

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
Dipartimento di Culture, Politica e Società

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

a.a. 2012-2013

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)

Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Culture, Politica e Società

Corso di Laurea in Servizio Sociale (Classe L-39), a.a. 2012-13, sede di Torino

2° anno

Programma Insegnamento di *Organizzazione dei Servizi Sociali* (18 ore)

(doc. Giovanni Garena¹)

Obiettivi

L'insegnamento di Organizzazione dei Servizi Sociali, integrato con 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 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.

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 '80 si 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

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 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 3-4-5-6 del testo
I principali riferimenti normativi per l'organizzazione dei Servizi Sociali e Sanitari	Dispensa
Orientamento alle diverse tipologie di organizzazione del lavoro. L'organizzazione interna degli Enti di maggiori dimensioni	Dispensa
Funzioni, concetti chiave per i Servizi Sociali nel contesto attuativo della L.328/00. Raffigurazione del sistema integrato dei servizi alla persona ed il sistema locale dei servizi a rete	Dispensa
Concetti chiave su sistema integrato degli interventi e servizi sociali	Dispensa
Alcune specifiche riguardanti la definizione dei livelli essenziali (uniformi) di assistenza (LEA) e il processo per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS, LEP)	Dispensa
Elementi per una cornice generale in tema di ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI	Dispensa
Risorse e organizzazione delle risorse. L'operatore sociale come risorsa, intelligente e affezionata, capace di mettersi alla prova del futuro	Cap 5 e 6.8 7.8, 7.9 testo + Dispensa
Alcune questioni riguardanti le professioni ed il lavoro sociale in Italia	Dispensa
La qualità nell'Organizzazione del Servizio Sociale. Riferimenti sullo specifico della Carta dei Servizi. Riferimenti sullo specifico del Codice del consumo	Cap. 7.10 testo + Dispensa
Elementi schematici in merito ai meccanismi di finanziamento e alle politiche budgetarie. Un quadro sulle risorse finanziarie	Dispensa
I principali strumenti per la governance del sistema di welfare locale	Dispensa
Tratti schematici sui criteri organizzativi e sulla spesa per l'esercizio delle funzioni di Servizio Sociale	Dispensa
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 della rete dei Servizi Sociali in Regione Piemonte - 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	Dispensa

<ul style="list-style-type: none"> - Specifici Servizi di contrasto alla devianza e alla criminalità - 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 Beneficenza 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 Sanitari in Piemonte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stralcio del Piano Sociosanitario Regionale 2012- 2015 - Osservazioni che si evidenziano da questa impostazione del PSSR 2011-2015, specie per quanto concerne il diritto alla salute e alle cure, all'integrazione sociosanitaria. - Programmazione e 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
<p>Schemi orientativi di produzione di Servizio Sociale</p>	Dispensa

Metodo

Le lezioni, articolate in moduli di 3 ore, alternano modalità di didattica frontale a modalità interattive anche in riferimento al confronto con l'esperienza tirociniale. Il materiale didattico messo a disposizione intende costituire la dotazione strumentale per connettere le articolate dimensioni teoriche alle singole specifiche realtà di tirocinio.

Frequenza alle lezioni: obbligatoria

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

Bibliografia

- GARENA G., CORAGLIA S., *Complessità – Organizzazione – Sistema. Mappe di orientamento per i Servizi alla persona e alla comunità*, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna(RN) 2008.
- Dispensa a cura del docente

Lettere consigliate

- Voci correlate in *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, CAMPANINI A. (a cura di), Carocci Faber, Roma 2013
- 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
- MAGGIAN R., *I servizi socioassistenziali*, Carocci Faber, Roma 2013
- 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

I principali riferimenti normativi per l'organizzazione dei Servizi Sociali e Sanitari

ANNO 1968: Legge n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*; Legge n. 482, *Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private*.

ANNO 1970: Legge n. 300, *Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento*; Legge n. 281 che assicura alle Regioni il sostegno finanziario (il 7 giugno 1970 hanno luogo le prime elezioni per le Regioni a Statuto ordinario. Il nuovo ordinamento regionale entra operativamente in funzione nell'aprile 1972).

ANNO 1971: Legge n. 118, *Nuove norme in favore dei mutilati e invalidi civili*.

ANNO 1972: D.P.R. n. 3, *Decreto delegato sull'assistenza scolastica*; D.P.R. n. 4, *Decreto delegato sulla sanità*; D.P.R. n. 9, *Decreto delegato sulla beneficenza pubblica*; D.P.R. n. 315, *Decreto sul trasferimento dallo Stato alle Regioni della funzione di vigilanza sulle IPAB*.

ANNO 1973 : Legge n. 854, *Modalità di erogazione dell'indennità di accompagnamento in favore dei sordomuti, dei ciechi civili e dei mutilati invalidi civili*.

ANNO 1975: Legge n. 151, *Riforma del diritto di famiglia*; Legge n. 382, *Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione*; Legge n. 405, *Istituzione dei Consultori familiari*; Legge n. 685, *Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze*; Legge n. 698, *Scioglimento e trasferimento delle funzioni dell'ONMI*.

ANNO 1976: Legge n. 278, *Norme sul decentramento e sulla partecipazione dei cittadini all'amministrazione del Comune*.

ANNO 1977: Legge n. 349, *Norme per il trasferimento alle Regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri. Finanziamento spesa ospedaliera per l'avvio della riforma sanitaria*; D.P.R. n. 616, *Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 382/1975*; Legge n. 517, *Norme sulla valutazione degli alunni e sulle abolizioni degli esami di riparazione, nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico*.

ANNO 1978: Legge n. 2, *Norme sullo scioglimento degli ECA e sul passaggio delle attribuzioni del personale e dei rapporti patrimoniali ai Comuni ai sensi dell'art. 25 D.P.R. 616/1977*; Legge n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*; D.P.R. n. 384, *Regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118, a favore dei mutilati e invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici*; Legge n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*; Legge n. 845, *Scopi e norme della formazione professionale con particolare riguardo all'inserimento dei portatori di handicap*. Legge n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. Con la L.833/78 si raggiunge finalmente il sostanziale risultato di cambiamento nelle politiche sociali italiane a lungo atteso. Ciò avviene in un contesto di compattezza politica delle forze democratiche (governo di solidarietà nazionale) a fronte dell'acuirsi del fenomeno del terrorismo che agisce in una più generale strategia di destabilizzazione del sistema democratico. La legge di riforma sanitaria consente, almeno sulla carta, una decisa rifondazione dell'intero arco dei servizi della salute, quindi anche del comparto assistenziale, prefigurando una gestione unitaria e integrata in un generale ambito di sicurezza sociale. Vediamo i tratti essenziali di questa "rifondazione". Si passa da una situazione pre-riforma caratterizzata da:

- pluralità di organi di governo,
- enti suddivisi per categorie di utenti,
- enti nazionali privi di organi di governo democratici decentrati, che aveva come elementi conseguenti la dispersione delle fonti finanziarie e delle spese,
- prevalente impostazione assicurativa,
- diverse collocazioni normative ed economiche del personale,
- non mobilità tra i diversi enti,
- proprietà immobiliari diverse e di difficile riconversione,
- disomogeneità nella distribuzione territoriale dei servizi,
- diversi riferimenti organizzativi all'interno di ogni ente per dipendenti diretti e dipendenti convenzionati,

- disomogeneità delle prestazioni per le diverse categorie di utenti con esclusiva tutela del mutuato in quanto tale e non in quanto cittadino titolare di diritto alla salute,
 - mancato sviluppo della prevenzione e utilizzo delle risorse in senso eminentemente riparativo,
 - impossibilità di programmazione territoriale,
 - spreco delle risorse e scarso controllo dei presidi privati,
- ad una situazione in cui si predispongono le condizioni per la garanzia del diritto costituzionale alla salute improntato ai seguenti principi:
- uguaglianza dei cittadini nei confronti della salute,
 - partecipazione dei cittadini alla gestione sociale dei servizi a livello territoriale,
 - prevenzione, come strumento di lotta per promuovere e per salvaguardare la salute,
 - interventi nel sistema economico e sociale per prevenire e rimuovere le cause di malattie derivanti dalle condizioni di vita e di lavoro.

ANNO 1980: Legge n. 18, *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*.

ANNO 1982: D.P.R. 10 marzo, *Riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento*.

La Regione Piemonte con L.R. n. 20/1982, *Norme per la gestione coordinata e integrata dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari*, prevede l'attuazione della L.833/78

ANNO 1983: Legge n. 184, *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori*.

ANNO 1984: D.M. 10 febbraio, *Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche o di dubbia ascrizione ai sensi dell'art. 1, quarto comma, del D.P.R. 20 ottobre 1979, n. 761, che regolamenta lo stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali*.

ANNO 1985: D.P.C.M. 8 agosto, *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse a quelle socioassistenziali ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833; Legge n. 595, Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88*.

ANNO 1986: Legge n. 4, *Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle Unità sanitarie locali*; Legge n. 663, *Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*; Legge n. 943, *Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine*.

ANNO 1988: D.P.R. n. 447, *Approvazione del codice di procedura penale*; D.P.R. n. 448, *Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni*; D.P.R. n. 449, *Approvazione delle norme per l'adeguamento dell'ordinamento giudiziario al nuovo processo penale ed a quello a carico degli imputati minorenni*; Legge n. 508, *Norme in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordomuti*.

ANNO 1989: D.L. n. 111, *Misure urgenti per la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*; D.P.R. n. 280, *Modificazioni al D.P.R. 15 gennaio 1987, n. 14 concernente il valore abilitante del diploma di assistente sociale*.

ANNO 1990: Legge n. 39, *Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e regolarizzazione di cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti sul territorio dello Stato*; Legge n. 135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*; Legge n. 142, *Ordinamento delle Autonomie locali*; Legge n. 162, *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975 recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, riorganizzato nel D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309*.

ANNO 1991: Legge n. 111, *Conversione in legge del D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, recante norme sulla gestione transitoria delle Unità sanitarie locali*; Legge n. 216, *Primi interventi in favore dei minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose*; Legge n. 266, *Legge-quadro sul volontariato*; Legge n. 381, *Disciplina delle cooperative sociali*.

ANNO 1992: Legge n. 104, *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*; D.P.R. 24 dicembre, *Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria*; D.L. 30 dicembre, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

ANNO 1993: Legge n. 67, *Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 18 gennaio 1993, n. 9*; Legge n. 84, *Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale*; D.L. n. 122, *Misure urgenti in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa*; D.P.R. n. 171, *Abrogazione parziale, a seguito di referendum popolare, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309*; D.L. n. 517, *Modificazioni al D.L. 30 dicembre 1992, n. 502 recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

E' indispensabile puntualizzare che, con i D.L. n. 502/92 e 517/93: si tracciano gli ambiti di competenza, finalità e tempi della pianificazione nazionale per il settore sanitario; si trasformano le USL in Aziende, configurate come enti strumentali regionali con personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa-patrimoniale-contabile-gestionale-tecnica; si individuano come organi di responsabilità il direttore generale ed il Collegio dei revisori; si prevede la creazione delle Aziende ospedaliere (le Regioni individuano gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in Aziende ospedaliere separate dalle ASL territoriali).

ANNO 1994: D.P.R. 1° marzo, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96*; D.P.R. n. 698, *Regolamento recante norme sul riordinamento dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione dei benefici economici*; D.M. n. 615, *Regolamento recante norme relative all'istituzione delle sedi regionali o interregionali dell'Ordine e del Consiglio nazionale degli assistenti sociali, ai procedimenti elettorali e alla iscrizione e cancellazione dell'albo professionale*; D.LGS. n.626, (mod. e int. dal D.Lgs. 242/96) "*Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori*"

ANNO 1995: D.P.C.M. 19/05/1995, *Schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari"*; D.P.C.M. 21/12/1995, *Schema generale di riferimento per la predisposizione delle "Carte dei Servizi Pubblici del Settore Previdenziale ed Assistenziale"*; L. n. 332, *Modifiche al codice di procedura penale in tema di semplificazione dei procedimenti, di misure cautelari e di diritto di difesa*; L. n. 335 correlata con D.Lgs.503/92 e D.Lgs.124/93 sulla riforma del sistema pensionistico (graduale soppressione delle diverse forme di prepensionamento ed avvio di forme di previdenza complementare, il calcolo delle pensioni cambia da sistema retributivo a sistema contributivo)

ANNO 1996: L. n. 52 (legge comunitaria), *Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee – legge comunitaria 1994. Articolo 1 Delega al Governo per l'attuazione di direttive comunitarie*; D. L. n. 645, *Recepimento della direttiva 85/92 CEE del 19 ottobre 1992 concernente il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento*; L. n. 662, *Tempo parziale e disciplina delle incompatibilità*.

ANNO 1997: D.M. 19 febbraio 1997, *Istituzione presso gli uffici del Ministro per le pari opportunità della commissione per la promozione e lo sviluppo dell'imprenditorialità femminile e dell'osservatorio per l'imprenditorialità femminile*;

Circ. Presidenza del Consiglio n. 3/97 sul part-time e Dirett. PCM, *Azioni volte a promuovere l'attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire libertà di scelte e qualità sociale a donne e uomini*; L. n.285, *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza* (fondamentale innovazione nel sistema normativo nazionale in quanto collega forti elementi ideali a strumenti incisivi per rendere esigibili i diritti e le opportunità enunciati); D.Lgs. n.460, *Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale*; D.Lgs. n.469, *Conferimento alle Regioni e agli Enti Locali di funzioni e compiti in materia di mercato del lavoro, a norma dell'art.1 della L.15.3.97 n.59, con testo collegato alla L. n.449 (Legge finanziaria per l'anno 1998), in cui si prevede l'introduzione dell'istituto del "reddito minimo d'inserimento"*

ANNO 1998: D.Lgs. n.112, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n.59*; L.215 n.162, *Modifiche alla legge 5/2/1992 n.104, concernenti misure di sostegno in favore delle persone con handicap grave*; D.Lgs. n.109, *Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate a norma dell'art. 59, comma 51, della L. 449/1997*; D.Lgs. n.286, "*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*"; D.M. n. 520, *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502*; L. n.419, *Delega al*

Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502;

Legge 23 dicembre 1998, n. 448 “ *Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo*” vds in part. art. 65(Assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori) e art. 66 (Assegno familiare). G.U. 29/12/1998 n. 302.

ANNO 1999: L. n.9, *Disposizioni urgenti per l'elevamento dell'obbligo di istruzione*; D.M. 27 gennaio 1999, *Determinazione per l'anno 1999 degli importi delle pensioni, degli assegni e delle indennità a favore di mutilati ed invalidi civili, ciechi civili e sordomuti nonché dei limiti di reddito prescritti per la concessione delle provvidenze stesse*, L. n.17, *Integrazione e modifica della legge quadro 5.2.1992 n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*; L. n. 45, *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossico dipendenze*; L. n.68, *Norme per il diritto al lavoro dei disabili*; D.Lgs. n.113, *Disposizioni correttive al testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 47, comma 2, della L. 6.3.1998, n.40*; Legge n. 144, *Misure in materia di investimenti, delega al Governo per il riordino degli incentivi all'occupazione e della normativa che disciplina l'INAIL, nonché disposizioni per il riordino degli enti previdenziali*; D.Lgs. n. 230 concernente *il diritto alla salute delle persone detenute o internate*; Legge n. 380, *Delega al Governo per l'istituzione del servizio militare volontario femminile*; D.Lgs. n. 532, *Disposizioni in materia di lavoro notturno, a norma dell'articolo 17, comma 2, della legge 5/2/1999, n. 25*.

Il 1999 è anche l'anno del D.Lgs. n. 229,(la cosiddetta riforma sanitaria ter), *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della L.30.11.1998 n. 419*. Riprendendo gli obiettivi individuati dall'art.32 della Costituzione nonché i principi ed obiettivi fissati dalla L.833/1978, si ribadisce che la tutela della salute viene garantita attraverso il S.S.N. nel rispetto della ripartizione di funzioni e ruoli tra Stato e autonomie locali. Il S.S.N. assicura, attraverso risorse pubbliche, i *livelli essenziali e uniformi di assistenza* definiti dal P.S.N. triennale che è strumento :

- ⇒ di garanzia per il rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, dell'efficacia-efficienza degli interventi rispetto alle specifiche esigenze del cittadino;
- ⇒ di individuazione delle aree prioritarie di intervento anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali, dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, della quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano, degli indirizzi per orientare il S.S.N. verso il miglioramento della qualità.

ANNO 2000: L. 8 marzo n. 53, *Disposizioni per il sostegno della maternità e paternità, per il diritto alla cura ed alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città*; D.Lgs. n. 196, *Disciplina dell'attività delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive, a norma dell'articolo 47, comma 1, della legge 17/5/1999 n. 144*; D.Lgs.151/2000 che disciplina l'assegno di maternità di base a favore delle donne residenti in Italia in possesso di risorse economiche non superiori al valore ISE annualmente fissato e prive di trattamento previdenziale di maternità; D.P.R. n. 442 che introduce nuovi strumenti operativi per il collocamento al lavoro; D.Lgs. n.267, *Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli EE.LL.*; D. Lgs. n. 274 concernente la convenzione per lo svolgimento del lavoro di pubblica utilità; D.Lgs. 130 che modifica in part. art. 3, comma 2 ter, del decreto legislativo 109/1998 stabilendo che nessun contributo economico può essere richiesto ai parenti, compresi quelli conviventi, degli ultra sessantacinquenni dichiarati non autosufficienti dalle Unità di Valutazione Geriatriche; L.7 dicembre n. 383, *disciplina delle associazioni di promozione sociale*

La L. 8 novembre 2000, n 328 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Questa legge quadro, che rappresenta una tappa fondamentale di evoluzione del sistema assistenziale (dalla beneficenza ai servizi sociali) nel nostro paese, si è sviluppata nell'ordinamento giuridico attraverso alcune passaggi remoti, dalla prima legge sulla beneficenza (che risale al 1862) e dalla “legge Crispi” del 1890 definibile più come legge di disciplina degli enti (I.P.B. che poi sarebbero divenute I.P.A.B.) che – come abbiamo visto – aveva avviato il processo di superamento di un sistema di assistenza basato sulla beneficenza, ai riferimenti di riforma contenuti nel D.P.R. 616/1977 (che completa il transito da un sistema basato sulla beneficenza ad un sistema moderno, connotato dalla presenza di veri e propri servizi sociali). La legge quadro 328/2000 è essenzialmente basata su quattro temi fondamentali

- Sussidiarietà,
- Diritti Sociali, principalmente attraverso la definizione dei “livelli essenziali” di risposta ai bisogni sociali dei cittadini (cfr. art. 2),
- Programmazione,
- Gestione dei servizi e degli interventi.

ANNO 2001: D.P.C.M. 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*; D.Lgs. n. 100, *Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 25/2/200 n. 61, recante attuazione della direttiva 97/81/CE relativa all'accordo-quadro sul lavoro a tempo parziale concluso dall'UNICE, dal CEEP e dalla CES*”; Legge n. 40, *Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori*; D.M 15 marzo 2001, *Disciplina delle modalità di presentazione, valutazione e finanziamento dei progetti di azione positiva per la*

*parità uomo-donna nel lavoro di cui alla legge 10/4/1991 n. 125; L. n. 149 concernente Modifiche alla L.4 maggio 1983, n.184, recante Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" nonchè al titolo VIII del libro I° del C.C.; D.P.C.M. 30 marzo 2001, Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art.5 della L. 328 del 8/11/2000; D.P.R. 3 maggio 2001, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 –2003; Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n.3 sulla riforma complessiva del titolo V della Costituzione; DPCM 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria; L.3 aprile n.119, **Disposizioni concernenti l'obbligo del segreto professionale per gli assistenti sociali**; L.5 aprile n.154, misure contro la violenza nelle relazioni familiari*

ANNO 2002: L. n.189, *Modifica alla normativa in materia di immigrazione e asilo oltre alle risoluzioni, direttive, circolari in materia" (art 34, comma 4) , modifica normativa in materia di immigrazione e asilo*(Bossi- Fini); D.Lgs. n.297 di modifica e integrazione del D.Lgs. 21 aprile 2000, n.181 in cui si definivano i principi per l'individuazione dei soggetti potenziali destinatari di misure di promozione all'inserimento nel mercato del lavoro, secondo gli indirizzi comunitari tesi a promuovere strategie preventive della disoccupazione giovanile e della disoccupazione di lunga durata; .

ANNO 2003: Legge n. 30 in rif a L.26 marzo 2001 n. 151 *Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità*; Legge n.53, *Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale*; D.Lgs. n.66 sull'organizzazione dell'orario di lavoro, D.P.R. 23 maggio 2003, *Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003 – 2005*; D.Lgs. n.276 (Legge Biagi), come modificato con D.Lgs 6 ottobre 2004, n.251 e D.L.14 marzo 2005, n.35 conv in L.80/2005; L.350/2003 (legge finanziaria per il 2004) ove si prevede il Reddito di Ultima Istanza; L.11 agosto n.228, *Misure contro la tratta di persone*.

ANNO 2004: L. n.6, *Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli ... del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali*; L. n.40 riguardante le attività sanitarie e sociosanitarie di tipo consultoriale; D.Lgs. n.124 per la razionalizzazione e rafforzamento sulle funzioni di vigilanza in materia di lavoro e legislazione sociale; L. n. 243, *Norme in materia pensionistica e deleghe al Governo nel settore della previdenza pubblica, per il sostegno alla previdenza complementare e all'occupazione stabile e per il riordino degli enti di previdenza e assistenza obbligatoria*

ANNO 2006: Legge 266, legge finanziaria per l'anno 2006 introduce il cosiddetto "Bonus bebè"; L. n.38, *Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet*; D.Lgs n.155, *Disciplina dell'impresa sociale a norma della L. 13 giugno 2005 n. 118*; L.241/2006 sull'indulto

Orientamento alle 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:

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.

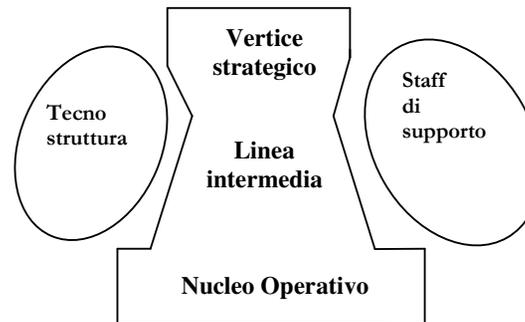
L'integrazione gestionale presuppone un accordo fra dirigenti e responsabili delle unità operative di un dato territorio (ad esempio, fra il direttore del distretto sanitario e il responsabile del Servizio sociale comunale) e fa nascere nuove configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento, 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.

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.

L'organizzazione interna degli Enti di maggiori dimensioni può essere rappresentata secondo lo schema proposto da H. Mintzberg²



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 tecnostruttura 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

² H.Mintzberg, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino ed, Bologna 1985

organica, espressione del potere decisionale di cui dispongono gli organi di governo³. 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"

³ 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)

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.

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)

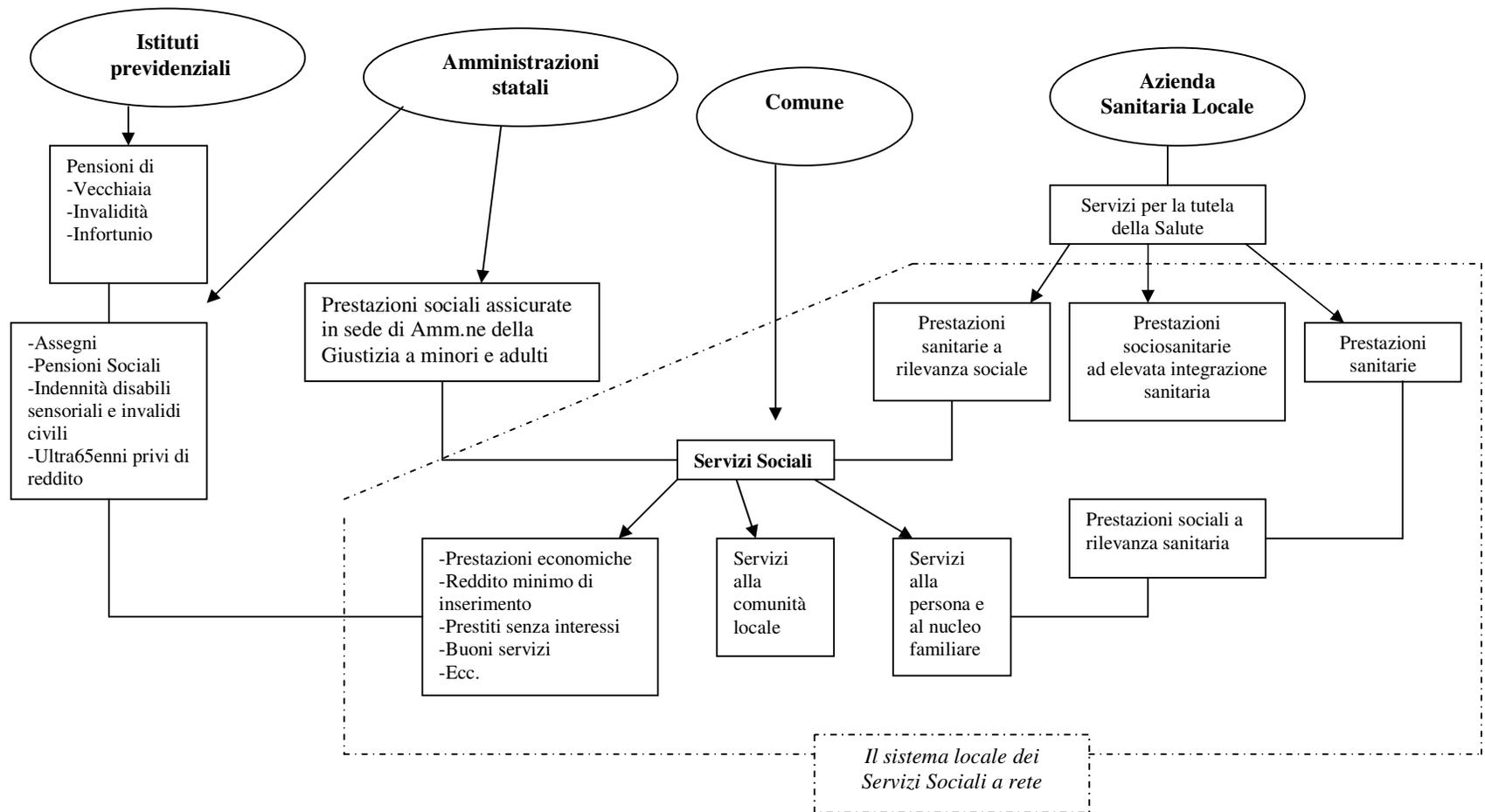
Delega al Governo per la definizione: di un regime transitorio (salvaguardia dei diritti acquisiti); di condizioni reddituali individuali; della revisione commissioni di accertamento (semplificazione delle procedure)

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



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

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 esser 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.⁴

⁴ 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.

Sostanzialmente, il Sistema integrato di Servizi volti alla Persona e alla famiglia preve

- ✓ 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)
ed il processo per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS, LEPS)**

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

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.

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.

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);
- ✓ 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 programmatici 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
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 limiato, disoccupati e	-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	-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

		inoccupati di lungo periodo, azioni di accompagnamento e mediazione	disabilità totale o parziale, indennità per favorire la vita autonoma, indennità di cura e assistenza per anziani totalmente dipendenti	-L.328/00, art.22 comma2, artt.23, 24
--	--	---	---	---------------------------------------

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.enti -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".

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

LAVORARE INSIEME nei Servizi. Operatori sociali e loro INTELLIGENZE al lavoro⁵

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).

⁵ Stralcio da G. Garena, "Lavorare insieme nei servizi" in "Animazione Sociale", n°6-7/2002

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.

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 preconditione 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 INTELLIGENZE⁶ 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 domini: 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)

⁶ H. Gardner, *Intelligenze multiple*, Anabasi, 1994

⁷D.Demetrio (a cura di), *Per una didattica dell'intelligenza. Il metodo autobiografico nello sviluppo cognitivo*, Comune di Parma – F. Angeli, Milano, 1995

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 sensificato 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.).

MA.....CI SI PUÒ AFFEZIONARE AL LAVORO SOCIALE ?⁸

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

- ⁸ stralcio da G.Garena, *L'evoluzione dei legami degli operatori sociali con il loro lavoro*, Inserto in Animazione Sociale (n. 249, gennaio 2011)

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).

IL LAVORO SOCIALE PROFESSIONALE ALLA PROVA DEL FUTURO⁹

Il lavoro sociale professionale da sempre si misura con sfide multiformi all'interno dei processi di riproduzione e di cambiamento.

Oggi queste sfide presentano carattere di particolare difficoltà e articolazione complessa. Sono sfide che sicuramente riguardano lo sfarinamento di quel poco di welfare che rimane (rimaneva), la straordinaria riduzione delle risorse finanziarie con la conseguente riduzione del numero di operatori, operatori in trincea ad affrontare - con mezzi sempre più scarsi - forme di disagio sempre più numerose, consistenti, multiproblematiche.

Ma sono anche sfide che riguardano la capacità di stare "professionalmente" nella dimensione di aiuto ai singoli e alla comunità, di rimanere affezionati alla originaria vocazione per questo lavoro di prevenzione e di cura, di conservare - nonostante tutto - passione, capacità di coping e di insight personale, di contrastare il quotidiano amaro in bocca, nel cuore e nella mente.

Ma, soprattutto, rappresentano la grande sfida del futuro. Che ne sarà del lavoro sociale fra 3, 5, 10 anni? Chi, che cosa, quali processi sapranno riavviare motori di speranza di futuro in condizioni tali da rinsaldare legami con un sistema di diritti finalmente esigibili, con un ruolo legittimato dentro alle organizzazioni, con la responsabilità e la generatività, con il rinnovato desiderio di lavorare nel sociale, con l'etica e l'estetica del lavoro professionale nel sociale che verrà?

1) E' ancora pensabile un futuro del lavoro sociale se ne valorizziamo la sua dimensione politico-culturale.

