Il primo Piano Integrato Sociosanitario 2012-2015 della Regione Toscana: osservazioni alla parte sociale del documento di programmazione

Author:

A.F. Rinaldelli affiliation: Assistente Sociale - Psicoterapeuta della Famiglia



L'aspettativa di tutti noi (di chi fa tuttora parte del sistema dei servizi, ma anche di quelli che, come me, ne sono usciti), nei confronti del primo Piano Socio Sanitatario Integrato, è altissima. Tanto da immaginarlo, in maniera eccessiva, come lo strumento risolutivo dei problemi presenti nell'ambito del sistema socio sanitario Toscano. Se confrontato ad altri, il sistema tiene e dà buoni risultati, ma occorre oggi, più di ieri, andare verso degli "aggiustamenti", tantopiù urgenti in relazione alla crisi economica in atto e alla maggiore complessita' dei problemi che in materia di welfare, i Servizi socio sanitari devono affrontare. Chi ha avuto il coraggio di inoltrarsi nelle 405 pagine di cui si compone, si è trovato di fronte ad un documento ricco di suggestioni ma anche a contenuti che rimandano all'idea di un manuale non facilmente applicabile, sopratuttto in tempi brevi e nella situazione attuale. (qualcuno lo definisce il "manuale delle buone intenzioni", o "il libro dei sogni")

Alcune parti sono interessanti da scorrere quali quelle relative alla descrizione della popolazione toscana e degli stili di vita (1):

- abitudini nei confronti del fumo (si fuma di meno ma si comincia prima),
- dell'alcool (se ne fa un alto consumo),
- delle attività motorie (siamo sedentari e in sovrappeso).

Tutti fattori che incidono sensibilmente sullo stato di salute dei toscani.

Altri due elementi di interesse, sono quelli relativi al "quadro conoscitivo" (1) in base al quale si programma e, cioè, ai risultati raggiunti con i precedenti Piani Sanitario e

Dal quadro che viene tracciato ne risulta che, come gran parte del paese, stiamo facendo i conti piu' di ieri :

- · con più difficoltà economiche,
- con un consistente calo occupazionale (soprattutto per le fasce giovanili tra 15 e 24 anni),
- con l'emergenza abitativa (il 76,2 dei toscani ha una casa propria, ma per chi è in affitto, nel biennio 2009-2010, vi sono state l'87% di sentenze di sfratto);
- con l'eta' che avanza (speranza di vita alla nascita: 79,6 per gli uomini e 84,8 per le donne indice di vecchiaia: 184, dopo Liguria e Friuli),
- con la perdita dell'autosufficienza e l'incremento di malattie croniche(nei prossimi anni in forte aumento e, a fronte di questo, un calo dei residenti tra i 45 e i 64
 anni),
- con la famiglia sempre piu' fragile (famiglie con uno o due componenti: il 58,9 % del totale dei nuclei e il 27, 8% persone sole),
- con la solidarietà sociale forte (gennaio 2011: 5.100 soggetti iscritti nei registri regionali tra ass. di volontariato, di promozione sociale e coop. sociali),
- con un aumento della presenza degli stranieri (popolazione residente: 3.730,000 in crescita grazie all'aumento della presenza di stranieri che al 1/12010 sono 338,746) che pone la criticità della mancanza di lavoro per tutti)

Ed in specifico, sullo stato di salute (1), emergono i seguenti risultati:

- la mortalità è in calo (sia negli adulti che alla nascita)
- si fanno meno ricoveri
- c'è un aumento dei minori a rischio per la minore tenuta della famiglia (separazioni, famiglie multiprobematiche e disgregate, ecc.)
- per i minori, un positivo e notevole aumento della semiresidenzialità ed una diminuizione dei ricoveri in strutture residenziali (soprattutto per i bambini stranieri)
- bassi tassi di occupazione per le donne,
- aumento della violenza su di esse
- e, relativamente al sistema socio sanitario, si registra la presenza di una disequità nei diversi territori della regione

Una affermazione di principio che il Piano riporta più volte, è quella relativo all'INTEGRAZIONE, non solo delle politiche sociali e sanitarie, ma anche quella con altri sistemi e politiche quali: l'ambiente, l'educazione, le infrastrutture, l'abitazione, l'economia, la programmazione urbanistica, ecc. Si ribadisce quindi il principio che i determinanti che incidono sulla nostra salute, sono molteplici e che quindi tutti quanti concorrono allo stato di benessere o di malessere.

