti, con la funzione di esprimere pareri in materia di salute mentale e vigilare sull'attuazione del Piano sociosanitario,
- la promozione di azioni per garantire adeguati livelli di intervento alle persone detenute promuovendo e rafforzando gli interventi dei servizi di salute mentale nonché sviluppando rapporti di collaborazione con la magistratura per concordare e favorire programmi di cura in alternativa alla detenzione in carcere o negli ospedali psichiatrici giudiziari,
- la costituzione di un osservatorio epidemiologico sulla salute mentale integrato con la rete epidemiologica regionale sia a sostegno della programmazione regionale che per la valutazione dei risultati delle sperimentazioni da mettere in atto,
- la promozione di accordi tra università e ASL per ampliarne l'esperienza di lavoro territoriale e per implementare progetti di formazione e ricerca,
- il potenziamento delle strutture di day hospital, al fine di evitare l'ingresso del paziente in un ciclo di strutture di ricovero dai costi molto alti,
- un monitoraggio clinico sull'efficacia dei farmaci,
- un ripensamento dei rapporti tra ASL, case di cura e altre soluzioni residenziali (come ad esempio le "case supportate"), per individuare, laddove la soluzione residenziale è necessaria, le strutture più adeguate e costi compatibili,
- collegamenti con i servizi che si occupano di patologie che confinano con il disagio mentale (dipendenze, disabilità, minori, anziani), con gli enti locali, con il terzo settore, con l'amministrazione della giustizia,
- in generale appare strategico investire su "infrastrutture relazionali" piuttosto che su servizi specialistici,
- la valorizzazione di esperienze di coinvolgimento delle famiglie nei progetti terapeutici e riabilitativi.

4.5.3.5. Patologie delle dipendenze

Quadro di riferimento

L'utenza dei SERT piemontesi, si mostra stabile con 18.935 soggetti in carico nel 2005 (13.108 per droghe, 4764 per alcol e 1063 per altre dipendenze); il tasso è superiore a quello medio italiano, con 2.000 nuovi utenti per anno ed un rapporto tra i sessi di 5 a 1 (maschi/femmine). Nel 2005 sono state erogate 399.992 giornate di presenza in comunità terapeutica, strutture semiresidenziali e case alloggio per malati di AIDS.

La distribuzione regionale mostra variabilità con aree, soprattutto quelle metropolitane, che presentano, in rapporto alla popolazione, oltre il doppio degli utenti rispetto alla media regionale. Il profilo delle sostanze per le quali i soggetti richiedono il trattamento sta cambiando con una diminuzione relativa del ruolo dell'eroina che rimane, comunque, il problema principale riportato dall'80% degli utenti, e con un aumento della cocaina (il più significativo), dei cannabinoidi e delle altre droghe.

Rispetto alla ripercussione delle sostanze sulla salute dei consumatori, si evidenzia da un lato il ridursi della prevalenza dell'HIV tra chi predilige la via iniettiva, d'altro lato la alta prevalenza delle epatiti B e C; secondo l'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze (OEDT) il tasso di infezione da HCV tra i consumatori di droga per via parenterale risulta essere in Italia di circa il 60% e il numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti permane a livelli storicamente alti, seppur siano apprezzabili segni di inversione di tendenza.

L'impatto sulla salute dell'abuso di alcol in Piemonte è stimabile attraverso il numero di morti direttamente correlate all'alcol: 1.503 annue nel triennio 1998-2000, pari al 3% della mortalità generale, con una distribuzione geografica che colpisce soprattutto i residenti nelle zone montane.

Negli anni più recenti un sempre maggiore allarme sociale ha caratterizzato il tema delle dipendenze patologiche da comportamenti; in primo luogo, per impatto sociale, economico e di salute, il gioco d'azzardo patologico (GAP).

Si tratta di fenomeni la cui conoscenza epidemiologica in termini sia di frequenza che caratteristiche della popolazione colpita, non è nota in Italia; negli USA la prevalenza del GAP è stimata superare l'1% della popolazione generale, in Svizzera lo 0,8%.

Per ciò che riguarda i giovani, lo studio HBSC (Health Behaviours in School-aged Children) riporta che in Piemonte, nel 2004, il 33% dei quindicenni maschi e il 28% delle femmine riferiscono di avere usato cannabis nella loro vita ed il 10% e 5% rispettivamente di averlo fatto più di 40 volte. L'8% dei maschi e il 4% delle femmine ha usato almeno una volta nella vita una sostanza tra: ecstasy, amfetamine, oppiacei, cocaina, solventi, LSD.

Il NIDA (l'Ente Federale USA per l'abuso di droghe) definisce la patologia delle dipendenze una malattia "del cervello" ("brain disease"), correlata all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali, ad un incremento patologico degli "appetiti" fisiologici (sovralimentazione, dipendenza da sesso, dipendenza affettiva) ed alle dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo patologico, nuove tecnologie, acquisto compulsivo ed altri).

E' confermata dalla comunità scientifica internazionale, inoltre, la natura olistica, sul piano biologico e fenomenologico, delle diverse manifestazioni della patologia delle dipendenze.

I fattori di svantaggio sociale preesistenti e concomitanti hanno il ruolo di determinanti nell'aumentare il rischio di malattia, di morbilità per patologie correlate, di mortalità, di perdita di competenze sociali e nel ridurre drasticamente le possibilità di remissione, favorendo la recidività e/o la cronicizzazione del sintomo; è ora quindi condivisa una visione ampia del problema, non "riduzionistica"

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

ed orientata esclusivamente in senso biologico. Tale lettura, centrata anche sulla rilevanza della soggettività della persona che consuma sostanze, cerca di coniugare i principi etici dell'autonomia e dell'autodeterminazione nella prospettiva dell'alleanza terapeutica con il sistema di cura.

Criticità

- La legge 49/2006 (che, tra l'altro, "equipara" servizi pubblici e privati facendo confusione di ruoli e competenze) è l'esempio più recente e rilevante della mancanza di condivisione in merito sia ai modelli teorici che sottostanno alla lettura delle dipendenze, sia alle metodologie di intervento ed all'importanza dei problemi, da parte dell'opinione pubblica, dei decisori e di alcuni erogatori di trattamenti.
- Persiste ancora, in parte, nell'opinione pubblica e nel mondo dei decisori politici una visione dicotomica, semplificata ed arretrata, della contrapposizione sviluppatasi in anni passati: trattamento farmacologico o invio presso comunità, SERT o privato, riduzione del danno o avvio di percorsi di cura e reinserimento sociale e così via.
- Vi è scarsa consapevolezza sul fatto che spendere nella prevenzione e nel contrasto alle dipendenze conviene, alla collettività ed alla sanità, perché contribuisce ad evitare o contenere i costi sociali ed economici che le dipendenze determinano.
- I servizi pubblici e privati sono prevalentemente orientati ad occuparsi dei problemi in proporzione all'allarme sociale suscitato piuttosto che alla loro rilevanza in termini di salute individuale e pubblica (nell'ordine: tabacco prima che sovralimentazione e alcool, prima che droghe e gioco d'azzardo patologico).
- Il ruolo centrale nell'organizzazione dell'assistenza non è unitariamente attribuito al sistema integrato di settore, nel quale servizi pubblici per la patologia delle dipendenze lavorano insieme ai servizi del privato sociale e con gli altri servizi interessati per le patologie associate e/o correlate.
- Il personale operante nei SERT e nelle realtà del privato sociale va costantemente diminuendo, con una crescente precarizzazione degli addetti. Ciò ha reso precaria l'esigibilità dei diritti ad un'assistenza omogenea ed equa in tutto la Regione.
- La concezione economicista che si è andata affermando nelle politiche sociosanitarie ha prodotto distorsioni anche nell'ambito delle dipendenze in termini sia di adeguatezza che di efficacia degli interventi.
- Per i consumatori problematici di sostanze illegali, tutta l'assistenza sanitaria e sociale è spesso delegata indistintamente ai servizi specialistici.
- I servizi pubblici e del privato no-profit peraltro sono calibrati prevalentemente sulla dipendenza da eroina e faticano a sviluppare interventi per le altre patologie da dipendenza.
- Sono in aumento i quadri complessi di polidipendenza, con consumi contemporanei o alternati di varie sostanze psicoattive assieme a comportamenti di dipendenza senza sostanze; in questi casi vi è una maggiore probabilità di evoluzione sfavorevole e di sviluppo di importanti disabilità psichiche e sociali.
- Le persone con dipendenze non da "droghe" spesso non percepiscono di avere un problema di salute, si rivolgono poco ai servizi né ne conoscono l'esistenza.
- Pur essendosi già molto ridotto, l'eccesso di mortalità acuta e di morbosità infettiva tra i tossicodipendenti è ancora molto elevato rispetto alla popolazione generale; cresce inoltre il manifestarsi di comorbilità psichiatrica e/o di compromissione psichiatrica e di altre forme di disabilità.
- Nonostante si mantenga elevata la spesa per fronteggiare le patologie alcolcorrelate, la mortalità alcol-attribuibile, seppur in calo, si mantiene più elevata in Piemonte rispetto alla media nazionale.
- Non esistono forme strutturate di coordinamento fra i servizi che, a vario titolo si occupano di problematiche alcol-correlate e, quindi, neppure un sistema di valutazione della appropriatezza dei trattamenti.
- La prevenzione primaria, della quale è stata dimostrata l'efficacia solo per ben dettagliati interventi di incremento delle abilità sociali, è ancora affidata ad iniziative sporadiche, "creative", disomogeneamente distribuite sul territorio.
- Molti progetti innovativi sono stati caratterizzati da discontinuità e da una sorta di "cronicizzazione della sperimentazione" in quanto raramente sono stati incorporati nel sistema dei servizi; ciò si è verificato particolarmente nelle aree della riduzione del danno e del reinserimento socio lavorativo.
- Il sistema di sorveglianza poggia ancora principalmente su flussi costituenti il debito informativo nazionale, insufficienti all'azione di governo regionale.
- Gli interventi per i minori e le famiglie sono insufficienti; è incompleta l'integrazione tra i servizi coinvolti, anche nelle situazioni di minori figli di persone con dipendenza.
- Si risente ancora della incompleta applicazione della riforma dell'assistenza sanitaria in carcere e della mancanza di uno specifico strumento normativo regionale.
- L'assistenza alla popolazione dipendente immigrata è condizionata dalle differenti applicazioni della normativa vigente.

