

4/02/2015

Il lavoro di Comunità e l'organizzazione dei servizi sociali nei nuovi assetti istituzionali

Bruna Zani (Presidente della Scuola di Psicologia e di Scienze della Formazione Università di Bologna, Presidente dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi)

Presenta il ciclo di seminari legati al progetto PSM Empowerment e Comunità, che hanno come obiettivo ragionare sul concetto di "lavoro di comunità", declinandolo nel contesto istituzionale che cambia (1° incontro) e nelle nuove competenze professionali richieste (2° incontro) per analizzare quali sono oggi le forme di autorganizzazione della comunità (3° incontro).

Anna Del Mugnaio (Responsabile dell'Ufficio Supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, Direttrice dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi)

Introduce la cornice istituzionale entro cui il lavoro di comunità andrebbe messo in atto:

L.R. 21/2012, "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza", che accelera e incentiva la gestione associata di funzioni tra Comuni, individuando gli ambiti ottimali per lo svolgimento delle attività. Sottolinea a questo proposito che ci sono delle situazioni non ancora del tutto definite, dove, ad esempio, all'interno di un distretto socio-sanitario ci sono due ambiti territoriali ottimali.

L.R. 12/2013 relativa al riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e sociosanitari, che intende favorire la riduzione del frazionamento nella gestione e nell'erogazione dei servizi mediante l'individuazione di un'unica forma pubblica di gestione secondo la programmazione territoriale (la funzione regolativa rimane in capo all'ente pubblico), da assumere attraverso apposito Programma di riordino di ambito distrettuale, di cui la normativa non ha specificato le tempistiche. Le forme di gestione – rappresentate dai relatori del seminario – possono essere l'ASP, l'ASC, oppure l'AUSL o le Unioni di Comuni.

DGR 2013/2014, "Approvazione delle linee guida regionali per il riordino del servizio sociale territoriale", che definiscono in maniera più puntuale missione, funzioni e alcuni elementi di organizzazione, nonché individua standard minimi di riferimento e obiettivi di sviluppo del servizio sociale territoriale, promuovendo la conoscenza dell'evoluzione dei bisogni.

Nella normativa, però, non viene specificato a chi debba andare la competenza del servizio sociale territoriale, che, quindi, potrebbe rimanere in capo alle Unioni.

A questo complesso quadro normativo si aggiunge il fatto che queste leggi non prevedono la Città Metropolitana, alla quale non sono state conferite né le funzioni sanitarie né quelle sociali.

Maria Adele Mimmi (Direttore Settore Servizi Sociali – Comune di Bologna)

Illustra le attività del Comune di Bologna svolte e in svolgimento a partire dal 2013:

- unificazione delle tre Asp cittadine in un unico soggetto pubblico gestore denominato ASP Città di Bologna, alla quale sono state conferite anche le attività inerenti la formazione e l'educazione.
- processo di riforma del decentramento, del ruolo e delle funzioni dei quartieri: si stanno consolidando le reti sociali sviluppando il lavoro di comunità verso la ricerca di risposte non prestazionali a particolari tipi di bisogni socio-assistenziali. L'obiettivo è la costituzione di un "quartiere di prossimità" – concetto più 'largo' rispetto a quello di lavoro di comunità – che si prenda cura della persona e della comunità attraverso la co-progettazione con il territorio (il recepimento degli strumenti di programmazione sociale e socio sanitaria cittadina; banca dati sulla fragilità; collaborazione con soggetti del territorio formali ed informali; singoli cittadini attivi, altre istituzioni e servizi del territorio).
- rafforzamento dello Sportello Sociale di ascolto;
- interconnessione del Servizio Sociale Professionale con il quartiere per coinvolgere risorse del territorio.
- Sviluppo di un complesso percorso formativo sul lavoro di comunità inteso come consolidamento e sviluppo delle reti sociali e collaborazioni con il territorio, nell'ambito del Servizio sociale territoriale. Sono stati proposti tre livelli formativi: percorso formativo laboratoriale per 80 operatori sociali; cabine di regia con gli assessori competenti e i presidenti di quartiere; infine Gruppo Guida tecnico cittadino, punto di coordinamento delle diverse esperienze cittadine di lavoro di comunità, formato da rappresentanti dei Direttori, Responsabili SST, assistenti sociali, Responsabili degli Uffici centrali di coordinamento e programmazione, Distretto Ausl.
- Costruzione di strumenti ed esperienze per lo sviluppo di comunità, come ad esempio: Regolamento sui beni comuni per costruire patti di collaborazione tra amministrazione comunale e cittadini per la cura di spazi urbani comuni; Progetti di cittadinanza attiva; Community lab; Case Zanardi; Pilastro 2016; Progetti di vicinato e di prossimità nei condomini (Servizi per l'Abitare).

Nadia Marzano (Responsabile Ufficio di Piano – Distretto Pianura Ovest)

A premessa del suo intervento, fa alcune considerazioni di carattere generale. Riprende la definizione di Irene Ponso che descrive il welfare di comunità come una forma di welfare mix in cui si mischiano attori, i sistemi di regole e le logiche di azione. Difficile spiegare se community welfare e empowerment e comunità siano una evoluzione dello stato sociale oppure un arretramento del pubblico a causa della contingenza economica che sta portando a una riduzione delle spesa pubblica. Certo è che welfare state e welfare community sono complementari; le soluzioni che offre il community welfare si rivolgono a specifici settori di welfare, come i servizi alla persona, ma non possono completamente sostituire lo stato sociale.

Il lavoro di comunità è un modo per attivare la comunità per il maggiore benessere della

stessa comunità, non è un riduzione delle risorse pubbliche, che, anzi, inizialmente, potrebbero aumentare.

L'Unione Terred'Acqua è un territorio di 6 Comuni che coincide esattamente con il Distretto socio-sanitario e l'ambito ottimale; i servizi sociali e lo sportello sociale non sono stati conferiti. È presente nel territorio l'ASP SENECA che si dedica alle attività inerenti i servizi socio-sanitari per anziani, la tutela dei minori; ha la delega sulla disabilità; assistenza domiciliare/disabili accreditati. Nel piano di riordino, però, non si è deciso se il servizio sociale unificato sarà competenza dell'Unione o dell'ASP.

A questo punto si domanda quale struttura organizzativa debba avere il servizio sociale territoriale per rispondere nel miglior modo possibile alle richieste del territorio (contesto) e dei suoi cittadini ed essere empowering. I soggetti intermedi che lavoreranno allo sportello sociale unificato saranno solo tecnici-amministrativi e/o assistenti sociali e quali competenze avranno? I servizi saranno incardinati in un unico luogo centrale e poi "esplosi" nel territorio oppure saranno collocati in ogni Comune? Verranno mantenute le funzioni specialistiche, come ad esempio la tutela minori? Sicuramente, sarà necessario attivare un network manager che, coordinando i servizi, dia omogeneità e sistematicità ai servizi erogati in tutto il territorio e nelle varie aree e crei innovazione.

Michele Peri (Direttore Pro tempore ASC Insieme)

Presenta l'ASC INSIEME, Azienda Consortile Interventi sociali Valle del Reno, Lavino e Samoggia che è nata nel novembre 2009, ha iniziato le proprie attività a gennaio 2010 e che prossimamente diventerà azienda dell'Unione.

È un ente strumentale dell'ente locale dotato di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale e di proprio statuto. Gli organi dell'azienda sono: l'assemblea consortile con funzioni di indirizzo e controllo; il consiglio di amministrazione e il presidente con funzioni esecutive; il direttore generale con funzioni gestionali; infine, il revisore dei conti con funzioni di controllo contabile.

L'Unione e i comuni stabiliscono le finalità ed esercitano la vigilanza tramite l'adozione degli atti fondamentali, essendo rappresentati all'interno degli organi di indirizzo e controllo.

L'ufficio di direzione è suddiviso in quattro aree: anziani; minori, famiglie e minori disabili; disabili adulti; povertà e immigrazione.

La visione dell'ASC si basa sull'idea di un "welfare sartoriale" che, cioè, sappia adattare gli interventi alle esigenze espresse dal singolo attraverso la ricomposizione del welfare dal centro, mettendo in comunicazione gli elementi del sistema, investendo nel ruolo dell'assistente sociale responsabile del caso e utilizzando una quantità diversificata di risorse. Si ritiene infatti che questo metodo paghi in termini di qualità e in termini di efficacia ed efficienza dell'intervento sociale.

Infine, illustra alcuni interventi di comunità come ad esempio il Progetto AAA per individuare famiglie accoglienti e famiglie affidatarie in alternativa all'inserimento in struttura oppure il progetto di co-housing Borgo San Francesco.

Monica Minelli (Direttore Dipartimento integrazione sociale e sanitaria – AUSL di Bologna)

Propone una riflessione sul tema degli assetti, muovendo da queste considerazioni:

- aumento delle situazioni di complessità nella presa in carico, quindi sempre meno situazioni che riescono a essere gestite dal servizio sociale professionale. Si segnala la necessità di integrazione con gli altri servizi (specialistici, ospedalieri; medicina generale etc);
- aumento della divaricazione fra assetti sociali e assetti sanitari. A fronte di una situazione normativa che prevede il riordino in un'unica forma di gestione, in ogni distretto si sta assistendo ad una articolazione frammentaria del servizio sociale territoriale, mentre, parallelamente, in ambito sanitario si sta andando verso una organizzazione più ampia, su area vasta, prevedendo ad esempio servizi amministrativi centralizzati;
- potenziamento del lavoro condiviso sovra-distrettuale: dato che non c'è un distretto completamente autonomo nella risposta a tutti i bisogni, è necessaria una committenza integrata sui disabili e sugli anziani;
- mutamento della rete di offerta territoriali, residenziali, semiresidenziali.