La crisi di risorse finanziarie va sicuramente combattuta con forza; ma questa crisi non deve assolutamente provocare crisi di pensiero, di ragionamento, di desiderio, di immaginazione di possibili scenari futuri. E' cruciale rilanciare un lavoro delle menti sui significati e sui metodi del lavorare nel sociale, dando vita - nelle sedi più disparate, con grande attenzione anche alla comunicazione massmediatica - a processi culturali che ri-creino nuovi significati e nuovi immaginari su una azione capace di costruire quotidianamente le condizioni di garanzia sui fondamentali diritti sociali. Dare vita a processi culturali che aiutino a riscoprire la politicità delle azioni sociali di ogni giorno, connettendole criticamente con le politiche che si stanno attuando oggi in Italia.

L'ipotesi di fondo riguarda un lavoro sociale professionale che, prima ancora di essere azione, è produzione culturale tra saperi, conoscenze, esperienze e desideri. E' luogo in cui ci si interroga, e si interroga il contesto, rispetto al livello ed alla qualità della convivenza sociale del presente e del futuro.

Lavoro sociale inteso come lavoro culturale implica una considerazione della tutela dei diritti non soltanto come questione di solidarietà; la tutela dei diritti deve avvenire attraverso Servizi Sociali efficaci e preventivi in quanto questione di giustizia. Il diritto a essere aiutati, sostenuti, curati, il diritto ad avere una formazione, una istruzione, una socializzazione, il diritto a non essere abbandonati, è - in questa prospettiva - un fondamento di civiltà giuridica. Diritti, tutti questi, da rendere per tutti i cittadini assolutamente esigibili; diritti da considerare supremi ed indisponibili alla contrattazione rispetto alle risorse economiche da mettere in campo; diritti esigibili in grado di saldare l'accoglienza e la presa in carico delle vite e delle storie (individuali e collettive) più fragili e affaticate con la garanzia di giustizia.

Attribuire, autoattribuirsi da parte degli attori stessi, dignità culturale al lavoro sociale è, in questo scenario, la chiave di interpretazione politica per invertire i processi di fragilizzazione, i processi di incremento delle disuguaglianze, i processi di attacco frontale ad un welfare italiano che sostanzialmente non è mai stato effettivamente universalistico, non ha mai riconosciuto i diritti dei cittadini e non è mai stato portatore di solidi processi di egualizzazione verso l'uguaglianza.

La valorizzazione politico-culturale del lavoro sociale porterà a dare visibilità e legittimazione a chi opera nella mutualità, chi in sostanza fa ancora funzionare la democrazia; a chi nella quotidianità come professionista della cura incontra e crea vicinanza e cooperazione tra i cittadini negli ospedali, negli ambulatori, nei servizi sociali, nelle scuole, nel lavoro in strada; a chi costruisce ponti e infrastrutture di cittadinanza come manifestazione di Res-pubblica (quella che secondo l'art.3 della Costituzione, comma 2, deve rimuovere gli ostacoli che di fatto rendono i cittadini disuguali).

In questa concezione, gli operatori del sociale si metteranno visibilmente in gioco come attori politico-culturali che si battono per l'uguaglianza nell'accesso al diritto alla salute, alla assistenza sociale, all'educazione come conquista della civiltà. In quanto processo dinamico, l'uguaglianza necessita di un certo tipo di operatori, costantemente

⁹stralcio da E.Allegri, G.Garena, *Il lavoro sociale professionale alla prova del futuro* in Rassegna di Servizio Sociale, EISS, n.3.11/ luglio-settembre 2011

occupati e preoccupati di trovare e distribuire sostanza nutritiva perché possa vivere e riprodursi; l'uguaglianza necessita di essere interpretata quotidianamente attraverso operatori che fanno vivere la società democratica in quanto progetto educativo sempre in divenire.

Molto concretamente, la valorizzazione della dimensione politico-culturale del lavoro sociale potrà passare attraverso una spirale inesauribile tra pensiero e azione; spirale di riflessione, elaborazione, denuncia, partecipazione, comportamenti e interventi di solidarietà attiva su determinanti quali, ad es.

- la sensibilizzazione dei contesti e dell'opinione pubblica, la divulgazione di necessarie e corrette informazioni circa i diritti sociali sanciti che quotidianamente vengono negati, dei tagli alla spesa sociale che costituiscono veri e propri reati di civiltà, poiché i diritti dei deboli si trasformano in "diritti deboli" o non-diritti;
- attivarsi per ottenere la definizione e attuazione dei LIVEAS-LEPSe per la riproposizione di buoni esperimenti (vds reddito minimo di inserimento, L.285/97, ecc.);
- attivarsi per ottenere garanzie di completa attuazione dei LEA, che devono assicurare i diritti vitali per tutti. Sappiamo come è particolarmente problematica la situazione delle persone non autosufficienti, specie gli anziani affetti da patologie croniche invalidanti (colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile) e dei soggetti con handicap intellettivo e limitata o nulla autonomia che oggi, nel nostro Paese, sono oltre un milione;
- attivarsi per ottenere adeguati standard per i Servizi sociosanitari, con assoluta priorità per la domiciliarità, in modo che le condizioni di lavoro rispettino la professionalità degli operatori e, quindi, migliorino la qualità delle prestazioni anche per gli utenti;
- attivarsi per un corretto funzionamento della sussidiarietà orizzontale e per evitare che i tagli radicalizzino lo sfruttamento del volontariato consolatorio.

In sostanza, riprenderci la libertà di pensare, di rilanciare un pensiero sul lavorare nel sociale (la crisi di risorse non deve diventare crisi di pensiero), chiarificare il senso della nostra esistenza per non ridurci al mero esserci al mondo, per provare a com-prendere il mondo anche attraverso noi stessi, la comunicazione, la storicità, la volontà, il confronto con situazioni-limite. In questa direzione, è determinante rilanciare il dovere professionale di chiarificare l'esistenza del singolo operatore, del singolo Servizio, del sistema integrato di intelligenze impegnate nel lavoro sociale.

2) E' ancora pensabile un futuro del lavoro sociale se ne valorizziamo la sua dimensione tecnico-professionale

La dimensione politico-culturale, ora molto sinteticamente delineata, evidenzia come oggi i Servizi sociosanitari ed i loro operatori possano proseguire la loro funzione di tutela dei diritti. Diritti che – ovviamente - non è sufficiente scrivere o dichiarare, diritti che implicano una determinata costruzione sociale ed il presidio di questa costruzione (la mobilitazione verso politiche di contenimento di disuguaglianze, politiche di equa redistribuzione delle risorse economiche, l'incremento di socialità...).

Ma gli operatori, in un momento in cui le risorse messe a disposizione sono sempre più scarse e lo stesso lavoro sociale è sempre più precario, come possono ancora essere soggetti che creano queste condizioni?

Un abbozzo di risposta sta forse in una rinnovata creatività nell'interpretazione delle tecniche di azione professionale, in particolare, nel *ripensarsi creatori di storie e microstorie*.

Spesso tra gli operatori sociali circola la sensazione di agire all'interno di un copione già dato, deciso da altri (i politici, i dirigenti...), copione in cui si definiscono ruoli, competenze, azioni. E quindi ci si sente un po' tutti esecutori di decisioni prese da altri, con una rappresentazione del proprio agire prevalentemente centrata su una dimensione eteronoma. In realtà questa visione occulta il fatto che nell'agire quotidiano - cioè nell'incontrare le persone che chiedono, che necessitano di aiuto, nello scambiare conoscenze, saperi, preoccupazioni con gli abitanti di un territorio, nel tutelare spazi di socialità possibile - si creano storie collettive o comunque si generano dei racconti, delle narrazioni simboliche e di senso rispetto alla convivenza sociale.

E' emerso con forza come occorra recuperare questa dimensione di essere soggetti creatori di storie e microstorie, perché per questa via si evita di rimanere schiacciati sul presente, ci si può immaginare come autori e attori protagonisti di processi sociali.

Proprio in tale ottica, i tempi che attraversiamo ci invitano ad esplorare come le identità professionali siano sollecitate da una rivisitazione critica del momento storico. I cambiamenti sociali ed economici, i tagli alle politiche sociali, da cui consegue l'impoverimento di risorse economiche e sociali nei servizi, richiede a ciascun operatore di ripensare la propria identità professionale.

Un ripensamento che recuperi innanzitutto il senso e il significato dell'agire politico-culturale e tecnico-professionale nella costruzione dell'esigibilità dei diritti. Si tratta di capire come la professionalità non si confini solo in un ambito tecnico (o tecnicistico), ma aiuti a far sì che l'assistenza, la cura, l'educazione diventino un fatto collettivo. C'è insomma una professionalità che afferisce alle competenze tecniche di ciascun professionista, ma c'è – contemporaneamente - una professionalità sociale che afferisce alla costruzione delle condizioni della tutela dei diritti (la necessità di promuovere cultura, consenso sociale sul contenimento delle disuguaglianze...).

Si tratta allora di coniugare queste due professionalità per aprire una nuova prospettiva al futuro dei servizi. Ciò passa indubbiamente attraverso definite azioni di "recupero" che attiene allo specifico della dimensione tecnico-professionale degli operatori del sociale. In particolare:

- recuperare potere sulla realtà attraverso l'elaborazione culturale; recuperare il valore dell'agire politico nella/della quotidianità del lavoro sociale, valore che ci chiama a presidiare i meccanismi, i dispositivi di attribuzione di giustizia sociale; recuperare il senso della rete come sistema di menti che dialogano, reti capaci di unire aspetti sanitari, sociali, educativi. Recuperare la consapevolezza sulla assoluta necessità di uscire dai servizi-ambulatori-tane per evitare di diventare "l'ultima stanza" delle persone

in difficoltà; uscire sia fisicamente che mentalmente, cioè uscire dalla dipendenza dall'autorità becera, dalla routine, dalla propria zona di comfort...(come vedremo successivamente).

- recuperare buone ragioni, buone risposte alla domanda “perché lottare contro chi/cosa è più forte di noi ?” “non è meglio adeguarsi? ” o a fatalismi “...non ce la faccio, è troppo difficile”: ciò che sembra difficile-difficilissimo ad un primo esame, spesso si rivela affrontabile se la difficoltà è ben analizzata e studiata e circoscritta.

Recuperare speranze, “innaffiare speranze” e utopie concrete, non solo nella convinzione che “...‘a da passà ‘a nuttata”, come dice Eduardo in Napoli milionaria, ma soprattutto nella convinzione che un altro modo di fare lavoro sociale è possibile, che i margini di discrezionalità (magari anche solo interstiziali) ci sono e vanno utilizzati, pur se costa qualche sacrificio in più.

3) E' ancora pensabile un futuro del lavoro sociale se ne valorizziamo la sua dimensione nella RETE, nel lavoro di/per la comunità.

La rete, il lavoro *di* e *in* rete, come il lavoro di/per la comunità, devono riproporsi come metodo imprescindibile del lavoro sociale, uscendo dalle trappole di contrapposizione. Trappole che sovente pongono questi metodi a confronto quasi che l'uno escluda gli altri, trappole tipo “vorrei curare la rete, vorrei investire nel lavoro di comunità,....ma non c'è tempo”.

Rete e Comunità devono rappresentare un processo fisico e mentale in cui si incontra la dimensione politica con la dimensione tecnico-professionale del lavoro sociale.

Si tratta di entrare operativamente all'interno di quelle dinamiche sociali e culturali dove predomina e spadroneggia il principio di assertività, di semplificazione, di tracotanti sicurezze. Pensiamo in particolare alle dinamiche che – a fronte all'estendersi del disagio, al venir meno della rete dei servizi, all'allargarsi della forbice tra gravità dei problemi e risorse a disposizione – mettono in atto inasprimenti normativi, oppure richiamano i vecchi codici della beneficenza elemosiniera, oppure cancerizzano i problemi diffondendo vocabolari punitivi, e la chiusura di interi servizi.

In queste dinamiche è importante coagulare riflessione e dibattito su quelle che rappresentano le questioni complesse, le problematiche. E su queste costruire in maniera partecipata ipotesi, sperimentare modi di presa in carico collettiva, orientare vie di soluzione che, sappiamo, ci porranno altri problemi ed altre domande. Ma intanto, saremo insieme e – avendo percorso insieme questa strada – saremo più generativi, più forti e consapevoli, più attenti e riflessivi.

Problemi e domande, questioni buone e legittime che, superando slogan e chiavi magiche su questi modelli di lavoro sociale “fuori sede”, entrano nel merito, magari provocando sane inquietudini.

Ad esempio, *rete* è sicuramente strumento utilissimo, ma anche problema, di per sé da trattare con cura. La rete è in sostanza un metodo sperimentale possibile, non una ricetta preconfezionata applicabile meccanicamente. Allora,

- come sostenere le reti culturali, sociali, economiche per tutelare i diritti in un tempo di scarsità ?
- come oggi è possibile tutelare i diritti nelle storie delle persone che vivono situazioni di grave marginalità?
- è possibile rintracciare nei territori, a fianco degli interventi promossi dagli enti pubblici (servizi socio-assistenziali, servizi socio-sanitari, ecc.) delle forme “sociali” di tutela del benessere per i singoli, per i gruppi familiari, per un quartiere ?
- è possibile rintracciare forme meno istituzionali, più informali, autoorganizzate, che costituiscono nei territori sperimentazioni importanti per affrontare il disagio inscrito nei contesti sociali ?
- quali apprendimenti occorre mettere in gioco per attivare e mantenere efficaci delle reti sociali?
- come rilanciare la formazione degli operatori del sociale e del terzo settore intesa con tras-formazione ?
- è possibile convocare stabilmente le reti sociali presenti in un territorio affinché con loro sia possibile costruire insieme una comprensione dei bisogni di salute e cura, stabilire le priorità da darsi nel tutelare i diritti più a rischio, ridistribuire le risorse economiche?
- la rete può dare forza ad invertire le tendenze allo smantellamento del welfare, a potenziare i servizi alla persona a completamento e in alternativa ai trasferimenti monetari ?
- il motore del lavoro sociale è la clinica o i problemi del territorio e l'integrazione (dalla rilevazione contabile dei bisogni alla ricognizione e presa in carico da parte della comunità locale dei problemi che le appartengono) ?
- come distinguere le reti buone e sane di sostegno dalle reti patologiche ?
- come superare il gap oggi presente tra le enormi difficoltà a lavorare con le reti istituzionali e le condizioni più favorevoli nel lavoro con le reti informali ?
- quali interessi sono mobilizzabili per far funzionare bene una rete ?
- come mettersi nella prospettiva di creare dei network capaci di far circolare e produrre maggiore valore alle risorse che ogni organizzazione ha a disposizione (risorse non solo economiche, ma culturali, di conoscenze, di saperi)?.....

La lista delle questioni aperte potrebbe continuare, ma non possiamo sicuramente limitarci ad una mera ricognizione generalistica di questi interrogativi.

E' necessario collocare queste ed altre questioni nelle diverse narrazioni dei contesti territoriali per conoscere e per capire la natura delle reti esistenti o potenziali, reti che osservano, valorizzano, mediano, si confrontano, innovano; reti capaci di affrontare criticità ricorrenti quali la manutenzione delle relazioni e dei nodi, la burocrazia

autoincentivantesi, l'erosione del tempo, le manipolazioni, le distonie comunicative; reti in grado di generare risorse utili per tutelare i diritti e contenere le disuguaglianze. Ma forse anche reti limitate al piano del fare, dell'agire, che non riescono ancora a mettere in gioco una efficace riflessività, e si limitano a riprodurre ordinarie modalità o a replicare culture esistenti.

C'è in sostanza un gran lavoro da svolgere, innanzi tutto per tentare di conoscere e capire.

Conoscere e capire se e come quelle specifiche reti sociali costituiscono/possono costituire forme di tutela del benessere e di contenimento dei disagi dei singoli, ma anche luoghi di ricerca e di riformulazione dei problemi.

Conoscere e capire come accompagnare nello sviluppo delle reti quei processi di apprendimento utili per costruire sguardi nuovi sul modo di vivere in un contesto sociale, di costruire relazioni tra i soggetti e di immaginare la convivenza della diversità nei territori.

Conoscere e capire come agire concretamente per dare visibilità e riconoscimento a queste reti che rappresentano vere e proprie infrastrutture di cittadinanza, come tali da tutelare e sostenere da parte dei soggetti istituzionali.

Una quotidiana attività verso la conoscenza e la comprensione, come ora delineata, può rendere così pensabile un futuro del lavoro sociale nella misura in cui rete e comunità costituiscono costruzione di storia: ogni giorno costruiamo storia anche se non sappiamo, non ci rendiamo conto di che storia costruiamo !

Nell'agire quotidiano, cioè nell'incontrare le donne e gli uomini che chiedono aiuto, si creano infatti storie collettive, si generano dei racconti, narrazioni simboliche e narrazioni di senso rispetto alla convivenza sociale; è necessario recuperare questa dimensione di essere soggetti creatori di storie e microstorie, dimensione che consente di non rimanere schiacciati sul presente, di potersi immaginare come autori di processi sociali dinamici.

In sostanza, una vision di lavoro autenticamente "sociale" che alimenta costantemente libertà, ascolto, sostegno, generatività, flessibilità, investimento sui problemi, valorizzazione dei nodi e delle connessioni, consapevolezza delle fragilità e della continua esigenza di manutenzione, rappresentazione di potere diffuso,insomma, quel pezzo vivo di polis (siamo noi la storia della polis), che è democrazia e res-pubblica !

4) E' ancora pensabile un futuro del lavoro sociale se ne valorizziamo la sua dimensione rispetto alle porte, all'accesso ai servizi, al rapporto con le trasgressioni

Le tre dimensioni ora tratteggiate mettono in discussione l'intero sistema dell'accesso ai Servizi Sociali, cioè delle "porte" attraverso le quali i cittadini entrano in relazione con le professioni di aiuto, le porte da cui i professionisti escono per offrire modalità di aiuto ai singoli e alla comunità. E' indubbio che queste porte, negli ultimi anni, si sono fatte sempre più strette e difficili da varcare, i criteri di accesso si sono fatti più formali e gli iter procedurali dell'accoglienza e della presa in carico più tortuosi e selettivi. Come è indubbio che – in ragione dell'aumento del carico di lavoro inerente la presa in carico di casi individuali e della compressione numerica e precarizzazione delle risorse umane – le occasioni di uscita dei professionisti sul territorio si sono ridotte in senso quantitativo ma anche qualitativo. Molte testimonianze narrano di chiusure o drastici ridimensionamenti dei cosiddetti "Servizi a bassa soglia" (educativa territoriale, educativa di strada, dormitori, mense pubbliche....) propri in concomitanza ad un disagio, a povertà più diffuse e complesse, a straordinarie difficoltà per molte persone ad approcciarsi alle soglie formali e selettive dei Servizi a media ed alta soglia.

Ma al di là ed oltre agli aspetti organizzativi, molte testimonianze narrano di operatori in difficoltà personale e professionale a riflettere sulle soglie, sui significati delle soglie, sulla loro capacità di farsi soglia. Narrano di rese fatalistiche e di adesioni supine alle linee dei tagli alle risorse, di comportamenti di rifugio nel mero mugugno, di vincoli ed impedimenti assunti ad alibi per cristallizzare lo status quo, a sempre più scarsi investimenti nella ricerca e nell'innovazione.

Ricerca e innovazione, che costituiscono valori e scelte strategiche obbligate nelle economie dei beni materiali, sembrano lussi che non ci si può oggi permettere nelle economie dei beni relazionali (dimenticando che anche questi posseggono una alta valenza economica).

Ricerca e innovazione in ogni approccio scientifico, ed a maggior ragione nelle scienze sociali, presuppongono che il professionista abbia maturato un buon rapporto con la trasgressione delle routine e del già noto.

Ricerca e innovazione, evoluzione, sono da sempre nella storia dell'umanità e del progresso scientifico connesse ad un certo grado di trasgressione e di disponibilità a mollare il certo per l'incerto, la sicurezza per un diverso scenario che non conosciamo, scenario certo un po' inquietante come è inquietante lo sconosciuto che abita in noi.

In questa visione dinamica è fondamentale che gli operatori sociali non si lascino normalizzare dalle forme e adempimenti delle organizzazioni e – contemporaneamente - imparino ad essere **NORMATIVI** cioè imparino a praticare trasmettere etiche: etica della convinzione e della discussione (costruire un proprio originale pensiero, proprie idee, rappresentazioni e metterle a confronto con gli altri ed al servizio del bene comune), etica della responsabilità (la disponibilità a prendere coraggiosamente parte alla vita delle comunità per cui si lavora, a rendere conto, immaginare e ragionare sulle conseguenze delle proprie azioni professionali), etica della finitezza (la disponibilità a mettersi in gioco, in discussione; la capacità di elaborare il lutto rispetto a propri insuccessi e delusioni); etica del lavoro "modesto" (saper evitare l'illusione, l'aspettativa, di cambiare tutto e subito).

Sono emerse sollecitazioni ad andare oltre il lamento o la resa, si è più volte affermato che oggi non è più tempo di attesa, ma di trasgressione. Occorre superare le chiusure difensive per quel poco che si ha a disposizione, occorre trasgredire i confini organizzativi e istituzionali, occorre essere generativi in un tempo di scarsità per poter ancora sviluppare progettualità sociali capaci di creare mutualità o contenere le disuguaglianze.

Occorre trasgredire la realtà per non diventare notai dello status quo. Trasgredire per ritrovare un pensiero capace di alternative rispetto a ciò che sembra “sacro” e inamovibile-inagredibile, prima dentro e poi fuori da noi. Non si tratta tanto di andare contro, ma di rifondare, ricostruire ipotesi negoziabili, uscire dalla logica del “dato per scontato”. Trasgredire gli attaccamenti centrati sul solo “lavoro sul caso”, sul fare per fare, sulle mancanze piuttosto che sulle risorse. Trasgredire le rigide blindature sulle appartenenze e competenze istituzionali (...non è di mia competenza), provare ad andare al di là, provare a gettare ponti. Trasgredire modelli meramente riparativi di azione sociale ed applicare “creativamente” modelli in grado di analizzare e conoscere prima di agire, di connettere risorse esistenti prima di erogare prestazioni, di mettere le persone davanti, prima della burocrazia, delle forme e degli adempimenti. Staccarci – prendere le distanze – dalla sofferenza quotidiana per costruire una mappa capace di attraversare il territorio e il sociale in trasformazione, capace di occuparci di esclusione ma contemporaneamente di ricercare e denunciare le cause di esclusione (operatori sociali come antenne del disagio e produttori di cultura – visione critica delle fragilità ma anche delle risorse e beni comuni presenti nel territorio). Trasgredire, infine, per ritrovare un pensiero capace di connettere il micro e il macro, l’azione concreta con la visione della società, l’obiettivo particolare con le condizioni socioeconomiche del contesto.

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)¹⁰ si registra la seguente situazione:

¹⁰ **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-ovies 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.

- 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) 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*¹¹ 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 sociale¹².

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 figura. Alcune Regioni hanno avviato in

¹¹ 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.

¹² 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.

questi anni delle soluzioni 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.

LA QUALITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE¹³

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 ristruazione)
 - 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>Credibilità</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

¹³ In piena crisi delle politiche sociali e delle risorse attribuite al nostro welfare, in presenza di forti segnali di riaccanamento dei poteri e di riaffermazione del modello direttivo nelle organizzazioni, occorre costruire alternative. Alternative di rilancio del metodo bottom-up, dando attenzione ai sistemi di qualità intesi come patrimonio culturale della base operativa delle professioni di aiuto (in particolare assistenti sociali, educatori professionali, operatori sociosanitari, ed i loro livelli direttivi). E individuando prospettive di legittimazione dell'azione professionale attraverso processi di autovalutazione della qualità che vede come attori protagonisti gli operatori dei servizi sociali. Uno strumento in questo senso è proposto nel testo di Garena G., Gerbo A.M.(2010), *Qualità e accreditamento professionale nei servizi sociali*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN).

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**.

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'accredito 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).

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

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 Epea, 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.

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.

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

<i>VERSIONE 2000</i>	<i>SOSTITUISCE</i>
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

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 | * continuità |
| * imparzialità | * diritto di scelta |

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, Dovere 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*

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.

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.

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
- * 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 gli 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 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.

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.

Elementi schematici in merito ai meccanismi di finanziamento e alle politiche budgetarie. Un quadro delle risorse finanziarie in gioco

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

- | | |
|--|-------------------------|
| ✓ personale | ✓ materiali di consumo |
| ✓ attrezzature | ✓ documentazione |
| ✓ immobili, infrastrutture, ammortamenti, manutenzioni | ✓ voci varie accessorie |
| ✓ servizi generali | |

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.

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;
- 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, 1.378 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, intitolato “*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), configurava già 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 a 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
- 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.

La già gravissima situazione ora descritta è ulteriormente e drasticamente peggiorata negli ultimi anni come riassunto nella tabella seguente

Legge di stabilità 2013**FONDI STATALI DI CARATTERE SOCIALE (Bilancio di previsione dello Stato - milioni di euro)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Fondo per le politiche della famiglia	346,5	186,6	185,3	51,5	32,0	19,8	21,2	21,4
Fondo pari opportunità	64,4	30,0	3,3	17,2	10,5	10,8	11,6	11,7
Fondo politiche giovanili	137,4	79,8	94,1	12,8	8,2	6,2	6,9	6,7
Fondo infanzia e adolescenza	43,9	43,9	40,0	39,2	40,0	39,6	39,4	38,8
Fondo per le politiche sociali	929,3	583,9	435,3	273,9	70,0	344,2	43,9	43,3
Fondo non autosufficienza	300,0	400,0	400,0	0,0	0,0	275,0	0,0	0,0
Fondo affitto	205,6	161,8	143,8	32,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo inclusione immigrati	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo servizi infanzia	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo servizio civile	299,6	171,4	170,3	110,9	68,8	71,2	76,3	77,0
TOTALE	2.526,7	1.757,3	1.472,0	538,3	229,4	766,8	199,1	198,9
Numero indice (2008=100)	100,0	69,6	58,3	21,3	9,1	30,3	7,9	7,9

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;
- 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 2009) 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 %).

Il 48,5% della spesa comunale per i servizi sociali è impiegato per affidare i servizi all'esterno, a cooperative sociali e altri soggetti del terzo settore.

Complessivamente, 6,7 miliardi di euro è il valore degli interventi e servizi sociali comunali, ai quali si aggiunge la compartecipazione degli utenti (circa 1 miliardo l'anno) e la quota a carico del Servizio sanitario (circa 1,1 miliardi l'anno), per un totale di spesa pari a poco più di 8,7 miliardi di euro, pari a circa il 10% del totale della spesa per tutte le politiche socio-assistenziali.

A livello regionale emerge un ampio divario nelle risorse impegnate dai Comuni in rapporto alla popolazione residente: la spesa per abitante nel 2009 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.

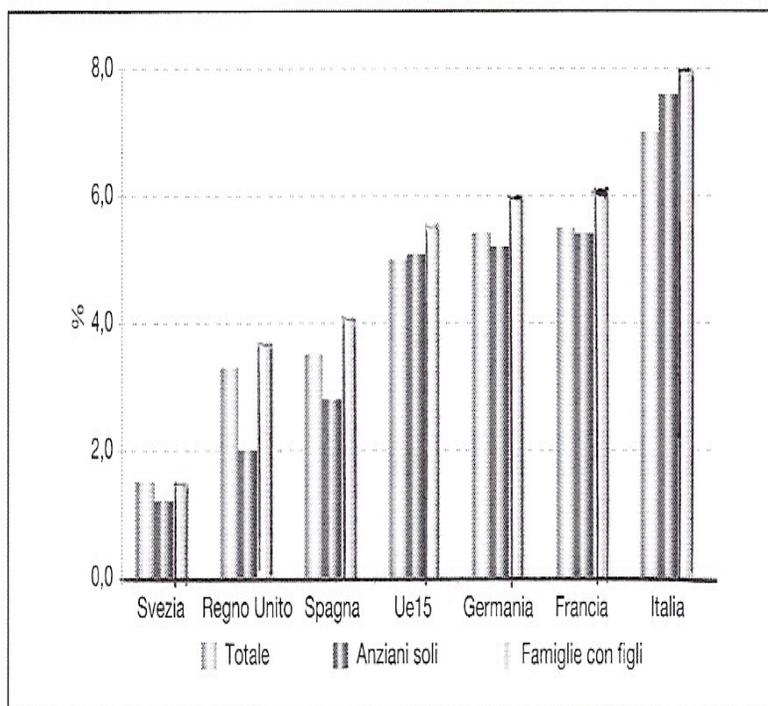
Se si considera la spesa dedicata ai servizi sociali in rapporto al Pil, la maggior parte delle regioni si colloca in una fascia intermedia che varia dallo 0,3 per cento al 0,5 per cento del Pil regionale. Al di sotto dello 0,3 per cento vi sono la Calabria, il Molise e l'Abruzzo, mentre fra le aree 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.