Riportando le parole del documento, si comprende dunque che il suo intento è quello di:

"progettare un sistema organizzativo per realizzare azioni incisive all'interno delle nostre comunità per il terzo millennio, ora che nuovi bisogni si affacciano ogni giorno, legati ad una rapida trasformazione del panorama epidemiologico e sociale" e tutto ciò in una situazione della popolazione toscana più longeva, sempre più multiculturale, sempre più affetta da malattie croniche, da stili di vita inappropriati, con la comparsa di nuove povertà (di chi ha un lavoro, ma non ce la fa - ma anche povertà culturale - relazionale - abitativa), all'evoluzione dei sistemi familiari che generano solitudine e richiedono sostegno per bambini, donne, anziani e disabili."(1)

Possiamo quindi dire che, nell'analisi dei fenomeni, il Piano mette in luce un grande numero di aspetti di valenza sociale.

Ma molti affermano che in esso manca una cultura del sociale, quella cultura di cui i precedenti Piani (sanitario e sociale) erano maggiormente portatori.

Analizzando ora, alcune parole chiave del documento, è possibile awicinarsi alle intenzioni del legislatore:

- METTERE AL CENTRO LA PERSONA NELLA SUA GLOBALITA'
- WELFARE DI COMUNITA' IN TUTTE LE AZIONI
- ATTEGGIAMENTO PROATTIVO E NON SOLTANTO REATTIVO
- MULTIDISCIPLINARIETA', LAVORO D'EQUIPE, LAVORO DI RETE
- CREAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI PRESTAZIONI E SERVIZI

Tutti principi che il Servizio Sociale professionale, non può che approvare, considerata la filosofia da esso cui ha origine e i principi e i metodi in base al quale la professione si muove.

Il Servizio Sociale professionale, nasce in Italia (importato dai paesi anglosassoni) e si sviluppa a partire dagli sessanta del secolo scorso. Esso fonda il suo agire come professione su alcuni principi fondamentali quali: il rispetto della persona (come portatrice di dirittti), la sua capacità di autodeterminazione, la globalità dei suoi bisogni (la persona vista per intero e non come oggetto di interventi parcellizzati). La sua metodologia di intervento non puo' contare su strumentazioni tecnologiche, su prescrizioni farmacologiche o altro, ma si FONDA sullo strumento della RELAZIONE INTERPERSONALE, sia che si tratti di un solo individuo (case - work), o di un gruppo (group - work), o di una organizzazione o di una intera comunita' (Community - work).

Si sviluppa prevalentemente nei servizi pubblici, negli anni settanta - ottanta, seguendo questa filosofia e questi principi. Partecipa attivamente dunque alla costruzione del sistema di welfare toscano, affinando la sua capacità di lavoro multidisciplinare e d'èquipe. L'ambito per eccellenza in quegli anni è quello della Salute Mentale con la chiusura dei manicomi e la costruzione della rete dei Servizi nella Comunità per la Salute Mentale. A partire dagli anni ottanti, circa, si sperimenta e consolida la sua capacità di azione in altri ambiti quali quello delle Tossicodipendenze, delle attività per la Famiglia e per i Minori, dell'Handicap e degli Anziani. Partecipa, come presenza nodale ed insostituibile, alla costruzione delle attività distrettuali.

La sua vocazione professionale è dunque quella di agire di concerto con altri professionisti per la promozione della salute. Ma a partire dalla metà degli anni sessanta, mette in campo e sviluppa anche capacità di operare all'interno della Comunità (l'attuale "lavoro di rete") per migliorame l'organizzazione e per favorime la crescita (empowerment), sia individuale che collettiva. Un esempio per tutti è quello del lavoro degli Assistenti Sociali dell' Istituto di Servizio Sociale Case per Lavoratori nei quartieri di edilizia pubblica sowenzionata di nuovo insediamento nella citta' di Firenze e, in particolare, l'esempio del quartiere "Isolotto". In questo ambito, la professione mette in campo strumenti quali: la capacità di ricercare risorse nell'ambito comunitario ed individuale e di stimolare la crescita delle persone e dei gruppi ai fini di un migliore benessere collettivo (atteggiamento proattivo).