Se questo è il panorama rispetto agli assetti, il contributo dell'AUSL nei prossimi anni dovrà andare verso una sempre maggiore integrazione socio-sanitaria; in particolare, dovrà essere in grado di rispondere a queste domande:

- come dovrà essere raccontato il momento dell'accesso, della presa in carico, nella "casa della salute"? Questo 'oggetto strategico' è al centro della discussione: non è una "casa della sanità", potrebbe diventare casa della comunità.
- quali percorsi integrati ospedali/territorio (o meglio percorsi diagnostico terapeutico assistenziale) dovranno essere individuati per garantire la continuità della presa in carico?
- quali strumenti hanno in comune professionisti del sanitario e del sociale?

Per quanto riguarda le deleghe su minori e/o disabili che l'AUSL ha ancora per i distretti di Comune di Bologna, Porretta, San Lazzaro, Pianura Est, l'indicazione degli amministratori è che si inizi il procedimento di ritiro che dovrebbe terminare entro il 2017 (quindi, dovranno essere conferite ai Comuni/Unioni/o altra forma di gestione).

In questa direzione va la scelta degli amministratori di riorganizzare il Dipartimento funzionale per l'integrazione socio-sanitaria in Direzione delle attività socio-sanitarie: sarà un luogo di presidio sovra-distrettuale della città metropolitana per l'integrazione socio-sanitaria, un luogo di pensiero, di riflessione, di raccolta dati che dovranno essere analizzati per conoscere l'evoluzione del bisogno e rispondere alle sempre più complesse esigenze della comunità.

Intervento rompighiaccio di Daniela Aureli (Vice Sindaco – Comune di Castiglione)

Mette in evidenza la complessità dell'area montana, un ambito ottimale che ha al suo interno due unioni e un distretto socio-sanitario e che in questi anni di crisi ha conosciuto – come in altri territori - “nuovi bisogni” da affrontare. L'evoluzione dei bisogni, da una parte, e la riduzione delle risorse, dall'altra, devono spingere i Comuni e le comunità a “inventare” delle soluzioni che meglio si adeguino al territorio di riferimento.

Alcuni temi emersi dalla discussione

- Malato/persona caso/persona
- Case della salute
- Competenze a servizio dell'assistenza
- Prestazione di mediazione affinché la persona fragile impari lei stessa a sapersi includere.
- educazione della comunità

Intervento conclusivo di Anna Del Mugnaio

Da quanto emerso dalla discussione, sottolinea come, a fronte della difficoltà a distinguere la dimensione istituzionale da quella organizzativa e dei contenuti, gli amministratori abbiano fatto in pochi anni un grande sforzo di cambiamento, abbiano percorso in pochi anni una strada in una direzione abbastanza incerta. Basti pensare ai quartieri di Bologna che, come ha raccontato nel suo intervento Maria Adele Mimmi, sono diventati attivatori di comunità oppure alle fatiche della comunità appenninica descritte in modo efficace da Daniela Aureli. L'assetto istituzionale ha cambiato scenario in pochissimo tempo ed è stato sottoposto a dei movimenti molto complessi (la costituzione delle Unioni; la fusione di Comuni etc.): è necessario incoraggiare la nuova generazione di amministratori che dovrà essere sostenuta anche dalle componenti del sociale.

Comunque, ricorda che non c'è mai un solo fattore che possa impedire, nel quadro dell'assetto istituzionale, di perseguire la strada del potenziamento della visione di welfare di comunità. Al contrario, bisogna essere in grado di governare le diverse strade, tenendo fermo l'obiettivo; quindi, luoghi di riflessione – come questo ciclo di seminari – aiutano proprio a far conoscere le diverse scelte operate nei diversi luoghi.

Per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria, sono stati compiuti molti passi in avanti, quello che ancora manca è un concetto di integrazione che vada oltre alle risorse economiche, perché solo attraverso un concetto più ampio si arriva alla ‘persona’ (senza considerarla né paziente, né utente, né famiglia). Fino a oggi, l'integrazione socio sanitaria ha permesso la presa in carico e la messa in comune delle risorse del fondo sanitario e del fondo sociale, nei prossimi anni – problema arduo – bisognerà riuscire a mettere insieme tutte le altre risorse, quelle provenienti dalla comunità, dalla scuola e dal mondo associativo.