Nelle tabelle successive vengono presentati alcuni dati riferiti alla spesa per interventi e servizi sociali a livello locale/nazionale ed alcune dinamiche di confronto con altri Paesi dell'U.E. con particolare correlazione alle disuguaglianze

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e regione
 Anno 2009 (composizioni percentuali)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Area di utenza							Totale
	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti, senza dimora	Multiutenza	
Piemonte	36,6	22,2	0,1	23,8	3,0	7,0	7,3	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	25,4	0,6	-	72,5	-	1,1	0,4	100,0
Liguria	45,3	13,3	0,9	24,5	1,5	8,0	6,5	100,0
Lombardia	41,9	22,9	0,4	19,3	2,1	7,2	6,2	100,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	24,0	37,3	1,2	23,1	3,2	7,2	4,0	100,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>11,9</i>	<i>48,8</i>	<i>2,7</i>	<i>21,7</i>	<i>6,4</i>	<i>8,5</i>	-	<i>100,0</i>
<i>Trento</i>	<i>32,9</i>	<i>29,0</i>	-	<i>24,1</i>	<i>0,8</i>	<i>6,2</i>	<i>7,0</i>	<i>100,0</i>
Veneto	30,9	25,3	1,5	23,2	3,5	5,9	9,7	100,0
Friuli-Venezia Giulia	26,2	25,7	0,3	26,7	2,6	10,9	7,6	100,0
Emilia-Romagna	49,3	16,0	0,6	17,8	3,3	4,2	8,8	100,0
Toscana	40,0	16,4	0,5	24,7	2,7	8,3	7,4	100,0
Umbria	54,6	15,4	1,0	13,8	3,5	5,3	6,4	100,0
Marche	37,2	25,3	0,4	14,9	3,4	4,2	14,6	100,0
Lazio	44,3	17,6	1,8	16,7	4,4	13,0	2,2	100,0
Abruzzo	42,9	26,0	0,3	20,8	0,8	5,1	4,1	100,0
Molise	40,6	20,5	3,5	25,8	1,0	5,2	3,4	100,0
Campania	45,8	13,9	0,7	17,6	1,1	13,1	7,8	100,0
Puglia	44,6	14,6	3,8	16,6	2,3	11,2	6,9	100,0
Basilicata	41,3	22,3	2,8	18,5	3,1	8,3	3,7	100,0
Calabria	46,8	17,7	1,0	19,5	6,3	6,9	1,8	100,0
Sicilia	44,5	25,1	0,4	18,5	2,0	7,0	2,5	100,0
Sardegna	24,0	38,9	0,6	17,3	0,5	15,4	3,3	100,0
Nord-ovest	40,2	21,3	0,4	22,1	2,3	7,2	6,5	100,0
Nord-est	36,9	23,3	0,9	21,4	3,2	6,1	8,2	100,0
Centro	42,6	17,9	1,2	19,0	3,7	10,1	5,5	100,0
Centro-Nord	39,8	21,0	0,8	21,0	3,0	7,6	6,8	100,0
Mezzogiorno	39,9	23,9	1,2	18,0	1,6	10,8	4,6	100,0
Italia	39,8	21,6	0,9	20,4	2,7	8,3	6,3	100,0

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

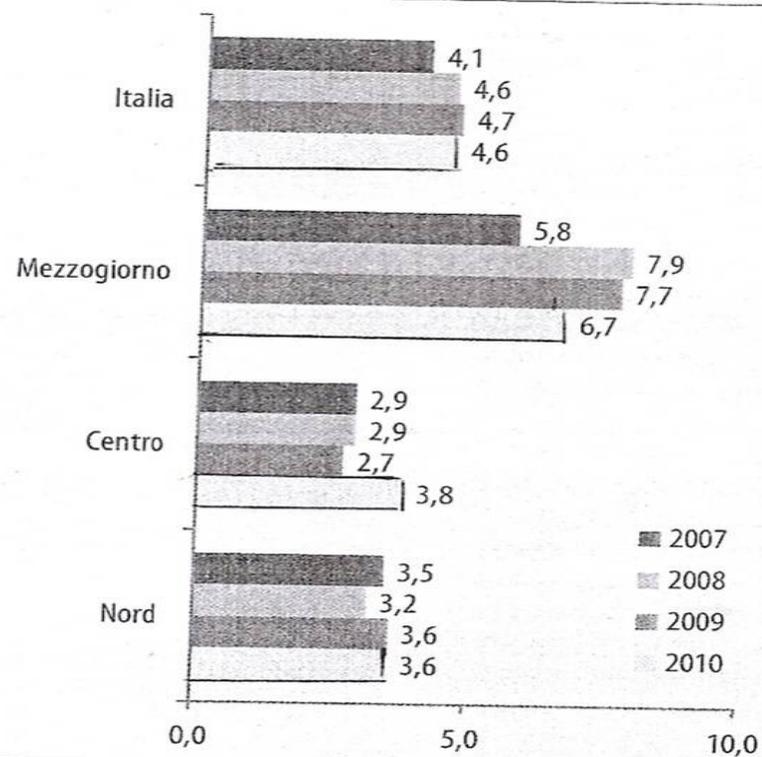


Persone soggette a gravi deprivazioni materiali in alcuni paesi europei, 2009 (%)

Nota: Secondo la definizione europea, le persone soggette a gravi deprivazioni materiali sono quelle che incontrano difficoltà in almeno 4 delle seguenti 9 attività: i) pagare le bollette, ii) mantenere la casa adeguatamente riscaldata, iii) affrontare una spesa straordinaria, iv) mangiare carne o pesce ogni due giorni, v) permettersi una settimana di vacanza fuori casa, vi) avere un'auto, vii) avere una lavatrice, viii) avere un tv color, ix) avere un telefono.

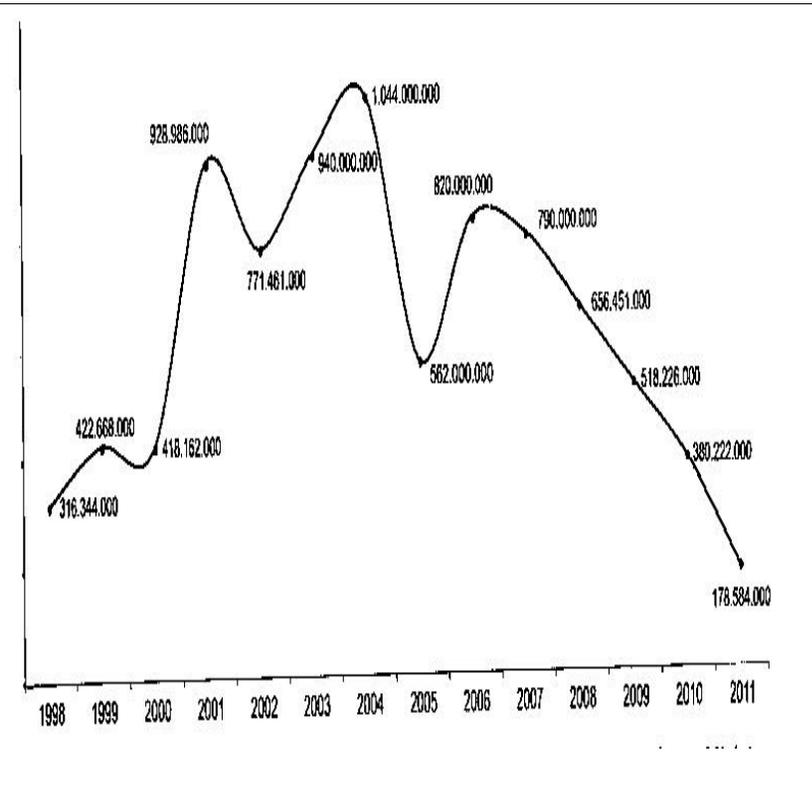
Fonte: Eurostat

AVOLA Incidenza di povertà assoluta per ripartizione geografica. Anni 2007-2010 (%)

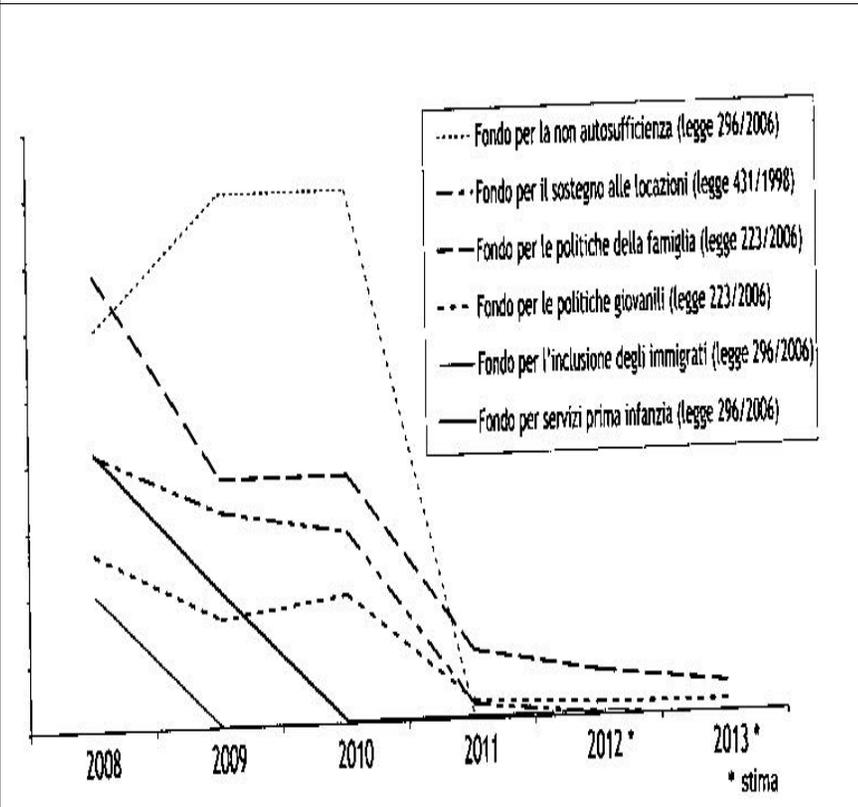


Fonte: ISTAT, *Statistiche Report. La povertà in Italia. Anno 2010*, Roma, 2011.

Andamento delle risorse del FNPS destinate al sistema dei servizi sociali
(Fonte Ministero del lavoro e delle politiche sociali)



Andamento delle altre risorse per il sistema dei Servizi Sociali tra il 2008 e il 2013 (Fonte Ministero dell'Economia)



La composizione della spesa sociale pubblica per macro-aree di intervento (fonte OCSE 2012)

In Italia

	Italia	Francia	Germania	Regno Unito	Spagna	Grecia	Portogallo
Pensioni	57,8	45,5	43,8	26,7	38,3	56,1	49,1
Sostegno del reddito	11,5	16,7	16,4	22,3	24,4	9,4	18,2
Salute	27,1	27,3	31,9	33,7	29,2	27,8	30,0
Servizi sociali	3,7	10,5	7,8	17,3	8,1	6,6	2,7

Nel sistema welfare in campo socioassistenziale si spende ogni anno circa 62 miliardi

Ma, di questi, solo 8 riguardano la spesa decentrata (Regioni e EE.LL.)

Ben 54 miliardi sono erogati – tutti in forma di trasferimento monetario – dall’INPS

Oggi in Italia

- è “povero” il 20% della popolazione italiana. Questo dato colloca il nostro paese in una delle posizioni peggiori in Europa, al quart’ultimo posto dell’Ue a 25, seguito solo da Lettonia, Bulgaria e Romania, 4 punti percentuali sopra la media europea e ben lontano da Paesi come Svezia (11%), Francia (13%), Germania (15%).
- I minorenni in condizione di povertà relativa sono in Italia 1.728.000, il 25% del totale, con una forte prevalenza delle età infantili. Con questo dato il nostro paese si colloca molto lontano dalle medie dell’Ue a 15 (+ 7 punti percentuali) e a 27 (+ 6 punti percentuali), peggiore persino (di due punti) della media dei nuovi Paesi membri.
- Negli ultimi 5 anni si è avuto un aumento di oltre 505.000 famiglie in condizione di deprivazione (+14,6%), che ora sono 4 milioni;
- è aumentato di oltre 1 milione (sono 4,1 milioni in totale) il numero di famiglie che hanno intaccato il patrimonio o contratto debiti;
- le coppie con figli in povertà assoluta sono aumentate di 115.000 nuclei (+37%) e sono ormai oltre 424.000
- Oltre 2 milioni di giovani (15-29 anni) sono NEET (Not in Education, Employment or Training): quasi il 23% di questa fascia di popolazione (ISTAT 2012)
- i nuclei monogenitoriali in povertà assoluta sono aumentati di 65.000 nuclei (+72,3%) e sono salite a 154.000 (ISTAT 2012)
- le famiglie numerose in povertà assoluta con 5 e più componenti sono aumentate di 43.000 unità (+41,6%) e sono ora 147.000 (ISTAT 2012)

Un’Italia terra complessa di immigrazione complessa

Oltre 4.500.000 stranieri (circa il 7,5 °% della popolazione complessiva):

- romeni(625.278)
- albanesi (401.949)
- marocchini (365.908)
- cinesi (156.519)

cui aggiungere almeno 500.000 unità di immigrati irregolari (arriviamo così a circa l’8,2% della attuale popolazione italiana di 60,7 milioni di persone)

Circa il 60% della popolazione straniera è presente da più di 5 anni,
il 26% da almeno 10 anni.

Fra cinquant’anni, in Italia avremo 12 milioni di immigrati pari al 20% della popolazione (ritmo d’incremento: circa 400.000 l’anno (più elevato rispetto alla media degli altri Paesi europei)

Economie canaglia

<p>Mafia, camorra e 'ndrangheta:: affari per 130 miliardi di €/anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • 59 Mld dalla droga • 21,6 Mld da racket e usura • 16 Mld da ecomafia • 6,5 Mld da appalti e forniture • 6,3 Mld da contraffazione • 5,8 Mld da traffico d'armi • 2,4 Mld da giochi e scommesse • 2,2 Mld da abusivismo • 1,2 Mld da contrabbando • 1 Mld da furti, rapine, truffe 	<p>1/3 dell'economia italiana è in mano alle mafie. Le mafie rappresentano con il loro fatturato la più grande azienda italiana: 170 Mld di €/anno (100 miliardi di utile netto, pari al 7% del PIL). La holding mafia spa si fa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Banca, con i suoi 65 MLD di denaro «liquido», ◇ Stato, chiedendo «tasse» ai cittadini <ul style="list-style-type: none"> • Le aziende italiane subiscono 1300 reati al giorno (50 ogni ora). Solo l'usura ha nell'ultimo anno provocato la chiusura di 1800 imprese e bruciato decine di migliaia di posti di lavoro. • Circa 200.000 commercianti esposti al fenomeno • Il fatturato della prostituzione è pari a quello dell'intero settore del tessile e dell'abbigliamento (52 Mld per l'anno 2011)
<p>L'evasione fiscale, valutata nell'ultimo rapporto 2012 dalla Corte dei Conti in 120 miliardi/anno. In dettaglio, 1 italiano su 3 non raggiunge la soglia tassabile dei 10.000 € di reddito lordo annuo; 1 italiano su 2 non giunge ai 15.000 €; il 78% degli introiti fiscali proviene dai lavoratori dipendenti. Esempi di redditi medi dichiarati da alcune categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immobiliari, Petrolieri, = 48.000€/anno ; Gioiellieri = 24.000€/anno; Tassisti = 12.000€/anno; Albergatori = 6-7.000 €/anno; Ristoratori, commercianti, all'ingrosso = 6.000€/anno; Meccanici, Idraulici = 4.800€/anno <p>La corruzione è valutata dallo stesso rapporto in 60 miliardi di euro.</p>	

La spesa per l'assistenza sociale erogata dai Comuni, singolarmente o in forma associata, corrisponde allo 0,42 % del PIL (circa 6 miliardi di € =10,7 € all'anno per abitante) (vds noi-Italia.ISTAT).....mentre, **la spesa militare** corrisponde all'1,7% del PIL. La spesa militare italiana: 35,8 Mld € (1,7% del PIL). Alcuni dettagli

- la spesa per costruire la nuova portaerei Cavour: 1.3 Mld €
- un'ora di volo di un Tornado: 32.000 €
- un missile antiradar Harm in dotazione ai Tornado: 200.000 €
- un giorno di navigazione della portaerei Garibaldi: 100-200.000 €
- attuale stanziamento per gli aerei Fighter F-35: 14 Mld di €
- stanziamento per 10 nuove navi da guerra superelevate multimissione (Fremm): 5,68 Mld di €
- 425 generali per 150.000 militari (1 generale ogni 418 militari). Negli USA i generali sono 900, ma comandano 1.408.000 militari (1 generale ogni 1564 militari)



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
- anziani;
- contrasto delle povertà
- diversabilità
- immigrazione
- 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.

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, nonchè 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.

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 URBAn 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

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.

Elementi per una cornice generale in tema di ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI¹⁴

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 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,

¹⁴ Sintesi e integrazioni da R.Maggian, voce Organizzazione dei Servizi Sociali, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber Ed., Roma 2005.

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 revoche 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 trattamento rieducativo individualizzato, curato da tutti i professionisti dell'équipe che individuino 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.

i 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 configurato, come noto, la potestà legislativa esclusiva 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).

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)¹⁵, i **Consorzi 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 sociali¹⁶, le Associazioni di Promozione Sociale¹⁷, le varie altre associazioni familiari e le fondazioni prosociali. Questi organismi possono essere accomunati dai seguenti

¹⁵ 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).

¹⁶ 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)

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;
- 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 Volontariato¹⁸, 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.

- 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. 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).

¹⁷ 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).

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 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).

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 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.

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 Gestori 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.

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 Piemonte¹⁹ (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.
---	---	--

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)

¹⁹ Regione Piemonte, Assessorato Welfare – Lavoro, Direzione Politiche Sociali, I numeri dell'Assistenza in Piemonte, ed 2008

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 alcolgia;
- 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 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 vita²⁰

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.

²⁰ Cfr .F.Folgheraiter, *La logica sociale dell'aiuto*, Erckson ed, Trento, 2007

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
- La *Social card*: strumento istituito nel 2008 per consentire a persone in gravi difficoltà economiche l'acquisto di generi alimentari ed il pagamento di alcune utenze. In particolare, il Comune di Torino dal giugno 2013, con altre 12 città italiane, sperimenterà una nuova social card volta a sostenere nuclei con reddito Isee inferiore a 3.000 euro/anno

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;
- ✓ 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 delinquenziali.

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.

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.

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-Vonéche) 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:

- ✓ 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 Consulenti 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.

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*)

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 assicurarli 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.

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 antiviolenza (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 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

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:

l'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; 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.

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 delle 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 Beneficenza 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.

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.

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.

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

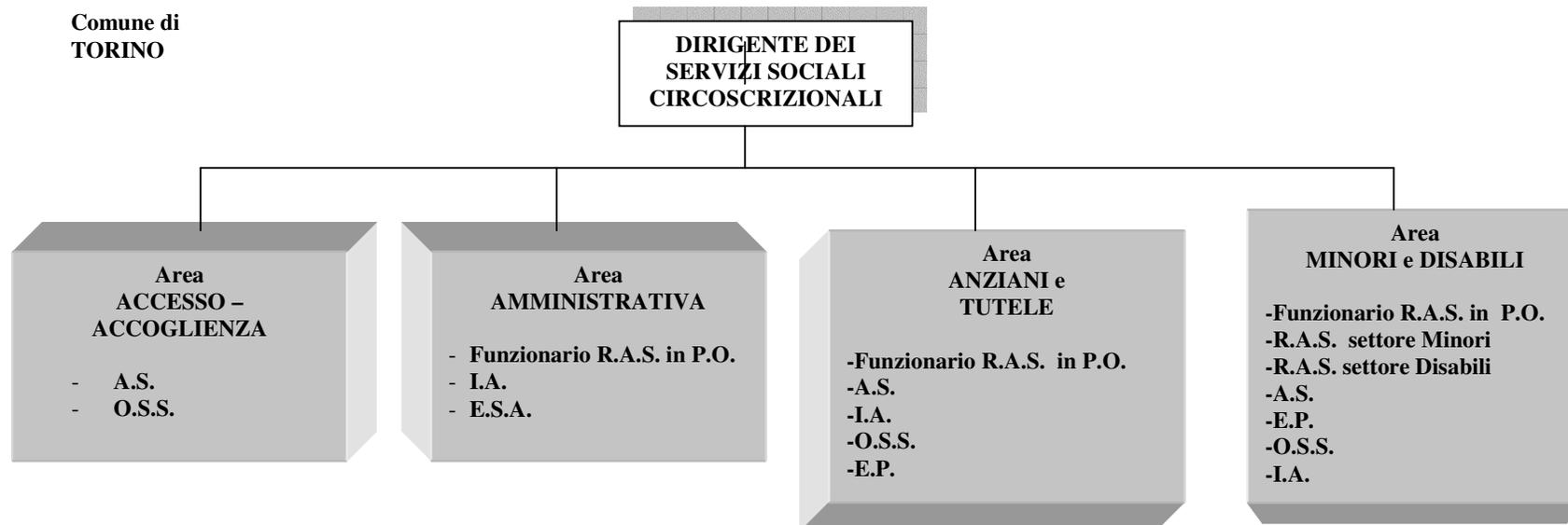
- da una articolazione in 17 centri circoscrizionali di Servizio Sociale che esercitavano, per il proprio ambito territoriale di competenza – ulteriormente suddiviso in subaree - tutte le funzioni volte ad affrontare le esigenze della popolazione. In questo modello, la logica dominante era quindi il 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 risponde 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

Questo 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.

Comune di
TORINO



legenda

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

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 Tutelle
- Settore Stranieri e Nomadi
- Settore Piano Regolatore Sociale, Comunicazione Sociale e Vigilanza

Coordinamento Politiche Sociali

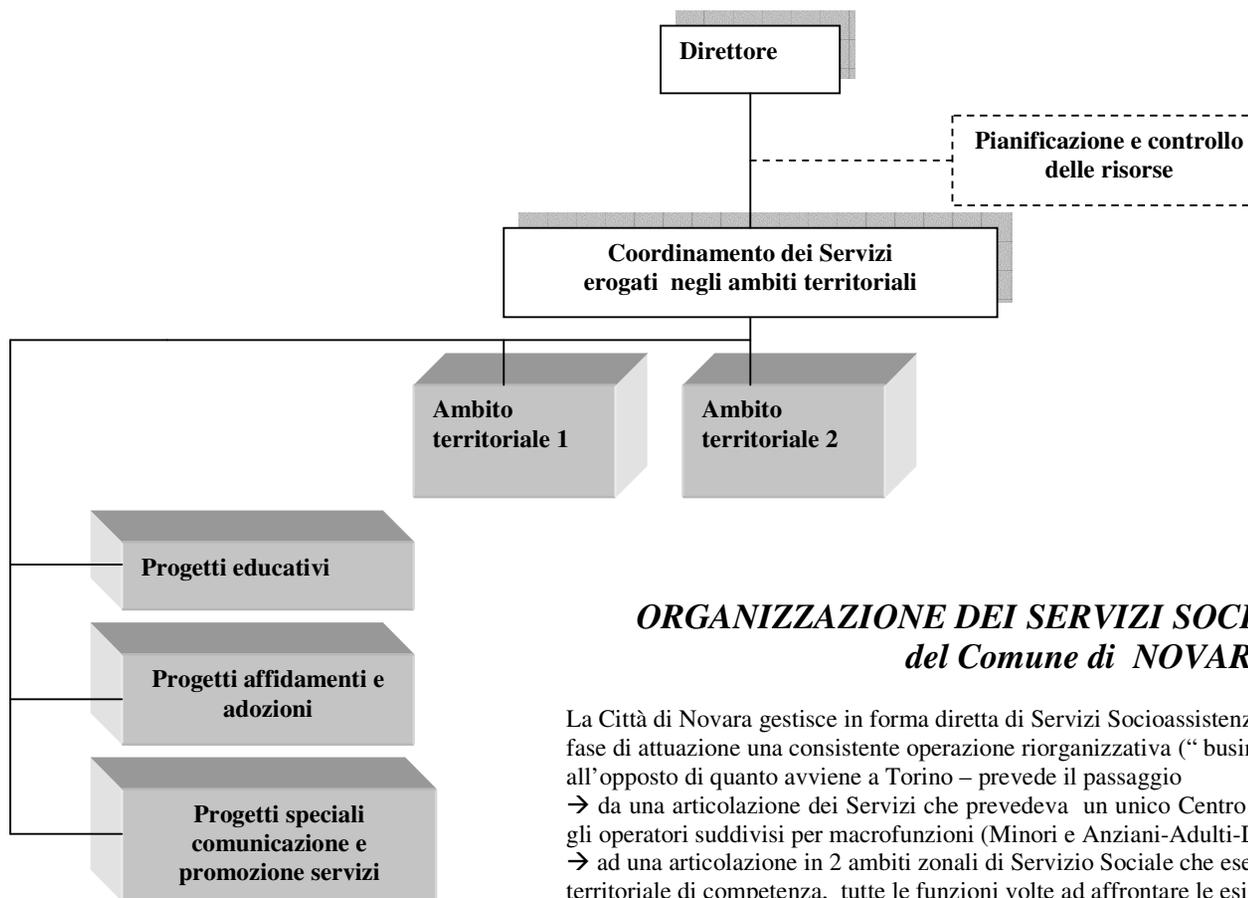
- Settore Famiglia - Promozione della Sussidiarietà e Domiciliarità
- Settore Prevenzione alle Fragilità Sociali e Sostegno agli Adulti in Difficoltà
- Settore Risorse economiche, Rivalse, Controllo di Gestione e Procedure

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



ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI del Comune di NOVARA

La Città di Novara gestisce in forma diretta di Servizi Socioassistenziali. Anche in questa Città è in fase di attuazione una consistente operazione riorganizzativa (“business process reengineering”) che – all’opposto di quanto avviene a Torino – prevede il passaggio

- da una articolazione dei Servizi che prevedeva un unico Centro di Servizio Sociale per la Città con gli operatori suddivisi per macrofunzioni (Minori e Anziani-Adulti-Disabili)
- ad una articolazione in 2 ambiti zonali di Servizio Sociale che esercitano, per il proprio ambito territoriale di competenza, tutte le funzioni volte ad affrontare le esigenze della popolazione

Elementi per l'organizzazione dei Servizi Sanitari in Piemonte

La Regione Piemonte organizza i propri Servizi Sanitari attraverso le aziende sanitarie che si distinguono in:

- aziende sanitarie locali (ASL);
- aziende ospedaliere (AO);
- aziende ospedaliero-universitarie (AOU)

Le aziende sanitarie locali:

ASL AL: Distretti di Acqui Terme, Alessandria, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Tortona, Valenza

ASL AT: Distretti di Asti Centro, Asti Nord, Asti Sud

ASL BI: Distretti di Biella e Cossato

ASL CN1: Distretti di Cuneo, Borgo San Dalmazzo-Dronero, Mondovì, Ceva, Savigliano-Fossano, Saluzzo

Asl CN2: Distretti di Alba e Bra

ASL NO: Distretti di Arona, Borgomanero, Galliate, Novara

ASL TO1: Torino, distretti 1, 2, 3, 8, 9, 10

ASL TO2: Torino, distretti 4, 5, 6, 7

ASL TO3: Distretti di Collegno, Giaveno, Orbassano, Pinerolo, Rivoli, Susa, Val Pellice, Valli Chisone e Germanasca, Venaria

ASL TO4: Distretti di Ciriè, Chivasso, Settimo Torinese, San Mauro, Ivrea, Cuorgnè

ASL TO5: Distretti di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

ASL VC: Distretti di Vercelli e Valsesia

ASL VCO: Distretti di Verbania, Omegna, Domodossola

Le aziende ospedaliere:

AO Città della Salute e della Scienza di Torino (CTO, MARIA ADELAIDE, O.I.R.M./S. ANNA, SAN GIOVANNI BATTISTA della Città di Torino)

AO ORDINE MAURIZIANO di Torino

AO SS ANTONIO, BIAGIO E C. ARRIGO di Alessandria

AO S. CROCE E CARLE di Cuneo

Le aziende ospedaliero-universitarie:

AOU SAN LUIGI di Orbassano

AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ di Novara

FEDERAZIONI SOVRAZONALI

Con Legge Regionale n. 3 del 28.03.2012 *Disposizioni in materia di organizzazione del sistema Sanitario Regionale* si sono istituite le Federazioni Sovrazonali, società consortili a responsabilità limitata. Si tratta di società consortili di diritto privato a cui afferiscono le Aziende Sanitarie Regionali dell'area sovrazonale. La Federazione ha un ruolo di gestione organizzativa, amministrativa, logistica ed informatica delle aziende stesse, ha scopo non lucrativo ed è strumento per favorire la cooperazione interaziendale e la realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale.

FS 1 – Torino Sud Est

- ASL TO 1 (per le Circostrizioni 8, 9, e 10);
- ASL TO 5;
- AO Città della Salute e della Scienza di Torino

FS 2 – Torino Nord

- ASL TO 2; ASL TO 4

FS 3 – Torino Ovest

- ASL TO 3;
- AOU San Luigi di Orbassano;
- AO Ordine Mauriziano di Torino;
- ASL TO 1 (per le Circostrizioni 1, 2 e 3)

FS 4 – Piemonte Nord Est

- ASL VC; ASL BI; ASL NO; ASL VCO;
- AOU Maggiore della Carità di Novara

FS 5 – Piemonte Sud Ovest

- ASL CN 1; ASL CN 2;
- AO Santa Croce e Carle di Cuneo

FS 6 – Piemonte Sud Est

- ASL AT; ASL AL;
- AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Recentemente la Regione ha posto in discussione la sussistenza di queste Federazioni che pare non abbiano conseguito gli obiettivi di risparmio di sistema posti

Stralcio dal nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015 (approvato con DCR 167 – 14087 del 3 aprile 2012)

Indice

PREMESSA

PARTE I: LE PRIORITÀ DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO PIEMONTESE E GLI OBIETTIVI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-2015

1. LE CRITICITÀ DEL SISTEMA

- 1.1 La programmazione
- 1.2 L'appropriatezza
- 1.3 La qualità percepita
- 1.4 La presa in carico del cittadino
- 1.5 La metamorfosi nei luoghi delle cure
- 1.6 Qualità strutturale dei luoghi di cura
- 1.7 L'allocazione delle risorse finanziarie
- 1.8 La sanità come opportunità di crescita: un'occasione da non perdere
- 1.9 Il sistema informativo sanitario regionale

2. LE SCELTE PRIORITARIE

- 2.1 La garanzia dei diritti
 - 2.1.1 Vulnerabilità sociale e salute
- 2.2 Gli obiettivi di fondo
 - 2.2.1 La riduzione dei tempi di attesa
- 2.3 La sostenibilità del sistema, le risorse finanziarie e i costi standard
- 2.4 Le risorse umane
- 2.5 La qualità e le professioni sanitarie
- 2.6 Le opportunità del welfare e il terzo settore
- 2.7 L'assistenza religiosa
- 2.8 Il rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti
 - 2.8.1 L'empowerment
 - 2.8.2 La comunicazione in sanità
 - 2.8.3 Il marketing in sanità
- 2.9 I servizi dell'area socio-sanitaria integrata
 - 2.9.1 Sviluppo delle cure domiciliari
 - 2.9.2 La revisione del modello organizzativo-gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area socio-sanitaria integrata
 - 2.9.3 L'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza

PARTE II: LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO

3. PRESUPPOSTI LOGICI DELLO SVILUPPO E RICONFIGURAZIONE DEL SSR

- 3.1 Gli assunti guida
- 3.2 Principi e criteri per la riconfigurazione, il dimensionamento ottimale, la distribuzione territoriale e l'articolazione in rete dei servizi
 - 3.2.1 I cardini di riordino della rete di offerta
 - 3.2.2 La specializzazione istituzionale delle aziende sanitarie
- 3.3 Missione e competenza delle aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale
 - 3.3.1 Le aziende sanitarie locali
 - 3.3.2 La rete territoriale
 - 3.3.3 Le aziende sanitarie ospedaliere e ospedaliero-universitarie

PARTE III: GOVERNANCE ED ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

4. LA GOVERNANCE DI SISTEMA: ATTORI, LUOGHI E PROCESSI DECISIONALI

- 4.1 La programmazione di sistema ed aziendale
- 4.2 Qualità, rischio clinico e management assicurativo per la gestione sanitaria
 - 4.2.1 Qualità
 - 4.2.2 Rischio clinico
 - 4.2.3 Management assicurativo per la gestione sanitaria
- 4.3 Valorizzare la professionalità del sistema sanitario
- 4.4 La formazione degli operatori
 - 4.4.1 Sponsorizzazione di attività ed iniziative formative per il personale dipendente e convenzionato

5. CRITERI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

- 5.1 L'atto aziendale
 - 5.1.1 Indirizzi generali per il modello organizzativo delle aziende sanitarie regionali
- 5.2 L'organizzazione dell'azienda sanitaria locale
 - 5.2.1 I Centri di Assistenza Primaria
 - 5.2.2 I dipartimenti territoriali
 - 5.2.3 La funzione della continuità assistenziale
 - 5.2.4 Lo sviluppo della medicina convenzionata
- 5.3 L'organizzazione e la governance del presidio ospedaliero dell'azienda sanitaria locale, dell'azienda ospedaliera e dell'azienda ospedaliero universitaria
 - 5.3.1 Assetto dei dipartimenti
 - 5.3.2 L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza
 - 5.3.3 I presidi ospedalieri
 - 5.3.4 Collocazione delle specialità di neuropsichiatria infantile nei presidi ospedalieri
 - 5.3.5 La rete ospedaliera
 - 5.3.6 La rete ospedaliera programmata
 - 5.3.7 Il collegamento con il territorio
 - 5.3.8 La rete dell'emergenza-urgenza
 - 5.3.9 Elementi caratterizzanti l'azienda ospedaliero universitaria e la ricerca ed insegnamento diffusi nel sistema
- 5.4 Le funzioni tecnico-logistico-amministrative

PARTE IV – ACCREDITAMENTO E VALUTAZIONE

- 6. I principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi
- 7. La valutazione del PSSR e del sistema sanitario piemontese

ALLEGATO “I PROGETTI SPECIALI DI SALUTE”

2.9 I servizi dell'area socio-sanitaria integrata

La Regione Piemonte ha sviluppato negli anni una rete di servizi socio-sanitari integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale per persone anziane, disabili, malate di mente e tossicodipendenti, ancora insufficienti, nei volumi e nei modelli organizzativi, per soddisfare la crescita di una domanda di assistenza socio-sanitaria professionale ad integrazione delle risorse familiari nella lungo assistenza di questi cittadini nelle diverse fasi della vita.

La crescita delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni dell'area socio-sanitaria integrata è aumentata quantitativamente, ma con forti squilibri, che si ripercuotono sui cittadini e sulle famiglie più deboli nella presa in carico dei propri congiunti più deboli (siano essi anziani, disabili, malati di mente o tossicodipendenti).

Il PSSR 2012-2015 intende dare sviluppo alla rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili, soggetti psichiatrici e tossicodipendenti, abbattendo le liste d'attesa per l'accesso a queste prestazioni attraverso le seguenti azioni:

- sviluppo delle cure domiciliari ad integrazione delle risorse economiche e relazionali della persona e della sua famiglia, allo scopo di creare nuovi modelli di presa in carico congiunta tra servizi sanitari e socio-assistenziali a favore di anziani, disabili, malati di mente, tossicodipendenti;
- revisione del modello organizzativo-gestionale dei servizi semi-residenziali e residenziali, per migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari in profonda evoluzione e spesso necessitanti di prese in carico specializzate;
- incremento delle prestazioni erogate nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso un nuovo modello di gestione delle risorse finanziarie destinate in maniera vincolata all'area dei servizi dell'area socio-sanitaria integrata, che trova il suo perno nella costituzione del Fondo regionale per le non autosufficienze, in cui confluiscono risorse del fondo sanitario regionale già impiegate per questi servizi, nuove risorse del Fondo sanitario regionale derivanti dalla razionalizzazione della rete ospedaliera, risorse regionali proprie, risorse degli enti locali.

2.9.1 Sviluppo delle cure domiciliari

Strategico è lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza dei soggetti non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Le cure domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale ed a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, che realizzino un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare.

Ai sensi della legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10 (Servizi domiciliari per persone non autosufficienti), articolo 2 comma 3, sono definite "prestazioni domiciliari":

- a) le prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale;
- b) le prestazioni di lungo-assistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a), quali:
 - 1) prestazioni professionali;
 - 2) prestazioni di assistenza familiare;
 - 3) servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
 - 4) affidamento diurno;
 - 5) telesoccorso;
 - 6) fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.

Va ricordato che l'esigenza di assicurare la possibilità di mantenere una persona non autosufficiente presso il domicilio passa per la capacità di offrire servizi che rendano sostenibili lo sforzo delle famiglie.

Malgrado le previsioni della citata legge regionale 10/2010 e i numerosi altri provvedimenti che hanno delineato e disciplinato le modalità con cui assicurare interventi a domicilio nei casi di post acuzie e di cronicità, si continuano ad evidenziare criticità in questi percorsi; da una parte, opportunamente, al fine di rendere più appropriato il percorso, sono definiti tempi massimi di permanenza nei percorsi riabilitativi e di lungodegenza ospedaliera; dall'altra le successive risposte presso il domicilio risultano carenti. Risulta quindi necessario sviluppare: o strutture extraospedaliere di continuità assistenziale a rilevanza sanitaria per molte tipologie di pazienti che non possono seguire un percorso di continuità di cure in residenzialità o domiciliarietà; o adeguate modalità di assistenza a domicilio.

Nell'immediato, in attesa di adeguare le due suddette modalità di intervento, anche considerando quanto previsto dall'articolo 5, comma 3 della legge regionale 10/2010 secondo cui "qualora il Piano assistenziale individuale non sia adottato entro sessanta giorni sono comunque assicurati primi interventi di cura", va previsto da tutte le aziende sanitarie che entro tale termine di 60 giorni dalla valutazione da parte dell'unità di valutazione, in assenza dell'attivazione di adeguati servizi, vadano comunque previsti prima interventi di cura.

Obiettivo del PSSR 2012-2015 è l'attuazione dei principi della legge regionale 10/2010 attraverso l'istituzione del "Fondo regionale per la non autosufficienza" definendo un modello operativo integrato tra servizi sanitari e socio-assistenziali per l'erogazione delle prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale in fase intensiva che delle prestazioni di lungo assistenza, attivo in tutti i distretti delle ASL piemontesi.

2.9.2 La revisione del modello organizzativo-gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area socio-sanitaria integrata

La revisione del modello organizzativo-gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area integrata socio-sanitaria intende rispondere ai seguenti obiettivi:

- rimodulare, nell'ambito dei LEA, il complesso di attività erogate dai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati con il SSR, articolandolo in un ventaglio più ampio e più specializzato di risposte e dotandolo di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato ai bisogni delle persone, che ne chiedono l'intervento;
- proseguire nel percorso di implementazione della dotazione di posti diurni e residenziali destinati a persone disabili e anziane non autosufficienti, disponibili a livello di distretti sanitari regionali;
- ottenere un più efficiente utilizzo delle risorse sanitarie del livello assistenza ospedaliera, al fine di produrre un risparmio di risorse destinabili al livello assistenza territoriale per l'incremento delle attività e delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Tale revisione si esplicita nella definizione di nuovi standard organizzativo-gestionali per l'erogazione, da parte delle strutture di produzione, delle prestazioni diurne e residenziali per minori, anziani e disabili e nella contestuale precisazione della tariffa a carico del SSN, del cittadino e/o degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, compatibile con l'attuale quadro di riduzione delle risorse pubbliche e in piena applicazione della normativa vigente in materia.

2.9.3 L'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza

Con apposita legge regionale, saranno definite le risorse afferenti al Fondo e la loro provenienza, le prestazioni ed i soggetti giuridici ai quali è destinato, nonché i criteri di riparto del Fondo stesso.

PARTE II: LE TRAIETTORIE DI SVILUPPO E DI RICONFIGURAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER CONSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI PIANO

3. I PRESUPPOSTI LOGICI DELLO SVILUPPO E RICONFIGURAZIONE DEL SSR

3.1 Gli assunti guida

Il cittadino e la sua salute rappresentano l'obiettivo primario del servizio sanitario regionale. Come ribadito nelle premesse, il riordino del SSR non può prescindere dall'analisi di come oggi il cittadino si relazioni con il sistema. Occorre valutare con la dovuta attenzione la volontà espressa dall'utente del SSR in termini di mobilità, in quanto i pazienti si spostano in relazione alle potenzialità delle strutture sanitarie limitrofe, al loro grado culturale e di conoscenza dell'offerta assistenziale e al livello di apprezzamento del servizio sanitario locale. Gli spostamenti sono solo parzialmente governabili dai sistemi regionali. I flussi di mobilità/attrattività indicano anche l'esistenza di "reti cliniche" informali che collegano i professionisti operanti nelle diverse strutture attorno alle quali si muove la popolazione.

Partendo dal dato della mobilità, che individua i potenziali "perimetri" per l'organizzazione di sottosistemi di offerta di servizi socio-sanitari coerenti con una collettività che esprime una domanda territorialmente definita, è possibile valutare l'attuale rispondenza dell'organizzazione del SSR nella sua configurazione geografica - numero e perimetri di responsabilità delle ASL - e scelta di assetto di governance - natura delle responsabilità delle ASL e delle AO/AOU, meccanismi di governo centrali e strumenti di integrazione e di centralizzazione.

Contestualmente all'analisi delle criticità esistenti, la scelta di un diverso assetto di governance del SSR a cui tendere non può che correlarsi alle priorità ed agli obiettivi che il sistema vuole conseguire.

In questa prospettiva, la realizzazione di reti formali, costituite da ospedali a gestione diretta delle ASL e dall'AO/AOU di riferimento, può rispondere efficacemente a due obiettivi che sono prioritari per il SSR piemontese: da un lato chiarire i contenuti delle responsabilità gestionali dei diversi attori del SSR, dall'altro creare le condizioni per riconfigurare la rete ospedaliera cogliendo le opportunità di sinergie e di razionalizzazione. Quale principio guida, per favorire la massima governabilità di sistema e la migliore integrazione tra i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie, la Giunta regionale individua, con apposito provvedimento, ambiti territoriali interaziendali, cui la programmazione regionale fornisce indirizzi programmatici specifici, al fine di inserire, in una visuale di area sovra zonale, la programmazione locale delle ASR relativa all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari.

Tra i criteri che debbono guidare lo sviluppo del SSR merita una considerazione particolare il ruolo da assegnare alla specialistica ambulatoriale interna. Essa, infatti, pur rimanendo risorsa delle ASL, deve integrarsi con la rete dell'offerta specialistica costituita dagli ospedali di ASL, dalle AO e dalle AOU. In tal modo si otterrebbero miglioramenti nella professionalità, si creerebbero sinergie/economie di scala e si svilupperebbero percorsi assistenziali condivisi. Per la realizzazione di quanto previsto si rende necessario un coordinamento delle strutture interessate al fine di raggiungere non solo un adeguato livello di coordinamento ma anche l'omogeneizzazione dei contratti. Infine, l'organizzazione dell'offerta delle cure primarie sul territorio non può prescindere dallo sviluppo di forme integrate di offerta, nelle quali favorire il lavoro in equipe funzionalmente o logisticamente integrate di medici di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali e personale ausiliario e amministrativo. Tali forme dovrebbero anche favorire l'integrazione fisica ed organizzativa tra specialisti ospedalieri, territoriali e MMG/PLS, creando i presupposti migliori per una gestione efficace dei problemi di continuità dell'assistenza e per lo sviluppo di approcci alla cure primarie concretamente ispirati alle moderne visioni della medicina di iniziativa ed ai principi dei più efficaci modelli di gestione della cronicità. Anche in questo caso, come per la specialistica ambulatoriale interna, è necessario il coordinamento delle strutture interessate.

3.2 Principi e criteri per la riconfigurazione, il dimensionamento ottimale, la distribuzione territoriale e l'articolazione in rete dei servizi

3.2.1 I cardini del riordino della rete di offerta

La riconfigurazione del sistema di offerta necessaria per conseguire gli obiettivi posti dal PSSR 2012-2015 si basa su presupposti e scelte che la qualificano per alto tasso di stabilità nel tempo. Nel lungo periodo saranno comunque possibili, se necessari, aggiustamenti alla luce dei ritorni di funzionalità che l'impianto organizzativo potrà evidenziare nel suo sviluppo e per garantirne sempre la sua massima aderenza al mutare delle dinamiche sociali. L'azione sulla dimensione strutturale del SSR e sulla

riconfigurazione del sistema di offerta, è propedeutica per intervenire successivamente sui singoli processi produttivi migliorandone l'efficienza e l'efficacia e riorganizzandoli secondo le logiche più recenti, dall'intensità di cura ed assistenza negli ospedali alla gestione della cronicità sul territorio.

In questa prospettiva, il modello organizzativo del servizio sanitario piemontese si fonda:

- a) sulla ripartizione tra le funzioni di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, e quella di tutela specifica della salute e del percorso clinico assistenziale sul territorio affidata alle ASL per l'area geografica di loro competenza;
- b) sulla differenziazione tra le funzioni di prevenzione ed assistenza primaria, di competenza dei distretti delle ASL, da quelle proprie dell'assistenza sanitaria specialistica, di competenza dei presidi ospedalieri delle ASL, delle AO, delle AOU e delle altre strutture erogatrici pubbliche e private di cui ritiene di avvalersi il SSR nell'ambito della programmazione socio-sanitaria di sistema. Le funzioni di erogazione dell'assistenza primaria e specialistica possono essere assicurate sia attraverso i servizi, le attività e le prestazioni direttamente gestiti da ASL ed AO/AOU, sia mediante soggetti terzi (strutture private accreditate);
- c) sull'articolazione per livelli di differente complessità funzionale delle strutture erogatrici dei servizi. In particolare, l'assistenza sanitaria specialistica di maggiore complessità clinica e tecnologica è assicurata da una rete di strutture pubbliche e private accreditate ordinate per differenti livelli di complessità funzionale;
- d) sulla realizzazione di reti di servizi interaziendali sovrazionali, con particolare riferimento alle reti ospedaliere, in cui ciascun presidio, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa, svolge un ruolo preciso e integrato con gli altri presidi della rete a cui afferisce;
- e) sulla ricerca dell'equilibrio tra l'accessibilità ai servizi, la sostenibilità economica e la qualità dell'assistenza, anche grazie alla centralizzazione di alcune funzioni tecnico-amministrative e di supporto.

La funzione di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, si esercita attraverso la programmazione, la determinazione degli obiettivi da conseguire da parte delle singole aziende sanitarie ed il relativo finanziamento, nonché attraverso l'esercizio delle relative funzioni di indirizzo, valutazione e controllo sulla operatività e sui risultati aziendali.

3.2.2 La specializzazione istituzionale delle aziende sanitarie

Il riordino del SSR si attua sia tramite la realizzazione di reti ospedaliere integrate, sia attraverso una maggiore specializzazione istituzionale delle strutture del sistema.

Alle ASL compete la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria, tramite i distretti, e dei servizi assistenza specialistica, tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle ASL o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

Alle altre aziende del SSR spetta una funzione preminente di erogazione di servizi sanitari specialistici. La specializzazione istituzionale, che consente di individuare chiare responsabilità nel governo del sistema, si fonda sulle seguenti azioni:

- istituzione di ambiti interaziendali sovrazionali, comprendenti AO/AOU e ASL di territori a forte possibilità di integrazione, allo scopo di ricercare i confini più adeguati per una efficace programmazione sanitaria e socio-sanitaria e per la committenza nei confronti delle strutture erogatrici accreditate;
- integrazione in rete delle strutture ospedaliere gestite dalle ASL, anche e soprattutto in relazione ai flussi di mobilità dei pazienti ed alle aree gravitazionali dei singoli ospedali. Ogni rete include, oltre alle AO/AOU di riferimento territoriale, diversi ospedali al fine di integrarne i processi di cura ed assistenza al servizio del cittadino, la programmazione delle risorse, lo sviluppo strategico delle attività, l'uso delle tecnologie e la logistica;
- sviluppo, da parte delle ASL, di una funzione centrale nelle cure primarie, nella prevenzione e nell'integrazione socio-sanitaria;
- consolidamento della capacità di rispondere ai problemi della continuità assistenziale attraverso il rafforzamento dei rapporti tra presidi ospedalieri di ASL, AO/AOU e distretti;
- coordinamento degli erogatori privati e delle strutture ex articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) tramite accordi definiti a livello di ambiti interaziendali sovrazionali.

Per rendere effettivo quanto indicato la Giunta regionale emanerà una serie di provvedimenti con l'intento di individuare le responsabilità delle singole strutture.

3.3 Missione e competenza delle aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale

Nell'impianto di governance e di organizzazione conseguente al riordino del SSR Piemontese, la programmazione, una volta definiti a livello regionale gli orientamenti generali nonché la classificazione dei presidi ospedalieri, può anche essere decentrata per ambiti territoriali allo scopo di coordinare e rendere omogenei i servizi sanitari, attraverso l'indirizzo, il coordinamento dei piani di attività e la valutazione delle prestazioni rese dalle ASL e dalle strutture accreditate pubbliche e private del territorio di competenza, a servizio della popolazione di riferimento.

In particolare, la programmazione regionale, da esercitarsi anche in forma decentrata, dovrà garantire, in modo integrato, l'assistenza ospedaliera, quella territoriale e la prevenzione attraverso la funzione di indirizzo nei confronti delle ASL e delle AO/AOU, nonché nei confronti delle altre istituzioni e soggetti accreditati che esercitano la funzione di erogatore.

3.3.1 Le aziende sanitarie locali

Le ASL esercitano la funzione di tutela della salute della popolazione e promozione del benessere e garanzia dei percorsi di continuità assistenziale. Per ottenere tali obiettivi è intendimento della Giunta regionale far convergere tutte le competenze sanitarie e socio-assistenziali del territorio di competenza alle singole ASL, definendo con appositi provvedimenti i rapporti tra queste ultime e i vari enti erogatori di prestazioni.

Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed intervento estesi non solo ai bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali bisogni ed alla qualità e quantità dell'offerta di servizi presente nel settore sanitario e sociosanitario.

Le ASL esercitano la funzione di erogazione con riferimento, oltre che all'assistenza ospedaliera erogata dai presidi afferenti alla rete interaziendale di riferimento, alla promozione della salute ed alla prevenzione ed al trattamento delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e/o tecnologica.

Compete ancora alle ASL l'assistenza prolungata nel tempo, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, alle persone disabili e/o non autosufficienti, nonché programmi, attività e prestazioni di particolare caratterizzazione specialistica prevalentemente, o esclusivamente, territoriali.

Le ASL esercitano la funzione di promozione e tutela rilevando i fabbisogni di servizi, attività e prestazioni, della collettività di riferimento e progettando e realizzando, per quanto di competenza, lo sviluppo dei percorsi clinico assistenziali. A tal fine, l'ASL si avvale delle competenze e conoscenze maturate nella dimensione distrettuale, ambito privilegiato di organizzazione della rete di offerta dei servizi del territorio, di integrazione socio-sanitaria e di ricognizione dei bisogni da soddisfare.

L'assolvimento di queste funzioni da parte del distretto socio-sanitario impone una dimensione territoriale rilevante dal punto di vista istituzionale, demografico, epidemiologico ed operativo. Sarà la Giunta regionale con apposito provvedimento ad indicare con precisione il perimetro nel quale il distretto socio-sanitario potrà attivarsi per l'espletamento delle funzioni di sua pertinenza.

3.3.2 La rete territoriale

La rete territoriale è costituita dai distretti. Ogni distretto:

- promuove e sviluppa la collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative (secondo il principio di sussidiarietà) per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la pianificazione e valutazione dell'offerta di servizi nell'integrazione tra le diverse istanze dei vari portatori di interesse (sanitari e sociali);
- valorizza le risorse territoriali della comunità locale, promuovendo e garantendo alla popolazione risposte sanitarie coordinate ed integrate con caratteri di continuità ed appropriatezza rispetto ai bisogni rilevati ed ai corrispondenti percorsi clinico assistenziali.

Il rafforzamento dei compiti richiede la riconsiderazione delle attuali articolazioni e l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, idonee a superare la parcellizzazione oggi rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono lo svolgimento della funzione di governante, né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria di servizi, interventi, prestazioni e per garantire le necessarie efficienze organizzative.

Le ASL articoleranno il proprio territorio in distretti, la cui dimensione ottimale viene quantificata secondo le previsioni dell'articolo 19 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio sanitaria e il riassetto del servizio socio sanitario regionale).

Il territorio dei distretti, anche accorpati rispetto a quelli attuali, costituirà l'ambito strategico-istituzionale per rafforzare e rendere maggiormente efficaci ed efficienti non solo le singole funzioni, ma anche l'erogazione dei servizi diretti ai cittadini.

L'ambito territoriale del distretto deve, al fine di assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con il soggetto gestore dei servizi socio assistenziali in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa.

In questo quadro programmatico generale si inserisce la normativa nazionale introdotta in materia di riforma delle Autonomie locali, che impegna ad una revisione dei modelli organizzativi adottati in Piemonte dai comuni per l'esercizio della funzione servizi sociali, entro cui si colloca la programmazione e la gestione delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio sanitaria.

Gli adempimenti previsti dalla normativa statale sono complessi e differiscono, a secondo del numero di abitanti di ciascun comune. Il recente decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 (Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo), convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, prevede che i comuni fino a 1.000 abitanti esercitino tutte le funzioni e tutti i servizi tramite unione, mentre i comuni da 1.001 a 5.000 abitanti, in ottemperanza al dettato del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica),

convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e da ultimo modificato dalla citata legge 148/2011, dovranno esercitare le funzioni fondamentali, tra cui quella sociale, tramite unione o convenzione. Non sono previsti specifici adempimenti per i comuni sopra i 5.000 abitanti.

Questo complesso quadro normativo richiede alle Autonomie locali decisioni istituzionali tali da garantire la fruizione dei servizi, afferenti all'area dell'integrazione, a livello distrettuale.

Pertanto, proprio nel distretto, è necessario identificare un nuovo rapporto con le Autonomie locali e le relative assemblee elettive nel territorio, che esprimono il bisogno e la domanda di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali del territorio.

Il distretto, sede di erogazione di prestazioni, ma anche di un approccio più articolato ai problemi di quel territorio, può rappresentare il cardine di un processo più lungo e complesso che costruisce una nuova dimensione metodologica e di gestione dei problemi, evitando la frammentazione settoriale. I direttori di distretto sono chiamati a gestire budget significativi, collegati a notevoli responsabilità gestionali, relazionale e progettuali. Per questo è previsto che i direttori generali, ogni cinque anni, valutino il loro operato e, se positivo, applichino di norma, salvo motivate eccezioni, una rotazione dei direttori di distretto.

3.3.3 Le aziende sanitarie ospedaliere e ospedaliere-universitarie

Le AO/AOU esercitano la funzione di erogazione delle prestazioni, assicurando quelle di assistenza sanitaria specialistica di particolare complessità clinica e tecnologica relative alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, integrandosi funzionalmente, nell'ambito interaziendale di riferimento, con i presidi ospedalieri delle ASL, organizzati secondo la complessità delle prestazioni, nonché con altre strutture specialistiche di ricovero. Le reti ospedaliere interaziendali, garantiscono una più forte governance unitaria che consente gli interventi di integrazione, fondamentali per garantire la dovuta tutela del cittadino attraverso:

- a) punti di offerta con volumi e mix produttivi tali da garantire soglie adeguate per il mantenimento e lo sviluppo delle professionalità;
- b) la migliore gestione delle possibili sovrapposizioni di competenza tra specialità che insistono sui medesimi problemi di salute;
- c) una efficace rete di offerta, con la migliore e più tempestiva accessibilità, indirizzata verso la struttura/competenza ed adeguata al livello di complessità/gravità del problema di salute.

Le reti ospedaliere interaziendali assicurano anche, oltre all'integrazione funzionale tra i presidi ospedalieri, anche quella tra i professionisti ivi operanti, l'esecuzione di prestazioni secondo i principi delle "curve di apprendimento", nonché la massima equità di accesso alle cure attraverso una razionale organizzazione del sistema di offerta.

Accanto alla programmazione delle reti ospedaliere interaziendali per area vasta, occorre parallelamente assicurare una programmazione tra le diverse AO/AOU, affidandola alla struttura competente dell'Assessorato alla sanità, al fine di definire, tra gli altri:

- le specialità di alta complessità di rilievo regionale e che, quindi, vanno assicurati in una o poche sedi in Piemonte;
- l'organizzazione degli eventuali turni tra le specialità di alta complessità, tali da assicurare comunque interventi di urgenza nelle ore notturne e nei giorni festivi, evitando costi inopportuni;
- l'acquisto di macchinari di alta tecnologia e costo elevato, così da ottimizzare il loro utilizzo previa definizione della sede in cui verranno collocati e presso cui potranno operare le diverse equipe.

5. I CRITERI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

5.1 L'atto aziendale

L'organizzazione ed il funzionamento delle ASR sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal direttore generale sulla scorta dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento di Giunta regionale.

L'atto aziendale è soggetto a recepimento da parte della Giunta, sulla base della verifica di coerenza con gli atti aziendali delle ASR che insistono nello stesso ambito territoriale.

L'atto aziendale può rinviare la disciplina di specifiche attività a regolamenti adottati anch'essi dal direttore generale, ma rimane lo strumento essenziale per definire gli elementi identificativi e i principi ispiratori delle aziende, l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa e i meccanismi operativi.

L'atto aziendale deve ispirarsi ai principi di efficienza, economicità e semplificazione e determina in particolare:

- a) gli elementi identificativi, la 'mission', la visione e il ruolo dell'azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale;
- b) l'assetto istituzionale in termini di organi ed organismi aziendali. Particolare rilevanza assume nell'assetto istituzionale il collegio di direzione, quale organo di riferimento per l'esercizio collegiale del governo strategico aziendale, con particolare riferimento alla programmazione e verifica della qualità, attraverso il pieno coinvolgimento delle professioni sanitarie;

- c) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e la disciplina dell'organizzazione delle ASR secondo il modello dipartimentale;
- d) l'esplicitazione dei compiti già previsti dalla normativa, ovvero individuati dal PSSR 2012-2015, attribuiti al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di presidio, ai direttori di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura.

5.1.1. Indirizzi generali per il modello organizzativo delle aziende sanitarie regionali

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie di competenza dell'azienda quale aggregazione di strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia, sono tra loro interdipendenti. L'atto aziendale individua i dipartimenti e le strutture organizzative afferenti, sulla base dei principi e dei criteri definiti dalla Giunta regionale, basati sulla definizione di alcuni standard, quali il numero minimo di strutture organizzative afferenti, la dotazione organica minima, la valorizzazione economica, costituente soglia minima, delle prestazioni erogate.

Il modello organizzativo, le competenze e le regole di funzionamento dei dipartimenti, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale, devono essere definiti nell'atto aziendale in modo da garantire:

- a) un miglior governo aziendale tramite la delega di responsabilità e il decentramento decisionale coordinato;
- b) l'attribuzione di responsabilità su aree strategiche di attività aziendali.

Le reti ospedaliere interaziendali, cui afferiscono più presidi, adottano il modello dipartimentale strutturale o funzionale di tipo inter-ospedaliero che raggruppa strutture anche afferenti a diversi presidi ospedalieri.

Al direttore del dipartimento sono attribuite le competenze previste dalle norme vigenti e dai provvedimenti di Giunta regionale. Egli è responsabile dei risultati complessivi del dipartimento, assume la funzione di datore di lavoro previa delega del direttore generale, assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono, è responsabile del governo clinico e dell'innovazione e favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse unità operative, valuta le performance delle strutture afferenti al dipartimento in relazione agli obiettivi di budget.

Presso ogni dipartimento è istituito il Comitato di dipartimento di cui all'articolo 17 bis del d.lgs. n.502/1992 e s.m.i. che partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali, con particolare riferimento alla programmazione e verifica della qualità, attraverso il pieno coinvolgimento delle professioni sanitarie. Le competenze e le funzioni del Comitato di dipartimento sono disciplinate nell'atto aziendale sulla base delle previsioni normative e delle disposizioni della Giunta regionale.

5.2 L'organizzazione dell'azienda sanitaria locale

5.2.1 I Centri di Assistenza Primaria

I Centri di Assistenza Primaria (CAP), strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei distretti, rappresentano il fulcro dell'organizzazione delle cure primarie, con l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva, attraverso il servizio della continuità assistenziale.

La realizzazione dei CAP rappresenta lo strumento gestionale del distretto per mettere a sistema le risorse presenti sui territori: MMG/PLS, specialisti ambulatoriali interni, cure primarie, servizi sanitari territoriali, continuità assistenziale, strutture residenziali con letti per dimissioni protette.

Il potenziamento delle strutture e dei servizi delle cure primarie costituisce lo snodo per riequilibrare il focus tra la "sanità d'attesa" e la "sanità d'iniziativa" (orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure) e per ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria attraverso l'integrazione organizzativa per assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, nonché tra le strutture del territorio.

Le attività dei CAP, che non sono alternative ma supportano, includono e coordinano le forme organizzative complesse della medicina territoriale nel distretto, possono essere organizzate per aree funzionali, così come di seguito elencate:

- Area amministrativa. E' finalizzata a supportare le attività sanitarie e sociali svolte nel CAP. Le attività consistono in funzioni di segretariato, prenotazioni, raccolta di dati, archiviazione delle informazioni, funzioni gestionali (budget).
- Area dell'accesso. E' finalizzata a garantire l'accesso integrato ai servizi socio-sanitari, fornendo informazioni, guidando il cittadino all'interno del sistema, individuando soluzioni concrete all'attuale frammentazione delle risposte a bisogni assistenziali complessi. Potranno esser presenti nei CAP la sede degli Sportelli unici distrettuali o un'antenna.

- Area della diagnostica strumentale di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili. Tale area rappresenta uno spazio strutturale e funzionale destinato alla valutazione breve ed al controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore. Qualora questi assumessero una rilevanza più complessa verrebbero avviati, secondo i protocolli già esistenti, ai normali percorsi della emergenza-urgenza.
- Area delle patologie croniche. Il CAP è nodo di raccolta e coordinamento nella gestione delle patologie croniche a maggiore impatto sociale (ad esempio cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica), attraverso condivisione e gestione, col supporto, segretariale e infermieristico, delle agende cliniche dei pazienti cronici.
- Area delle cure primarie. Le varie tipologie relative alle forme di associazionismo (semplice, cioè in sede ambulatoriale unica, in rete, cioè con percorsi diagnostico terapeutico assistenziali-PDTA- condivisi, o all'interno di strutture rese disponibili dalle ASL o rese disponibili, attraverso intesa, dai medici in associazione, o messe a disposizione, tramite accordi di programma, dagli enti locali) possono trovare spazio nel CAP. In particolare, i MMG ed i PLS, nell'ambito delle attività cliniche del CAP, avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali. Nel CAP trova collocazione la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore (h24).
- Area dell'assistenza specialistica e diagnostica. La continuità spaziale e la condivisione di percorsi assistenziali comuni consente, nel CAP, l'integrazione tra cure primarie e cure specialistiche. Le cure specialistiche sono assicurate:
 - dall'attività coordinata degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nell'ambito delle branche ed aggregazioni funzionali specialistiche previste dagli accordi;
 - dall'attività dei medici ospedalieri, sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono ai CAP;
 - dalla presenza di alcune tecnologie diagnostiche di primo livello, (ad esempio radiografie, ecografie ...), finalizzate alla gestione delle patologie non complesse.
- Area di sorveglianza temporanea. Tale area consente di mettere a disposizione dei medici di famiglia integrati nei CAP alcuni ambulatori attrezzati all'uopo, destinati alla sorveglianza breve di cittadini con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero, ma necessitino di prestazioni non erogabili a domicilio (ad esempio esami diagnostici per pazienti in cure domiciliari, acuzie cliniche non complesse di breve durata).
- Area delle attività riabilitative. E' possibile prevedere la presenza nel CAP di spazi adeguati assegnati alle attività di recupero e riabilitazione funzionale.
- Area delle attività Integrate Socio Sanitarie. Il CAP rappresenta il riferimento operativo del servizio di cure domiciliari, cui sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento delle attività, approfondimento dei casi in seguito agli interventi al domicilio dei pazienti, effettuati da un'équipe composta dal medico di famiglia titolare del caso, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, specialisti, coinvolti in relazione alle necessità rilevate.

Aspetti strutturali. La sede del CAP è unica, con possibili articolazioni sub distrettuali ed è messa a disposizione dall'ASL o dagli enti locali. Potranno essere utilizzate le strutture sanitarie fin da oggi disponibili per riconversione di strutture ospedaliere, gli edifici messi a disposizione dai comuni, le sedi specificamente progettate ed edificate. La sede del CAP è il punto di riferimento dei medici di medicina generale di ciascun distretto (o ambito sub distrettuale), dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti convenzionati interni, nell'ambito delle varie forme di articolazione organizzative previste dai relativi accordi, dei medici dipendenti e dei medici di continuità assistenziale ed è polo operativo della continuità assistenziale all'interno del distretto. I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantire una copertura dell'assistenza sanitaria nell'arco della giornata di dodici ore nei giorni feriali e sei ore nei pre-festivi, articolata in base alle esigenze dei bacini di utenza dei singoli CAP, in integrazione con i medici di continuità assistenziale, secondo la normativa attuale. Tutti i MMG/PLS del distretto, organizzati in rete, gruppi o gruppi di cure primarie, fanno riferimento ai CAP.

Nei CAP lavorano in équipe:

- **Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);**
- **medici di continuità assistenziale.**
- **medici della medicina dei servizi;**
- **dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali (dipendenti ASL);**
- **specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;**
- **assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali) messi a disposizione dall'ASL o dagli enti gestori dei servizi socio assistenziali;**
- **infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari messi a disposizione dall'ASL;**
- **personale amministrativo messo a disposizione dall'ASL;**
- **personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...) messo a disposizione dall'ASL.**

Il CAP rappresenta una porta di ingresso ed un nodo di raccordo dei servizi distrettuali con le aree Anziani, Materno infantile, della Salute mentale e delle Dipendenze.

5.2.2 I dipartimenti territoriali

Ferma restando l'autonomia aziendale, presso ogni ASL sono istituiti i dipartimenti previsti da specifiche norme statali e regionali. Tra i dipartimenti funzionali assumono particolare valore quelli che consentono connessioni e continuità tra territorio e ospedale, quali ad esempio il "Dipartimento materno infantile", in considerazione della necessità di attuare le opportune sinergie tra ospedale e territorio nel percorso parto e nel pieno rispetto dei temi legati al "progetto obiettivo" materno infantile.

5.2.3 La funzione della continuità assistenziale

L'incertezza di continuità assistenziale tra ospedale, professionisti e strutture territoriali ai fini di una tempestiva ed efficace presa in carico dell'assistito, impatta fortemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate per il trattamento di condizioni acute, che richiedono tempestività e coordinamento di interventi a operatori di diversi servizi e di varia professionalità e competenza.

Tale debolezza comporta rilevanti costi aggiuntivi per il paziente e per il sistema assistenziale a causa delle seguenti problematiche:

- l'efficacia sub-ottimale dei trattamenti erogati;
- il verificarsi di ricoveri evitabili e di ricoveri ripetuti non programmati;
- il ricorso improprio ai servizi (ad esempio il pronto soccorso o prestazioni ambulatoriali);
- l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi di ridotta efficacia per la dilatazione dei tempi di intervento;
- criticità della sequenza e la ridondanza/non completezza delle procedure, alle quali il paziente viene sottoposto in assenza di una rete assistenziale connessa e ben funzionante.

Per superare queste carenze, gli strumenti principali per assicurare la continuità della presa in carico e dell'assistenza tra ospedale e territorio sono il modello organizzativo, le reti, i processi, i ruoli e le competenze.

Il conseguimento della migliore integrazione dei servizi sanitari con i sociali, nonché la migliore gestione delle informazioni, rappresentano strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze, continuando a garantire il livello essenziale di assistenza. Risulta quindi basilare il miglioramento e la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio, nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale, che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.

L'altro elemento significativo per assicurare continuità assistenziale è rappresentato dalle reti di servizi sanitari e socio-assistenziali integrate, la cui presenza assicura maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra i singoli erogatori ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

Il modello organizzativo deve sviluppare e consolidare le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali più adeguate. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

Premesso quanto sopra elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori.

Questo processo vede, quindi, coinvolti:

- il medico di medicina generale che, svolgendo un ruolo di tutela e assistenza nei confronti dei suoi pazienti, ha la più ampia conoscenza del loro quadro socio-sanitario;
- le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie e post-acuzie;
- le strutture specialistiche ambulatoriali,
- le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare e riabilitativa;
- le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale.

A questo scopo si individuano le seguenti azioni prioritarie per la garanzia di un'efficace continuità ospedale-territorio:

1. rafforzamento del ruolo del distretto, soggetto unico responsabile per le azioni organizzative a supporto dell'assistito e come tale l'interlocutore specifico del medico convenzionato da un lato e del presidio ospedaliero dall'altro, fatti salvi gli eventuali diversi accordi territoriali;
2. creazione del nucleo distrettuale di continuità delle cure, per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura, il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo;
3. attivazione presso i presidi ospedalieri del nucleo ospedaliero di continuità delle cure, in grado di colloquiare con il nucleo distrettuale di continuità assistenziale;
4. creazione di un sistema informativo a supporto del nucleo distrettuale di continuità assistenziale e del nucleo ospedaliero di continuità assistenziale a garanzia della completezza e della tempestività della trasmissione delle informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete;
5. definizione di protocolli tra il pronto soccorso, il presidio ospedaliero e il distretto. Questi protocolli saranno basati sulle linee guida internazionali, nazionali e regionali adattate alla necessità di creare una catena di cura e un'appropriatezza clinica ed organizzativa;

6. attivazione di una banca dati regionale che, utilizzando i dati del sistema informativo, permetta al distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure usufruito dai propri assistiti indipendentemente dal luogo delle cure prescelto.

5.2.4 Lo sviluppo della medicina convenzionata

Il futuro della sanità è sempre di più proiettato sul territorio, attraverso la valorizzazione dell'assistenza primaria (comprendente la medicina generale intesa in tutte le sue funzioni, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale) e puntando sull'integrazione tra ruoli e funzioni delle diverse professionalità al fine di garantire un'assistenza coordinata, omogenea e capillare sul territorio regionale. La ricerca di modelli realizzativi si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- adottare l'orientamento della OMS verso il "care near to patient" ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa;
- assumere una visione in cui il territorio sia il riferimento per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche, mentre l'ospedale sia il riferimento per la risposta alla patologie acute;
- riconoscere, nel perseguire lo sviluppo complessivo del territorio, le caratteristiche operative dell'assistenza primaria, la quale è generalista, includendo la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione, olistica, essendo interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità; continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

Il modello di riferimento per lo sviluppo delle cure primarie risulta coerente agli indirizzi strategici nazionali e regionali e funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione territoriale fondati sulla valorizzazione del ruolo del ruolo del distretto attraverso:

- un approccio al territorio caratterizzato da una programmazione pluriennale dell'offerta di servizi e prestazioni, coerente con la domanda e con il bisogno di salute della popolazione, attraverso la formulazione di un piano delle cure primarie;
- la progettazione di modelli organizzativi finalizzati ad ottimizzare l'accessibilità alle cure primarie su tutto il territorio aziendale, utile a garantire l'assistenza attraverso una rete diffusa e qualificata, quale interconnessione di nodi organizzativi innovativi e multi professionali, caratterizzati da livelli di complessità differenti.

Ne consegue la necessità di sviluppare un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata che promuova prioritariamente:

- la costituzione di team multiprofessionali adeguatamente integrati;
- la specificazione dei problemi a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse funzioni professionali;
- la presa in carico dei problemi della cronicità e la risposta alla continuità assistenziale, attraverso metodi di medicina di iniziativa e nell'ambito del coordinamento distrettuale;
- un ottimale uso delle competenze delle diverse professionalità;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario, come previsto al punto 1.9 (SISR).

Il modello organizzativo da perseguire è parte del processo di implementazione dell'assistenza primaria e promuove lo sviluppo delle forme associative più evolute al fine di acquisire il maggior numero possibile di assistiti e garantire una risposta appropriata, alle esigenze dei pazienti, in ogni parte del territorio regionale. I nuovi indirizzi fissati dai contratti nazionali prevedono la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nell'ambito delle quali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici di medicina generale e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Il Medico di Continuità Assistenziale (MCA) partecipa alle attività delle AFT e collabora, soprattutto, con le medicine di gruppo integrate per la gestione delle prestazioni aggiuntive.

Oggi esistono le condizioni per una riprogettazione integrata, fra ospedale e distretto, degli interventi per migliorare la continuità assistenziale nelle cure primarie ed ottimizzare l'attività del pronto soccorso.

Gli obiettivi da perseguire sono fondamentalmente due: educare il cittadino ad una scelta più consapevole del servizio più appropriato alla sua esigenza assistenziale; ricondurre al servizio appropriato la domanda di assistenza del cittadino anche quando, per motivi diversi, è stata erroneamente indirizzata. Per far ciò è necessario organizzare e supportare l'assistenza primaria, ed in particolare la medicina generale, come sopra proposto, facendo in modo che possano sempre più rappresentare per il paziente una valida alternativa al pronto soccorso e garantendo il miglior inquadramento clinico – terapeutico ad oggi possibile. In questo caso i MCA possono svolgere, nella medicina di gruppo integrata, attività finalizzate alla copertura oraria h12 e all'erogazione delle prestazioni aggiuntive.

I criteri e le modalità organizzative per l'attivazione delle AFT, le relative modalità di funzionamento sono stabiliti con apposita deliberazione della Giunta regionale, sulla base dei principi e degli obiettivi fissati dall'ACN e negli accordi integrativi regionali.

5.3.3 I presidi ospedalieri

I presidi ospedalieri della rete pubblica, vengono classificati, in attuazione al principio della diversificazione delle funzioni correlato alla diversa complessità delle prestazioni erogate, in tre livelli:

- a) primo livello: **ospedali di territorio** - in cui vengono effettuate prestazioni diagnostiche e terapeutiche di specialità di base diffuse e di bassa intensità, di riabilitazione - e strutture intermedie integrate col territorio. Sono sede di pronto soccorso semplice, di area disagiata o punto di primo intervento.
- b) secondo livello: **ospedali cardine** in cui vengono effettuate, oltre a quelle di cui al punto a), in tutto o in parte, prestazioni relative a diverse specialità mediche e chirurgiche che necessitano di ricovero ordinario, anche in relazione alle funzioni di emergenza urgenza da espletare, in quanto sono usualmente sede di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello. Sono nodi fondamentali dell'offerta per acuti (media ed alta gravità clinica).
- c) terzo livello: **ospedali di riferimento** in cui vengono effettuate, oltre a quelle di cui ai punti a) e b), in tutto o in parte, prestazioni mediche e chirurgiche di alta specialità e trattati casi ad alta gravità/instabilità clinica. Possono essere sede di attività didattica e di ricerca, anche attraverso l'apporto dell'università. Sono sede di DEA di secondo livello.

La direzione sanitaria dei presidi ospedalieri, anche unificata, è affidata a un dirigente sanitario in possesso dei requisiti di cui all'articolo 4 del decreto del presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) che acquisisce funzioni strategiche di governance locale, al fine di armonizzare la gestione dei presidi ospedalieri compresi nella rete interaziendale. Il direttore di presidio ospedaliero ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo della sede ospedaliera assegnata e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale.

Il direttore di presidio ospedaliero, in particolare:

- a) è responsabile delle attività igienico-organizzative della struttura ospedaliera;
- b) coordina in collaborazione con i responsabili dipartimentali della gestione operativa il funzionamento della struttura ospedaliera (blocco operatorio, poliambulatori, posti letto), al fine di ottimizzare l'utilizzo della sede ospedaliera per l'erogazione dei servizi sanitari, di garantire l'unitarietà funzionale della stessa e di realizzare le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico-assistenziali;
- c) gestisce i progetti speciali relativi alla struttura ospedaliera di propria competenza.

5.3.4 Collocazione delle specialità di neuropsichiatria infantile nei presidi ospedalieri

Presso gli ospedali di riferimento (HUB) le strutture di Neuropsichiatria Infantile (NPI) operano per la gestione dell'emergenza/urgenza, neurologica/psichiatrica e per la gestione delle patologie a rara diffusione.

Presso gli ospedali cardine le strutture di NPI operano per la diagnosi e cura di patologie specifiche a medio/ampia diffusione svolgendo anche attività distrettuale. Difatti è operativa una rete di assistenza, neurologica, psichiatrica, psicologica e riabilitativa in favore dell'infanzia e dell'adolescenza con garanzia della presenza di tutte le figure professionali, per una gestione multiprofessionale fortemente radicata nel territorio ed in continuità con la realtà ospedaliera, con indicatori di carico di attività legate alle specialità in termini di salute, povertà, multicarenzialità. Infatti una grande percentuale di pazienti presenta situazioni psicosociali anomale. La competenza specialistica NPI viene quindi espressa non da un singolo professionista, ma dal lavoro multiprofessionale (medici, psicologi, terapisti, logopedisti, infermieri, educatori ecc) che opera con modalità in grado di ricercare l'appropriatezza e la completezza dei percorsi e dei progetti, in coerenza con la continuità degli interventi di cura possibili e la verifica degli esiti nel corso del tempo. L'altra caratteristica delle strutture complesse di neuropsichiatria infantile si esprime attraverso una presa in carico non solo complessiva, ma anche longitudinale che comprende sia prestazioni specificamente sanitarie, che di supporto e di monitoraggio agli interventi riabilitativi, sociosanitari ed educativi successivi alla diagnosi. Da rilevare che circa il 90% delle prestazioni erogate agli utenti in età evolutiva avviene a livello ambulatoriale territoriale da parte dei servizi di neuropsichiatria infantile e di questi circa il 30% sono minori disabili.

5.3.6 La rete ospedaliera programmata

La rete ospedaliera piemontese viene articolata in sei aree sovrazionali all'interno delle quali:

- ciascun ospedale assume le funzioni di riferimento, cardine o di territorio;
- tutti gli ospedali, compresi gli istituti ex articolo 43 della legge 833/78 e gli IRCCS, sono tra loro funzionalmente integrati;
- vi sono almeno un ospedale di riferimento, anche derivante dalla complementarietà delle specialità presenti in due o più presidi, ospedali cardine e ospedali di territorio;
- gli ospedali di riferimento sono sede di cardiocirurgia, neurochirurgia, trapianti di organi o cellule, DEA di II livello (almeno tre di tali funzioni);
- gli ospedali cardine sono sede di rianimazione, con terapia intensiva e semi intensiva, e di DEA di I livello;

- gli ospedali da riconvertire in strutture di cure intermedie, centri di assistenza primaria, residenze sanitarie assistenziali, possono prevedere la presenza del punto di primo intervento, in base a quanto indicato dalla DGR n. 49-1985 del 29 aprile 2011, relativa al Piano di rientro e al programma attuativo.

Le sei aree sovrazonali sono:

- 1. Area Torino Sud Est**, comprendente la nuova AO Città della Salute e della Scienza di Torino, l'ASL TO 1 (per i territori delle attuali Circoscrizioni 8, 9 e 10 di Torino) e l'ASL TO 5.
- 2. Area Torino Nord**, comprendente l'ASL TO 2 e l'ASL TO 4.
- 3. Area Torino Ovest**, comprendente l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, l'AO Mauriziano Umberto I di Torino, la ASL TO 1 (per i territori delle attuali Circoscrizioni 1, 2 e 3 di Torino) e l'ASL TO 3.
- 4. Area Piemonte Nord Est**, comprendente l'AOU Maggiore della Carità di Novara, l'ASL VC, l'ASL BI, l'ASL NO e l'ASL VCO.
- 5. Area Piemonte Sud Ovest**, comprendente l'AO Santa Croce e Carle di Cuneo, l'ASL CN 1 e l'ASL CN 2.
- 6. Area Piemonte Sud Est**, comprendente l'AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria, l'ASL AT e l'ASL AL.

Al fine di realizzare una più forte unitarietà di azione nelle attività sanitarie e sociosanitarie della Città di Torino, è inoltre istituita la “Conferenza sanitaria e sociosanitaria della Città di Torino”, composta dall'Assessore regionale alla sanità, dai direttori regionali alla sanità e alle politiche sociali, dal Sindaco o suo delegato, dai direttori delle ASL e delle ASO del territorio cittadino e dal direttore dell'ente gestore delle funzioni socioassistenziali. La Giunta regionale definisce le modalità di funzionamento della suddetta Conferenza.

AREA TORINO SUD EST = AO Città della Salute e della Scienza di Torino, SL TO 1 (Circoscrizioni 8, 9 e 10 di Torino), ASL TO 5

Ospedale S.Giovanni Battista-Molinette (Riferimento)	Ospedale Maria Adelaide (complementare al CTO)
Ospedale Dermatologico San lazzaro (Riferimento)	Ospedale San Giovanni Antica Sede Ospedale (da riconvertire)
Centro Traumatologico Ortopedico (Riferimento)	Ospedale Evangelico Valdese (da riconvertire)
Ospedale Infantile Regina Margherita (Riferimento)	Ospedale Oftalmico Ospedale (da dimettere)
Ospedale Sant'Anna (Riferimento)	Ospedale di Carmagnola (Territorio)
Ospedale di Chieri (Cardine)	Presidio Sanitario San Camillo (Istituto ex art. 43 L. 833/78)
Ospedale di Moncalieri (Cardine)	

AREA TORINO NORD = ASL TO 2, ASL TO 4

Ospedale San Giovanni Bosco (Riferimento)	Presidio Ospedaliero Gradenigo (Istituto)
Ospedale Maria Vittoria (Cardine e di Riferimento per Ostetricia e Pediatria)	Ospedale Cardine)
Ospedale Amedeo di Savoia (da dismettere)	Presidio Ospedaliero Cottolengo (Istituto ex art. 43 L. 833/78)
Ospedale di Chivasso (Cardine)	Ospedale di Territorio)
Ospedale di Ivrea (Cardine)	Presidio Ospedaliero Ausiliatrice – Don Gnocchi (Istituto e
Ospedale di Ciriè (Cardine)	Presidio Ospedaliero Major (Istituto ex art. 43 L. 833/78)
Ospedale di Cuorgnè (Territorio)	Presidio Beata Vergine della Consolata (Istituto ex art. 43 L. 833/78)
Ospedale di Castellamonte (da riconvertire)	Casa di Cura Villa Maria Pia Casa di Cura (Cardiochirurgia)
Ospedale di Lanzo (da riconvertire))
SAAPA di Settimo Torinese (da definire in base a trasferimento attività)	

AREA TORINO OVEST = AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, AO Mauriziano Umberto I, ASL TO 1 (Circoscrizioni 1, 2 e 3 di Torino), ASL TO 3

Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano (Riferimento)	Ospedale di Pinerolo (Cardine)
Ospedale Mauriziano Umberto I (Riferimento)	Ospedale di Susa (Territorio)
Ospedale Martini (Cardine)	Ospedale di Venaria (da riconvertire)
Ospedale di Rivoli (Cardine)	Ospedale di Avigliana (da riconvertire)

Ospedale di Giaveno (da riconvertire)
Ospedale di Pomaretto (da riconvertire)
Ospedale di Torre Pellice (da riconvertire)

AREA PIEMONTE NORD EST AOU Maggiore della Carità di Novara, ASL VC, ASL BI, ASL NO, ASL VCO

Ospedale Maggiore della Carità di Novara (Riferimento)
Ospedale di Vercelli (Cardine)
Ospedale di Biella (Cardine)
Ospedale di Borgomanero (Cardine)
Ospedale di Verbania Domodossola (Cardine)
Ospedale di Borgosesia (Territorio)

AREA PIEMONTE SUD OVEST = AO Santa Croce e Carle di Cuneo, ASL CN 1, ASL CN 2

Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo (Riferimento)
Ospedale di Mondovì (Cardine)
Ospedale di Savigliano (Cardine)
Ospedale di Alba Bra (Cardine)

AREA PIEMONTE SUD EST = AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria, ASL AT, ASL AL

Ospedale SS. Antonio e Biagio di Alessandria (Riferimento)
Ospedale Infantile Cesare Arrigo di Alessandria (Riferimento)
Ospedale Borsalino di Alessandria (Centro Riabilitativo Polifunzionale)
Ospedale di Asti (Cardine)
Ospedale di Casale Monferrato (Cardine)
Ospedale di Novi Ligure – Tortona (Cardine)

Fondazione per l'Oncologia di Candiolo (Istituto ex art. 43 Riferimento)

Ospedale di Arona (da riconvertire)
Ospedale di Galliate (complementare al Maggiore di Novara)
Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna (monospeciali)
Istituto di Piancavallo (IRCCS)
Istituto di Veruno (IRCCS)

Ospedale di Ceva (Territorio)
Ospedale di Saluzzo (Territorio)
Ospedale di Fossano (da riconvertire)

Ospedale di Acqui Terme (Cardine)
Ospedale della Valle Belbo (Territorio)
Ospedale di Valenza Ospedale (da riconvertire)
Ospedale di Ovada (Territorio)

5.3.7 Il collegamento con il territorio

Per favorire il collegamento con i servizi territoriali, nelle AO e nelle AOU, viene individuata una funzione di responsabilità per la gestione delle dimissioni, in collaborazione con quella omologa istituita presso i distretti (cfr. punto 5.2.3). L'atto aziendale, sulla base delle indicazioni regionali, disciplina l'organizzazione della funzione.

5.3.8 La rete dell'emergenza-urgenza

L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmati. Questo compito richiede sia un sistema capillare di antenne in grado di formulare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato dove si possano effettuare gli esami diagnostici e le terapie che salvino la vita e che promuovano la possibilità di un recupero successivo il più possibile normale, sia una forte ed efficace governance, a garanzia dell'omogeneità distributiva e qualitativa dei servizi erogati.

Il numero di interventi con chiamata 118 coordinati e gestiti per criticità è stato, nell'anno 2010, pari a:

- 339.867 con codice di gravità bianco/verdi;
- 146.649 con codice di gravità giallo/rosso.

L'intera attività operativa delle centrali 118 in Piemonte è garantita con un omogeneo supporto informatico, un software avanzato appositamente studiato di elevata affidabilità e con un alto livello di capacità di protezione dei dati. La comunicazione fra le varie strutture interessate all'evento (trasmissione dati, ECG, dati paziente, ecc.) richiede attrezzature di tipo informatico e di trasmissione dati clinici assai complesse. La componente tecnologica accresce la necessità ulteriore di specifiche conoscenze per la gestione del sistema riservato essenzialmente ai sanitari.

Questo settore, relativamente nuovo, è in rapido sviluppo e potrà portare notevoli benefici clinici ai pazienti, costituendo la base per l'evoluzione e l'implementazione regionale dei protocolli sanitari, vera essenza del sistema clinico dell'emergenza.

La risposta delle centrali operative 118 si concretizza principalmente nella presa in carico dei fabbisogni assistenziali in emergenza-urgenza e nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate (MSA) con medico ed infermiere a bordo, le automediche (ASA con medico e infermiere a bordo) i mezzi avanzati di base con infermiere (MSAB) e le ambulanze di base con personale soccorritore certificato (MSB) in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non che intervengono nel soccorso sanitario. La maxiemergenza, per le necessità di pianificazione, coordinamento logistico e organizzativo e specializzazione professionale è gestita, a livello regionale, da una struttura dedicata con competenza sovra zonale.

La Regione provvede a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso a terra ed aeree (elisoccorso, incrementando la rete delle elisuperfici ad uso notturno al fine di facilitare rendezvous con mezzi a terra) nel rispetto degli standard previsti dalla Conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, nonché secondo le incrementate necessità previste dalla necessaria mobilitazione dei pazienti secondo i criteri di centralizzazione dettati dalla maggiore appropriatezza di cure individuate con le reti delle patologie complesse (trasporti secondari urgenti).

La centrale operativa 118 potrà progressivamente gestire, con forti opzioni di rinnovamento, le seguenti attività:

- servizio di emergenza urgenza;
- gestione delle attività connesse alle maxiemergenze;
- gestione del servizio di trasporto secondario interospedaliero protetto di paziente critico, compreso il coordinamento del trasporto interospedaliero neonatale;
- gestione del trasporto organi ed equipe sanitaria per le attività di espianto organi;
- cogestione dei codici bianchi e parte dei verdi con i MMG;
- eventuale gestione o cogestione dei trasporti ordinari nel biennio successivo (2013-2014).

L'attuale modello di coordinamento dell'emergenza urgenza è stato per ora riorganizzato in quattro centrali operative 118 anche per la salvaguardia delle funzioni di ribaltamento delle chiamate ed in armonia con la riorganizzazione della rete della urgenza ospedaliera.

La configurazione prevista permette la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Attualmente la rete della emergenza ospedaliera della Regione Piemonte è composta da sei DEA di II livello (ospedale di riferimento) più un DEA di II livello con funzioni di riferimento monospécialistico (ostetrico-ginecologico ed infantile) più un trauma center DEA di II livello con funzione di riferimento regionale per il trauma.

Considerando che i sei ospedali di riferimento multidisciplinari svolgono la funzione anche di ospedali cardine per il territorio di competenza, attualmente sono in funzione trentuno DEA di I livello (cardine) e quindici pronto soccorso.

La riorganizzazione della rete della emergenza ospedaliera costituisce l'architrave della prevista aggregazione a livello sovrazonale della rete ospedaliera nel suo complesso.

Per quanto riguarda la emergenza si prevedono sei aggregazioni di ospedali, facenti capo tre a Torino (Polo Nord, Polo Sud, Polo Ovest) ed i restanti tre rispettivamente ad Alessandria, Novara e Cuneo tra loro integrati e coordinati nelle funzioni, secondo i seguenti criteri :

- centri di riferimento (DEA II Livello)
- centri cardine (DEA I Livello)
- pronto soccorso semplice
- pronto soccorso in area disagiata
- punto di primo intervento

Centri di riferimento (Dea di II livello)

Le funzioni previste per i centri di riferimento possono essere erogate anche da un unico presidio ospedaliero o da diversi presidi aggregati secondo forme di coordinamento sovra zonale. L'ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il centro cardine, anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel centro cardine o comunque non in tutti i centri cardine: cardiologia con emodinamica interventistica h24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina di alta specialità, oncologia di II livello. In tre centri di riferimento insistono l'università e centri di ricerca transazionale e clinica. Devono essere presenti o disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica), laboratorio, servizio immunotrasfusionale. Il pronto soccorso del centro di riferimento deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Deve essere dotato di letti di osservazione breve intensiva, di letti per la terapia subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Stralcio dall'ALLEGATO AL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-2015. I PROGETTI SPECIALI DI SALUTE

1. LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE E I PRINCIPALI PROBLEMI CUI ATTRIBUIRE PRIORITÀ NELLA PROGRAMMAZIONE

1.1 Mutamenti demografici

La popolazione residente in Piemonte al 31 dicembre 2010 è di poco più di 4.457.000 persone (di cui il 48,4% uomini e il 51,6% donne). Il 18,9% degli uomini ed il 24,6% delle donne ha più di 65 anni, valori superiori alla media italiana (16,5% per gli uomini e 21,7% per le donne). Le previsioni elaborate dal settore regionale statistica e studi ipotizzano, con riferimento all'anno 2050, una perdita di popolazione regionale di oltre 700.000 abitanti, quando gli ultra sessantacinquenni arriverebbero a costituire oltre un terzo della popolazione. La popolazione si concentra nelle aree più urbanizzate di pianura e di collina vicine ai capoluoghi di provincia, in particolare nelle zone prossime a Torino ed al confine con la Lombardia. Di converso, le zone montane presentano una ridotta densità di popolazione e sono state soggette negli ultimi decenni ad un forte fenomeno di spopolamento. Nelle aree di montagna, oltre che nella città di Torino, la presenza degli anziani è più elevata. L'esposizione degli anziani ai rischi di salute legati all'isolamento sociale è confermata anche dall'elevata concentrazione delle famiglie monocomponente nelle aree montane e pedemontane. La Città di Torino costituisce un caso particolare in cui la presenza di anziani soli si somma a quella di cittadini "single", nell'ambito di un processo di trasformazione dei legami sociali nei contesti urbani. A partire dagli anni '90 diventa sempre più rilevante la presenza di residenti di cittadinanza straniera, passati da 127.563 nel 2002, a 231.611 nel 2005 ed a 377.241 nel 2009, rappresentando rispettivamente il 3,0%, il 5,3% e l'8,5% della popolazione residente. La presenza di residenti con cittadinanza straniera è particolarmente accentuata nelle classi di età giovanili: con riferimento all'anno 2009, nella fascia di età inferiore a 20 anni il 12,4% dei residenti è di cittadinanza straniera, valore che raggiunge il 17,5% nella fascia fra i 20-34 anni.