Esaminando poi l'affermazione: "CREARE UN SISTEMA INTEGRATO DI PRESTAZIONI E SERVIZI", emerge un dato che suscita viva preoccupazione: a mio avviso, il Piano Integrato non affronta la questione nodale dell'assetto organizzativo e funzionale del Servizio Sociale Professionale nell'ambito di tutti e due i sistemi: sociale e sanitario.

Il documento non si fa carico cioè, di dirimere l'annosa questione degli assetti organizzativi, duplici e frammentati, dei Servizi di Assistenza Sociale.

E questo appare ai nostri occhi ancora più grave, in quanto si tratta di un Piano che vuole integrare e creare un nuovo modello di welfare di comunità.

L'attuale organizzazione del Servizio Sociale Professionale, prevede, in ambito pubblico, due diverse appartenenze: da un lato il Servizio Sociale dei COMUNI (il cosiddetto "sociale puro", o meglio: il "socio assistenziale") e, dall'altro, il Servizio Sociale delle Aziende Sanitarie. A livello pratico, in alcune zone della nostra Regione dove esistono le Comunità Montane, le cose si complicano ulteriormente. Questa pletora di appartenenze determina il più delle volte, sovrapposizione degli interventi, conflittualità e problemi rispetto alla presa in carico delle persone.

Era il 1976, quando. ad Arezzo, venne portato avanti il primo esperimento di SERVIZIO SOCIALE UNIFICATO. Ben ventitre persone (ass.sociali, infermieri, addetti all'assistenza alla persona, terapisti della riabilitazione) provenienti da Enti diversi (Comune di Arezzo, Ente Comunale di Assistenza, Associazione spastici, personale della Provincia) che, operando in seno al Consorzio Socio Sanitario, iniziarono a costruire una pratica integrata ed omogenea che ben presto dette buoni risultati. L'esperienza si chiuse dopo appena due anni, per effetto della distrettualizzazione.

L'attuale organizzazione dei Servizi Sociali e Sanitari in ambito DISTRETTUALE e con la gestione unica che il Piano affida alle neonate "SOCIETA' della SALUTE", dovrebbe, secondo il legislatore, ricomporre la frammentazione. Ci auguriamo che le cose vadano in questa direzione anche se rimane aperto il problema di un modello organizzativo unificato del Servizio Sociale.

Se poi si dà uno sguardo a CHI dirige il Servizio Sociale negli Enti Locali, le cose non appaiono più semplici; negli anni novanta, chiesi ad un Amministratore se avrebbe fatto dirigere il suo servizio "lavori pubblici", ad un farmacista (a proposito di un Bando per la direzione del Servizio di Assistenza Sociale che, naturalmente, venne affidato ad una figura amministrativa). E le cose vanno ancora oggi allo stesso modo.

Allora perché, accanto alla Direzione Tecnica e a quella Infermieristica, non viene sostenuta la Direzione Sociale? Penso che un'idea che stenta a morire, sia proprio quella di una cultura incentrata su concetti di assistenza e di carità. E questo non rende il giusto riconoscimento ai bisogni degli utenti e agli stessi Assistenti Sociali, che sono sempre più formati secondo concetti ed azioni che si fondano su:

- l'idea che sul disagio o la malattia, incidono molti fattori
- la presa in carico **globale** dei pazienti
- l'utilizzo delle risorse del paziente del suo contesto familiare e comunitario
- · l'approccio interdisciplinare
- la necessità di operare e d'integrare, diversi servizi dell'organizzazione sanitaria e dei servizi socio-assistenziali, ma anche di altre aree e sistemi;
- la continuità assistenziale sia riferita agli operatori che ai diversi contesti (ospedale, ambulatorio, domicilio, ecc);
- la metodologia del lavoro di équipe;
- Il lavoro di rete nella comunità (atteggiamento proattivo e non reattivo, di attesa)
- Un deciso impegno contro tutte le forme di istituzionalizzazione e di marginalizzazione

In verità, la Regione Toscana, già nel 1996, varò la Legge sulla Dirigenza sociale. Ma, allo stato attuale che cosa si fa per mantenerla in tutte le sue articolazioni ?(di Azienda, di Comune, di Distretto, di Servizi e di Strutture).

E, in merito al SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE, già le Leggi n° 84 del 1993 e la n° 328 del 2000 (Legge di Riforma dell'Assistenza che va sotto il nome di "Legge Turco") lo prevedono come uno dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, nella rete integrata dei Servizi, a garanzia dei diritti di cittadinanza.