Strategie generali di sviluppo

Principi:

1) Nessuno dovrà essere escluso dai percorsi di trattamento in base alla propria minore o maggiore motivazione o propensione ad intraprendere percorsi di riduzione/cessazione del proprio comportamento additivo.

Nella pratica l'unico approccio legittimato è stato a lungo quello ai trattamenti "drug-free" e l'unico outcome "legittimo" l'astensione totale dal comportamento dipendente.

Da alcuni anni vi è l'evidenza scientifica che l'astensione totale è un esito perseguibile stabilmente solo in una parte di soggetti. Altri outcome (riduzione di mortalità e patologie associate, incremento delle abilità sociali, inclusione, benessere soggettivo) misurano efficacemente il miglioramento della salute.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

2) L'evidenza di efficacia come criterio ordinante.

I trattamenti offerti dal sistema dei servizi dovranno poggiare sui criteri dell'evidenza scientifica di efficacia; in questa logica pubblico e privato sociale concorreranno al sistema complessivo, nella salvaguardia e valorizzazione delle differenze, non in competizione ma in integrazione.

Le linee di sviluppo individuate sono:

- Il posizionamento come elemento centrale di riferimento per la patologia delle dipendenze, del sistema ad alta integrazione tra i servizi pubblici e quelli del privato sociale per quel che concerne le aree di prevenzione primaria e secondaria, trattamento e reinserimento. Una forte programmazione regionale che coinvolga servizi pubblici e privati può contribuire a ridurre la precarietà di entrambi i versanti, completando anche il percorso culturale e istituzionale che deve portare al riconoscimento di un ruolo di primo piano di tutti i soggetti, pubblici e privati, che operano nel settore. Per migliorare l'appropriatezza dell'offerta, va garantita ai cittadini utenti la libertà di scelta tra i trattamenti a parità di efficacia, protezione dai rischi, e condizioni, dopo adeguata valutazione diagnostica multidisciplinare che il servizio pubblico deve assicurare. In questa cornice diventa indispensabile il potenziamento del servizio pubblico e assicurare, nell'appropriatezza, la pluralità e l'articolazione dei percorsi di trattamento.

- In ogni ASL le attività per la patologia delle dipendenze dovrà essere configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento, con un comitato partecipato pubblico-privato, coinvolto nei processi decisionali, e con una forma di partecipazione dell'utenza.

- Verrà conservata l'attuale definizione delle strutture complesse SERT. Il sistema di rete dovrà inoltre garantire un'efficiente integrazione con le strutture sanitarie che si occupano di patologie correlate e confinanti con la patologia delle dipendenze.

- Considerata l'ampia diffusione dei disturbi della patologia delle dipendenze, la riorganizzazione dell'erogazione degli interventi trattamentali e di riabilitazione/reinserimento dovrà avvenire razionalmente su 2 livelli:

a) i servizi per la patologia delle dipendenze pubblici e privati, nell'ambito delle rispettive competenze, erogheranno direttamente gli interventi sui fenomeni a bassa prevalenza ed alta complessità (sostanze illegali, gioco d'azzardo, nuovi comportamenti di dipendenza) e gli interventi complessi sui fenomeni ad alta prevalenza (alcool, tabacco);

b) tutti i servizi interessati alle problematiche delle dipendenze per le patologie associate e/o correlate (medicina di base, gastroenterologie, pneumologie e così via) erogheranno gli interventi di base sui fenomeni ad alta prevalenza (alcool e tabacco), capillarmente, secondo linee guida e nel quadro di un coordinamento tra i trattamenti.

L'orizzonte strategico è costituito dalla maggiore restituzione possibile della gestione di tali problematiche ai servizi di territorio.

- L'adeguamento dell'offerta dei trattamenti per l'alcolismo, da parte dei servizi per le dipendenze e degli altri soggetti pubblici e privati e del volontariato. Fondamentale risulterà coordinare e rendere più precoce il trattamento della dipendenza e dell'abuso di alcol, per ridurre le conseguenze sanitarie ed i costi personali, familiari e sociali.

- L'erogazione di interventi di riduzione del danno (RDD) che abbiano superato la prova dell'evidenza di efficacia come attività ordinarie, in tutte le ASL.

- La restituzione della funzione di "laboratorio" al Fondo regionalizzato della d.p.r. 309/1990; dovrà consentire sperimentazioni a seguito delle quali identificare e dare stabilità a ciò che si dimostra valido e interrompere gli interventi meno efficaci.

- La promozione degli interventi basati su rapporti di mutuo-aiuto e sul coinvolgimento delle famiglie; questi interventi coinvolgono i genitori come risorsa per i propri figli e li rendono al tempo stesso risorsa per altri genitori con il medesimo problema.

- La regolamentazione attraverso protocolli operativi:

- a livello aziendale e distrettuale dei rapporti tra le organizzazioni dipartimentali nell'area della patologia delle dipendenze e della salute mentale;
- a livello distrettuale dei rapporti tra le organizzazioni dipartimentali nell'area della patologia delle dipendenze ed i servizi socio-assistenziali.

A livello regionale sarà:

- perseguita l'attività di sperimentazione tramite azioni straordinarie, con progetti speciali, locali e di interesse regionale, in particolare per la riduzione di rischi e dei danni,

- costituito un tavolo tecnico di coordinamento regionale, con esperti di patologia delle dipendenze del settore pubblico e del privato sociale, al fine di rendere partecipata e diffusa l'attuazione del presente Piano,

- previsto lo studio di forme di partecipazione attiva e diretta dei cittadini-utenti,

- predisposto il Piano regionale della prevenzione primaria dei comportamenti di dipendenza, per l'omogenea attuazione degli interventi dimostratisi efficaci, che si attuerà nei piani locali e un programma di formazione regionale integrato per gli operatori pubblici e privati,

- fortemente integrata e successivamente unificata l'attività dei servizi che si occupano di analisi epidemiologica (OED) e valutazione (Centro valutazione),

- promossa una serie di iniziative di comunicazione sanitaria volte alla divulgazione di informazioni corrette sul fenomeno, fondate su criteri scientifici, alla popolazione generale, ai media ed ai decisori.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

4.5.3.6 La salute degli immigrati e delle immigrate

Quadro di riferimento

In Piemonte al 31 dicembre 2004 risiedevano 208.538 stranieri regolarmente presenti, provenienti da paesi extra UE (il 7,1% del totale nazionale), pari al 4,9% della popolazione piemontese, con leggera prevalenza di uomini rispetto alle donne. A questi occorre aggiungere la quota dei cittadini non regolarmente presenti, ossia coloro che non hanno più o non hanno mai avuto un permesso di soggiorno, a diverso titolo, e che si stima siano circa il 30% rispetto ai regolarmente presenti, vale a dire circa 70.000 persone. I dati sanitari descrivono il progressivo depauperamento del cosiddetto "effetto migrante sano". Infatti nella gran parte dei casi gli immigrati sono persone che fondano il loro progetto migratorio sul proprio patrimonio di salute (l'effetto "migrante sano") e che, in seguito a condizioni di vita non ottimali (disoccupazione o lavoro precario, abitazione inadeguata, sovraffollamento, carenze igieniche, alimentazione insufficiente o sbilanciata, clima), malattie importate dal paese d'origine, barriere culturali e linguistiche e mancanza di supporto familiare, subiscono un progressivo declino della loro salute e ricorrono all'assistenza sanitaria. I ricoveri ospedalieri di stranieri in Piemonte sono in costante e progressivo aumento (da 14.190 del 1997 a 27.331 del 2001), pur continuando a rappresentare un'esigua percentuale del totale (circa il 4%). Nel 2003, dei circa 800.000 ricoveri in Piemonte, 32.000 riguardano i cittadini stranieri (regolari e non regolari).

Criticità

Le principali criticità sono le seguenti:

- problema del termine della validità dell'iscrizione al SSN legata alla scadenza del permesso di soggiorno che esita con la cancellazione, in molte ASL, dell'iscrizione al SSN dell'assistito;
- accade spesso che stranieri regolarmente presenti e quindi pienamente cittadini non si iscrivano al SSN, pur avendone pieno diritto. Esiste quindi un problema di informazione e di consapevolezza dei propri diritti presso le comunità degli immigrati;
- molti cittadini migranti, sia iscritti al SSN che STP (straniero temporaneamente presente) non iscrivibili, non trovano adeguata presa in carico da parte di servizi territoriali ed ospedalieri, in relazione a perduranti difficoltà a garantire accoglienza e supporto per la continuità delle cure. In particolare, vi sono problemi per la continuità delle cure riabilitative, ad esempio, fisioterapiche e logopediche;
- necessità di specializzare il percorso formativo, la qualifica e le mansioni del mediatore interculturale che opera nei Centri ISI (Centri Informazione Salute Immigrati, attivati in 11 ASL in attuazione dell'allegato B, capitolo 12 del Piano sanitario 1997-1999);
- rilevante maggiore frequenza di IVG tra le donne immigrate rispetto alle donne italiane; maggiori difficoltà incontrate da donne immigrate in gravidanza ad accedere a prestazioni preventive ed ai corsi di preparazione al parto;
- nel caso di minori stranieri 'non accompagnati' in carico ai servizi sociali, vengono denunciate difficoltà ad attribuire ad ASL territorialmente competenti la copertura della quota sanitaria (nel caso di interventi a carattere continuativo comportante una presa in carico integrata: interventi di educativa territoriale, interventi di semiresidenzialità o di residenzialità a valenza sanitaria). Inoltre, non è sempre facile e tempestiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali di neuropsichiatria infantile della ASL;
- nel caso di adulti, si osservano forti difficoltà da parte dei servizi dei DSM a farsi carico in modo continuativo di stranieri, sia regolari che STP. L'offerta garantita spesso è il ricovero presso gli SPDC, mentre non viene garantita la possibilità di fruire di prestazioni di riabilitazione semiresidenziali o residenziali;
- disposizioni ancora vigenti limitano ai solo cittadini residenti la possibilità di fruire di alcune tipologie di prestazioni sanitarie integrative (presidi per diabetici, alimenti per celiaci e per altre patologie, materiale per medicazione, ed altri). Ciò impedisce, di fatto, la possibilità di erogare importanti prestazioni di assistenza a cittadini stranieri STP domiciliati ma non residenti. Stranieri irregolari divenuti disabili essendo STP, non possono essere riconosciuti né invalidi civili né handicappati in condizioni di gravità ai sensi delle leggi vigenti; inoltre, non vengono presi incarico dai servizi sociali e, conseguentemente, sono costretti a prolungare impropriamente la degenza presso strutture ospedaliere specializzate anche per anni, pur avendo terminato l'iter riabilitativo in degenza.

Strategie generali di sviluppo

- Facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri. E' inoltre indispensabile coinvolgere le amministrazioni Provinciali nel lavoro di programmazione integrata.
- Prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli stranieri STP presso i Centri ISI e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari.
- Rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili.
- Sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e trattamento di accoglimento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze e messa a punto di protocolli condivisi per la presa in carico in particolare di questi pazienti.
- Formulare indicazioni alle ASL affinché si facciano carico in modo competente delle problematiche dei minori stranieri 'non accompagnati' individuati nel loro territorio.
- Definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di salute mentale. Individuare modalità di coinvolgimento di mediatori interculturali e favorirne l'utilizzazione sia presso servizi ospedalieri e residenziali sia presso servizi diurni.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- E' necessario, infine, affrontare il problema della tutela della salute dei cittadini stranieri nel CPT di Torino, non essendovi precise indicazioni operative, concordate tra le diverse istituzioni competenti, in merito alla sorveglianza sulle condizioni di vivibilità e sicurezza ed in merito alla necessità di garantire accettabili livelli assistenziali all'interno del centro.

4.5.3.7. Medicina Penitenziaria

Quadro di riferimento

La riforma del sistema sanitario penitenziario, dettata dal decreto legislativo 230/1999, ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli istituti penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le regioni, i comuni, le aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

Il processo di riordino ha comportato il trasferimento al servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° Gennaio 2000, delle funzioni sanitarie inerenti i settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, nonché, in forma sperimentale, il graduale trasferimento, in alcune regioni, delle restanti funzioni sanitarie. Il decreto prevede di estendere il trasferimento, al termine della sperimentazione, all'intero territorio nazionale.

Vi è una forte differenza nel territorio regionale nei rapporti tra aziende sanitarie ed istituti di pena che vede comunque l'assistenza medica di base garantita dalle strutture interne delle carceri mentre sono state assunte in maniera disomogenea iniziative nei settori specialistici ritenuti più problematici: patologie infettive (epatiti croniche e soprattutto sindromi AIDS-correlate, tossicodipendenze, disturbi psichiatrici).

Allo stato per il settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti è stato attivato a livello regionale un tavolo tecnico, dove, attraverso un lavoro di confronto con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (PRAP), si è prodotto un protocollo d'intesa, con la finalità di avviare forme concrete di collaborazione tra le aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari.

Sul territorio piemontese sono presenti 14 istituti penitenziari di cui uno minorile (Ferrante Aporti), fortemente variegati per dimensioni e tipologia.

La popolazione carceraria nel territorio piemontese, secondo i dati forniti dal PRAP e aggiornati al 29 dicembre 2005, è la seguente: 4856 detenuti di cui 2592 cittadini italiani, 2265 stranieri e 198 donne .

Criticità

I principali problemi inerenti la gestione della salute, particolarmente nelle case circondariali di grandi dimensioni, derivano da elementi di criticità che possono ricondursi al sovraffollamento, a problemi infettivologici e di salute mentale, che richiederebbero interventi specialistici più sistematici e un più articolato rapporto con la rete di servizi socio sanitari territoriali e alla carenza del personale.

In Piemonte non esistono ospedali psichiatrici giudiziari ma, all'ultimo rilevamento (2003), risultano circa 50 cittadini piemontesi collocati nei diversi OPG e 150 persone sia indagate che condannate collocate in presidi sanitarie socio-assistenziali, con costi a carico del servizio sanitario regionale.

Strategie generali di sviluppo

In ossequio al principio che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute, la Regione Piemonte persegue, nel corso del triennio del presente Piano sanitario regionale, i seguenti obiettivi:

- indicare i programmi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie maggiormente diffuse e legate alla condizione detentiva;
- intervenire, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche, nelle aree di maggiore criticità, dove sono presenti i problemi di salute mentale e di natura infettivologica, e dove è richiesta un'azione di tutela della salute delle donne, dei minori e degli stranieri;
- sostenere le forme di collaborazioni tra aziende sanitarie locali e istituti penitenziari per la messa a punto di protocolli operativi e regolamentazione di rapporti tra aziende sanitarie e istituti penitenziari alla luce delle normative nazionali e regionali al fine di garantire eguaglianza di diritti alle cure della popolazione detenuta;
- assicurare la presenza attiva dei servizi delle aziende sanitarie locali nei settori già oggetto di trasferimento, sviluppando, particolarmente nel settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, le azioni e le progettualità avviate;
- promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che prestano attività all'interno delle carceri;
- definire le linee organizzative del sistema sanitario penitenziario, in attuazione del d.lgs 230 del 1999;
- promuovere di concerto con l'Assessorato alle politiche sociali e l'Assessorato al lavoro regionali e con gli enti locali del territorio piemontese iniziative volte al reinserimento sociale e lavorativo (con opportunità dentro e fuori gli istituti penitenziari) di detenuti con posizione giuridica compatibile;
- sviluppare le linee programmatiche in costante coordinamento con l'amministrazione penitenziaria, ipotizzando la costituzione di un tavolo regionale, al fine di favorire e migliorare le condizioni di salute della popolazione carceraria, attraverso il confronto e la concertazione tra le parti;
- sviluppare rapporti di collaborazione con la magistratura per concordare programmi di cure alternative alla detenzione in carcere o all'ospedale psichiatrico giudiziario per soggetti autori di reato portatori di disturbi mentali.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Il percorso di costruzione dei Profili e piani di salute (PePS)

Dopo la prima fase di consultazione e di programmazione, sta per entrare nel vivo. Le Giunte comunali di ogni distretto sono state invitate ad approvare, entro la fine del mese di ottobre 2008, un documento di costituzione dei laboratori locali della salute, che descrivono le principali modalità di organizzazione dei PePS.

I Profili e piani di salute, in quanto obiettivo strategico individuato nel Piano socio-sanitario 2007-2010, si muovono nella convinzione che tutte le scelte politiche incidano sulla salute e che la valutazione dell'impatto su di essa debba essere uno dei parametri di riferimento delle decisioni, individuali e collettive.

L'indirizzo di questo percorso sollecita quindi tutta la comunità regionale a partecipare alla realizzazione di questi obiettivi; a partire dalle istituzioni pubbliche, la Regione in primo luogo, che hanno un ruolo di coordinamento, fino agli enti locali, alle Province, ai Comuni, agli operatori socio-sanitari, alle Asl e anche ai singoli cittadini.

E' importante che l'esperienza dei PePS non si esaurisca nel periodo di vigenza del Piano socio-sanitario, ma che prosegua come processo continuo e partecipato di aggiornamento del profilo epidemiologico e della programmazione territoriale.

=====

Il nuovo Piano regionale di prevenzione 2010-2012

Emerge da questo quadro programmatico, che la possibilità di rimanere in salute - ossia di godere pienamente di uno stato di equilibrio e benessere fisico e mentale - è strettamente legata alla prevenzione primaria, cioè al controllo dei fattori di rischio per la salute e alla valorizzazione dei fattori protettivi. Di questo si occupa la sanità pubblica, definita dall'OMS come "l'insieme degli sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale".

Gli interventi di prevenzione e promozione della salute, fortemente sostenuti e valorizzati dal Piano sociosanitario 2007-2010, devono allora essere il risultato del coordinamento di diversi attori, interni ed esterni al sistema sanitario.

Con il nuovo Piano regionale di prevenzione 2010-2012 (approvato con DGR n. 37-1222 del 17/12/2010) si sostituisce e aggiorna il precedente Piano, deliberato a febbraio 2010 (DGR n. 16-13200 dell'8/02/2010), allineandosi in tal modo con quanto previsto dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, emanato con Intesa Stato-Regioni del 29/04/2010. Ribaditi i principi generali, le strategie e le innovazioni organizzative enunciati nel precedente Piano, si dà spazio anche ad aree diverse dalla prevenzione primaria, come previsto dal Piano nazionale: medicina predittiva, prevenzione nella popolazione a rischio e prevenzione di complicanze/recidive di malattia.

L'architettura di governo della prevenzione prefigurata con il Piano regionale ha il suo fulcro, a livello locale, nelle Direzioni Integrate della Prevenzione e, a livello regionale, nel Coordinamento della Prevenzione. Le Direzioni integrate rappresentano il punto di riferimento della prevenzione in ASL e hanno il compito di coordinare e armonizzare le attività di prevenzione a vari livelli. Il Coordinamento della Prevenzione è articolato in un Coordinamento operativo (CORP), con funzioni di indirizzo e supervisione metodologica, e in un'Assemblea dei Servizi, che viene consultata in merito a piani e atti di programmazione.

I Piani locali: per l'attuazione del Piano regionale ogni ASL ha elaborato nel corso del 2010 un proprio documento di pianificazione locale della prevenzione, sulla base di linee di indirizzo regionali. Come previsto dal Piano regionale, il CORP ha il compito di supportare e accompagnare le ASL nella realizzazione e valutazione dei Piani di prevenzione, anche in veste di interlocutore con il Ministero della Salute per le fasi di rendicontazione e monitoraggio.

Programmazione socio sanitaria e riassetto del Servizio Sanitario Regionale

Il **Consiglio regionale di sanità e assistenza (Coresa)** è stato istituito con la legge regionale n. 30 del 1984, modificata con legge regionale 6 agosto 2007 n. 18, "Norme per la programmazione socio sanitaria e per il riassetto del Servizio Sanitario Regionale", che ha introdotto delle novità in materia di organismi consultivi sanitari, in particolare nell'attività del Consiglio stesso che partecipa al processo di programmazione socio-sanitaria con funzioni di parere e consulenza nei confronti della Giunta regionale e della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria. È soggetto istituzionale nel processo di programmazione socio-sanitaria regionale, opera nell'ambito degli

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

obiettivi e indirizzi programmatici della Regione in coerenza con la legislazione vigente, assicurando alla Giunta regionale le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni di programmazione socio-sanitaria regionale. Il Consiglio regionale di sanità e assistenza è composto da 40 esperti designati dal Consiglio regionale, tenuto conto anche delle indicazioni delle organizzazioni maggiormente rappresentative sanitarie ed assistenziali, e dalle Università. Dura in carica cinque anni.

Tratti schematici su criteri e assetti organizzativi della Aziende Sanitarie

Ai Servizi Sanitari fanno riferimento tutti i cittadini presenti sul territorio nazionale, attraverso il Medico di medicina generale (medico di famiglia) o il Pediatra di libera scelta, il Pronto Soccorso, l'Assistenza specialistica ambulatoriale, il ricovero ospedaliero, l'Assistenza semiresidenziale – residenziale - domiciliare.

I Servizi Sanitari offrono interventi preventivi, di diagnosi, di cura e di riabilitazione attraverso: le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Sanitarie Ospedaliere, i presidi ospedalieri equiparati al sistema pubblico, gli Istituti di Ricerca Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), le Case di cura e i Laboratori privati accreditati.

Le A.S.L. svolgono il Servizio di assistenza sanitaria presso le strutture poliambulatoriali e distrettuali. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria alle persone anziane, in particolari condizioni, oltre alle visite specialistiche, agli esami diagnostici, ai ricoveri presso i reparti specializzati, le Aziende Sanitarie, in integrazione con gli Enti gestori dei Servizi Socio assistenziali, assicurano:

- le Cure Domiciliari (Servizio Infermieristico, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata)
- l'inserimento in presidi per soggetti non autosufficienti, previa valutazione dell'équipe di Unità Valutativa Geriatria.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

L'attuale assetto del sistema sanitario piemontese, è articolato

- su **11 Aziende Sanitarie Locali** (A.S.L.), riorganizzate attraverso una operazione di riduzione-accorpamento di precedenti 22, e poi 13 A.S.L.
- su **6 Aziende Sanitarie Ospedaliere** (A.S.O.) e **Aziende Sanitarie Ospedaliere Universitarie**(A.S.O.U.)

AZIENDE SANITARIE LOCALI	
<i>organizzazione delle 13 aziende sanitarie locali, in vigore dal 1° gennaio 2008</i>	<i>le nuove 11 ASL in vigore dal 2011</i>
<u>TO1</u>	una sola grande Asl che comprende Torino città
<u>TO2</u>	
<u>TO3</u> (Rivoli, Pinerolo)	To3 (Collegno, Giaveno, Orbassano, Pinerolo, Rivoli, Susa, Val Pellice, Valli Chisone e Germanasca, Venaria)
<u>TO4</u> (Cirié, Chivasso, Ivrea)	To4 (distretti di Cirié, Chivasso, Settimo Torinese, San Mauro, Ivrea, Cuorgnè)
<u>TO5</u> (Chieri)	To5 (Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino)
<u>VC</u>	ASL Vercelli
<u>BI</u>	ASL Biella
<u>NO</u>	ASL Novara
<u>VCO</u>	ASL VCO
<u>CN1</u> (Cuneo, Mondovì, Savigliano)	ASL Cuneo
<u>CN2</u> (Alba – Bra)	
<u>AT</u>	ASL Asti
<u>AL</u> (Alessandria, Casale, Novi)	ASL Alessandria

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

ASO –ASOU	
<i>organizzazione delle aziende sanitarie ospedaliere e aziende ospedaliere universitarie in vigore dal 1° gennaio 2008</i>	<i>le nuove 6 ASO- ASOU in vigore dal 2011</i>
	<p><u>Azienda sanitaria ospedaliera Torino Nord Est</u> che comprende come <i>ospedali di riferimento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -San Giovanni Bosco - Maria Vittoria, <p><i>ospedali cardine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chivasso - Ivrea - Cirié <p><i>ospedali di contiguità</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuorgné - Lanzo - Castellamonte <p>nonché l'ospedale monospecialistico Amedeo di Savoia</p>
<p><u>San Giovanni Battista di Torino</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - San Giovanni Battista – Molinette di Torino - San Giovanni antica sede di Torino - Dermatologico San Lazzaro di Torino - San Vito di Torino 	<p><u>Azienda ospedaliera universitaria di Torino Sud Est</u> (la futura Città della salute) che comprende come <i>ospedali di riferimento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -San Giovanni Battista di Torino-Molinette, -il Sant'Anna Regina Margherita -il Cto, - il nosocomio monospecialistico (l'Oftalmico), <p><i>ospedali cardine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Chieri -Moncalieri) <p><i>ospedali di contiguità</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Valdese -Carmagnola. <p>e in prospettiva l'Ircc di Candiolo.</p>
<p><u>O.I.R.M./S. Anna di Torino</u></p> <p>Infantile Regina Margherita di Torino, S. Anna di Torino</p>	
<p><u>C.T.O. Maria Adelaide di Torino</u></p> <p>Centro Traumatologico Ortopedico di Torino, Istituto Ortopedico Maria Adelaide di Torino, Centro di Riabilitazione Funzionale</p>	

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

<p><u>San Luigi di Orbassano</u> - San Luigi di Orbassano</p>	<p><u>Azienda sanitaria ospedaliera universitaria Torino Ovest</u> che comprende come <i>ospedali di riferimento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - San Luigi di Orbassano, - Mauriziano (che per ora rimane separato per ragioni normative e verrà accorpato in un secondo momento) - Martini, <p><i>ospedali cardine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivoli - Pinerolo <p><i>ospedali di contiguità</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Giaveno - Avigliana - Susa - Venaria - Torre Pellice - Pomaretto
<p><u>Ordine Mauriziano di Torino</u> Umberto I di Torino, Istituto per la ricerca e la cura del cancro (IRCC) di Candiolo</p>	
<p><u>Maggiore della Carità di Novara</u> - Maggiore della Carità di Novara - Galliate</p>	<p><u>Azienda sanitaria ospedaliera universitaria del Piemonte Nord Est</u> con</p> <ul style="list-style-type: none"> - ospedale <u>Maggiore della Carità di Novara</u> - ospedali delle province di Vercelli, Biella e Verbania
<p><u>S. Croce e Carle di Cuneo</u> S. Croce e Carle di Cuneo</p>	<p><u>Azienda sanitaria ospedaliera Piemonte Sud Ovest</u> con</p> <ul style="list-style-type: none"> - S. Croce e Carle di Cuneo - ospedali della provincia di Cuneo
<p><u>SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria</u> SS. Antonio e Biagio di Alessandria, Infantile Cesare Arrigo di Alessandria, Teresio Borsalino di Alessandria</p>	<p><u>Azienda sanitaria ospedaliera Piemonte Sud Est</u> con</p> <ul style="list-style-type: none"> - ospedali SS. Antonio e Biagio di Alessandria, Infantile Cesare Arrigo di Alessandria, Teresio Borsalino di Alessandria - ospedali delle province di Alessandria e Asti
<p>Nota: gli altri Presidi Ospedalieri regionali non costituiti in aziende ospedaliere autonome dipendono dalle A.S.L. territoriali. In qualità di strutture di un'azienda territoriale presentano una autonomia operativa e gestionale ridotta rispetto alle Aziende Sanitarie Ospedaliere. Operano con una contabilità separata seppur interna al bilancio dell'ASL, sono affidati alla Direzione di un Dirigente medico (che assume la responsabilità delle funzioni sanitarie ed organizzative) e di un Dirigente Amministrativo.</p>	<p>Nota: rispetto all'assetto precedente, tutte le Asl perdono il controllo diretto degli ospedali che vengono gerarchizzati a tre livelli,</p> <ul style="list-style-type: none"> - di riferimento - cardine - di continuità <p>e vengono riuniti nelle 6 Aso-Asou</p>

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Attraverso l'**Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS)** - ente strumentale della Regione Piemonte dotato di personalità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica – il sistema sanitario piemontese effettua

- Il monitoraggio del processo di attuazione del Piano socio-sanitario regionale e dello stato di salute della popolazione nell'ambito dell'attività di pianificazione strategica e di programmazione delle attività sanitarie e di quelle a rilievo socio-assistenziale;
- l'analisi dell'impatto economico conseguente alla realizzazione degli obiettivi programmatici regionali nonché del rapporto costi-efficacia e costi-benefici;
- lo sviluppo del sistema informativo e di quello degli indicatori;
- l'elaborazione di progetti per la promozione e l'educazione alla salute;
- la verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- la progettazione, promozione e sviluppo di programmi organizzativi e gestionali innovativi.

L'attività dell'ARESS, di supporto tecnico-scientifico all'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità e di tipo metodologico alle Aziende Sanitarie regionali, si declina dunque sia nell'ambito dello studio e della progettazione sia sul fronte dello sviluppo e della gestione, ispirandosi ai principi della buona gestione, dell'equità e dell'ottimizzazione dei servizi.

La Clinical Governance

La clinical governance (CG), o governo clinico, è l'ambito entro il quale le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento costante della qualità dei servizi erogati e della salvaguardia continua degli elevati livelli di cura, al fine di "creare un ambiente nel quale l'eccellenza sanitaria possa prosperare" (Gabriel Scally e Liam J. Donaldson, 1998).

La CG pone dunque al centro del sistema la qualità dei servizi sanitari, basandosi su due dimensioni fondanti: la concezione di sistema e l'integrazione delle istituzioni, delle strutture organizzative nonché degli strumenti clinici e gestionali.

Lo stesso Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010 prevede il governo clinico fra le aree prioritarie delle azioni trasversali per le quali è necessario approntare apposite strategie di azione e specifici programmi di intervento, passando dalla logica delle regole, dei divieti e delle autorizzazioni (government) a quella della costruzione del consenso per la concreta attuazione delle politiche socio-sanitarie scelte, con l'integrazione, responsabilizzante, degli aspetti clinici-assistenziali e di quelli organizzativi-economici-gestionali (governance).

Gli strumenti della CG (Roberto Grilli, 2004), che rappresentano i fattori di un cambiamento della cultura organizzativa professionale, possono essere individuati in:

- condivisione multidisciplinare e trans professionale - linee guida e percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali;
- Evidence based medicine (EBM) – Evidence based nursing (EBN) – Evidence based health care (EBHC);
- audit clinico;
- accountability;
- ricerca e sviluppo;
- risk management;
- cultura dell'apprendimento;
- sistemi informativi;
- misurazione, valutazione e miglioramento delle performance cliniche – assistenziali;
- sistemi di qualità;
- informazione e partecipazione dei cittadini;
- Health technology assessment.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

L'impegno dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS) nel settore della CG intende perseguire l'obiettivo di migliorare l'azione di governo del Servizio Sanitario Regionale, anche mediante il censimento di "buone pratiche" già avviate nelle Aziende Sanitarie regionali e di dare conto (accountability) delle funzioni svolte e dell'equilibrio fra risorse e risultati conseguiti.

I progetti in cui l'ARESS è attualmente impegnata si articolano nei seguenti interventi:

- valutazione del livello di adozione degli strumenti di CG; prosecuzione e sviluppo del progetto, già avviato nel corso del 2007, di sperimentazione della metodologia Optigov (Optimizing Health Care Governance);
- supporto di alcune strutture ospedaliere nell'attuazione di interventi organizzativi finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera, con l'obiettivo di individuare modelli di intervento replicabili ed estendibili ad altre Aziende Sanitarie;
- progettazione e implementazione di un modello di valutazione dell'organizzazione per l'erogazione dei servizi sanitari erogati a livello territoriale (cure primarie).

Il modello organizzativo-tipo dell'Azienda USL è articolato in strutture operative attraverso le quali si provvede ad erogare l'assistenza sanitaria. In particolare:

I Distretti Sanitari di Base

Le Aziende Sanitarie Locali piemontesi si articolano in 62 distretti sanitari, i cui ambiti territoriali sono nella maggior parte dei casi coincidenti con gli ambiti delle Unità Socio-Sanitarie Locali preesistenti alla L.R. 10/1995.

Fanno eccezione le AA.SS.LL. 19, 21 e 22, dove i distretti hanno un ambito territoriale inferiore a quello delle ex U.S.S.L. e le A.S.L. 6, 9, 11 e 17, dove invece i distretti hanno ambiti territoriali più estesi rispetto alle ex U.S.S.L.

I distretti, subentrando nella maggior parte dei casi negli ambiti territoriali delle ex U.S.S.L., hanno mantenuto un'articolazione logistica diffusa sul territorio, con sedi sub-distrettuali e sportelli per i cittadini dislocati nei Comuni già sedi di distretto prima della riforma del 1995.

Nell'organizzazione del sistema sanitario regionale, il distretto rappresenta l'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale che, ad un livello territoriale prossimo al cittadino, garantisce l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria e delle prestazioni socio-sanitarie.

Il distretto, come articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda USL (riferita ad un ambito territoriale di almeno 60.000 abitanti), prevede:

- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Attività o Servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze
- Attività o Servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna, della famiglia
- Attività o Servizi di assistenza domiciliare integrata
- Attività o Servizi rivolti a persone anziane
- Attività o Servizi rivolti a disabili
- Attività o Servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale
- Coordinamento con l'attività dei Dipartimenti dell'ASL e degli Ospedali.

La guida di ogni Distretto sanitario di base è affidata ad un Direttore (nominato dal Direttore generale dell'ASL e scelto tra i dirigenti dell'Azienda che abbiano maturato una specifica esperienza nei Servizi territoriali ed una adeguata formazione nella loro organizzazione) che realizza le indicazioni della direzione aziendale e del Comitato dei Sindaci.

Il Direttore del Distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nel Distretto medesimo.

Le Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte si articolano attualmente in 62 distretti sanitari.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

I Dipartimenti di prevenzione

Sono strutture operative dell'ASL, istituite ed organizzate dalle Regioni allo scopo di:

- perseguire obiettivi di promozione, di tutela della salute pubblica, di miglioramento della qualità della vita
- prevenire malattie e disabilità

Per tali finalità i Dipartimenti promuovono azioni volte ad individuare e rimuovere i fattori e le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, garantendo le seguenti funzioni di prevenzione e di sanità pubblica:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- Attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative, in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti aziendali
- Tutela della salute nelle attività sportive.

I Dipartimenti di prevenzione hanno autonomia organizzativa e contabile e sono organizzati per centri di costo e di responsabilità. La guida di ogni Dipartimento di prevenzione è affidata ad un Direttore (nominato dal Direttore generale dell'ASL e scelto tra i dirigenti dell'Azienda con almeno cinque anni di anzianità di funzione)..

Specifiche in merito all'Integrazione sociosanitaria. La continuità assistenziale

Per prestazioni sociosanitarie la norma (vds in part art.3 septies del D.Lgs.502/1992 e D.Lgs. 229/1999) intende "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione". In questo senso si colloca il cd percorso di Continuità Assistenziale, tra Ospedale – Distretto – Servizio Sociale, previsto fin dal 2004 (D.G.R. n.72-14420 del 20/12/2004), a favore degli anziani ultra65enni in condizioni di non autosufficienza, anche solo temporanea.

Le prestazioni sociosanitarie possono articolarsi in

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale = attività – di competenza della ASL - finalizzate alla prevenzione, alla promozione della salute, alla individuazione e rimozione/riduzione/contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria = attività – di competenza dei Comuni, prestate con la partecipazione alla spesa da parte dei cittadini nella misura stabilita dalle singole Amministrazioni locali – finalizzate a supportare la persona in stato di bisogno (problemi di disagio, emarginazione, disabilità, ecc.) condizionante lo stato di salute.
- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria = attività – a carico del Fondo sanitario nazionale - caratterizzate da una particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente all'area materno-infantile, anziani, disabili, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie da HIV, patologie in fase terminale.

Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)

In applicazione della normativa nazionale e regionale vigente (D.P.R. 7.4.94 "Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994/96", L.R. 61/1997 Piano Sanitario Regionale 1997/99, D.P.R. 10.11.1999 "Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998/2000") l'assistenza psichiatrica in Piemonte è organizzata nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) presenti in tutte le Aziende Sanitarie.

Il modello dipartimentale è quello risultato più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica dei Servizi di salute mentale dell'età adulta.

Attualmente la popolazione servita dai D.S.M. è quella delle 22 Aziende Sanitarie Locali (ASL) attraverso moduli tipo di circa 150.000 abitanti, comprendenti tutte le strutture

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

previste dalla normativa. Solo le ASL 1, 5 e 13 sono dotate di due DSM poiché hanno una popolazione di riferimento superiore del 50% al modulo tipo di 150.000 abitanti e la contemporanea presenza del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) all'interno dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO), convenzionata con l'Università per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Il D.S.M. è un dipartimento unico, in alcuni casi interaziendale (quando l'S.P.D.C. ha sede nell'Azienda Ospedaliera) ed è diretto da un Direttore il quale assicura il coordinamento fra le articolazioni organizzative (Moduli) ed è responsabile di tutte le attività svolte dal dipartimento nonché della gestione delle risorse assegnate. Ciascuna unità modulare del D.S.M. è diretta da un dirigente medico, responsabile degli interventi erogati nell'ambito territoriale di riferimento.

Come previsto dalla legislazione vigente, il DSM è costituito dalle seguenti strutture:

- Centro di Salute Mentale (CSM),
- strutture semiresidenziali (Centro Diurno CD e Day Hospital DH),
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Strutture Residenziali (SR).

Presso i DSM operano Medici Psichiatri, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori Professionali, Psicologi

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Svolge attività ambulatoriale, domiciliare e di consulenza anche negli ospedali senza SPDC. Dovrebbe essere attivo 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. L'accesso dell'utente può essere diretto anche se per lo più i pazienti vengono inviati dai Medici di Medicina Generale.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è collocato all'interno degli Ospedali Generali, in stretto collegamento con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) del Pronto Soccorso. Attualmente in Piemonte il numero dei posti letto in SPDC è di 0,7 ogni 10.000 abitanti. Tutti i DSM hanno un SPDC tranne le ASL 7e 12 che si avvalgono dei posti letto rispettivamente delle ASL 6 e 11. Il SPDC è un Servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti sanitari volontari e obbligatori (TSV o TSO) in condizione di ricovero; inoltre, esplica attività di consulenza agli altri Servizi ospedalieri.

Il numero dei posti letto in SPDC, a livello regionale, è integrato dalla disponibilità di 663 posti letto convenzionati nelle 9 Case di Cura Neuropsichiatriche provvisoriamente accreditate. Nelle Case di Cura vengono anche ricoverati pazienti inviati dalla Neurologia e dai Servizi per le alcol-tossicodipendenze (Ser.T.). Il ricorso al ricovero nelle case di cura può avvenire tramite l'impegnativa del Medico di Medicina Generale o dallo specialista dell'Azienda Sanitaria o mediante trasferimento dall'Ospedale successivamente ad una fase acuta della malattia.

Ser.T. (Servizi Tossicodipendenze) – U.O.A. patologie da Dipendenza (Ser.D)

Questi si occupano delle problematiche legate alle dipendenze sia da sostanze illegali sia legali (alcol, farmaci ecc.). La ricerca e l'esperienza clinica hanno evidenziato che esistono tante dipendenze, per cui è opportuno individuare altrettante risposte appropriate ed adeguate alla storia individuale di ciascun utente.

L'evoluzione nell'ambito del sistema dei Servizi per le dipendenze ha condotto, nella nostra Regione, all'attivazione sia di una funzione di sorveglianza e ricerca - Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze (cfr sito <www.oed.piemonte.it - oed.Piemonte@tin.it>) sia a studi sulla valutazione delle attività nell'ambito delle dipendenze (Centro Valutazione).

Gli interventi di presa in carico si costruiscono attraverso il coinvolgimento di varie componenti coordinate ed integrate tra loro che garantiscono un continuum terapeutico capace di prendersi cura dell'utente dal primo e precoce contatto in strada, all'offerta di programmi a bassa soglia d'accesso, all'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, ai programmi residenziali (Comunità del pubblico e del privato sociale), fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento sociale/lavorativo e di prevenzione delle ricadute (gruppi di mutuo-auto-aiuto).

In particolare i Ser.T. – Ser.D. si avvalgono del contributo integrato di tutte le discipline e professioni (mediche, psicologiche, sociali, educative, infermieristiche) ed impostano

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

programmi di recupero in collaborazione e coordinamento con le diverse realtà presenti nell'area del Privato Sociale (Comunità terapeutiche, cooperative sociali, associazioni ecc.).

Il progetto dipendenze assume articolazioni diverse e sempre più numerose in risposta ad una realtà in continuo movimento e sempre più complessa ed intricata. In particolare sono stati individuati filoni di ricerca ed attività specifiche rispetto alle nuove droghe, all'alcoldipendenza, agli interventi a bassa soglia, all'AIDS.

Sul territorio regionale sono attualmente presenti 63 sedi Ser.T.-Ser.D. e gli operatori pubblici impegnati sono circa 650.

Dipartimento Materno Infantile

La rete dei Dipartimenti materno infantili piemontesi assiste sul versante sanitario famiglie, donne, bambini e adolescenti.

Attraverso interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione viene assicurata:

- la promozione e tutela della salute della donna e della coppia: assistenza alla coppia nella pianificazione familiare; assistenza alla donna, con particolare attenzione alla gravidanza, parto e puerperio
- la promozione e tutela della salute dei bambini e degli adolescenti: assistenza al neonato sano e al neonato con patologie; assistenza al minore sano e al minore con bisogni speciali o con malattie croniche; riabilitazione dei minori disabili

All'interno dei Dipartimenti Materno Infantili sono presenti Servizi territoriali ed ospedalieri collegati in rete ed in particolare:

- Pediatri di famiglia
- Unità operative di Assistenza Sanitaria Territoriale: Pediatria di Comunità - Consultori pediatrici - Consultori familiari - Consultori per adolescenti
- Unità operative ospedaliere di Pediatria
- Unità operative ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia
- Unità operative ospedaliere di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale
- Unità operative ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile

Il Dipartimento Materno Infantile assicura il collegamento con le altre strutture che offrono prestazioni e Servizi per minori (Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitazione, Psicologia, Dipartimenti di Prevenzione...).

Nei Dipartimenti materno infantili operano medici (pediatri, ginecologi, neuropsichiatri infantili, fisiatri), psicologi, ostetriche, vigilatrici d'infanzia, assistenti sanitari, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, logopedisti, educatori.

Specifiche in merito all'Assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti (STP)

Per meglio organizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Piemonte, la Giunta Regionale ha istituito nel 1996 i Centri di Informazione Salute Immigrati (I.S.I.) presso le Aziende Sanitarie Locali individuate.

Il progetto è iniziato in forma sperimentale e, considerati i buoni risultati ottenuti, è passato a regime nel 2004.

Obiettivi

- assicurare il coordinamento e l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni in attuazione di quanto disposto a livello nazionale, considerato il costante e sensibile incremento della presenza di stranieri non appartenenti a Paesi C.E. sul territorio;
- assicurare il funzionamento di idonei flussi informativi necessari a fini epidemiologici ed economici, con gli interventi di Medicina Preventiva che si rendano opportuni e l'attivazione dei procedimenti di legge per il recupero delle somme dovute per le prestazioni fruite.

Strumenti

- attivazione presso le A.S.L. individuate a livello Provinciale- e per il territorio di Torino città presso le A.S.L. 1, ove il Centro è aperto da più anni per iniziativa autonoma ed ha costituito il modello per la sperimentazione, l'A.S.L. 2, l'A.S.L. 3 e l'A.S.L. 4 - di Centri di Informazione Salute Immigrati con i seguenti compiti:
- informazione

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

- promozione
- educazione sanitaria
- formazione permanente
- organizzazione dell'erogazione delle prestazioni: accoglienza, assistenza medica di base, invio ove occorra ai servizi territoriali e specialistici ospedalieri
- raccolta e trasmissione dati economici-epidemiologici
- rapporti con le associazioni di volontariato e rappresentative delle realtà etnico-culturali interessate.

Organizzazione

Per ogni Centro è individuato un Referente / responsabile incaricato, nella persona di un medico dell'Assistenza Sanitaria Territoriale.

Il coordinamento, l'organizzazione ed il monitoraggio delle attività e relativi flussi informativi sono assicurati tramite apposito Ufficio Regionale costituito con D.D. n. 35 del 29.1.04

Sistemi informativi

Ogni Centro è dotato di un programma di elaborazioni statistiche reimpostate fornito ai Centri I.S.I. a cura dell'Assessorato.

Tale programma consente una omogenea raccolta ed elaborazione dati anagrafici e statistici di interesse – la gestione di una scheda sanitaria degli assistiti – il ritorno dei dati dei flussi regionali di informazione relativi alle prestazioni erogate.

Prestazioni

Cure ambulatoriali ed ospedaliere **urgenti o comunque essenziali**, ancorché continuative, per malattia ed infortunio con estensione dei programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare, garantiti:

- la tutela sociale della gravidanza e della maternità
- la tutela della salute del minore
- le vaccinazioni
- gli interventi di profilassi internazionale
- la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai

Riconoscimento del diritto all'assistenza protesica ed integrativa con D.G.R. n. 6-3264 del 27 giugno 2006.

Per agevolare l'accesso alle prestazioni sono presenti presso i Centri servizi di mediazione culturale.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

L'Azienda Sanitaria Ospedaliera

Ricovero Ospedaliero

Il ricovero ospedaliero ricorre quando il cittadino necessita di interventi di diagnosi, cura e riabilitazione nelle condizioni in cui, per complessità, gravità o altro non può essere diversamente assistito. Si articola in ricovero ordinario o continuativo, sia diurno che notturno. La permanenza notturna in ospedale è riservata alle patologie che necessariamente richiedono una cura sia medica che chirurgica non effettuabile in un solo giorno.

Il ricovero diurno detto anche Day Hospital è utilizzato per la diagnosi e la cura di patologie trattabili nell'arco di un giorno, mentre la chirurgia di giorno detta anche Day Surgery è utilizzata quando l'intervento chirurgico richiede un tempo limitato di assistenza (anche se in alcuni casi può essere protratto per tutta la notte.).

Nell'immediatezza della dimissione il medico ospedaliero può attivare la "dimissione protetta" utilizzando l'assistenza domiciliare.

Il Servizio Sociale ospedaliero

All'interno dei Presidi Ospedalieri opera il Servizio Sociale Ospedaliero con funzioni che, in via generale, prevedono:

- 1) il perseguimento dell'integrazione nelle attività sanitarie
- 2) l'individuazione precoce dei bisogni assistenziali degli utenti
- 3) la formulazione di piani assistenziali, l'attivazione – messa in rete delle risorse territoriali per facilitare il percorso postdimissione degli utenti

Si tratta quindi di compiti e responsabilità nelle varie fasi di accettazione, degenza e dimissione dei pazienti segnalati. La segnalazione dei pazienti avviene da parte dei reparti ospedalieri, dal Pronto Soccorso dell'Ospedale stesso, dai familiari, dai Servizi di territorio, da realtà del privato sociale e del volontariato.

L'attività del Servizio Sociale Ospedaliero è orientata a prevenire, affrontare e risolvere le problematiche di natura psico-sociale, connesse e non alla malattia, al ricovero e alla riabilitazione, alla relazionalità ed alle cause che comportano un disagio psico-fisico-sociale; l'attenzione è centrata sulla persona malata e sul suo sistema relazionale di riferimento.

Le prestazioni generalmente offerte:

- *Consulenza psicosociale:* si traduce in interventi di conoscenza delle problematiche espresse dal paziente, oltreché una analisi delle componenti relazionali-affettive legate al sistema dello stesso. La consulenza "orienta", sia il paziente che i richiedenti l'intervento, circa le ipotesi di soluzione possibili.
- *Programmi e progettazione di interventi:* vengono attuati in accordo con il personale medico di reparto, con l'assenso del paziente interessato, previo colloquio con i familiari o persone indicate dal paziente quali suoi riferimenti d'aiuto. Gli interventi riguardano specificatamente le *dimissioni difficili*, segnalate dai singoli reparti o dai familiari stessi; in queste circostanze si attivano i collegamenti con i servizi sociali del territorio o di altre istituzioni sanitarie ed assistenziali in grado di garantire la necessaria assistenza al paziente dimesso, comprese le associazioni di volontariato. Si offre anche il supporto ed il sostegno nel disbrigo di pratiche da parte dei cittadini ricoverati, le informazioni agli utenti circa le procedure per l'invalidità civile, l'indennità di accompagnamento, la presenza di servizi sociali attivi sul territorio di residenza, il telesoccorso, i presidi ortopedici, ecc..

Area tematiche d'intervento

Area Geriatria: valutazione geriatica multidimensionale; riabilitazione extraospedaliera; aiuto domiciliare mediante il sostegno dei Servizi territoriali pubblici o di altri Enti (Comune, ASL), inserimento presso RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali).

Area Tutela Minorile: presa in carico e gestione delle situazioni familiari problematiche; rapporto con il Tribunale per i Minorenni; svolgimento del mandato di autorità, trasmesso dal Tribunale per i Minorenni, per l'esecutività del Decreto (adozioni, affidi, dichiarazione per lo stato di adottabilità del minore, altri interventi tutelanti il minore); aiuto domiciliare, in collaborazione con i Servizi Territoriali, per l'attivazione del Servizio Educativo Domiciliare.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Area Disabilità, Handicap, Riabilitazione: analisi del bisogno; aiuto domiciliare mediante il sostegno dei Servizi Territoriali pubblici; interventi volti alla collocazione di pazienti presso le strutture riabilitative; attività consulenziale specificante gli interventi territoriali rivolti alla popolazione disabile; segnalazione ai Servizi Territoriali di pazienti da avviare ad interventi educativo /socializzanti/formativi.

Area Disagio Adulto: analisi del bisogno rivolto all'utenza (tossico/alcooldipendente, senza fissa dimora, pazienti psichiatrici, marginalità grave, ecc.); valutazione e progettazione di interventi, in collaborazione con i Servizi Territoriali e del "privato sociale"; presa in carico di cittadini stranieri.

Area Oncologica e Ematologia: valutazione del bisogno e delle necessità relazionali/emotive e socio-assistenziali espresse per l'attivazione di interventi; colloqui di sostegno psicosociale al paziente ed al nucleo relazionale di riferimento; procedure per il trasferimento di pazienti per ricoveri programmati; attivazione di interventi territoriali e di cure domiciliari in collaborazione con i Servizi Sociali comunali e i Distretti Sanitari dell'A.S.L..

Area Ostetrica Ginecologica: valutazione e analisi relativa allo stato di gravidanza della donna in stato di bisogno psicosociale; segnalazione ai Servizi Territoriali per la presa in carico, successiva alla dimissione ospedaliera; mediazione socio sanitaria per Cittadini Stranieri.

In diversi Ospedali il Servizio Sociale coordina interventi di *Mediazione Socio-Sanitaria e culturale* rivolti ai cittadini stranieri ricoverati.

Funzioni sociali e organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.

Con DGR 2 novembre 2009, n. 50-12480, la Regione Piemonte ha definito le linee di indirizzo indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale: si tratta di un provvedimento di grande rilevanza per la legittimazione del lavoro sociale professionale in sanità.

Si assume operativamente la necessità di integrare professionalità, settori ed istituzioni diverse (sanità ed assistenza); l'integrazione deve esprimersi sin dalla fase programmatica delle scelte di fondo per poi ritrovarsi nelle scelte operative, mettendo in comune (tra sociale e sanitario) risorse ed individuando responsabilità per permettere ai sistemi di confrontarsi ed incontrarsi sul piano della realizzazione di interventi integrati.

Il Servizio Sociale delle Aziende Sanitarie prevede come mission centrale l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria. Nell'orientamento alla qualità-economicità di un sistema la tutela dei cittadini, il Servizio Sociale svolge: funzioni di consulenza e supporto professionale trasversale a tutti i Dipartimenti dell'Azienda, gestione ed organizzazione di risorse umane, strutturali, economiche; promozione di strategie per l'integrazione fra il sistema sanitario e sociale aziendale e il sistema socio-assistenziale degli Enti Gestori; raccordo con le Rappresentanze Locali e del Terzo Settore.

Il riconoscimento del Servizio Sociale Aziendale, concorre:

- a) alla necessità di creare nuovi modelli di governo delle reti del Welfare sanitario, socio sanitario e sociale, nel quale il cittadino rappresenta il punto di riferimento di tutta l'organizzazione dei servizi;
- b) all'integrazione tra sociale, socio-assistenziale e sanitario, attraverso la messa in rete delle risorse come risposta alla complessità delle problematiche espresse dall'utenza;
- c) all'esigenza di promuovere un uso sempre più efficiente delle risorse sanitarie, sociali e del Terzo Settore;
- d) alla promozione, realizzazione e valutazione di progetti di ricerca e innovazione dei processi assistenziali socio sanitari;
- e) allo sviluppo di sperimentazioni organizzativo – gestionali nelle realtà locali e regionali;
- f) alla promozione, in accordo con il Servizio Qualità, degli indicatori specifici per l'analisi della qualità dei percorsi socio sanitari.

In questa ottica, le Aziende Sanitarie Regionali devono quindi provvedere a istituire - alle dipendenze di una funzione di Assistente Sociale Responsabile (con incarico di posizione organizzativa) - il Servizio Sociale Aziendale, cui verranno affidati i compiti nelle aree di intervento Organizzativo-Progettuale, Tecnico-Operativa, della Ricerca e Formazione.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Piano per il governo delle liste d'attesa

In ottemperanza all'accordo Stato-Regioni del marzo 2006, nel luglio 2006 scorso la Giunta regionale del Piemonte ha provveduto ad adottare un "Piano per il governo delle liste d'attesa", di durata triennale, che fissa per un centinaio di prestazioni i tempi massimi che i cittadini dovranno attendere per ricevere le prestazioni di cui necessitano.

L'informazione e la comunicazione al cittadino, prevista anche dal Piano, viene fornita attraverso l'attuazione di un costante monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni presso tutte le Aziende Sanitarie e la diffusione costante dei dati rilevati sul sito istituzionale della Regione Piemonte.

Il Sistema Sanitario Nazionale individua, per le prestazioni, quattro differenti classi di priorità:

- la classe "U" è quella relativa ai casi indifferibili ed urgenti (pronto soccorso, 118, ecc.), che devono essere garantiti entro le 48 ore dalla richiesta;
- la classe "B" , relativa ai casi brevi (da effettuarsi entro i 15 giorni dalla richiesta);
- la classe "D", relativa ai casi differibili, da effettuarsi entro 30 giorni, se si tratta di prime visite e 60 giorni per le prestazioni diagnostiche (caso a parte la riabilitazione che ha tempi standard specifici);
- la classe "P", relativa a prestazioni programmabili, non urgenti.
- Le visite di controllo e gli screening non rientrano in alcuna delle su elencate classi di priorità.

Per la CITTA' DI TORINO dal mese di novembre 2006 è in funzione il sistema di prenotazione attraverso il "SOVRACUP", presso l' ASL1, ASL2, ASL3, ASL4, e le ASO S.Giovanni Battista, CTO, Sant'Anna/Regina Margherita e Osp. Mauriziano.

Il "Sistema regionale di SovraCup" integra le disponibilità delle agende di prenotazione dei CUP (Centri Unif.Prenot.) delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere collegate al sistema e permette di acquisire on line le richieste di prestazioni specialistiche prescritte e inoltrate da MMG (Medici di Medicina Generale) e PLS (Pediatri di Libera Scelta).

Il Servizio permette di:

- prenotare visite specialistiche e controlli diagnostici su tutte le Aziende Sanitarie integrate nel sistema di SovraCup;
- razionalizzare e sveltire la ricerca di strutture in grado di erogare prestazioni sanitarie nei tempi richiesti;
- ottimizzare l'offerta di prestazioni sanitarie;
- contenere il fenomeno delle liste di attesa;
- ottenere in tempi rapidi elementi per l'analisi dei comportamenti degli utenti in merito alle prenotazioni.

E' attivo il Call center unificato per le prenotazioni di prime visite ed esami diagnostici presso tutte le Asl e gli ospedali della città di Torino.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Indice dei contenuti delle SCHEDE e APPUNTI

<i>Contenuti</i>	<i>Pag.</i>
Programma insegnamento di <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	2
Elementi per una cornice generale in tema di Organizzazione dei Servizi Sociali: i Servizi dello Stato (Centri per la Giustizia Minorile, Uffici Esecuzione Penale Esterna, Nuclei Operativi Tossicodipendenze) e degli altri Enti pubblici, il Terzo Settore, le Imprese Private.	6
L'organizzazione interna degli Enti di maggiori dimensioni	11
Schema orientativo su diverse tipologie di organizzazione del lavoro	13
Funzioni, concetti chiave per i Servizi Sociali nel contesto attuativo della L.328/00	16
Raffigurazione del sistema integrato dei servizi alla persona ed il sistema locale dei servizi a rete	18
Concetti chiave su sistema integrato degli interventi e servizi sociali	19
Alcune specifiche riguardanti la definizione dei livelli essenziali (uniformi) di assistenza (LEA)	20
Alcune specifiche riguardanti il processo per la definizione dei livelli essenziali delle Prestazioni Sociali (LIVEAS, LEP)	21
Schemi orientativi di produzione di Servizio Sociale	26
Risorse e organizzazione delle risorse. L'operatore sociale come risorsa, intelligente e affezionata	28
Alcune questioni riguardanti le professioni ed il lavoro sociale in Italia	32
La qualità nell'Organizzazione del Servizio Sociale	35
Riferimenti sullo specifico della Carta dei Servizi	42
Riferimenti sullo specifico del Codice del consumo	49
Elementi schematici in merito ai meccanismi di finanziamento e alle politiche budgetarie. Un quadro sulle risorse finanziarie	50
I principali strumenti per la governance del sistema di welfare locale	57
Tratti schematici sui criteri organizzativi e sulla spesa per l'esercizio delle funzioni di Servizio Sociale	59
I Servizi nella realtà piemontese	60
Servizio di primo ascolto e segretariato sociale	64
Servizio sociale professionale. Sostegno al reddito -Assistenza economica. Assistenza domiciliare	65
Servizi a bassa soglia	66
Servizi di sviluppo di comunità. Specifici Servizi per le famiglie e per i minori	67
Specifici Servizi per adulti in difficoltà. Specifici Servizi per le persone anziane	72
Specifici Servizi per le persone diversabili	74

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

Specifici Servizi di contrasto alla devianza e alla criminalità. Elementi di riferimento sui Servizi offerti dalla cooperazione sociale	75
Elementi di riferimento sui Servizi offerti in tema di immigrazione. Elementi di riferimento sui Servizi offerti dalle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza ed I.P.A.B. privatizzate.	76
Elementi di riferimento sui Servizi per la popolazione nomade. Elementi di riferimento sul Servizio civile nazionale. Elementi di riferimento sui Servizi offerti dal sistema del volontariato organizzato	77
Due diversi modelli organizzativi a confronto: elementi di riferimento sullo specifico dell'Organizzazione dei Servizi Socioassistenziali del Comune di Torino e del Comune di Novara	79
Elementi per l'organizzazione dei Servizi per la Salute in Piemonte	83
Il percorso di costruzione dei Profili e Piani di Salute. Il nuovo piano regionale di prevenzione. Programmazione sociosanitaria e riassetto del Servizio Sanitario regionale	120
Tratti schematici su criteri e assetti organizzativi della Aziende USL	121
Distretti sanitari di base	126
Dipartimenti di prevenzione. Specifiche in merito all'integrazione sociosanitaria. La continuità assistenziale	127
Dipartimenti di salute mentale (DSM). Servizi tossicodipendenze Ser.T – Dipartimenti patologie da dipendenza Ser.D	128
Dipartimento materno infantile. Specifiche in merito all'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti	129
L'Azienda Sanitaria Ospedaliera (A.S.O) e gli altri presidi ospedalieri dipendenti dalle A.S.L. Il ricovero ospedaliero. Il Servizio Sociale ospedaliero	131
Funzioni sociali e organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte	132
Piano per il governo delle liste d'attesa	133
INDICE	134

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO a.a.2010-11	Facoltà di Scienze Politiche	Corso di Laurea in Servizio Sociale	Insegnamento: <i>Organizzazione dei Servizi Sociali</i>	Docente: Giovanni Garena
--	------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------