1.1.1 La natalità

Nel 2009 si sono registrati 36.392 parti per un totale di 36.385 nati; dopo un lungo periodo di stabilità della natalità in Piemonte (e di lieve calo nel resto d'Italia), negli ultimi anni si registra un lieve aumento della natalità nella nostra regione. Nel 2009, il tasso di natalità si è attestato a 8,8 per mille abitanti, inferiore sia al dato nazionale sia a quello del Nord-Ovest (entrambi 9,5 per mille). Il numero medio di figli per donna è pari a 1,39 sovrapponibile al dato nazionale (1,39), inferiore a quello del Nord-Ovest (1,45). L'età media delle donne che partoriscono in Piemonte è aumentata nel corso degli anni, passando dai 27,2 anni del 1980 ai 31,7 attuali, valore leggermente superiore rispetto alla media nazionale di 31,5. È consolidata abitudine, tra le piemontesi, partorire presso strutture pubbliche. Anche in Piemonte, come nel resto d'Italia, il ricorso al taglio cesareo è in aumento: la percentuale è passata dal 14,1% del 1980 al 31,7% del 2009, pur restando al di sotto del valore medio italiano (38,4%). Per quanto riguarda il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), a partire dall'approvazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), si è osservato un incremento del ricorso legato alla regolarizzazione delle registrazioni, seguito, a partire dal 1982, da un costante e progressivo calo; il tasso di abortività volontaria appare più stabile che in passato a causa del contributo numerico delle donne straniere; tra le donne italiane, infatti, si conferma la diminuzione, mentre è sempre più rilevante la quota di IVG a carico di donne straniere, che rappresentano oltre il 40% dei 9485 interventi effettuati nel 2009. Tra le province è Torino quella in cui vi è un ricorso maggiore, verosimilmente per una presenza più elevata di donne giovani e tra queste molte straniere.

1.1.2 La mortalità

Ogni anno, in Piemonte, muoiono circa 48.000 persone (52% donne e 48% uomini), per un tasso grezzo di mortalità pari a 11 per 1.000 abitanti (periodo 2006-2008). Escludendo le differenze legate all'età media più elevata dei cittadini piemontesi rispetto al resto dell'Italia, la mortalità maschile è superiore del 2,7% rispetto alla media italiana, mentre le differenze sono pressoché assenti tra le donne (anno 2007). A partire dal 1990 la mortalità in Piemonte si è ridotta del 22,6% in entrambi i sessi, al netto dell'invecchiamento della popolazione registrato nello stesso periodo. All'interno del territorio piemontese, il rischio di morte si distribuisce in maniera disomogenea. Tra gli uomini, la mortalità è, in generale, più elevata nei comuni montani, in particolare nell'alto Canavese, nelle Valli di Lanzo, in tutti i comuni alpini del Cuneese, ed anche in ampie zone di pianura del Vercellese. Al contrario, Torino e la sua cintura, così come, tra i capoluoghi di provincia, Asti e Cuneo si presentano come aree a basso rischio. Anche tra le donne sono presenti differenze geografiche interne al Piemonte, ma meno accentuate e distribuite in maniera più disomogenea; anche in questo caso, tuttavia, si riconosce una mortalità più elevata in alcune aree montane. Anche nelle donne, tra i grandi centri, Torino e cintura si caratterizzano come aree a basso rischio.

1.2 Mutamenti epidemiologici

In Piemonte, come nel resto del Paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita per gli uomini è passata dai 43 anni del 1900 ai 78,7 del 2008 con un guadagno di quasi 35 anni, mentre per le donne nello stesso periodo il guadagno è stato ancora superiore, circa 40 anni e la speranza di vita, nel 2008, è di 83,8 anni. Il miglioramento, fino agli anni sessanta, era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile (da 30 per mille dell'inizio del '70 alla soglia quasi non più migliorabile del 5 per mille all'inizio del duemila), e le età adulte e anziane. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto a causa dell'incremento delle morti correlate all'uso della droga. Nell'età adulta e anziana le cause di morte che più hanno contribuito a questo favorevole andamento della sopravvivenza negli ultimi tre decenni sono le malattie del sistema circolatorio (diminuite del 45% tra gli uomini e del 55% tra le donne rispetto ad una media di riduzione della mortalità generale nei tre decenni del 34%, grazie sia al controllo di molti fattori di rischio che all'efficacia dei trattamenti) e le malattie respiratorie e dell'apparato digerente (ridotte entrambe del 60% grazie al miglioramento delle condizioni di vita alla nascita delle nuove generazioni e al controllo dei fattori di rischio ambientali e comportamentali), mentre per i tumori la mortalità sta ancora aumentando nelle generazioni più anziane e sta iniziando a diminuire solo per quelle adulte (con una diminuzione media del 6% tra gli uomini e del 12% tra le donne). In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza grezza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario; nei dati ILSA, l'unico studio longitudinale italiano sul tema, questo fenomeno ha portato nel decennio 1992-2002 ad un aumento di prevalenza tra gli ultra 75enni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso di cuore, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze; a questo si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%).

Viceversa nei dati delle indagini multiscopo Istat sulla salute l'andamento della prevalenza standardizzata per età mostra una diminuzione della disabilità. In generale, per quanto riguarda la speranza di vita in buona salute, il maggiore impatto sarà dovuto all'ingresso in età anziana di nuove generazioni che hanno condiviso esperienze di vita e hanno livelli di istruzione più favorevoli e che quindi hanno protetto maggiormente il loro capitale di salute. Molti degli andamenti epidemiologici favorevoli osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, che verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: la diminuzione della mortalità per tumori del polmone tra gli uomini (per una maggiore diffusione della cessazione nel fumo), un aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e tra gli anziani (per una maggiore efficacia degli interventi di diffusione), una diminuzione del tasso di gravidanze precoci e del tasso di abortività volontaria (per una maggiore diffusione della contraccezione), una diminuzione del tasso di infortuni sul lavoro (per la terziarizzazione delle attività produttive e per l'applicazione delle normative di prevenzione e di sicurezza negli ambienti di lavoro), una diminuzione del tasso di incidentalità stradale (per misure preventive di controllo come la patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS (per l'efficacia delle cure).

Tra gli andamenti sfavorevoli, invece, si potrebbero ricordare le conseguenze negative sui principali determinanti della salute come della sfavorevole congiuntura economica e finanziaria (disoccupazione, povertà, coesione sociale), la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità aria, emergenze di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcool e di nuove droghe tra i giovani. Per quanto riguarda gli stili di vita, i piemontesi sono meno in sovrappeso rispetto alla media italiana e delle regioni del Nord, sono meno sedentari, consumano più vino e fumano come la media degli Italiani. Le donne fanno diagnosi precoce con una frequenza leggermente inferiore di quella delle donne del Nord e di più della media italiana. Dal punto di vista della salute valutano negativamente la propria salute in misura superiore rispetto alla media dell'Italia e delle regioni del Nord; riferiscono almeno una malattia cronica in proporzione lievemente inferiore a quella del Nord e dell'Italia e riportano almeno una disabilità in misura leggermente superiore rispetto alle altre regioni del Nord, ma meno della media italiana.

Sono tuttavia da segnalare alcuni ambiti della salute per i quali sussistono lacune conoscitive importanti. Una parte significativa della salute mentale sfugge all'osservazione epidemiologica: solo i pazienti con diagnosi di disturbi psichiatrici maggiori sono trattati dai servizi di salute mentale e ne viene misurata

l'occorrenza nei sistemi di osservazione corrente; rimane da capire in quale misura la gestione del disturbo sia, negli altri casi, affidata ad altri referenti, quale assistenza ricevano e quale quota rimanga non gestita. Le stime dell'OMS assegnano alla depressione un ruolo di primo piano nel causare disabilità nell'adulto e nell'anziano. In tema di bisogno non espresso, anche sulla non autosufficienza dell'anziano si conosce solo la quota del bisogno che si trasforma in domanda, e, anche su questa quota, non si dispone di adeguati sistemi informativi sul piano regionale. Nuovi punti di vista consentono di intravedere anche nuovi problemi di salute. Ad esempio le differenze di genere richiamano da un lato il tema della violenza fisica psicologica e sessuale a sfavore delle donne e il tema delle varie forme di discriminazione delle donne nel mercato del lavoro o nell'accesso ad ambienti naturali e cittadini per paura di violenze; dall'altro rovesciando la medaglia, il tema del maggior rischio dei maschi per i comportamenti pericolosi (abuso di alcool, droghe e gioco d'azzardo). Il termine violenza di genere, originato nella Conferenza di Pechino (1995), è stato accolto dall'Organizzazione mondiale della sanità. In Italia l'iter della proposta di legge di iniziativa popolare avanzata nel 1979 e approvata nel 1996 è stato accompagnato da progetti di accoglienza, di auto aiuto, di servizi pubblici o convezionati con il pubblico dei centri di antiviolenza e delle case rifugio. In Piemonte occorrerà garantire continuità ai servizi sanitari specializzati sul soccorso alle vittime di stupro o di maltrattamenti e alla legge sui centri antiviolenza. Infine va ricordato che la globalizzazione delle nostre società può costituire un'opportunità positiva (esempio soggetti forti e sani introdotti nel mercato del lavoro), ma può anche rappresentare l'occasione per il riemergere di nuove malattie trasmissibili (BSE, SARS, influenza aviaria sono gli esempi più noti degli ultimi anni).

1.3 I maggiori problemi di salute

Il PSSR 2011-2015 individua quattordici problemi di salute considerati prioritari ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera a), della l.r. n. 18/2007. Le azioni finalizzate al loro contrasto vengono definite, sulla base dei contenuti di cui ai Capitoli 3, 4 e 5 dell'Allegato al PSSR 2012-2015 e sentite le università, gli ordini e i collegi professionali, le società scientifiche e tutte le istituzioni in grado di fornire utili contributi, da specifiche deliberazioni di Giunta regionale che costituiscono gli obiettivi di salute per le ASR piemontesi, da realizzarsi nel periodo di validità del PSSR stesso.

1.3.8 Salute mentale

Depressione e schizofrenia insieme al disturbo da abuso di alcol sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, sul piano del "Global Burden of Disease" in termini di anni vissuti con disabilità. Questo è ancora più evidente se si restringe l'analisi all'Europa.

Dai dati disponibili, risulta che sono ricoverati in Piemonte, ogni anno, con una diagnosi di disturbo psichico oltre 8.500 soggetti per un totale di più di 20.000 ricoveri con una distribuzione ineguale tra le varie aree territoriali: da un tasso standardizzato di primo ricovero di 123,0 per 100.000 abitanti nella ASL di Biella ad un tasso di 247,3 per 100.000 abitanti nella città di Torino. Il tasso del Piemonte si situa al 13° posto tra le regioni italiane. In generale, si osserva una tendenza ad un minore ricorso al ricovero per alcuni gruppi diagnostici nei comuni di collina e di montagna e in quelli semi-urbani e rurali. Unica eccezione sono i ricoveri per disturbo da abuso di alcol che sono più frequenti nei residenti in comuni montani. In un anno, circa 41.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di neurolettici per un totale di quasi 340.000 prescrizioni con differenze tra le diverse aree territoriali della regione (tra il valore minimo e quello massimo) di 10 volte. La prescrizione è più frequente nelle donne e nei soggetti residenti nei comuni più deprivati ed è meno frequente nei residenti in comuni montani. Nell'arco di un anno, più di 260.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di antidepressivi per un totale di circa 1.800.000 prescrizioni con una distribuzione territoriale fortemente disomogenea. La prescrizione di antidepressivi è più frequente nelle donne e nei soggetti nei comuni con indice di deprivazione medio, meno frequente nel contesto semi-urbano e rurale e nei residenti nei comuni di montagna. Il Piemonte è una delle regioni italiane con i valori più elevati di mortalità per suicidio. Ogni anno si registrano circa 400 suicidi, con un rapporto uomini/donne di 3 a 1 e con una frequenza più elevata nelle classi di età anziane. La distribuzione sul territorio regionale è disomogenea: tra gli uomini è chiaramente riconoscibile un eccesso di rischio in corrispondenza di tutto l'arco alpino, mentre tra le donne l'eccesso di rischio riguarda soprattutto il cuneese, l'eporediese e il biellese.

1.3.10 Dipendenze patologiche

1.3.10.1 Abuso di alcol

Il numero di utenti alcolodipendenti in carico ai servizi è progressivamente aumentato negli anni da circa 2.600 nel 1996 a circa 7.000 nel 2010. L'aumento è dovuto principalmente agli utenti già in carico (circa 5.000) ed in minore misura ai nuovi utenti (circa 2.000). Il tasso regionale standardizzato per 100.000 abitanti nel 2010 è 159,2 utenti, con una notevole variabilità intra-regionale (sette volte): da 50,5 (Vercelli) a 351,2 (Perosa Argentina). La classe di età 40-49 anni concentra il maggior numero di utenti sia tra quelli già in carico (32% tra i maschi e 35% tra le femmine) sia tra i nuovi (31% tra i maschi e 34% tra le femmine). Tra i nuovi, il 34% dei maschi e il 41% delle femmine ha più di 50 anni. Nel 2009 sono stati ricoverati in Piemonte circa 1.900 soggetti con una diagnosi di dipendenza o abuso di alcol per un totale di circa 3.350 ricoveri con una variabilità dei tassi standardizzati meno accentuata tra le ASL (2,4 volte); il 38% di costoro è stato inviato dai SERT.

1.3.10.2 Tossicodipendenze

Il numero totale di utenti, è progressivamente aumentato pur in presenza di alcune oscillazioni. Nel 2010 sono stati trattati complessivamente 15.849 utenti con un rapporto maschi/femmine di 4,6 a 1. I nuovi utenti, dopo un periodo di costante sono aumentati a partire dal 2005, in concomitanza con la rilevazione sistematica di dipendenze diverse da quelle classiche. Nel 2010 sono stati circa 3.200. Il tasso di utenti SERT è 693 per 100.000 abitanti (età 15-54 anni), con un'importante variabilità del valore tra le diverse sedi (17 volte), da un massimo di 1.751 utenti per 100.000 in un SERT torinese, ad un minimo di 313 utenti per 100.000 a Savigliano. L'età media stimata è aumentata sia tra i nuovi utenti (da 25 a 34 anni) sia tra quelli già in carico (da 28 a 37 anni) e in entrambi i sessi (in linea con i dati nazionali). Tra gli utenti già in carico, la classe di età più numerosa è quella sopra i 39 anni sia tra i maschi (48%) sia nelle femmine (44%). L'84% dei maschi e l'80% delle femmine già in carico ha almeno 30 anni. Tra i nuovi utenti è maggiormente rappresentata la classe sopra i 39 anni sia nei maschi (37%) sia nelle femmine (53%). Ha un'età inferiore ai 20 anni l'8% dei maschi e il 4% delle femmine tra i nuovi utenti e l'1% sia dei maschi sia delle femmine tra gli utenti già in carico. Nel corso degli anni si è assistito ad una modificazione, simile a quella nazionale, nel profilo delle sostanze per cui i soggetti richiedono il trattamento. Diminuisce sia il numero assoluto sia la proporzione di utenti trattati per eroina (10.442, il 66% del totale) mentre aumentano i soggetti trattati per cocaina (2.056, il 13% del totale), per gioco d'azzardo patologico (811, il 5% del totale), per fumo di tabacco (1.111, il 7% del totale) e per cannabinoidi (1.034, il 6,5% del totale). Il numero di soggetti deceduti per overdose, stabile intorno a 20 all'anno fino al 1985 è andato aumentando con due picchi nel 1990 e nel 1996 (157 e 169 decessi) diminuendo quindi progressivamente: nel 2010 secondo i dati del ministero dell'interno sono deceduti 21 soggetti. Tra le province, Torino ha il valore più elevato (13 decessi) seguita da Cuneo (4 decessi). L'andamento piemontese ricalca quello nazionale, ma presentando tassi standardizzati circa doppi almeno fino al 2002 ultimo anno analizzato con i dati ISTAT.

1.3.13 Pazienti ad alto grado di tutela

Rilevare il numero preciso di persone con disabilità non è semplice: la definizione di disabilità non è universale, le disabilità mentali/cognitive sono più difficili da rilevare (a volte "resistenze e pregiudizi culturali" limitano l'accesso delle persone interessate e dei loro familiari ai servizi), stimare il numero di bambini disabili è complesso (soprattutto nella fascia di età prescolare il dato è di solito sottostimato) e, infine, le stime dei disabili istituzionalizzati presentano ancora problemi di qualità e confrontabilità importanti.

Secondo l'ISTAT, in Piemonte, le persone disabili di età superiore ai cinque anni, non istituzionalizzate, sono circa 180.000, il 65% delle quali costituito da donne. In entrambi i sessi, il Piemonte mostra una minore frequenza di disabilità rispetto al dato nazionale e una maggiore frequenza nei confronti del Nord Ovest. A livello sub regionale sono presenti lievi differenze, con una distribuzione del fenomeno diversa nei due sessi. Si tratta in ogni caso di differenze che non raggiungono mai la significatività statistica. L'ordine di importanza delle diverse tipologie di disabilità è uguale tra uomini e donne: le più rappresentate sono le difficoltà nelle funzioni, seguite da quelle di movimento, mentre meno presenti sono quelle sensoriali. La prevalenza di disabilità cresce con l'aumentare dell'età: si passa da valori attorno al 2% nella popolazione adulta (fra 45 e 64 anni), a valori di circa il 12% negli uomini e di 20% nelle donne oltre i 65 anni di età. La popolazione anziana presenta un quadro di maggior gravità in tutte le tipologie di disabilità. Il confinamento a letto (o in carrozzina) interessa oltre il 45% dei disabili anziani (quasi 1 anziano disabile su 2), poco più di 62.000 individui in Piemonte, con grave disagio per le persone in termini di perdita di autonomia e importanti conseguenze in termini di pressione sulla rete familiare e sul sistema sanitario e sociale. E' da sottolineare la diversa prevalenza delle forme di limitazione delle funzioni nei due sessi a svantaggio delle donne, dovuta in larga misura alla maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini. In particolare fra le donne disabili è più elevata la percentuale di quelle costrette a letto o impossibilitate ad uscire di casa, se non con l'aiuto di altre persone (49,7% delle donne, rispetto al 38,5% degli uomini). Lo svantaggio delle donne non si spiega completamente con il fatto di essere maggiormente rappresentate nelle fasce di età più anziane, nelle quali è più frequente il fenomeno della disabilità nelle sue forme più gravi. Le differenze tra sessi sono presenti in tutte le fasce di età: diventano più consistenti dopo i 55 anni, si acquiscono dopo i 70 anni, in particolare nella fascia degli/delle ultraottantenni. È quindi possibile che le donne siano effettivamente più predisposte alla disabilità, condizione che troverebbe nella maggior presenza di donne nelle età avanzate un elemento sinergico.

La condizione di non autosufficienza conseguente a disabilità non emendabile ad andamento cronico, i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza, i pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, i pazienti affetti da demenza rappresentano una grande rilevanza medica e sociale la cui assistenza costituisce obiettivo da perseguire.

Tra i pazienti ad alto grado di tutela merita una specifica attenzione la popolazione pediatrica con particolare riferimento alla prima e seconda infanzia (dalla nascita all'inizio dell'età scolare). A tal proposito è necessario mettere in luce meglio le tipicità della gestione e del trattamento della patologia pediatrica.

Le peculiarità della patologia pediatrica, legate alla tipologia delle malformazioni congenite, spesso multiorgano, richiedono infatti una tutela particolare per il bambino e la sua famiglia nonchè un'elevata specializzazione dei soggetti che lo prendono in cura. E' altresì auspicabile mantenere, anche nella costituenda Città della Salute, un'entità fisica, in termini strutturali o aggregativi dipartimentale, affinché la popolazione possa adeguatamente riconoscerla evitando, dove possibile, la mobilità verso ospedali delle regioni vicine (Gaslini-Genova, Meyer-Firenze) che hanno mantenuto e potenziato le loro caratteristiche di centri di riferimento pediatrici.

1.3.14 La salute degli immigrati e delle immigrate.

In Piemonte al 31 dicembre 2010 risiedevano 398.910 stranieri regolarmente presenti; 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. 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 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 progressivo aumento.

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;
- frequenti situazioni di difficoltà nell'affrontare la maternità;
- necessità di specializzare il percorso formativo, la qualifica e le mansioni del mediatore interculturale che opera nei Centri ISI (Informazione Salute Immigrati), attivati in undici ASL in attuazione dell'allegato B, capitolo 12 del Piano sanitario 1997-1999;
- 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 riabilitazione semiresidenziali o residenziali.

Le strategie generali di sviluppo proposte sono:

- facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri;
- 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;
- 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.

1.3.15 Potenziamento e 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 e la gestione della menopausa.

2. LA PREVENZIONE

Premessa

Con l'Intesa tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 010 è stato approvato il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) che presenta una impostazione culturale ispirata alla promozione di un'azione preventiva sempre più multidisciplinare e intersettoriale, non più orientata sui soli Dipartimenti di prevenzione, ma aperta a gran parte delle aree operative dell'organizzazione sanitaria coinvolte in attività di prevenzione.

Il Piano pone attenzione alla domanda, considerando al centro della programmazione e dell'azione la persona e non più i servizi, con una particolare enfasi sulla necessità di un uso sistematico dei dati, anche ai fini di una valutazione in continuo dei risultati raggiunti.

Le macroaree e gli ambiti di intervento sono notevolmente estesi rispetto al passato, e comprendono, in particolare:

- per la prevenzione universale, interventi di promozione della salute, interventi di sanità pubblica, interventi di tipo regolatorio ed interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro, alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico;
- per la medicina predittiva, ricerca, negli individui sani, della fragilità o del fattore genetico che conferiscono una certa predisposizione a sviluppare una malattia per modulare adeguatamente gli interventi secondo definiti percorsi diagnostico terapeutici e di counselling genetico;
- per la prevenzione della popolazione a rischio, programmi mirati a impedire l'insorgenza di malattia, a diagnosticare precocemente la malattia ed a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e di trattamento clinico;
- per la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, programmi, rivolti a fasce di popolazione particolarmente fragili (come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.), volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e a promuovere il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali.

Seguendo le indicazioni e attuando le prescrizioni contenute nel Piano nazionale della prevenzione, la Giunta regionale ha approvato, con DGR del 17 dicembre 2010 n. 37-1222, l'aggiornamento al Piano regionale di prevenzione 2010-2012 che sostituisce e aggiorna il precedente Piano regionale, deliberato a febbraio 2010 (DGR 8 febbraio 2010 n. 16-13200) i cui contenuti si intendono integralmente confermati e del quale il PSSR 2012-2015 riprende i principi ispiratori generali e gli orientamenti strategici rinviando agli specifici atti di programmazione sopra richiamati per le indicazioni di carattere organizzativo e per la progettazione attuativa del PNP.

I principi ispiratori

La programmazione sanitaria nazionale e regionale definiscono in modo molto chiaro in quale cornice di valori e principi si debba sviluppare la pianificazione della prevenzione: equità, dignità, umanizzazione, giustizia, pienezza di diritto, sobrietà, austerità, economia del dono, sostenibilità, accessibilità, continuità, democrazia, intersettorialità, corresponsabilità. Di seguito si evidenziano alcuni di tali valori più direttamente correlati ai principi e alle metodologie della sanità pubblica e che trovano particolare e concreta applicazione nel Piano regionale di prevenzione (PRP):

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione, da esigere anche dalle politiche non sanitarie;
- l'equità sociale, che costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario. Le uguali opportunità di salute per tutti possono essere rappresentate come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno e uguale qualità del servizio per tutti;
- l'assistenza agli enti locali che, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di promozione della salute attraverso la costruzione dei profili e piani di salute nell'esercizio e attuazione delle politiche di propria competenza in conformità alle disposizioni di cui alla l.r. 18/2007;
- la comunicazione e l'ascolto, non solo per favorire lo scambio attivo di informazioni, ma anche per promuovere il coinvolgimento dei cittadini nella definizione di bisogni di salute non riconosciuti e nelle scelte strategiche di sanità pubblica;
- l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario e in particolare l'integrazione con i distretti, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra attori interdipendenti (siano essi operatori di servizi omologhi, oppure enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute) è essenziale per evitare inutili duplicazioni e confusione operativa e per consentire di aumentare l'efficacia complessiva del sistema della prevenzione;
- l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione rigorosa della prevenzione basata su prove di efficacia (evidence based prevention, EBP) e, laddove non sia possibile, la valutazione secondo il principio di precauzione, accettando la possibilità di incertezza del sapere scientifico;
- la sobrietà e la sostenibilità degli interventi, in quanto la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa; in particolare, il diritto alla salute deve essere assicurato in modo armonico con gli altri diritti delle attuali e future generazioni e nel rispetto dell'ambiente, a livello locale e globale;
- la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, momenti indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

Anche riguardo alle strategie la programmazione sanitaria offre indirizzi molto precisi:

- la programmazione locale deve essere centrata sull'impatto sulla salute come parametro qualificante delle decisioni;
- occorre intervenire sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali, produttive ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra persone e tra queste e la comunità in cui vivono, definendo e attuando programmi 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;

- si deve tener conto delle strategie internazionali sul tema (normativa comunitaria, Agenda 21, Salute 21, Salute in Tutte le Politiche, Città Sane) che suggeriscono schemi concettuali, approcci, indicatori e strumenti che appunto ispirano questo PRP;
 - la programmazione locale deve essere partecipativa e inclusiva, intersettoriale e funzionalmente integrata, non solo a livello settoriale ma anche istituzionale;
 - deve essere centrata sul territorio, a livello distrettuale, incardinata sulla responsabilità degli enti locali e arricchita con il contributo dei portatori di interesse, promuovendo un passaggio dalle politiche di settore a quelle di comunità.
- Questi criteri indicano inequivocabilmente l'orientamento strategico in cui collocare le azioni della prevenzione.

La salute in tutte le politiche

Il piano regionale di prevenzione prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in 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) e interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), messi in atto per risolvere specifici problemi.

Per quanto attiene alle politiche per la salute si tratta di sviluppare 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 tuttavia 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, costituisce quindi il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale. 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 sull'analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l'identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell'impatto degli interventi, la ridefinizione degli obiettivi.

Pertanto il principio della "salute in tutte le politiche" è principio guida e ispiratore di tutte le azioni del PRP e per tutta la sua durata dovrà essere posta enfasi ad alcuni temi cruciali nei confronti dei quali si ritiene debba essere mantenuto un elevato livello di attenzione:

- attenzione alle disuguaglianze di salute;
- attenzione sia per la salute fisica sia per quella mentale. Gli stili di vita possono essere efficacemente influenzati ricercando alleanze tra le politiche sanitarie e quelle che incidono sui vari ambienti e le comunità in cui le persone vivono e lavorano, nonché sulle condizioni globali economiche, sociali e ambientali che influenzano la disponibilità e desiderabilità delle scelte sanitarie;
- attenzione a favorire negli amministratori e nei responsabili a livello regionale e locale la consapevolezza dell'impatto delle politiche sulla salute intesa come importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche. I profili e i piani di salute e le Valutazioni di Impatto sulla Salute (VIS) costituiscono strumenti particolarmente idonei a promuovere tale integrazione e dare attuazione alla strategia comunitaria ora indicata;
- attenzione a promuovere e incoraggiare la valutazione dell'impatto sulla salute intesa come importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche. L'evidenza disponibile suggerisce, infatti, che la valutazione dell'impatto sulla salute può essere utilizzata con successo anche per mettere in evidenza le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute e va quindi presa in seria considerazione in numerosi processi decisionali; occorre presentare meglio il valore di tale strumento in settori diversi da quello sanitario al fine di rafforzarne l'accettazione e lo sviluppo;

Contrasto alle disuguaglianze

La popolazione del Piemonte in media sta bene: sta meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto d'Europa. Eppure le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e modificabili; pertanto sono disparità evitabili.

Considerando che le disparità sistematiche di salute sono influenzate dal modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più giusta. Per tali ragioni il Piano regionale di prevenzione si propone di adottare interventi per ridurre le disparità nella salute e nella qualità sociale della vita.

Il Piano riconosce che una più giusta distribuzione delle risorse è una buona politica di sanità pubblica, perché consente di aumentare i benefici di salute in una popolazione agendo sulla salute di quei gruppi sociali e di quelle persone che soffrono di maggiori svantaggi di salute.

Il Piano ricorda che la prevenzione e la promozione della salute, basate su interventi di provata efficacia, hanno un ruolo determinante anche nel contrastare la vulnerabilità sociale e i rischi per la salute evidenziati dalle disuguaglianze.

Il PRP assume quindi il tema della riduzione delle disuguaglianze all'interno di tutte le sue articolazioni e, pur nella consapevolezza dell'importanza delle risorse economiche e materiali nel produrre disuguaglianza, individua quali assi di intervento prioritari:

- il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico per i gruppi e le aree geografiche e sociali più poveri di risorse: cibi sani, luoghi sicuri, abitazioni di qualità, lavoro stabile e sano, reti di aiuto più ricche e accoglienti;
- l'utilizzazione di leve anche economiche per permettere ai gruppi e alle aree sociali e geografiche più poveri di vivere in modo più sano (prezzi, incentivi, reddito, accessi gratuiti ai servizi...);
- l'intervento precoce nella vita per la prevenzione dei comportamenti pericolosi per la salute e delle malattie croniche (salute materna e infantile, comportamenti antisociali, dipendenze, competenze per stare in salute e curarsi), perché da questi dipende una parte significativa delle disuguaglianze di salute dell'adulto;
- la garanzia per tutta la popolazione di eguale possibilità di accesso ai servizi e agli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, con una discriminazione positiva per i gruppi e le aree sociali e geografiche che mostrano difficoltà di accesso.

Inoltre, è necessaria una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i Servizi che operano per la salute mentale e per le tossicodipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

4. LE FRAGILITÀ

4.1 La salute Mentale

4.1.1 Assistenza psichiatrica

La Regione Piemonte tra il 1996 e il 2005 si era organizzata in una rete di servizi afferenti sia alle ASL che alle AO, entrambe integrate con l'Università. Il principale riferimento normativo ispiratore è il decreto del Presidente della Repubblica del 10 novembre 1999 (Progetto obiettivo sulla tutela della salute mentale 1998/2000) (POTSM 98/00, recepito nel PSSR 2007-2010), che ha integrato il contenuto del precedente POTSM 94/96, già recepito nella legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61 (Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999). È su tali riferimenti normativi che sono stati istituiti i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), costituiti da servizi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri, in rapporto ad un'area territoriale definita dalla numerosità della popolazione residente. Il DSM è l'insieme delle strutture organizzative tese alla prevenzione, diagnosi e produzione di tutte le prestazioni sanitarie e sociali utili a garantire la presa in carico e la continuità terapeutica del proprio bacino d'utenza, anche attraverso progetti d'integrazione socio sanitaria (per quei pazienti che necessitano anche di interventi assistenziali). La rete delle strutture pubbliche piemontesi è integrata dalla disponibilità di posti letto ospedalieri all'interno delle Case di cura neuropsichiatriche e di posti residenziali nelle strutture comunitarie gestite dal privato sociale o imprenditoriale, ai sensi della deliberazione del Consiglio regionale 28 gennaio 1997, n. 357 (Standard strutturali e organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modifica della DGR n. 191-37198 del 17 aprile 1990 ratificata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 9-9044 del 29 luglio 1990 e della DCR n. 245-11504 del 31 luglio 1986). Per completare la rete articolata dei servizi residenziali ormai da tempo compresi nel DSM è necessario colmare il vuoto legislativo inerente i Gruppi appartamento e le strutture afferenti alla Area della residenzialità assistita (Alloggi assistiti) prevedendo modalità di autorizzazione, vigilanza e obbligatorio accreditamento, così come viene ricordato dalla stessa DGR 28/09/2009 n.63-12253: "A seguito della Sentenza del TAR n. 2531 del 27.4.2005, che ha annullato la parte della DCR n. 357-1370/1997 che poneva esclusivamente in capo al DSM la gestione dei Gruppi Appartamento, introducendo, anche per queste tipologie assistenziali, la possibilità di gestione da parte di soggetti privati, si è resa necessaria una revisione normativa volta a disciplinarne le modalità di autorizzazione, accreditamento e vigilanza". Tale intervento è reso ancora più necessario visto l'incremento registrabile sia nella modalità di utilizzo dei Gruppi appartamento da parte dei DSM, sia nella quantità di risorse che vengono indirizzate su di essi.

Tra il 2000 e il 2010 tutte le strutture, pubbliche e private, sono state oggetto di percorsi di accreditamento indicati dalla normativa nazionale e regionale e dai piani sanitari e sociosanitari degli anni 1997/99 e 2007/10, che hanno anche consentito di giungere ad un'eccellente livello di integrazione con le università.

Sul piano del "Global Burden of Disease", infatti, la depressione, la schizofrenia ed il disturbo da uso di alcol sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, in termini di anni vissuti con disabilità. I ricoverati in Piemonte ogni anno con diagnosi di disturbo psichico sono oltre 8.500 con un eccesso di ricoveri per diagnosi di disturbo psicotico, da uso di sostanze, da uso di alcol e disturbo psico-organico; circa 41.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di neurolettici, per un totale di quasi 400.000 prescrizioni e più di 240.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di antidepressivi per un totale di circa 1.700.000 prescrizioni. Presso i DSM della Regione Piemonte vi sono circa 45.000 pazienti in trattamento ogni anno. Circa il 20% degli utenti in carico ai servizi per le tossicodipendenze vanno incontro ad almeno un ricovero in psichiatria/anno. I primi dati della ricerca ARESS sulle motivazioni principali ed associate di richiesta di pronta disponibilità psichiatrica in DEA mostrano che il 33% degli utenti hanno, quale motivazione primaria o secondaria, un disturbo da uso di sostanze. È dunque evidente la significativa affinità psicopatologica dell'utenza dei diversi servizi, estremamente simili tra loro anche dal punto di vista dei trattamenti integrati, che prevedono che ciascun utente, per quanto cronicizzato, debba essere sempre

considerato recuperabile ad una condizione di dignità esistenziale, scevra da ogni forma di stigmatizzazione e discriminazione, anche utilizzando trattamenti orientati alla prevenzione terziaria, e intervenendo in modo proattivo sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la cura, il monitoraggio, la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo. Tutto ciò indica la necessità di strategie più efficaci nella produzione di benessere, delineate facendo convergere gli sforzi e coordinando attività di prevenzione, di diagnosi e di cura tra SERT e DSM. Ulteriore ragione a sostegno di tale integrazione funzionale deriva dalla constatazione di quanto gran parte degli operatori interessati nei relativi percorsi di cura siano del tutto convergenti.

In particolare per i DSM è richiesto uno sforzo di modernizzazione rivolto in particolare a:

- codificare i diritti dei cittadini, identificando percorsi di cura in sinergia con le competenze assistenziali fornite dagli enti Locali, con particolare riferimento ai grandi agglomerati urbani;
- liberalizzare i servizi e garantire ai cittadini libertà di circolazione e accesso alle cure;
- semplificare l'organizzazione complessiva dei DSM rimuovendo le separazioni organizzative ed amministrative tra strutture allocate nelle ASL e strutture allocate nelle AO, ma appartenenti al medesimo DSM ed integrando funzionalmente tra loro tutte le aree di intervento omogenee;
- introdurre criteri di qualità verificabili, definire linee guida condivise, nonché protocolli per la gestione del rischio e degli eventi avversi;
- standardizzare le organizzazioni, le procedure ed i costi;
- introdurre modalità differenziate di finanziamento, sostenendo progetti di interesse regionale o locale, valorizzando le eccellenze e coniugando parte dei finanziamenti con le prestazioni.

Si tratta in concreto di realizzare un nuovo sistema di sanità pubblica per la salute mentale in cui, a fronte di una forte partecipazione del privato e di una reale inclusione dei servizi erogatori all'interno dei servizi, si assicurino centralità ed unicità di governo e di gestione tecnico-organizzativa; ove vengano definite le risorse e le modalità di gestione delle stesse nelle singole realtà strutturali e/o disciplinari, concertandone le finalità d'uso, la programmazione, le modalità di coordinamento e le responsabilità sui risultati dell'intero sistema di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, reinserimento sociale e ricerca.

4.1.2 Assistenza Psicologica

In tutto ciò a buon titolo si inserisce l'assistenza psicologica, la quale, proprio per suo mandato istituzionale, ha il compito, nell'ambito della rete sanitaria regionale, di contribuire alla tutela della salute individuale e collettiva, con specifico riguardo a quei fattori comportamentali, relazionali e sociali che rivestono un ruolo di rilievo tra i determinanti di salute e nei processi di diagnosi e cura (in ambito ospedaliero e territoriale), nonché ai fattori socio-organizzativi del sistema che risultano essenziali al suo buon funzionamento.

La DGR 29 marzo 2010, n. 101 (Istituzione del Coordinamento tecnico regionale dell'area della psicologia del SSR e nomina dei componenti) ha già infatti definito i diversi ambiti di intervento psicologico nelle aziende sanitarie, identificando i LEA per la psicologia nel SSR piemontese, nonché le aree prioritarie di azione. Il recente studio sistematico condotto dall'ARESS ha però evidenziato che le principali criticità delle attività psicologiche nelle aziende sanitarie derivano dal fatto che, a fronte di una domanda di intervento diffusa lungo uno spettro piuttosto ampio di necessità, le attività e i livelli assistenziali offerti risultano attualmente ancora molto differenziati e frammentati presso le diverse aziende, sia dal punto di vista delle risorse che degli ambiti e delle tipologie di intervento. Le attività psicologiche attualmente svolte sono prioritariamente rivolte ai seguenti ambiti:

- salute mentale e dipendenze;
- disagio psicologico adulti e derivante da dipendenze, disturbi di tipo nevrotico etc.;
- assistenza psicologica ai minori e tutela psicosociale;
- adolescenza;
- cure primarie e assistenza consultoriale;
- assistenza psicologica in patologie a elevato carico emozionale, psiconcologia e riabilitazione;
- psicogeriatrica e patologie dementigene.

Risulta pertanto prioritario, anche per la psicologia, riorientare l'evoluzione dei servizi secondo criteri di razionalizzazione e di integrazione. È però evidente come non basti disegnare un'unica organizzazione dei servizi, ancorché ben concertata, per ottenerne un funzionamento più snello, efficiente e razionale. La vera sfida è nel far calzare un'organizzazione potenzialmente eccellente su un territorio, come quello piemontese, così tanto connotato da variabili geografiche, demografiche, patologiche e sociali anche molto differenti tra i diversi territori. Basti pensare, ad esempio, a tutti gli studi condotti sui grandi agglomerati urbani che hanno già da tempo messo in risalto, in specie per la Città di Torino, la specifica complessità delle storie dei pazienti e dei percorsi di cura, in totale coerenza con i dati rilevati in altre ricerche sui contesti metropolitani. Questa specificità richiede un approccio che contenga stimoli evolutivi idonei a dotare i servizi di organizzazioni e di strumenti in grado di rispondere alle attuali esigenze di assistenza psicologica in ambito metropolitano e regionale. Pare necessario rimodulare i principi ordinatori per raccogliere le sfide che emergono dalle nuove condizioni di sofferenza e disagio.

Alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza (NPI) compete la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione della patologia neurologica, psichiatrica, cognitiva del bambino e dell'adolescente, nella fascia di età 0-18 anni.

La neuropsichiatria infantile è una disciplina medica specialistica con competenze sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale.

A livello distrettuale si sviluppano tutte le attività inerenti la tutela dei minori, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, i servizi sociali, l'autorità giudiziaria.

Tra i fattori di rischio di ordine psicosociale vi sono caratteristiche socio-demografiche tra cui povertà, situazioni di sovraffollamento e di stress familiare e, in particolare, patologie familiari come alcolismo, depressione, disturbi di personalità e conflitti coniugali. Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva i processi diagnostici e l'impostazione del progetto terapeutico e riabilitativo sono necessariamente il frutto di una valutazione globale multiprofessionale. Costituisce priorità assoluta la costruzione di percorsi di continuità assistenziale che prevedano l'integrazione tra componenti territoriali ed ospedaliere e dunque la realizzazione della rete.

4.2 Le dipendenze patologiche

La politica sanitaria piemontese sulle dipendenze patologiche si riconosce nelle strategie generali definite dall'UE e nel Piano di azione nazionale 2010-2013 approvato dal Governo. I punti fondamentali che caratterizzano la nuova politica sulle droghe si possono sintetizzare come segue:

- in base alle nuove evidenze scientifiche, e prescindendo dai diversi effetti psicoattivi delle differenti sostanze stupefacenti, tutte le droghe sono egualmente dannose e pericolose per la salute delle persone;
- non è lecito drogarsi e perciò non esiste un diritto a consumare droga, neppure occasionalmente;
- il tossicodipendente, per quanto cronicizzato, deve essere sempre considerato recuperabile ad una condizione libera dalle droghe e dalla dipendenza patologica. In questa prospettiva anche i trattamenti orientati alla stabilizzazione e prevenzione delle patologie correlate devono sempre collocarsi in un progetto terapeutico evolutivo;
- occorre contrastare ogni forma di stigmatizzazione e discriminazione rivolta ai soggetti con dipendenze patologiche, ai loro figli e alle loro famiglie.

Le aree di intervento principali sono:

- la prevenzione-informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (early detection) e approccio educativo;
- la cura e diagnosi delle tossicodipendenze-contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie appropriate e contestuale prevenzione delle patologie correlate;
- la riabilitazione ed il reinserimento sociale e lavorativo, attraverso risorse certe e dedicate in base al reale fabbisogno, presso centri articolati, in forma modulare, per differenti tipologie assistenziali e percorsi clinici e non per tipologia strutturale;
- il monitoraggio e la valutazione.

Il sistema dei servizi per le dipendenze piemontese, in base alla politica fin qui realizzata non è bilanciato in modo equilibrato fra le aree sopra indicate. E' necessario perciò prevedere, per i prossimi anni, un maggiore impegno nell'area della prevenzione, della riabilitazione e del reinserimento sociale. E' necessario sviluppare programmi territoriali di riabilitazione e reinserimento che facilitino l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti e l'assistenza delle loro famiglie.

4.3 Postacuzie e riabilitazione

Lo sviluppo di specifiche politiche sanitarie e sociosanitarie progettuali e attuative deve poter garantire nel sistema socio-sanitario piemontese risposte appropriate e coerenti con l'evoluzione del quadro epidemiologico, adeguate e sostenibili. Lo scopo dell'intervento riabilitativo è quello di "guadagnare salute", in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (Conferenza di Madrid del 2002, Anno europeo della persona disabile). Pertanto, compito dell'intervento riabilitativo è quello di definire la "persona" applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF) per poi realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa, nell'ottica del reale empowerment, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto.

Il cambiamento epidemiologico in atto sta modificando in modo radicale la domanda di salute della popolazione. Le patologie cronico-degenerative, l'invecchiamento della popolazione e l'evoluzione tecnologica impattano sulla domanda di salute. Questo cambiamento di scenario ha ricadute importanti sul sistema delle cure che, rispettando i criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza, deve rispondere ai nuovi bisogni di salute con logiche di servizio innovative che tengano conto della necessità di una visione organica e integrata tra sanitario e sociale anche al fine di garantire gli interventi sanitari appropriati, la continuità dei percorsi delle cure e la razionalità nell'uso delle risorse, alla luce dell'attuale indispensabile recupero di appropriatezza, efficienza e sostenibilità degli interventi. In questo contesto, in un sistema di servizi per la salute a diversi livelli e specificità (acuzie, post-acuzie, cronicità), diventa elemento centrale la definizione delle relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative che all'interno di ciascuna, al fine di combinare le esigenze di qualità e di efficienza operativa di ciascuna struttura operativa con le ragioni della efficienza allocativa del sistema.

Occorre in primo luogo individuare una rete di risposte destinate alla fase estensiva del percorso assistenziale, tipica di persone con disabilità complesse e/o patologie cronico-degenerative gravemente invalidanti che necessitano di maggiore intensità d'intervento riabilitativo e assistenziale, onde evitarne l'inappropriato protrarsi della permanenza nei reparti ospedalieri o in strutture di lungodegenza.

La programmazione secondo il concetto di “rete” è una logica di organizzazione che garantisce, attraverso una rete di servizi, una completa presa in carico nelle varie fasi da quella ospedaliera a quelle territoriali, assicurando continuità nelle cure.

L’attuazione di un siffatto modello di servizi ha delle profonde implicazioni:

- l’omogeneità dei servizi misurata prioritariamente sulla capacità degli stessi di garantire equità di accesso della popolazione ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato;
- la prevalenza dell’efficienza allocativa del sistema sulla efficienza operativa del singolo servizio (la localizzazione del servizio è in funzione della esigenza della rete) e l’efficienza della rete sono indirizzate alla soddisfazione del fabbisogno;
- le caratteristiche che devono possedere i vari punti della rete al fine di garantire le funzioni assegnate.

L’attuazione ed il funzionamento in rete ha come presupposto principale la collaborazione tra i servizi che costituiscono la rete, secondo i diversi livelli di complessità dell’intervento attribuiti ai medesimi attraverso anche una precisa ridefinizione dei criteri. Le criticità oggi particolarmente evidenti sono rilevabili nel passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica delle malattie e nello scarso governo clinico-assistenziale delle fasi di integrazione dei servizi fra ospedale e territorio. L’osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune attuali forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie, di conseguente disabilità e fragilità, insito ad esempio nell’invecchiamento e nel reinserimento al domicilio soprattutto nelle aree metropolitane ed in quelle rurali o montane. I pazienti fragili “non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie”, sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di interventi;
- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale nel ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriata delle loro funzioni;
- l’assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente.

Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che arrivano in pronto soccorso e che vengono successivamente ricoverati soprattutto nelle discipline di area medica: riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con elevata prevalenza di comorbilità, con disabilità e deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti. Realtà predittiva di una epidemiologia dei pazienti che si sta modificando in modo significativo.

Una appropriata gestione dei percorsi clinico assistenziali, per rispondere ai bisogni di tali pazienti, deve rispondere ai seguenti criteri:

- coerenza tra i tempi utili all’ospedale per l’acuzie e quelli necessari per l’attivazione del setino successivo;
 - funzionamento di tutti i punti della “rete” dei servizi interessati;
 - realizzazione di piani di assistenza post-dimissione condivisi tra ospedale e territorio;
 - incentivazione dell’assistenza domiciliare e residenziale;
 - appropriatezza di ricovero in tutti i setting della rete a partire dalla fase acuta in ospedale;
- sulla base di specifici indicatori di funzione e valori soglia di degenza.

Un adeguato inquadramento dell’intensità dei bisogni dei pazienti in relazione all’aspetto clinico-internistico, assistenziale e riabilitativo, terminata la fase acuta, permette di realizzare azioni di sistema che garantiscano al cittadino il miglior livello di cure secondo il necessario livello di graduazione.

L’ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili alle esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere insicurezza al domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria ed assistenziale.

La realizzazione della conseguente articolazione organizzativa permetterebbe di perseguire una maggiore appropriatezza di intervento dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia, di dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-riabilitativi e assistenziali del paziente fragile di ogni età portatore di menomazioni, con la possibilità di indirizzare i pazienti “gravi” verso setting diversi sia in termini di organizzazione che in termini di costi di risorse. In questo contesto appare fondamentale il ruolo dei singoli distretti delle ASL, in quanto deputati a svolgere le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta, attraverso lo sviluppo delle reti assistenziali, dei percorsi organizzativi, dei sistemi di valutazione di outcome relativi alla popolazione generale, e di programmazione.

Premesso quanto sopra, risulta evidente la necessità di ridefinire l’area di intervento che si occupa di quei pazienti che, superato l’evento critico contestuale al ricovero in ospedale per acuti, hanno ancora bisogno di continuità terapeutica-assistenziale e riabilitativa. In merito alle attività riabilitative l’offerta sanitaria deve tenere conto delle caratteristiche quali-quantitative della popolazione di riferimento e dell’incidenza e prevalenza dei principali quadri di disabilità presenti. Deve altresì qualificare la medesima offerta sanitaria dando una risposta differenziata in relazione alle diverse caratteristiche e complessità delle disabilità, individuando ed attivando in rete percorsi predefiniti di continuità assistenziale–disabilità dipendenti, assicurando la disponibilità di setting riabilitativi completi di tutte le fasi ospedaliere e territoriali a livello di ambito territoriale interaziendale (3° livello, 2° livello, 1° livello e attività domiciliare) per la realizzazione del “progetto riabilitativo individuale”.

Ai fini del governo clinico e della razionalizzazione della rete dei posti letto di riabilitazione dell'area di post-acuzie si rende pertanto attualmente necessario individuare e realizzare azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale attraverso un'azione monitorata che individui in ogni setting riabilitativo indicatori specifici con valori soglia e criteri oggettivabili di complessità assistenziale e riabilitativa e di funzione nell'ambito della rete.

A tale riguardo, conformemente al Piano nazionale di indirizzo della riabilitazione recentemente approvato (G.U. n. 50 del 2 marzo 2011) e all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011), le attività di riabilitazione intensiva vanno rivolte a pazienti ad alta complessità che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale e sono erogate presso presidi ad alta specializzazione che comprendono anche gli IRCSS, i policlinici e le strutture private accreditate. Vanno dedicate al tal fine strutture per la fase acuta e strutture per la gestione delle complicanze in fase stabilizzata e, al venir meno delle esigenze diagnostiche ad alta complessità erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, è opportuno ricorrere alla riabilitazione intensiva extraospedaliera sul territorio.

L'utilizzo corretto della rete della riabilitazione deve poter garantire il coordinamento e la continuità del percorso terapeutico con il passaggio del paziente a setting a minore impegno al mutare delle condizioni di intensività e con l'introduzione di criteri oggettivabili di complessità assistenziale e riabilitativa (indicatori).

Pertanto, la riorganizzazione della rete della post-acuzie e la sua costante monitoraggio nel tempo consentirà di liberare risorse a favore della realizzazione di una funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria per i pazienti il cui bisogno assistenziale è prevalente rispetto alla parte clinico-internistica che pure è presente in modo significativo.

4.4 Gli anziani non autosufficienti . Criticità

Attualmente il sistema dei servizi socio-sanitari regionali è caratterizzato dai seguenti elementi di criticità:

- insufficienza delle interfaccia e dei collegamenti tra i diversi servizi sanitari socio-sanitari e sociali che offrono i servizi sanitari e socio-sanitari agli anziani nelle diverse fasi del percorso di cura, riabilitazione e lungo-assistenza;
- inadeguata e/o insufficiente presenza quali/quantitativa dei servizi domiciliari e residenziali;
- inapproprietezza dei percorsi degli assistiti nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- scarso coinvolgimento nei piani di cura degli anziani e delle loro famiglie.

Molte criticità sono riconducibili alle sovrapposizioni e difficoltà di coordinamento tra strutture organizzative del servizio sanitario regionale, tra queste strutture e quelle dei servizi sociali dei comuni, tra strutture del sistema di welfare pubblico e quelle del welfare del privato sociale.

Il modello organizzativo In questo senso si intende proporre un nuovo modello organizzativo integrato, in grado di realizzare un insieme di programmi sanitari ed assistenziali a livelli differenti di intensità assistenziale e li eroghi ai residenti di una determinata area geografica (distretto socio-sanitario). Il nuovo modello integrato di cure flessibili deve essere in grado di dare risposte adeguate ai bisogni clinico-riabilitativo-assistenziali della popolazione, in particolare se fragile e anziana, con la possibilità di indirizzare il paziente verso i setting appropriati in termini di organizzazione e di risorse, garantendo una rete integrata di servizi fra ospedale e territorio con valorizzazione delle diverse figure professionali coinvolte. Il percorso deve tenere conto di tutte le fasi dell'assistenza al paziente fragile e cronico, dalla prevenzione alla presa in carico, alla rivalutazione e agli esiti. Il distretto assume un ruolo peculiare in quanto luogo fisico della gestione, del coordinamento e della responsabilità istituzionale/organizzativa dell'intero percorso sanitario e socio-assistenziale del paziente.

A livello distrettuale l'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) e l'Unità Valutativa Geriatria (UVG), valutano i bisogni dell'anziano, predispongono il piano di assistenza individualizzata e assegnano al Case Manager, abitualmente figura infermieristica, in grado di procedere ad una valutazione multidimensionale continua dei bisogni sanitari e sociali, il compito di coordinare la realizzazione del piano di assistenza e la successiva modulazione delle risposte. Il case manager è l'operatore chiave dell'équipe distrettuale, che attivamente gestisce e coordina gli interventi sanitari ed assistenziali realizzati dai diversi attori del piano assistenziale e ne consente la gestione in autonomia all'anziano e alla sua famiglia. Il MMG resta il primo responsabile della diagnosi, della cura e del follow-up medico, mentre i vari specialisti e professionisti sanitari e sociali collaborano per quanto di competenza ed il geriatra è lo specialista di riferimento per il coordinamento dei processi valutativi multidimensionali e per le situazioni di particolare complessità e fragilità del paziente anziano. La funzione della continuità assistenziale, presente a livello distrettuale, prende in carico i pazienti di ogni età, in particolare se fragili e disabili, e nel caso degli anziani ne gestisce la programmazione della dimissione dalle strutture organizzative ospedaliere per acuti, graduando per livelli di intensità clinica ed assistenziale la tipologia di risposta da offrire e interagendo attivamente con la famiglia e la rete relazionale di appartenenza.

Gli obiettivi di piano: Sono obiettivi da realizzare nel periodo di validità del piano socio-sanitario:

1. la realizzazione di un sistema integrato, a livello di distretto socio-sanitario, di pianificazione strategica sanitaria e sociale, di finanziamento programmato e coordinato, di valutazione e verifica della qualità delle prestazioni fornite dai soggetti produttori delle prestazioni domiciliari e residenziali;
2. la revisione del modello organizzativo gestionale dei servizi domiciliari, con la piena applicazione della l.r. n.10/2010 e residenziali, attraverso una riduzione delle rigidità e delle segmentazione, insite nei modelli in uso e la possibilità da parte dei soggetti erogatori di fornire prestazioni multiple (residenziali, domiciliari ad alta intensità, domiciliari di lungo assistenza, sociali di animazione ed assistenza alla persona);

3. il miglioramento del governo clinico del percorso assistenziale dell'anziano non autosufficiente, dal momento della dimissione ospedaliera a quello della presa in carico da parte della rete dei servizi distrettuali attraverso la presenza di un'efficace leadership clinica e professionale a supporto dell'anziano e della sua famiglia e l'introduzione nella pratica assistenziale della figura del case manager;
4. lo sviluppo di setting pro-attivi tra servizi di welfare, l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia e le risorse mobilitate dalle comunità piemontesi nel percorso di cura e di assistenza.
5. la Clinica della memoria. Tra le cause di fragilità della popolazione anziana sempre più diffuse figurano le malattie dementigene, quali ad esempio l'Alzheimer. A tal riguardo, tra le strutture la cui realizzazione la Regione intende promuovere, vi è la cosiddetta "Clinica della memoria" di Collegno, quale centro per la cura delle patologie dementigene e parzialmente dedicato alle cure dell'Alzheimer anche tramite la realizzazione di centri diurni.

4.5 Le persone con disabilità: Criticità

Le criticità attualmente presenti nel sistema dei servizi socio sanitari destinati alle persone con disabilità sono principalmente:

- disomogeneità nella presa in carico integrata socio sanitaria, che deve essere finalizzata all'attuazione di percorsi personalizzati ed individualizzati specifici per patologia prevalente e livello di disabilità posseduta;
- carenza di continuità nel percorso di presa in carico del disabile nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta e a quella anziana da parte dei singoli servizi correlati alle diverse fasce d'età;
- disomogenea presenza quali/quantitativa dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Il modello organizzativo. Come per gli anziani non autosufficienti, il modello organizzativo proposto identifica nel distretto socio sanitario il punto di predisposizione e di attuazione dei programmi sanitari ed assistenziali articolati sulla base di differenti livelli di intensità assistenziale. Le persone con disabilità necessitano di modalità di presa in carico più individualizzate e personalizzate con una maggior rispondenza ai bisogni specifici ed in particolare, per le persone in situazione di grave disabilità, progetti individualizzati con finalità clinico assistenziali. Pertanto, una corretta definizione degli interventi da attivare deve essere basata su un approccio alle problematiche delle persone tenendo conto del loro bisogno, sia esso sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale. Il distretto rappresenta il livello di governo territoriale per l'avvio, per il corretto svolgimento del processo valutativo e della conseguente definizione del progetto individuale, per la sua sostenibilità e per il suo monitoraggio nel tempo. A livello distrettuale l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD), o l'UMVD Minori, valuta i bisogni delle persone con disabilità e predispone il progetto individuale, che deve comprendere gli obiettivi di autonomia e di inclusione sociale, l'indicazione dei servizi e delle prestazioni necessarie per il raggiungimento di tali obiettivi, nonché le modalità di attuazione ed i tempi di verifica. A questo livello viene individuato il responsabile del progetto individuale il quale esercita il ruolo di riferimento della persona (case manager) durante tutto il percorso.

Nell'impostazione degli interventi socio sanitari da attivare è fondamentale l'analisi del bisogno che deve condurre, nell'ambito di un percorso condiviso con la persona e/o la sua famiglia, ad una elaborazione di un progetto che accolga, non solo le limitazioni, ma soprattutto le potenzialità del soggetto richiedente e del suo contesto di vita. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona interessata sono sempre informati, da parte dell'UMVD o UMVD Minori, dell'esito della valutazione e della predisposizione del progetto individuale dell'assistito che hanno in carico.

Gli obiettivi di piano. Sono obiettivi da realizzare nel periodo di validità del piano socio-sanitario:

- la revisione del modello organizzativo gestionale dei servizi domiciliari, con la piena applicazione della legge regionale n. 10/2010;
- la revisione del modello di assistenza residenziale e semiresidenziale con la previsione di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale al fine di renderlo maggiormente adeguato ai variegati bisogni della popolazione disabile;
- miglioramento della presa in carico da parte della rete dei servizi distrettuali attraverso un adeguato percorso di valutazione del bisogno e della conseguente predisposizione di un progetto individuale rispondente ai bisogni specifici delle persone con disabilità.

L'inserimento lavorativo. Al fine di contribuire all'integrazione delle persone con disabilità, le aziende sanitarie danno piena applicazione della legge 68/1999 per favorirne l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale. Le aziende sanitarie 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 si impegnano alla scrupolosa osservanza delle previsioni della legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) sia per quanto riguarda i propri organici sia per quanto riguarda gli organici dei terzi accreditati.

Inoltre le aziende sanitarie regionali destinano alle convenzioni di cui all'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali) e ad altre forme di affidamenti con clausole sociali quali quelle previste dall'articolo 52 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE) una quota non inferiore all'1,5 per cento del volume degli affidamenti dell'anno per l'acquisto di beni o

servizi. Entro la suddetta percentuale e compatibilmente con il tipo di attività da prestare, le direzioni regionali e le aziende sanitarie regionali possono definire una quota di inserimenti di persone con disabilità intellettiva, disabilità fisica con limitata autonomia e malattia mentale.

4.5.1 Miglioramento delle procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile

Dal 1 gennaio 2010, la legge 3 agosto 2009, n. 102 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali) ha individuato nuove procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile, affidandole a commissioni mediche delle aziende sanitarie locali integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo, anche se l'accertamento definitivo viene effettuato dall'INPS. L'avvio della nuova procedura di riconoscimento, che prevede una forma di collaborazione ed interazione attraverso commissioni mediche congiunte tra INPS e ASL, ha creato ritardi nell'iter procedurale, anche a causa dell'incompatibilità tra i sistemi informatici delle ASL e dell'INPS, che hanno portato ad un grave rallentamento del riconoscimento dell'invalidità civile e delle provvidenze collegate. Per tali motivi, è necessario individuare nuove misure di miglioramento del percorso di riconoscimento dell'invalidità civile, provvedendo, sulla base della normativa statale vigente, alla stipula di una nuova convenzione tra Regione Piemonte e INPS volta ad esperire nuove soluzioni tecnico-operative, che rendano meno oneroso per i cittadini il procedimento di riconoscimento di invalidità civile.

Obiettivi della nuova convenzione sono:

- ridurre i tempi per il riconoscimento dell'invalidità civile;
- rendere omogeneo sull'intero territorio regionale il procedimento per l'ottenimento dei benefici, evitando la frammentazione delle metodologie impiegate nei diversi territori;
- omogeneizzare i parametri di valutazione utilizzati per gli accertamenti sanitari su tutto il territorio regionale.

Tra le varie soluzioni, l'affidamento all'INPS, che opera per competenza territoriale in base ai codici di avviamento postale, del ciclo completo delle valutazioni medico-sanitarie, rappresenta una delle soluzioni più efficaci ed efficienti. Tale soluzione, prima della sua adozione a regime dovrà essere sottoposta a sperimentazione annuale, al fine verificare i risultati attesi di miglioramento dei tempi di attesa per l'espletamento delle visite relative all'invalidità civile e quelle connesse alla condizione di handicap.

Osservazioni che si evidenziano da questa impostazione del PSSR 2011-2015, specie per quanto concerne il diritto alla salute e alle cure, all' integrazione sociosanitaria.

Osservazioni generali

L'impostazione del Piano denota una inversione culturale in tema di salute e sanità. Si transita

- da dimensioni di responsabilità sociale pubblica, da organiche forme di partecipazione – coprogettazione per garantire diritti esigibili, opportunità per costruire alleanze trasversali sul bene salute,

- allo smarrimento nella definizione di garanzie, alla mercificazione dei servizi ove l'unico valore dominante pare essere l'economia nelle transazioni monetarie, ove prevale l'individualizzazione dei bisogni e dei percorsi assistenziali a scapito di una visione olistica della persona e del cittadino, a detrimento della comunanza (civitas) sulla salute come fatto etico di effettivo "interesse della collettività".

In sostanza, le linee politiche del Piano abbandonano la sfida di conciliare l'economia (una sana economia) con gli orientamenti espressi negli ultimi decenni – a livello internazionale e nazionale – per considerare la salute questione educativa, sociale e politica, per de-sanitarizzare la salute, per corretti interventi per pre-venire rischi e danni, per affrontare le vecchie e nuove fragilità e vulnerabilità, per superare le disuguaglianze e le discriminazione nella fruizione di questo bene comune, per consolidare le strutture sociali e sanitarie del territorio.

Nel merito, l'aspetto in assoluto più preoccupante è la determinazione di annullare, o ridurre drasticamente, la partecipazione alla programmazione-gestione-valutazione del sistema sociosanitario regionale. Partecipazione

- delle istituzioni democratiche: la Conferenza dei Sindaci è espropriata delle funzioni di valutazione sull'operato delle direzioni generali delle A.S.O.; con questa operazione si configura una gestione totalmente delegata al rapporto tra Regione e Direzioni generali delle A.S.O..

- dei diversi attori della sussidiarietà, limitata all'affidamento dei servizi.

Emerge una drastica riduzione e concentrazione dei luoghi di decisione e degli interlocutori del sistema, smentendo nei fatti il principio declinato in termini di "libertà di partecipazione"; la partecipazione dei cittadini è relegata a non meglio definite modalità di condivisione dei costi e di rilevazioni customer satisfaction.

In un contesto in cui non si nominano i soggetti (le persone donne e uomini con i loro diritti alla salute e alle cure) sono ignorate (cancellate ?) sedi naturali di co-programmazione e co-progettazione quali

- i Profili e Piani di salute, sede in cui Sindaci e amministratori locali contribuivano alla programmazione, forti della loro esperienza e rappresentanza dei bisogni espressi

sul proprio territorio,

- i Piani locali della salute mentale e delle dipendenze con i Comitati di partecipazione nei dipartimenti: coinvolgevano SERT e Servizi Psichiatrici, realizzando l'indispensabile confronto professionisti, associazioni, terzo settore,
- il Governo Clinico: strumento di coinvolgimento dei professionisti nell'individuare alcuni obiettivi sulla prevenzione, sui presidi ospedalieri, sul territorio su cui impegnarsi e su cui ottenere risultati),
- la Conferenza di partecipazione: attivata a livello di A.S.L. e di A.S.O. come strumento di confronto tra direzione – operatori – forze sociali.

In sostanza, il modello "aziendale" del sistema dei servizi sociosanitari regionali, come configurato dalla proposta di Piano, procura una preoccupante inversione di tendenza sia sul valore politico-culturale della Salute e del Diritto alla Salute e alle cure, sia nel merito, poiché è stato costruito prescindendo dalle realtà concrete dei territori e dagli obiettivi espressi dalle popolazioni e dai loro referenti a livello locale.

Osservazioni specifiche

Sull' ASSISTENZA TERRITORIALE E CURE PRIMARIE

Vantaggi, da verificare

L'intenzionalità verso la promozione dell'assistenza territoriale, vista come garanzia di risposta ai nuovi bisogni di salute, luogo della continuità assistenziale, sfida di efficienza economica delle cure

Problemi e Rischi, Domande

La centralità dell'assistenza territoriale si scontra con le soluzioni organizzative individuate, a cominciare dalla separazione dei presidi ospedalieri dalle A.S.L. e dalla conseguente complicazione per la continuità assistenziale.

- Quale differenza sussiste tra Centri di Assistenza Primaria (CAP) e Gruppi di Cure Primarie e Case della Salute previste dal precedente PSSR ?
- Chi saranno i medici di medicina generale impegnati nei CAP incaricati di sviluppare la medicina di iniziativa, di intercettare la domanda di emergenza di bassa complessità, di curare la presa in carico della cronicità?
- Quale organizzazione e quali risorse per i CAP si pensa di mettere in atto in un contesto che pare fortemente caratterizzato da una vision centrata sugli ospedali ?
- Si sono avviate verifiche con i professionisti per sondarne la disponibilità ad intervenire a livello di CAP ?
- Se le A.S.L. potranno acquistare solo i Livelli Essenziali di Assistenza che fine faranno altri tipi di servizi come gli inserimenti lavorativi o le comunità residenziali?
- Che ne sarà della sperimentazione sui 23 gruppi di cure primarie e della possibile estensione grazie al cofinanziamento del Ministero della Sanità ?

Sul RIORDINO ORGANIZZATIVO

Elementi generali

- Il Piano propone di distinguere funzioni di tutela (che rimangono in capo alle A.S.L.) da quelle di produzione/erogazione delle prestazioni (che vengono affidate alle A.S.O./A.S.O.U.).
- Per arrivare a questa soluzione si vanno a incorporare le A.S.O./A.S.O.U e gli attuali presidi ospedalieri dalle A.S.L. su cui finora insistevano ed erano organicamente inseriti. Tutti i presidi ospedalieri e le Aziende Ospedaliere confluiscono poi in sei nuove Aziende Ospedaliere "cluster", in cui a seconda del tipo di prestazioni che è in grado di erogare, ogni ospedale viene gerarchicamente classificato come: di riferimento, cardine, di prossimità.
- Si cita lo sviluppo dell'"empowerment", senza prevedere alcun strumento concreto di applicazione di questo principio, ma – al contrario – innestando logiche burocratiche, accentratrici e decisioniste
- Si cita l'integrazione socio-sanitaria, ma nel concreto vengono trattati solo aspetti prettamente sanitari, sottovalutando le componenti sociali degli interventi
- E' ignorata la programmazione sociale che deve mantenersi fortemente interrelata alla programmazione sanitaria
- La rete dei servizi socio-sanitari rischia di essere messa in crisi dai tagli lineari del personale
- Non si comprende come verrà assicurata la partecipazione dei cittadini alla costruzione delle politiche sanitarie, sociosanitarie e assistenziali. Si ritiene necessario attivare immediatamente tavoli di concertazione tra Regione e territorio per l'attuazione dei LEA e per la definizione a livello regionale dei livelli essenziali delle

- prestazioni sociali, anche ad implementazione delle indicazioni nazionali.
- Risultano praticamente ignorate le aree dei **Servizi di salute mentale e dei Servizi per le dipendenze e si manifestano decise tendenze** alla vision ospedalizzante di questi Servizi

Sulla RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALIERO

Il piano intende scorporare tutti gli ospedali dalle A.S.L. di territorio prevedendo aziende ospedaliere di vaste dimensioni impostate su una gerarchia ospedali di riferimento – cardine - di prossimità.

Vantaggi da verificare:

- economie di scala attraverso una maggior efficienza di produzione delle cure ospedaliere, diminuzione del ricorso ai presidio ospedalieri
- superare il conflitto di interesse tra le funzioni di gestione e quelle di controllo attribuite alle A.S.L.
- migliorare l'integrazione inter intraprofessionale attraverso l'appartenenza alla medesima azienda sanitaria

Problemi e Rischi:

- confusione concettuale tra reti cliniche e reti tra i presidi dentro ad un'unica azienda.
- Separazione tra attività A.S.O. e attività A.S.L. specie per la continuità delle cure. Questo rischio è altissimo considerando la scomparsa del dipartimento della continuità previsto dalla pianificazione precedente (non è sufficiente il generico affidamento della continuità al distretto delle A.S.L. e alla Direzione di Presidio delle A.S.O.)
- Le aziende ospedaliere potrebbero acquistare ancora maggiore potenza contrattuale ed assorbire ulteriori risorse dai già precari finanziamenti dei servizi territoriali. Quindi vision ospedalocentrica anche perché non sono stati effettuati studi nel merito del riparto del budget tra A.O. e A.S.L..
- Si possono sviluppare ulteriori difficoltà a governare la domanda ed a orientare verso il territorio le eventuali economie derivanti da una maggior efficienza ospedaliera (che non è affatto scontata !)
- Insorgenza di conflitti di interesse poiché il nuovo modello organizzativo trasferisce significative quote gestionali in capo alla Regione limitando alle A.S.O. – A.S.L. mere funzioni attuative degli indirizzi regionali, peraltro con il mandato di organizzare le proprie strutture secondo modelli rigorosi e predefiniti, acquistando servizi nei limiti del budget assegnato
- La riorganizzazione proposta avrà necessariamente tempi lunghi poiché ci si prefigge di dividere e riaggregare centri di costo. Esperienze di operazioni consimili dimostrano che in queste condizioni i costi - nel medio periodo – non solo non diminuiscono ma addirittura aumentano

Domande:

- Quali funzioni di prestazione verranno conservate in capo alle A.S.L. ? (vds in part servizi di salute mentale, servizi per le dipendenze, consultori)
- Sono definitivamente perduti i fondi (oltre 40 milioni di euro) stanziati oltre 10 anni fa dal Ministero della Sanità per la lotta all'AIDS ?

Sul RAPPORTO CON I PRIVATI

Vantaggi da verificare

apertura di nuovi settori al mercato privato per quanto riguarda le funzioni di service all'esercizio della vera e propria attività di assistenza sanitaria assistenza (informatica, logistica, economato, immagazzinamento, ecc.)

Problemi e Rischi

Cedere al privato ed al privato sociale la gestione di strutture oggi in mano ad A.S.L. e Consorzi - al di là delle valutazioni eminentemente legate a ragioni di opportunità politica nel merito della perdita delle competenze pubbliche per controllare e negoziare - rende altissimo il rischio di drastica riduzione della qualità dei servizi concomitante alla perdita di diritti, di salario, all'aumento della precarizzazione per i lavoratori del settore sociosanitario. Ipotizzare la "cessione" ai privati e al privato sociale dei servizi sociali e sanitari, comporta una gravissima distorsione dei principi di solidarietà e sussidiarietà, la insostenibile rinuncia al controllo pubblico del sistema regionale di welfare con il sensibile pericolo di innesto di sistemi clientelari.

E' consistente il pericolo che le eventuali economie di scala, qualora si realizzassero effettivamente, avvengano a scapito di componenti decisive quali la qualità del servizio ed i diritti del lavoro.

L'introduzione dei ticket sulla base del costo della prestazione rende meno competitivo il sistema pubblico rispetto a quello convenzionato.

Domande

Come garantire che il settore del privato ed il settore del privato sociale valutino il nuovo PSSR sulla base della loro rappresentanza sociale (cioè i reali interessi della popolazione destinataria di servizi e le prestazioni, specie le componenti più fragili) e non (o non solo) sugli interessi pratici che vengono loro offerti dalla nuova organizzazione ? Come verranno coinvolte queste componenti nei diversi percorsi di coprogrammazione ?

Che ne sarà delle sperimentazioni gestionali (oggetto di specifici accordi con le confederazioni sindacali) avviati dalla precedente Giunta ?

Sul FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Vantaggi da verificare

L'istituzione del Fondo regionale per le non autosufficienze, potrebbe rappresentare una risposta parziale al tema dell'esigibilità dei diritti riconosciuti dalla Convenzione ONU (vds art. 19 - Diritto alla vita indipendente e di cittadinanza). Potrebbe anche rappresentare una forma di razionalizzazione, prevedendo che A.S.L. – Comuni - Consorzi socio-assistenziali intervengano in diverse forme per erogare prestazioni e servizi alle persone non autosufficienti, permettendo l'emersione delle diverse potenzialità, consentendo una migliore negoziazione in ordine al mantenimento e all'incremento del fondo stesso.

Problemi e Rischi

- Rispetto al grave problema delle liste d'attesa si prevede un fondo composto dalle sole risorse sanitarie esistenti. Non se ne conosce l'entità, non ha una destinazione vincolata, non sono assicurati standard di prestazioni certi.
- Il fondo si limita a compattare diverse fonti di finanziamento oggi esistenti (solo sanitari e generalmente in contrazione) ma non ne implementa di nuove.
- Rischio che le ripetute dichiarazioni sulla necessità di liberare risorse dalla sanità ai fini della spesa sociale, portino a considerare la non autosufficienza (in quanto cronica) più tra gli obblighi di solidarietà sociale che tra quelli del diritto alle cure. Ciò rappresenterebbe una forte regressione rispetto alla cultura costruita in Piemonte e agli stessi LEA nazionali.

Domande

- A quanto ammonta il fondo ? Ha una destinazione vincolata ?
- Vengono assicurati standard affidabili rispetto alle prestazioni ?
- Quali i criteri di pianificazione dell'assistenza (es. la valutazione multidimensionale) e di gestione (separata tra A.S.L. e Enti gestori in base ad una ripartizione del fondo che verrà stabilita dalla Giunta) ?
- Come verranno assicurati i diritti esigibili alle persone con disabilità non definite come 'non autosufficienti' (vds ad es. persone con disabilità intellettiva o sensoriale), ma necessitanti di interventi di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale ?

Sulla COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

La compartecipazione dei cittadini alla spesa - sia attraverso l'uso dei ticket sanitari "modulati" per reddito, sia attraverso la creazione di una sanità complementare sostenuta da forme di finanziamento integrativo o assicurativo - come prevista dalla Giunta regionale comporta i seguenti rischi:

- i fondi sanitari integrativi possono minare alla base i principi di universalità e gratuità su cui si fonda il nostro servizio sanitario
- il sistema previsto per la compartecipazione dei cittadini alla spesa può provocare una drastica restrizione del diritto alla salute: l'esperienza ha ampiamente dimostrato che il ticket colpisce i malati nel momento del bisogno, non scoraggia i consumi inappropriati (inferisce sul malato non sul sanitario che proscrive), presenta elevati costi di amministrazione che a volta superano i ricavi
- che si reiteri, o addirittura si dilati, la disuguaglianza sul sistema di pagamento dei tickets (che aumentano all'aumentare del costo della prestazione)
- che con l'assistenza sanitaria integrativa si distrugga la gratuità e l'universalità del diritto. In sostanza, rischio reale di un sistema in cui occorre pagare per avere servizi di

qualità; e in cui si forniranno servizi sempre più minimalistici e dequalificati a chi non è in grado di pagare ! Rischio quindi della cancellazione del concetto di progressività: in sostanza, il cittadino che possiede meno risorse deve sperare di non ammalarsi e di non aver bisogno di prestazioni costose !

Domande

quale ruolo avranno sul mercato finanziario questi fondi assicurativi di sanità integrativa ? Come si muoveranno? Chi li gestirà? Con quale responsabilità sociale?

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 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.

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.

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 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 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 - Consulenti pediatrici - Consulenti familiari - Consulenti 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 fruitive.

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
- 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.

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 geriatrica 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.

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.

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.

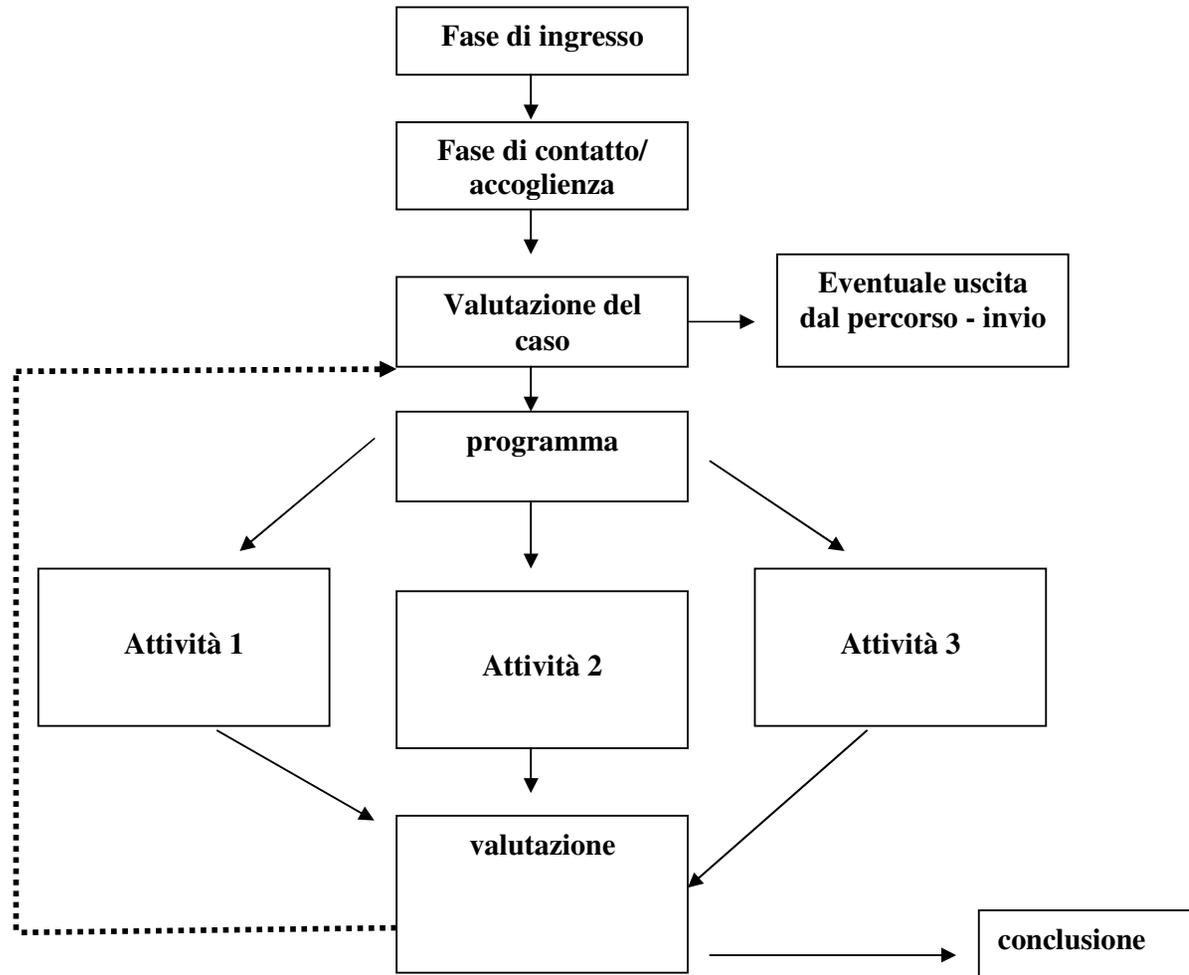
Per la CITTA' DI TORINO dal mese di novembre 2006 è in funzione il sistema di prenotazione attraverso il "SOVRACUP", presso l' ASL1, ASL2, ASL3, ASL4, e le ASO S.Giovanni Battista, CTO, Sant'Anna/Regina Margherita e Osp. Mauriziano.

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:

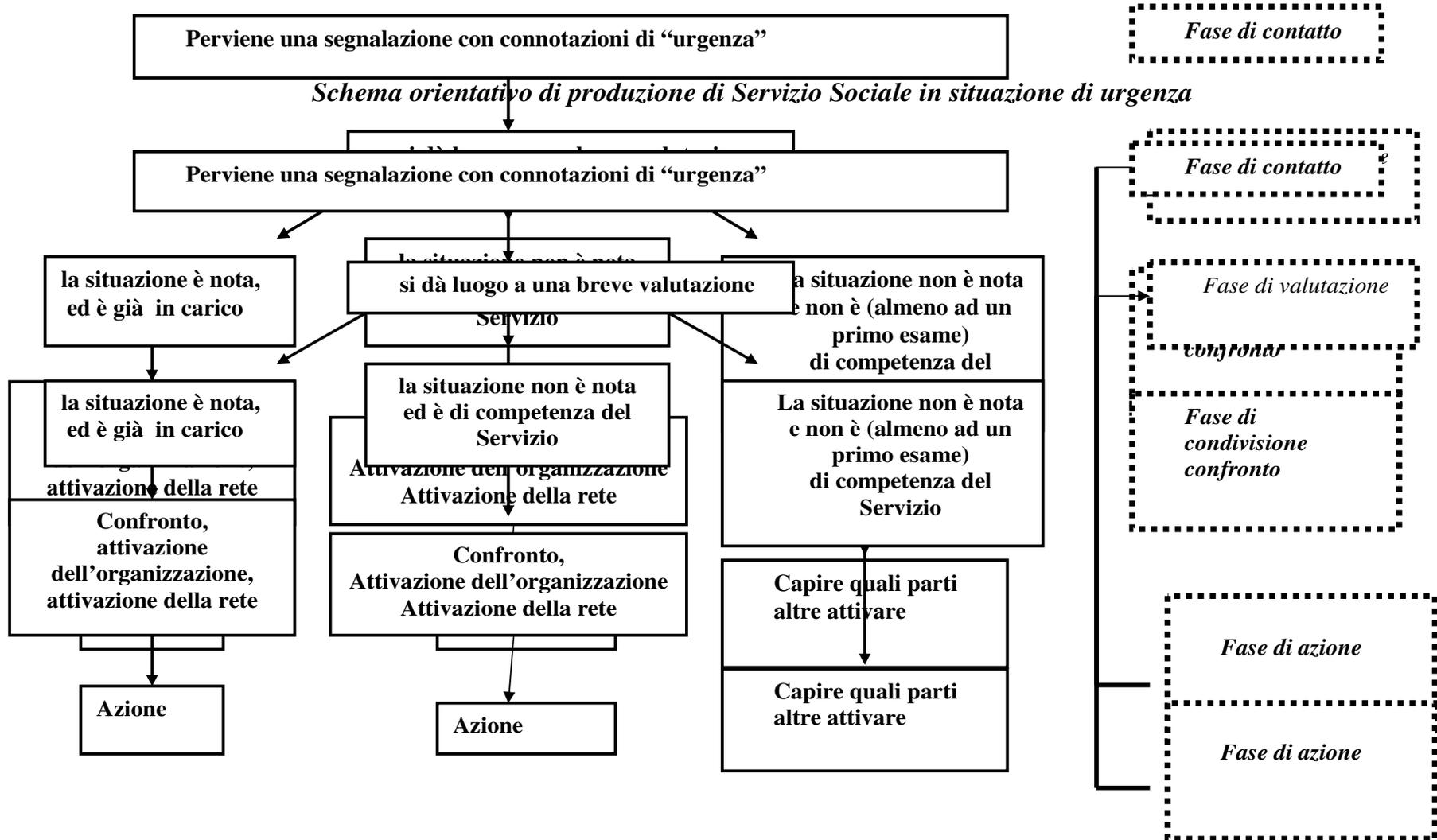
- prenotare visite specialistiche e controlli diagnostici su tutte le Aziende Sanitarie integrate nel sistema di SovraCup;
- razionalizzare e sveltire la ricerca di strutture in grado di erogare prestazioni sanitarie nei tempi richiesti;
- ottimizzare l'offerta di prestazioni sanitarie;
- contenere il 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.

Schema orientativo di produzione di Servizio Sociale



Schema orientativo di produzione di Servizio Sociale in situazione di urgenza



Indice dei contenuti delle SCHEDE e APPUNTI

CONTENUTI	PAG
i principali riferimenti normativi per l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari	6
orientamento alle diverse tipologie di organizzazione del lavoro	11
nodi problematici dell'attività organizzativa	12
l'organizzazione interna degli enti di maggiori dimensioni	13
funzioni, concetti chiave per i servizi sociali nel contesto attuativo della L.328/00	15
il sistema integrato dei servizi alla persona ed il sistema locale dei servizi a rete	17
concetti chiave legati all'enunciazione dei principi generali del sistema integrato degli interventi e servizi sociali	18
livelli essenziali (uniformi) di assistenza (lea)	19
livelli essenziali delle prestazioni sociali (liveas, leps)	20
tabelle per la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale	26
risorse e organizzazione delle risorse	28
l'operatore sociale come risorsa dell'organizzazione, intelligente e affezionata, capace di mettersi alla prova del futuro	28
alcune questioni riguardanti le professioni ed il lavoro sociale in Italia	35
la qualità nell'organizzazione del servizio sociale	38
riferimenti sullo specifico della carta dei servizi	44
riferimenti sullo specifico del codice del consumo	53
elementi schematici in merito ai meccanismi di finanziamento e alle politiche budgetarie. Un quadro delle risorse finanziarie in gioco	54
i principali strumenti per la governance del sistema di welfare locale	68
tratti schematici sui criteri organizzativi e sulla spesa per l'esercizio delle funzioni di servizio sociale	70
elementi per una cornice generale in tema di organizzazione dei servizi sociali. I servizi sociali dello Stato e degli altri enti pubblici.	71
i servizi sociali del terzo settore	73
i servizi sociali delle imprese private	74
i servizi sociali nella realtà piemontese	75
i piani di zona	76
operatori sociali in Piemonte	76
servizio di primo ascolto e segretariato sociale	78
servizio sociale professionale	78
sostegno al reddito - assistenza economica	79
assistenza domiciliare	79
servizi a bassa soglia	79
servizi di sviluppo di comunità	80
specifici servizi per le famiglie e per i minori	81
specifici servizi per adulti in difficoltà	84
specifici servizi per le persone anziane	85
specifici servizi per le persone diversabili	86
specifici servizi di contrasto alla devianza e alla criminalità	87

elementi di riferimento sui servizi offerti dalla cooperazione sociale	87
elementi di riferimento sui servizi offerti in tema di immigrazione	88
elementi di riferimento sui servizi offerti dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ed I.P.A.B. privatizzate	89
elementi di riferimento sui servizi per la popolazione nomade	89
elementi di riferimento sul servizio civile nazionale	89
elementi di riferimento sui servizi offerti dal sistema del volontariato organizzato	89
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	91
elementi per l'organizzazione dei servizi sanitari in Piemonte	94
stralcio dal nuovo piano socio-sanitario regionale 2012-2015	96
i servizi dell'area socio-sanitaria integrata	97
gli assunti guida	99
principi e criteri per la riconfigurazione, il dimensionamento ottimale, la distribuzione territoriale e l'articolazione in rete dei servizi	99
criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali	102
l'organizzazione dell'azienda sanitaria locale	103
i presidi ospedalieri	107
collocazione delle specialità di neuropsichiatria infantile nei presidi ospedalieri	107
la rete ospedaliera programmata	107
il collegamento con il territorio	109
la rete dell'emergenza-urgenza	110
centri di riferimento (dea di II livello)	111
stralcio dall'allegato al piano socio sanitario regionale 2012-2015. I progetti speciali di salute. Lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione	111
la prevenzione	115
le fragilità	118
osservazioni sul questa impostazione del PSSR 2011-2015	124
programmazione socio sanitaria e riassetto del servizio sanitario regionale. Trattati schematici su criteri e assetti organizzativi della aziende sanitarie	128
i distretti sanitari di base	128
i dipartimenti di prevenzione	129
dipartimenti di salute mentale (dsm)	130
ser.t. (servizi tossicodipendenze) – u.o.a. patologie da dipendenza (ser.d)	130
dipartimento materno infantile	131
specifiche in merito all'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti (stp)	131
l'azienda sanitaria ospedaliera	132
il servizio sociale ospedaliero	132
funzioni sociali e organizzazione del servizio sociale aziendale all'interno delle aziende sanitarie della regione Piemonte.	133
piano per il governo delle liste d'attesa	134
schema orientativo di produzione di servizio sociale	135
schema orientativo di produzione di servizio sociale in situazione di urgenza	136