Oltretutto, fin dagli anni ottanta, la Regione aveva previsto un rapporto numerico di Assistenti Sociali di 1 a 5.000 abitanti per i Servizi socio assistenziali e di 1 a 7.000 per i Servizi Sociali del comparto Sanitario.

Siamo ben lontani da tali paremetri, indispensabili per assolvere ai **nuovi compiti** (e a quelli "**istituzionali**" che riguardano le materie della famiglia, dell'infanzia e adolescenza, delle tossicodipendenze, della salute mentale, degli anziani, e dell'handicap e che sono andati, come lo stesso Piano afferma, verso una maggiore complessita'.

I nuovi compiti che il Piano (1) detta sono:

- PRONTO INTERVENTO SOCIALE, particolarmente nell'area minorile, dove si sono accentuati i problemi e dove non è più possibile pensare che una sola assistente sociale "reperibile" possa assolvere a questo delicatissimo compito di emergenza. In questo ambito, c'è quindi la necessità di strutturare e modellizzare l'intervento d'urgenza all'interno del Servizio Sociale Professionale.
- SOCIALE D'INIZIATIVA; è evidente che se lo si vuole realizzare, è indispensabile rafforzare la presenza del Servizio Sociale Professionale nella rete dei servizi socio sanitari pubblici, terzo settore e volontariato.
- PUA (Punti Unici di Accesso), per i quali sarà necessario non solo di poter contare sulle risorse sufficienti (operatori), ma anche su un MODELLO progettato a livello regionale e non lasciato alla estemporaneità ed alla bizzarria delle singole zone ed amministrazioni. E per ultimo, e non meno importante, oggi la maggior parte dei PUA sono coordinati da personale medico (funzionari del distretto socio sanitari). Si è assistito di fatto ad una progressiva sanitarizzazione dei percorsi della non autosufficienza.

E quindi: condividiamo l'impostazione, ma ci domandiamo: come possiamo continuare a garantire un approccio globale alla persona fondato sulla multidisciplinarietà, i livelli essenziali delle prestazioni, l'accessibilità, l'appropriatezza, se al contempo dobbiamo assistere al progressivo smantellamento delle risorse umane e organizzative nei servizi sociali? Come facciamo a coltivare un comportamento proattivo e non di attesa, a garantire globalità di approccio, il lavoro nella comunità, quello di rete, la multidisciplinarietà, se non ci viene in aiuto una adeguata organizzazione ed una sufficiente disponibilità di risorse?

Cio' che il piano trascura è una attenta analisi del LAVORO QUOTIDIANO che nel Servizio Sociale Professionale (e non solo), viene portato avanti. Non si conoscono, penso, a sufficienza i compiti svolti, i carichi di lavoro e i tempi necessari per occuparsi adeguatamente di un cittadino, di una famiglia, di un gruppo e di una comunità.

Credo che occorra rimediare tempestivamente a questa carenza di conoscenza, altrimenti la programmazione diventa un'impresa pressochè impossibile.

PER RIASSUMERE:

- La parte dei Servizi Sociali nel Piano è trattata in maniera residuale;
- Non viene presa in considerazione la parte dei Servizi SOCIO ASSISTENZIALI (il Sociale dei Comuni)
- Non si affronta il tema dell'Organizzazione di un Servizio Sociale UNICO
- Non si affronta il tema della DIRIGENZA e dell'articolazione delle RESPONSABILITA' per il Servizio Sociale
- Non ci sono TEMPI, SCADENZE per le azioni da portare avanti e nemmeno VINCOLI e COGENZA

Le nostre proposte sono quindi le seguenti:

- 1. Dettare norme cogenti per un Servizio Sociale Unico, non frammentato, progettando un modello a livello dell'intera regione
- 2. Per garantire effettivi diritti di cittadinanza ed equita' in tutti i territori:
 - definire ed individuare i Livelli Essenziali delle Prestazioni, nella rete dei servizi integrati;
 - prowedere al potenziamento del numero degli assistenti sociali addetti al front line nella misura di 1 ogni 5.000 abitanti
 - per rendere vera e appropriata l'accessibilità ai Servizi e per la reale personalizzazione degli interventi;
 - emanare disposizioni affinchè la funzione del Segretariato Sociale (normato dalle Leggi 84 del '93 e 328 del 2000), venga assolta dal Servizio Sociale
 Professionale, in quanto professione formata per la lettura del bisogno del cittadino;
 - Rivedere lo sbilanciamento (sul versante sanitario) della Valutazione Multidisciplinare per l'anziano non autosufficiente (la scheda sociale pesa sulla valutazione solo per l'aspetto relativo alla adeguatezza dell'assistenza in ambito domiciliare) e dettare disposizioni affinchè i Punti Unici di Accesso (PUA) siano coordinati dal Servizio Sociale Professionale, onde contrastare la sanitarizzazione degli interventi di matrice sociale;
- 3. Per garantire il raggiungimento degli OBIETTIVI SPECIFICI che il Piano si prefigge: ("mettere al centro la persona nella sua complessità")
 - Emanare disposizioni cogenti a garanzia dell'approccio multidisciplinare, che permetta il necessario raccordo tra professione sanitaria e professione sociale
 - Emanare disposizioni cogenti per rafforzare la presenza del Servizio Sociale Professionale se si vuole garantire la pratica del Servizio Sociale d'inziativa, integrato con il servizio socio sanitario pubblico, il terzo settore ed il volontariato
 - Dare disposizioni affinchè venga istituito un vero Servizio di Pronto Intervento in ogni zona-distretto, all'interno del Servizio Sociale Professionale, con personale formato ad hoc (che permetterebbe di uscire dalla improvisazione e dalla precarietà delle risposte.
 - Per garantire il raggiungimento degli OBIETTIVI SPECIFICI che il Piano si prefigge: ("equità, sicurezza, efficacia, appropriatezza...", "semplificare e sburocratizzare l'accesso ai servizi"), emanare un nuovo patto con i professionisti del Servizio Sociale, per contrastare il progressivo calo delle

risorse umane, la precarizzazione dei rapporti di lavoro ed il conseguente depauperamento dei saperi professionali (sono presenti fenomeni di stress e born out conseguenti agli eccessivi carichi di lavoro e alla complessità quotidiana dei compiti)

- 4. Sociale d'iniziativa, comportamento proattivo, promozione dell'*empowement* comunitario, cura delle relazioni e promozione della partecipazione, sostegno alla famiglia e alla genitorialità (nuovo servizio di mediazione familiare pubblico), tutela dei bambini e degli adolescenti, presa in carico globale di famiglie complesse e multiproblematiche, nuove povertà, donne sole o con figli soggette ad abusi e maltrattamenti, sostegno al reinserimento, emergenza abitativa, lavoro sociale nell'ambito di settori specifici e tradizionali, quali: Salute mentale, tossicodipendenze, *handicap*, anziani, materno Infantile, tutto questo implica un maggiore impegno del Servizio Sociale Professionale non soltanto in termini numerici, ma anche organizzativi. Al pari degli altri comparti, anche per il Servizio Sociale è necessario strutturare assetti organizzativi consoni ai ruoli che gli vengono assegnati (quali l'integrazione con le professioni sanitarie e con la rete dei servizi nelle comunità locali, ruoli di garanzia per la corretta valutazione dei bisogni per la prevenzione del disagio sociale e per la progettazione di risposte appropriate e personalizzate, per i cittadini in condizioni di difficolta' e per i gruppi sociali emarginati). Pertanto è indispensabile, accanto alla Direzione Tecnica ed Infermieristica, reintrodurre la "Direzione Sociale" (del resto già prevista dai precedenti piani (PSR 2008/2010, allegato 2 "Orientamenti generali per gli assetti organizzativi aziendali") per garantire a livello di Zona Distretto l'integrazione socio sanitaria, l'unicità della presa in carico del cittadino, le funzioni di programmazione e progettazione dei servizi sociali nell'ambito del PIS, con modalità integrate delle funzioni afferenti agli EE.LL.
- 5. LA FORMAZIONE CONTINUA PROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE (in collaborazione con le Università, anche per l'attivazione di Dottorati di Ricerca in Servizio Sociale, indispensabili per la crescita della professione, ai fini di un migliore modello di Welfare di comunita toscano)
- 6. L'AVVIO DELLE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI E DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE, ad ulteriore garanzia di una organizzazione incentrata sull'appropriatezza dei Servizi e delle prestazioni.

Piano SocioSanitario Regione Toscana 2012 – 2015, Giunta Regione Toscana, 2012

Si ringraziano: l'Ordine Professionale degli Assistenti Sociali della Toscana e il Sindacato Unitario Assistenti Sociali, per il contributo e i suggerimenti messi a disposizione per questo lavoro.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments