

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 07 **del mese di** luglio
dell' anno 2014 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Lusenti Carlo	Assessore
5) Marzocchi Teresa	Assessore
6) Melucci Maurizio	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Rabboni Tiberio	Assessore
9) Vecchi Luciano	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Rabboni Tiberio

Oggetto: APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA REGIONALI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SOCIALE
TERRITORIALE

Cod.documento GPG/2014/1101

Num. Reg. Proposta: GPG/2014/1101

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Viste:

- la Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L.R. 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L.R. 21 dicembre 2012, n. 21 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";
- la L.R. 26 luglio 2013, n.12 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona";
- la deliberazione di Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008 avente per oggetto "Piano sociale e sanitario 2008-2010";
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 117 del 18 giugno 2013 con la quale sono state approvate "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della L. R. 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) " (Proposta della Giunta Regionale in data 18 marzo 2013, n. 284");
- la deliberazione della Giunta regionale n. 432 del 31 marzo 2008 "Approvazione del programma per la promozione e lo sviluppo degli Sportelli Sociali"
- la deliberazione della Giunta regionale n. 1982 del 16 dicembre 2013 "Legge regionale 26 luglio 2013, n. 12 – primo provvedimento della Giunta regionale".

Considerato che:

- nel corso del 2012 è stata svolta da parte dell'Agenzia Sanitaria e Sociale un'attività di ricerca sulla "Qualità del servizio sociale territoriale in Emilia Romagna", che ha evidenziato una elevata eterogeneità organizzativa e funzionale e l'esistenza di più assetti istituzionali nell'esercizio della funzione del servizio sociale territoriale;
- nel corso del 2013 sono state svolte tre edizioni del corso rivolto agli operatori di sportello sociale dal titolo "L'arte di comunicare nel colloquio breve di sportello" che hanno evidenziato alcuni elementi di criticità e frammentarietà all'interno del servizio sociale territoriale tra gli sportelli sociali e gli altri ambiti di attività;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 117 del 18 giugno 2013 sopra citata prevede, tra le azioni da perseguire a livello regionale nell'arco del biennio 2013 – 2014 il riordino e

il consolidamento del servizio sociale territoriale, che comprende lo sportello sociale e il servizio sociale professionale, e che proprio per la sua funzione di accoglienza, informazione e orientamento, lettura dei bisogni e definizione dei percorsi di “presa in carico”, rappresenta uno snodo fondamentale del sistema dei servizi;

- la citata DAL 117/2013 afferma inoltre che è necessario ripensare il servizio sociale territoriale, a partire da una verifica puntuale della situazione esistente, in un’ottica di maggior qualificazione, di approfondimento e diffusione di modelli di valutazione degli interventi e di raccordo con la rete dei servizi e dei professionisti coinvolti.

Ritenuto pertanto opportuno procedere alla stesura di linee guida che concorrano a definire meglio missione, funzioni e alcuni elementi di organizzazione, nonché ad individuare standard minimi di riferimento e obiettivi di sviluppo del servizio;

Dato atto che:

- a tal fine è stato attivato dal Servizio Coordinamento politiche sociali e socio educative, programmazione e sviluppo del sistema dei servizi un gruppo tecnico di confronto composto da referenti regionali, rappresentanti degli enti locali, Direttori di Distretto, e che tale gruppo, con il supporto e l’assistenza tecnica di Sinodè Srl, ha condiviso il documento “Linee guida per il riordino del Servizio Sociale Territoriale”;
- che nell’ambito di questa attività del gruppo è stato realizzato anche un approfondimento sull’attività del servizio sociale territoriale nelle zone colpite dagli eventi sismici del 2012 con l’obiettivo di comprendere ciò che hanno affrontato/stanno affrontando gli operatori e di far emergere gli elementi che possono contribuire a migliorare le linee guida;

Preso atto del parere del CAL, espresso in sede di Commissione deliberante in data 22 maggio 2014;

Dato atto che sono stati sentiti la Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n.2187/2005 in data 22 maggio 2014, la Conferenza regionale del Terzo settore in data 5 giugno 2014, le Organizzazioni sindacali in data 26 giugno 2014;

Dato atto che ai fini della condivisione delle linee per il riordino del Servizio sociale territoriale sono stati svolti i seguenti passaggi istituzionali:

- 05/05/2014: incontro di presentazione della bozza di linee guida regionali alle Università di Bologna e Parma – ai responsabili dei corsi di laurea in Servizio sociale;
- 15/05/2014: incontro di presentazione della bozza di linee guida regionali all’Ordine delle Assistenti sociali dell’Emilia Romagna.

Visti:

- il D.lgs 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 “Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna” e successive modifiche;

Richiamate le proprie deliberazioni:

n. 1057 del 24 luglio 2006, n. 1663 del 27 novembre 2006, n.1377 del 20 settembre 2010, n. 1222/2011, n. 1511/2011 e n. 57 del 23/01/2012, la n. 725 del 4 giugno 2012 e la 1621 dell’11 novembre 2013, la n. 68 del 27 gennaio 2014;

- n. 2416 del 29 dicembre 2008, concernente “Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull’esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007” e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell’Assessore alla Promozione delle politiche sociali e di integrazione per l’immigrazione, volontariato, associazionismo e terzo settore, Teresa Marzocchi

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1) di approvare, per le motivazioni indicate in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate, le Linee guida regionali per il riordino del Servizio sociale territoriale, allegate alla presente deliberazione, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale;

2) di dare mandato al Servizio competente della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali:

- di dare ampia diffusione alle Linee guida;
- di mettere in atto le azioni di supporto volte a sostenere l’implementazione e l’attuazione delle Linee guida;
- di promuovere la costituzione di un tavolo tecnico con il compito di monitorare il recepimento e l’attuazione delle Linee guida;

4) di prevedere che il suddetto monitoraggio riguarderà, tra le altre cose, la dotazione di personale dei Servizi sociali territoriali anche al fine di promuovere la strutturazione più appropriata a rispondere ai bisogni del territorio e alle funzioni del Servizio sociale territoriale definite dalle Linee guida;

6) di pubblicare le presenti Linee guida sul BURERT e sul sito regionale <http://sociale.regione.emilia-romagna.it>.

ALLEGATO

LINEE GUIDA PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

1. Il contesto di riferimento

2. La missione del Servizio Sociale Territoriale

3. Le funzioni e le attività del Servizio Sociale Territoriale

4. I modelli organizzativi

5. Il Servizio Sociale Territoriale nella rete del territorio

6. I sistemi informativi

7. Gli standard di riferimento

8. Gli obiettivi di sviluppo

9. Glossario

1. Il contesto di riferimento¹

Il lavoro di ricostruzione statistica e di analisi del territorio compiuto negli ultimi anni a livello regionale permette di mettere in luce uno spaccato sui processi di cambiamento che interessano la popolazione emiliano-romagnola che, all'ultimo Censimento generale (2011) è risultata pari a 4.342.135 unità, con un incremento del 9% rispetto alla precedente rilevazione (rispetto al +6,4% dell'Italia). Tale incremento è seguito ad una fase di sostanziale stazionarietà della popolazione, osservata sia in Italia sia in Emilia-Romagna dagli anni '70 all'inizio degli anni 2000; negli ultimi 10 anni la popolazione della regione è, invece, quasi costantemente cresciuta, grazie principalmente alla componente migratoria positiva.

Alcuni indici statistici ci aiutano inoltre a comprendere i processi di cambiamento in atto, dando senso alle azioni di riordino del sistema di welfare regionale. L'indice di vecchiaia² nel 2013 in Emilia-Romagna risulta pari a 168,9: ci sono cioè quasi 169 anziani ogni 100 giovani; questo valore si attesta su livelli superiori a quelli italiani (nel 2012 l'indice di vecchiaia in Italia era pari a 147,2) ma va sottolineato che fra il 2002 e il 2013, l'indice di vecchiaia in Regione si è ridotto da 191 a 169 grazie al ritmo di crescita della popolazione giovane che è superiore a quello della popolazione anziana, principalmente per effetto della componente migratoria. L'indice demografico di dipendenza³ presenta un valore pari al 56,9%, ciò significa che 100 persone in età attiva, oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, hanno teoricamente "in carico" circa altre 57 persone, che risultano quindi dipendenti (nel 2012 il valore medio nazionale si attestava a 53,1%). Le persone di età fra i 15 e i 64 anni che nel 2010 dichiarano di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati o anziani) sono più di un milione e 100mila, pari al 40,2% della popolazione totale della fascia di età considerata.

Due aspetti assumono particolare rilievo: innanzitutto viene ribadita l'asimmetria dei ruoli all'interno della famiglia, con il lavoro di cura che ricade principalmente sulle donne e ne condiziona i percorsi di carriera al di là dei loro desideri, dall'altro emerge con chiarezza l'importanza delle reti informali di aiuto per supportare la famiglia nella cura dell'infanzia e degli individui più deboli.

L'evoluzione dei fattori dinamici - come natalità, mortalità e migrazione - congiuntamente ai cambiamenti nei modi e nei tempi di formazione e dissoluzione delle unioni tra individui ha prodotto notevoli trasformazioni non solo nelle caratteristiche complessive della popolazione ma anche nella sua articolazione in famiglie. La riduzione della fecondità, l'aumento dell'instabilità coniugale e la diffusione di nuovi modi di fare famiglie hanno determinato nel tempo un aumento del numero assoluto di famiglie superiore a quello della popolazione complessiva, una riduzione del numero medio di componenti e una diversa composizione in tipologie familiari.

Per quanto riguarda la situazione economica, il ciclo recessivo iniziato nel 2008 con la crisi finanziaria, ha prodotto una caduta del PIL particolarmente marcata nel 2009, quando in Emilia-Romagna si è registrata una diminuzione del 6,5%. Il tasso di disoccupazione è salito dal 2,9% del 2007 al 7,1% del 2012. Il livello di disoccupazione è superiore nelle donne (il valore passa dal 3,9% al 7,9% nel periodo di tempo considerato) rispetto agli uomini (dal 2,4% al 6,4%) ma nel periodo di tempo considerato, invece, a crescere sensibilmente è il tasso di disoccupazione in età 15-29 che è schizzato dal 6,5% al 17,4%.

¹ La ricostruzione del contesto socio-demografico è basata sui dati contenuti nella pubblicazione "Fotografia del Sociale, uno sguardo alla situazione italiana ed emiliano-romagnola", 2014, cui si può fare riferimento per ulteriori approfondimenti

² il numero di anziani di 65 anni e più ogni 100 giovani con meno di 15 anni

³ L'indice di dipendenza totale fornisce indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione, attraverso il numero di individui in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) ogni 100 in età attiva (15-64 anni)

Il dato regionale sul tasso di povertà è sostanzialmente stabile rispetto al 2006, tuttavia le famiglie che vivono in condizioni di deprivazione materiale, nel 2011, in Emilia-Romagna, rappresentano il 13% del totale delle famiglie residenti in regione (contro il 9,4% del 2007). Dal 2007 al 2011 è cresciuta (da 24,5% al 27%) la percentuale di famiglie che non riesce a fronteggiare spese impreviste⁴, che è in arretrato con il pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di debiti (dal 8,4% al 9,7%), che non può permettersi un pasto proteico almeno una volta ogni due giorni (dal 5,6% al 8,3%) e che non riesce a riscaldare la casa adeguatamente (dal 6,9% al 8,9%), con evidenti ricadute anche sul fronte della salute della popolazione.

Per quanto riguarda il tema “casa”, i provvedimenti di sfratto degli immobili ad uso abitativo emessi in Emilia-Romagna, nell’anno 2012, sono 6.845, la quasi totalità (95%) per morosità del locatario e gli sfratti realmente eseguiti con l’intervento dell’ufficiale giudiziario sono stati 3.284. Prendendo come base l’anno 2001 si osserva un andamento decisamente in crescita di tutte le procedure di sfratto che nel periodo di tempo considerato purtroppo vedono il raddoppio dei rispettivi valori⁵.

Infine è bene ricordare che dalla ricerca svolta nel 2011 da ISTAT, in collaborazione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, insieme alla FioPSD (Federazione Italiana Organismi Persone Senza Dimora) e Caritas Italiana, emerge che nel periodo in cui l’indagine è stata effettuata (novembre-dicembre 2011), le persone senza dimora in Italia risultavano essere circa 50.000 (47.648), di cui 4394 in Emilia Romagna, pari al 9,2 del totale. Un dato che caratterizza però la nostra regione è la distribuzione del fenomeno sul territorio. Mentre infatti in quasi tutte le altre regioni le persone senza dimora sono concentrate nella città metropolitana capoluogo di regione, in Emilia-Romagna risultano maggiormente distribuite su tutto il territorio regionale.

Il quadro sopra rappresentato mette in luce i principali cambiamenti che stanno intervenendo nei percorsi di vita delle persone e delle famiglie, producendo maggiori fasi di transizione e momenti di rottura rispetto a quanto avveniva in passato, quando era normale un legame stabile e duraturo nel tempo delle persone, sia in ambito familiare che nei contesti abitativo e lavorativo. In tale scenario i sistemi di welfare sviluppati fino ad oggi non sono più adeguati, poiché centrati nel rispondere alle emergenze ed alle fasi di vita o condizioni a maggiore rischio (la prima infanzia, le gravi marginalità, le disabilità, l’invecchiamento) ed orientati prevalentemente alla singola persona, piuttosto che al suo contesto familiare e sociale allargato. Oggi, a fianco delle fragilità già note al sistema dei servizi emergono nuove forme di povertà e di esclusione sociale: la difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico è uno dei principali fattori di difficoltà; la compresenza di più carichi assistenziali su un solo care giver (figli piccoli, adulti fragili e genitori anziani) rende difficile la tenuta delle reti primarie che hanno funzionato fino ad oggi nei processi di cura familiare e complica ulteriormente la possibilità di ingresso nel mercato del lavoro in particolare per la popolazione femminile; si estendono le disuguaglianze sociali, con pochi ricchi e molte persone vicine o sotto la soglia di povertà. Da una storia di risposta destinata a poche situazioni con problemi circoscritti e ben determinati si va verso una moltitudine di problematiche più sfaccettate e più diffuse, un aumento della vulnerabilità delle persone, a fronte di risorse professionali ed economiche che appaiono insufficienti a farvi fronte.

Ne consegue la necessità di ripensare alle politiche di welfare e di considerare le risorse dedicate a tali politiche quali investimenti indispensabili per la società, fattori importanti per sostenere la salute ed il benessere della popolazione, elementi base per la realizzazione personale, lo sviluppo dell’economia e dell’occupazione. La promozione

⁴ Fonte: Istat, Indagine sul reddito e condizioni di vita (Eu-Silk)

⁵ Fonte: Ministero dell’Interno

della salute e del benessere della popolazione deve essere uno degli obiettivi di tutte le politiche, in particolare delle politiche di welfare, soprattutto se consideriamo la possibilità di operare con riferimento a tutti i determinanti di salute modificabili, a livello ambientale, fisico, mentale e sociale⁶.

Occorre prendere atto che è necessario affiancare all'approccio riparativo un orientamento proattivo, orientato ad agire sui determinanti del benessere della popolazione, per non limitare l'attenzione alla sola domanda espressa, prevenire le condizioni di disagio e intercettare precocemente i problemi. Vanno investite risorse professionali per sviluppare un rapporto stabile e sinergico con la rete sociale territoriale, finalizzato sia alla conoscenza delle criticità locali, sia alla cooperazione nell'intervento di prevenzione dei rischi e di contrasto alle situazioni che producono disagio, esclusione, discriminazione. Va ripensato il rapporto con il cittadino e le famiglie, considerando che già oggi le famiglie gestiscono in modo autonomo, senza governo pubblico, buona parte delle risorse dedicate al welfare; è necessario adottare la prospettiva che il servizio pubblico non sostituisce la responsabilità del singolo e del suo contesto sociale nel farsi carico delle problematiche, ma si pone al loro fianco per sostenere e facilitare percorsi di uscita dalla condizione di emergenza o di gestione della fragilità o criticità temporanea o permanente. Uno degli approcci più qualificanti e innovativi del welfare community è appunto il considerare i singoli cittadini e le loro aggregazioni sociali, a cominciare dalle famiglie, dalle diverse forme di auto e mutuo aiuto formali ed informali e dagli organismi associativi, non solo come potenziali beneficiari dei servizi del sistema di welfare ma come risorse della comunità locale che concorrono alla definizione degli stessi interventi volti a risolvere gli stati di bisogno evidenziati.

E' questo il punto di partenza per sperimentare un nuovo modello di welfare, un sistema di servizi che sia al contempo universalistico, rivolto alla tutela dei diritti soggettivi per tutti i cittadini, ma al tempo stesso selettivo, orientato verso alcune condizioni che richiedono maggiore attenzione. Va adottata una visione ampia, che riesca a riconoscere la complessità dei fenomeni emergenti e le loro diverse connessioni e contraddizioni. Contemporaneamente va affinata un'attenzione specifica e ravvicinata ai microcontesti, per identificare disuguaglianze, emarginazioni e sofferenze, ma anche risorse che possono essere mobilitate e valorizzate; occorre continuare a tutelare le situazioni con maggiore fragilità e contestualmente introdurre nuovi paradigmi, lavorare sulle reti favorendo la costruzione di legami che faticano a sorgere in modo spontaneo.

In questo scenario il Servizio Sociale Territoriale rappresenta la linea di frontiera e di accesso al sistema di welfare pubblico e si trova coinvolto anche nei processi di riorganizzazione istituzionale che stanno avvenendo in Regione, con la spinta allo sviluppo di nuove forme per il governo del territorio (l.r. 21/2013) e il riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e sociosanitari (l.r. 12/2013).

È forte quindi l'esigenza di fornire un quadro di riferimento a livello regionale che sostenga il riordino del Servizio Sociale Territoriale stimolando la condivisione di una nuova missione del servizio e ripensando al rapporto con il territorio, la comunità ed i cittadini.

Queste linee guida hanno lo scopo di proporre un modello di riferimento regionale verso cui orientare i processi di cambiamento che si stanno innescando nei Servizi Sociali del Territorio, definendo la missione e le funzioni del SST, fornendo indicazioni in merito alle possibili scelte organizzative ed ai sistemi informativi di supporto alla realizzazione delle attività, individuando degli standard di riferimento regionale e delle prospettive di sviluppo su cui confrontarsi e migliorare le proprie performance.

⁶ OMS, Carta di Ottawa, 1984 – “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o infermità”

2. La missione del Servizio Sociale Territoriale

Il Servizio Sociale Territoriale (di seguito SST) ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. In questo contesto il SST partecipa attivamente alla promozione della salute e del benessere dei cittadini del territorio, alla tutela della persona e al rispetto dei diritti, attraverso un complesso di interventi finalizzati a garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la valutazione, la ricerca, il counselling, la progettazione e l'accompagnamento in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove risorse sociali nonché a realizzare interventi per la promozione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità. Garantisce altresì l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari, laddove previsto, in stretto raccordo con l'Ausl del territorio⁷.

Quest'ampia definizione del SST trova le sue radici proprio nella centralità della comunità quale referente privilegiato del servizio sociale, comunità intesa come singoli cittadini, famiglie, pluralità di organizzazioni formali e informali che abitano un determinato territorio e che, considerati nell'intreccio di relazioni che sviluppano gli uni con gli altri, rappresentano i referenti privilegiati del Servizio Sociale Territoriale sia per quanto riguarda l'accompagnamento delle situazioni personali e familiari fragili, sia per la progettazione di interventi di prevenzione, promozione sociale, empowerment della comunità. Nelle potenzialità dei singoli, così come nel loro sistema di relazioni, si trovano competenze, si riconosce valore all'altro, si restituisce valore sociale alla singola azione favorendo così il senso di appartenenza che qualifica la comunità. Lavorare con la comunità presuppone il riconoscimento del valore della conoscenza e dell'esperienza dell'altro e richiede di mettere al centro del proprio operato la cura delle relazioni, il riconoscimento di visioni differenti quali condizioni imprescindibili per la costruzione di legami di fiducia.

La missione del SST è quindi costituita da diversi elementi che, solo integrandosi tra loro, connotano il senso del SST:

Garantire l'ascolto ai cittadini, l'informazione e l'orientamento

Il SST garantisce la presenza di luoghi e persone dedicate all'ascolto di tutti i cittadini, in particolare per chi esprime un problema o un disagio, svolgendo una funzione di informazione, orientamento, consulenza. Il SST opera secondo un approccio ,multiculturale e sviluppa al proprio interno le competenze necessarie ad offrire accoglienza e servizi ad una società plurale.

Sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi

Il SST offre percorsi di accesso appropriato al sistema dei servizi di welfare in stretto collegamento con gli altri attori, istituzionali e non, del territorio che intercettano i bisogni e le domande dei cittadini. Attraverso i processi valutativi (mono e multi-professionali) il SST

⁷ L'integrazione socio-sanitaria ed il mandato anche sanitario del SST trova fondamento in diverse normative regionali, tra cui principalmente:

- *LR 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"* all'art.10 "integrazione sociosanitaria"
- *PSSR 2008-2010* che definisce il quadro normativo nazionale e regionale dell'integrazione socio-sanitaria e nel capitolo 2.2. "I principi del sistema istituzionale integrato" richiama l'esercizio integrato delle funzioni socio-sanitarie

accompagna la persona o la famiglia nel tradurre la propria domanda, individuare i bisogni e le risorse disponibili, sviluppare una progettazione adeguata a far fronte alle sue esigenze mediante la condivisione degli obiettivi di intervento con la rete familiare e sociale e l'attivazione di interventi pubblici e privati disponibili nel territorio, sviluppati anche in collaborazione con l'Ausl del territorio.

Attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale

Il SST attiva forme di protezione per le persone più fragili, già in condizione di disagio o di esclusione sociale, orientate a permettere loro, per quanto possibile, di superare/saper gestire tale condizione e di integrarsi nella comunità. Il SST gestisce in tal modo le risorse pubbliche disponibili per gli interventi e attiva forme di sostegno e accompagnamento delle persone fragili in integrazione con la rete familiare e sociale e le altre risorse presenti nel territorio sostenendo, per quanto possibile, il raggiungimento dell'autonomia.

Promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere

Il SST favorisce l'integrazione tra le politiche e gli attori sociali, pubblici e privati, coinvolgendo i soggetti e le risorse presenti nel territorio, importanti "antenne" nell'individuazione dei bisogni e delle priorità, e responsabilizzando i diversi nodi della rete nella promozione del benessere comune anche mediante la condivisione degli obiettivi di produzione dei diversi soggetti che erogano servizi ai cittadini nel territorio; informa e coinvolge i diversi attori nello sviluppo e realizzazione degli interventi attraendo le risorse presenti verso obiettivi comuni o promuovendo la creazione di reti sociali solidali: ciò può essere realizzato valorizzando le risorse della comunità locale in un'ottica di sussidiarietà orizzontale e di empowerment degli attori locali.

Favorire e sostenere politiche e interventi che riducono il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, di emarginazione o di disagio sociale

Il SST identifica e conosce i rischi cui la popolazione è maggiormente esposta, tenendo conto dei cicli di vita (infanzia, adolescenza, età adulta, età anziana), delle fasi di transizione (accesso e permanenza nei percorsi educativi e scolastici, passaggio scuola lavoro, uscita dal nucleo di origine, (ri)costituzione di nuovo nucleo, fase riproduttiva, uscita dal mercato del lavoro, perdita di autonomia in età anziana, ecc), dei momenti di crisi (disoccupazione di lungo periodo, disgregazione familiare, malattia e/o perdita di autonomia in età adulta, presenza di forti carichi assistenziali, ecc) che coinvolgono i singoli e le famiglie. Il SST si fa carico di quel delicato processo che, partendo dall'esperienza e dai dati analitici disponibili, ne analizza le cause per far emergere i bisogni dei cittadini e supportare il processo di programmazione locale nella lettura del contesto territoriale e nell'analisi delle esperienze positive che si sono sviluppate. Su tali basi il SST attiva le risorse del territorio affinché le situazioni di disagio sociale e di difficoltà possano essere individuate preventivamente e adotta un approccio proattivo nei confronti delle fasce di popolazione o delle persone con minori risorse (culturali, economiche e sociali) o maggiormente a rischio di esclusione, emarginazione o disagio sociale allo scopo di sostenere iniziative volte a ridurre la loro vulnerabilità attraverso percorsi abilitanti per garantire a tutti la possibilità di accedere alle risorse della comunità.

Far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili

Il SST attiva gli interventi e le risorse utili a far fronte a situazioni che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e di pregiudizio, prestando particolare attenzione alla tutela dei minori di età quali soggetti fragili ed a

rischio evolutivo, al supporto alle persone vittime di tratta o di violenza, agli adulti e anziani in situazione di grave disagio fisico e/o psichico, alle altre persone e famiglie in condizione di grave difficoltà o indigenza, attivando i servizi istituzionali e la rete locale o di altri territori interessati.

3. Le funzioni e le attività del Servizio Sociale Territoriale

Per rendere operativa la missione del SST, è necessario che il sistema regionale dei servizi sociali territoriali assuma alcune linee strategiche, orientate a:

- Sviluppare un approccio organizzativo e procedure operative che favoriscano un funzionamento più dinamico, integrato con il territorio e meno ancorato a procedure amministrative e pratiche professionali rigide. Occorre orientare l'azione di servizio sociale al risultato, adottando criteri d'intervento appropriati rispetto alla natura e alla gravità dei problemi da affrontare anche in una logica di maggiore flessibilità organizzativa.
- Integrare tra di loro interventi di tipo sociale con interventi di tipo sanitario, educativo, culturale, urbanistico, abitativo, economico, occupazionale, ecc. Per contrastare il disagio devono essere realizzate azioni sinergiche e cooperative delle diverse istituzioni (Comuni, AUSL, scuola, in particolare), dei diversi servizi (servizi sociali, servizi sociosanitari e servizi di medicina primaria delle AUSL, servizi per la casa, servizi per il lavoro, ecc) e dei diversi attori sociali.

A tal fine le funzioni che il SST dovrà garantire in ciascun ambito distrettuale sono le seguenti:

Accoglienza e valutazione delle domande

- Fornire ascolto, informazione, consulenza ed orientamento ai cittadini; attraverso tali azioni il SST intercetta e raccoglie informazioni sulle domande espresse dai cittadini e le codifica anche al fine di una lettura aggregata delle stesse;
- Effettuare valutazioni professionali dei bisogni e, qualora necessario, attivare équipe multi- professionali; il processo valutativo è finalizzato non solo a far emergere il bisogno dell'utente e del suo care giver ma anche ad individuare l'adeguatezza e la capacità di tenuta della rete familiare e sociale attivabile per far fronte alle necessità della persona.

Co-progettazione personalizzata e accompagnamento

- Co-progettare (con la persona, la sua rete familiare, amicale e sociale) gli interventi mirati a superare ed a gestire la condizione di disagio o di esclusione sociale, attraverso approcci abilitanti che favoriscano per quanto possibile l'autonomia delle persone e la responsabilizzazione della persona e dell'intera rete rispetto ai risultati; ciò implica la consapevolezza delle risorse disponibili da parte del Servizio, l'attivazione e l'inclusione delle risorse della comunità locale, l'integrazione con i soggetti pubblici e privati gestori dei servizi disponibili nel territorio, la promozione dell'empowerment del singolo e della comunità;
- Accompagnare la famiglia/persona fornendo assistenza e supporto attraverso l'erogazione diretta di prestazioni o l'attivazione di servizi, in base a quanto definito

nel progetto; esercitare, laddove necessario, la tutela dei diritti delle persone in carico (minori in tutela, persone interdette e inabilite, protezione dallo sfruttamento e dalla discriminazione, promozione dell'amministratore di sostegno);

- Monitorare e verificare le condizioni della persona e lo sviluppo del suo percorso, accompagnandola e tutelandola qualora sia necessario, rimanendo punti di riferimento per la stessa nel tempo; adottare modalità di co-valutazione dei risultati raggiunti assieme ai diversi stakeholders.

Promozione e sviluppo delle reti sociali e del capitale sociale

- Contribuire a promuovere lo sviluppo della rete sociale e del capitale sociale, porre un'attenzione specifica e ravvicinata ai microcontesti per identificare problemi, disuguaglianze, emarginazioni e sofferenze ma anche risorse mobilitabili e valorizzabili, sostenere ed orientare i diversi attori sociali verso il benessere comune; articolare il lavoro sociale per definire e aggiornare politiche e strategie condivise con i portatori di interesse, garantire percorsi partecipati di valutazione dei risultati conseguiti, promuovere lo sviluppo di aggregazioni sociali e reti integrate, orientare l'operatività del servizio sociale e della rete sociale in modo che sia coerente con il contesto del territorio, sviluppare un continuo lavoro di modernizzazione e innovazione con l'obiettivo di rafforzare sempre più la coesione sociale all'interno della comunità;
- Promuovere e sostenere attivamente iniziative e progetti rivolti alla comunità, finalizzati a prevenire situazioni di disagio ed emarginazione, azioni volte a ridurre il grado di vulnerabilità delle persone o delle famiglie, anche attraverso processi di co-progettazione con gli altri attori sociali, valorizzando le forme di autorganizzazione, formalizzate e non, già presenti sul territorio.

Gestione delle urgenze e delle emergenze sociali

- Attivarsi in tempi celeri nelle situazioni di emergenza sociale, anche in seguito a calamità naturali, in collaborazione con le forze dell'ordine e gli Enti preposti, attivando tutte le risorse disponibili a livello locale e concorrendo ad adottare le procedure di emergenza ricomprese nel Piano di Emergenza Comunale o Locale.
- Individuare i bisogni indifferibili ed urgenti in relazione alle diverse tipologie di utenza e identificare le risorse umane ed economiche che possono essere impiegate per farvi fronte, anche per persone temporaneamente presenti sul territorio⁸.

Supporto alla lettura del contesto ed alla programmazione territoriale

- Partecipare alla raccolta dati utilizzando i sistemi informativi e al processo di elaborazione che, anche partendo dai singoli casi, individua le radici sociali dei problemi e ne analizza le risposte, al fine di fornire informazioni agli Uffici di Piano e agli Uffici di supporto alla CTSS per alimentare i processi di analisi del territorio, di individuazione dei rischi della popolazione, dei bisogni e delle risorse disponibili.
- Supportare la programmazione territoriale di zona, mettendo a disposizione le informazioni disponibili ed il sapere elaborato nei processi di lavoro e/o nel rapporto

⁸ Nel rispetto del quadro normativo definito dalla l.r. 2/2003.

con gli altri attori, formali e non, del territorio anche al fine di contribuire a definire un quadro più completo delle fragilità e delle risorse della comunità di riferimento.

Gestione delle risorse economiche e dei processi amministrativi

- Gestire le risorse disponibili per l'attivazione dei suddetti interventi anche mediante la definizione dei rapporti con i soggetti pubblici e privati che erogano i servizi ai cittadini;
- Garantire le procedure amministrative coerenti con le attività svolte.

Alimentazione dei flussi informativi

- Aprire e gestire la cartella utente e, compatibilmente con i sistemi informativi disponibili, la cartella socio-sanitaria in stretta collaborazione con i servizi sanitari del distretto;
- Alimentare i flussi informativi coerenti con le funzioni svolte.

4. I modelli organizzativi

La legge regionale 12/2013 richiama l'obiettivo di muovere verso la gestione associata a livello distrettuale includendo, in tale prospettiva, anche gli interventi e servizi sociali ivi compreso il SST. La gestione associata delle funzioni, con il conseguente governo integrato dei servizi e la gestione unitaria delle risorse, non significa accentrare l'erogazione delle attività rivolte ai cittadini che, in relazione al SST, dovranno rimanere saldamente ancorate ai contesti territoriali per garantire la prossimità al territorio e la possibilità di integrazione del servizio con il distretto ed i diversi attori locali. La non delegabilità delle funzioni istituzionali da parte degli Enti Locali dell'ambito distrettuale implica che le funzioni di indirizzo e di governo del SST siano assicurate dal livello associativo distrettuale (Unione dei Comuni o altra forma), anche nel caso in cui nel Programma di riordino gli Enti Locali decidano di avvalersi di un ente strumentale (quale l'ASP o l'ASC) per le attività di Servizio Sociale Territoriale (Dgr 1982/2013). Ciò comporta l'assunzione dei ruoli di regolazione e indirizzo del SST da parte della forma associativa distrettuale, che si concretizzano nella definizione delle linee di sviluppo strategico del SST, nell'acquisizione e allocazione delle risorse ad esso dedicate, nonché nel coordinamento strategico dei processi orientati a definire procedure e livelli di risposta integrati a livello territoriale, protocolli di collaborazione con gli altri enti del territorio ed a presidiare in modo coordinato le articolazioni organizzative del servizio, i processi formativi relativi al personale e gli sviluppi innovativi.

Il percorso di riordino dovrebbe essere orientato a consentire al SST di acquisire una nuova organizzazione basata sui processi di gestione, più che sulle prestazioni erogabili, orientata ad interagire in modo flessibile con le richieste dei cittadini, gestendo situazioni ormai sempre meno standardizzabili per tipo di rischio o disagio e di risorse attivabili.

Pur riconoscendo autonomia agli ambiti distrettuali nella definizione dell'assetto organizzativo del SST, al fine di garantire le funzioni previste, si ritiene opportuna a livello distrettuale la presenza di almeno le seguenti figure nel SST:

- Responsabile del SST;
- Assistenti sociali;
- Educatori;
- Operatori socio-sanitari;

- Impiegati amministrativi;
- Operatori dedicati all'attività di sportello, con specifiche competenze per l'esercizio delle attività di accoglienza, ascolto, informazione ed orientamento ai cittadini.

Inoltre, in funzione dell'organizzazione territoriale e delle esigenze rilevate, potranno essere attivate altre professionalità da integrare all'interno dei nuclei di lavoro del SST, quali, a titolo non esaustivo: sociologo, psicologo, mediatore culturale, operatore di strada, esperto giuridico.

Il SST, per garantire le funzioni descritte al precedente capitolo, dovrà avere come articolazione minima:

- Responsabile del SST
- Sportello sociale
- Servizio sociale professionale

e dovrà inoltre garantire attività di tipo educativo, socio-sanitario e amministrativo.

Il Responsabile del SST (d'ora in poi "il Responsabile") fa parte dell'Ufficio di Piano. Deve essere in possesso di adeguati requisiti di formazione professionale e/o esperienza nell'ambito dei servizi di welfare. Il Responsabile ha il compito di:

- gestire i rapporti con gli Amministratori e con i portatori d'interesse, assicurando coerenza tra le loro esigenze e l'azione del Servizio, nonché ricercando l'equilibrio e la mediazione necessaria tra le eventuali istanze contrapposte;
- supportare gli Amministratori e gli organi amministrativi dell'ente nella formulazione delle politiche sociali;
- supportare il processo di analisi del territorio e di definizione delle scelte di programmazione, partendo da una buona conoscenza del contesto;
- partecipare alla negoziazione per la costruzione budget di Servizio e l'individuazione degli obiettivi, promuovendone la condivisione con gli operatori del Servizio;
- assicurare la funzionalità del SST, attraverso la pianificazione strategica ed operativa del servizio, la gestione della comunicazione interna ed esterna;
- conseguire gli obiettivi impiegando le risorse assegnate, in particolare quelle umane;
- sviluppare percorsi di coinvolgimento degli operatori, degli utenti e delle parti interessate, del terzo settore, per favorire lo sviluppo dei processi partecipativi, la condivisione in merito alla programmazione e alle priorità e la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi;
- fornire evidenza della qualità del servizio, garantendo la documentazione e la raccolta sistematica di informazioni sul funzionamento del servizio e sulle sue performance;
- presidiare i processi valutativi legati alle attività svolte nel SST, affinché sia possibile analizzare il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti e, a partire dalle esperienze, far emergere gli elementi di riflessione che orientano lo sviluppo ed il miglioramento continuo del servizio;
- facilitare e promuovere il confronto con le altre realtà locali per creare una tensione verso la diffusione delle buone pratiche, la modernizzazione e l'innovazione.

Lo Sportello sociale è dislocato territorialmente al fine di garantire ai cittadini una adeguata prossimità ai servizi e di consentire agli operatori la possibilità di operare in stretto contatto con il micro-contesto di riferimento. In particolare, anche in base a quanto previsto dalla Dgr 432/2008, spetta allo sportello sociale il compito di:

- Informare i cittadini sul sistema di offerta dei servizi pubblici e/o del privato sociale operanti nel territorio, mantenendo aggiornate le relative informazioni;
- Orientare in modo personalizzato le persone rispetto al ventaglio delle opportunità concretamente attivabili con le risorse presenti nel territorio;
- Accompagnare il cittadino all'avvio del percorso valutativo (per esempio fissando concretamente gli appuntamenti con l'Assistente Sociale attraverso un servizio condiviso di 'agenda');
- Supportare il cittadino nell'iter di richiesta di interventi standardizzati e non complessi e gestire l'ammissione al beneficio;
- Partecipare attivamente al lavoro di conoscenza del territorio e di promozione/attivazione delle risorse del territorio in raccordo con le altre professionalità del SST e con il terzo settore, compatibilmente con le risorse disponibili.

A tal fine devono essere individuate modalità organizzative e/o processi operativi che favoriscono l'interazione diretta tra gli operatori dedicati alle attività di Sportello Sociale e le altre articolazioni organizzative del SST, al fine di rendere maggiormente flessibili, qualificati e tempestivi i processi di accoglienza ed orientamento dei cittadini, nonché l'attivazione delle risorse utili a rispondere alle loro necessità. In particolare, laddove nello Sportello Sociale non sia prevista la presenza di un Assistente Sociale, è necessario prevedere modalità logistiche o organizzative che garantiscano prossimità tra gli operatori, ad esempio mediante l'individuazione di un Assistente Sociale di riferimento per lo Sportello, attraverso la prossimità fisica degli operatori di Sportello e degli Assistenti Sociali oppure garantendo luoghi e spazi di coordinamento tra gli stessi (équipe, tavoli di coordinamento, ecc.).

Il Servizio Sociale Professionale è articolato in funzione delle esigenze e delle risorse del territorio. Nel rispetto delle specifiche professionalità che lo compongono, provvede all'accoglienza delle persone e dei nuclei familiari in situazione di bisogno e, tenendo conto delle risorse soggettive e familiari e del contesto di vita, valuta e/o partecipa a processi valutativi pluri-professionali. Definisce inoltre la progettazione, l'accompagnamento e la verifica delle diverse situazioni, l'integrazione con gli altri attori pubblici e privati del territorio, la promozione delle reti sociali, l'analisi del contesto locale di supporto ai processi di programmazione. In linea con gli attuali orientamenti del welfare comunitario, l'organizzazione del lavoro dovrà essere il più possibile basata su un approccio per macro-problematicità garantendo il presidio dei micro-contesti locali (quartieri, poli territoriali, ecc.) e la presenza di personale in grado di gestire i percorsi specialistici (ad esempio le procedure di affido e adozione, la gestione della tutela, la facilitazione per l'accesso alle opportunità di inserimento lavorativo, ecc.), nonché attivando ed integrando i gruppi di lavoro con le professionalità più utili a garantire un adeguato svolgimento delle suddette funzioni.

Nell'ambito del SST:

- **L'attività educativa** riguarda l'organizzazione e la realizzazione di progetti per favorire l'inserimento scolastico, formativo e lavorativo e definire progetti educativi e riabilitativi volti a promuovere e contribuire al pieno sviluppo delle potenzialità di crescita individuale e di inserimento sociale di persone in difficoltà.
- **L'attività nell'area socio-sanitaria** è volta a supportare il servizio sociale professionale nelle attività quali tutoring domiciliare, attività specialistica rivolta a persone affette da demenza, dimissioni protette, ecc.
- **L'attività amministrativa riguarda** la gestione delle procedure amministrative connesse alle funzioni del SST e l'adeguato funzionamento dei sistemi informativi.

L'impiego di personale stabile ed adeguatamente formato è un elemento basilare per dare continuità, qualificare e rendere più efficace l'azione del SST. A tale scopo si ritiene fondamentale garantire azioni di formazione rivolte a tutti i profili impegnati nel Servizio ed individuare modalità organizzative tali da supportare gli operatori nello svolgimento della propria attività, attivando, ove possibile, percorsi di supervisione e scambi di pratiche intra ed inter-professionali.

Si considera buona prassi, qualora se ne verifichino le condizioni, realizzare momenti di formazione o di aggiornamento congiuntamente fra operatori del SST e del terzo settore operanti sul territorio e con cui l'ente locale ha in atto forme di collaborazione.

Il SST dovrà operare in relazione con le altre professionalità territoriali, quali in particolare gli operatori dei Servizi per l'Impiego e le figure sanitarie che operano nell'ambito delle Case della Salute e dei Distretti socio-sanitari (i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Infermieri, ecc.) e delle altre articolazioni del sistema sanitario (Sert, DSM-DP, Neuropsichiatria infantile, ecc.) e con i soggetti e gli operatori del terzo settore; dovrà inoltre essere garantita la possibilità di attivare unità valutative multi dimensionali, anche in integrazione con l'ambito sanitario⁹, in funzione della complessità e della specificità delle situazioni, nonché prevedere specifici processi di integrazione e protocolli operativi per rispondere alle esigenze delle persone con multi-problematicità, senza dimora o richiedenti protezione internazionale.

In particolare, per l'area dei servizi socio-sanitari, un sistema di accesso e valutazione condiviso tra Comuni e Azienda USL viene indicato come uno degli elementi essenziali del sistema regionale per la non autosufficienza da garantire su tutto il territorio regionale. In ogni ambito distrettuale devono essere assicurati la presenza e l'utilizzo di strumenti tecnici per la valutazione multi dimensionale e la formulazione del Progetto individualizzato

⁹ Si vedano i riferimenti alle disposizioni regionali che disciplinano il tema dell'integrazione tra le figure sociali e sanitarie e definiscono le modalità di lavoro integrato:

- L.R. N. 2/2003 (art 3, art 7 comma 3, art. 10), legge di applicazione della L.N. 328/2000
- LR 5/1994 e ss. mm. "tutela e valorizzazione delle persone anziane"
- DGR 509/07, DGR 1206/07; DGR 1230/09 e **DGR 2068/2004** per l'area della non autosufficienza
- L.R. 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni (art. 17 Servizio sociale professionale ed équipe territoriali, art. 18 équipe di II livello), per quanto riguarda la materia dell'infanzia e adolescenza
- DGR 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" (parte I art. 5 Metodologia del lavoro integrato e progetto quadro, parte III art. 1 Accoglienza integrata)
- "Linee di indirizzo per le adozioni nazionali e internazionali (DGR 1495/2003)"; "Protocollo regionale di intersa in materia di adozione" approvato con DGR 1425/2004"
- "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso", 2013
- DGR 313/2009 "Piano attuativo Salute Mentale 2009-2011"

di vita e di cure (PIVEC), quali per esempio la presenza di un' Unità di Valutazione Multidimensionale composta da operatori sociali e sanitari.

Inoltre per ottemperare in modo appropriato, efficace e tempestivo alla funzione di tutela delle persone di minore età, nelle situazioni ad alta complessità (maltrattamenti, abusi, trascuratezza, abbandono, minori stranieri non accompagnati, minori contesi, grave pregiudizio per il bambino, ecc.) e nell'ottica di favorire lo sviluppo del bambino e valorizzare al massimo le capacità genitoriali e di preservare i contesti di vita e di relazione del minore, è necessario poter attivare a livello distrettuale una équipe multi-professionale e interistituzionale. Nella costituzione dell'èquipe multi-professionale ci si avvarrà di personale con competenza specifica (sanitaria e sociale) che è chiamato ad operare con modalità e risposte integrate in tutte le fasi del processo. Al fine di migliorare la qualità dell'agire professionale è necessario prevedere una supervisione metodologica e la presenza dell'esperto giuridico in materia minorile, così come previsto dalla normativa vigente.

Infine, per le persone con esiti di patologia psichiatrica che necessitano di un inserimento in residenza socio-sanitaria, il Piano attuativo salute mentale ¹⁰ha previsto che in ogni ambito zonale venga attivata in forma congiunta da Azienda USL ed Enti Locali una specifica unità di valutazione multi dimensionale (UVM), al fine di assicurare criteri di accesso e presa in carico uniformi.

5. Il Servizio Sociale Territoriale nella rete del territorio

La spinta verso la gestione associata delle funzioni su base distrettuale dovrebbe favorire la possibilità di promuovere una maggiore integrazione tra le politiche ed i servizi del territorio. L'orientamento delle diverse politiche verso obiettivi di sviluppo comuni muove dalla consapevolezza che la promozione della salute e del benessere del territorio e della popolazione richiedono di agire su più livelli, integrando gli sforzi e le risorse verso obiettivi condivisi; ciò implica l'ascolto e l'inclusione di tutti gli attori nei processi decisionali e lo sforzo orientato alla condivisione ed al coinvolgimento di tutti i nodi della rete territoriale nella promozione degli interventi, sia a livello macro, quanto a livello micro.

L'approccio integrato alle politiche parte certamente dalla programmazione ma richiede di ampliare e diffondere tra gli attori territoriali la conoscenza dei servizi esistenti e la disponibilità di risorse, di diversa natura, pubbliche e private, formali ed informali, attivabili dai cittadini per far fronte alle proprie esigenze. Richiede altresì di creare collegamenti e processi integrati tra i diversi nodi di questa fitta rete, processi di comunicazione e scambio informativo, di co-progettazione, di co-gestione o realizzazione di attività indipendenti che tuttavia si integrino rispetto agli obiettivi da sostenere. L'adozione di scelte logistiche condivise con altri nodi strategici della rete del territorio facilita i processi di scambio e l'instaurarsi di relazioni stabili tra operatori appartenenti ad enti diversi. Nella riorganizzazione del SST si ritiene utile privilegiare la scelta di integrazione anche logistica di tutto o di alcune sue parti con altri nodi della rete (ad esempio con le Case della Salute, con sportelli tematici per accoglienza abitativa, per l'inserimento lavorativo, ecc).

In questo contesto il SST rappresenta un nodo strategico del territorio per quanto attiene alle politiche sociali e socio-sanitarie, educative e del lavoro deve pertanto essere ripensato come punto qualificato della rete di servizi che, orientato a rispondere alla propria missione, si pone in relazione con gli altri attori del territorio o almeno con quelli di seguito individuati:

¹⁰ DGR n. 313/2009 "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011"

▪ *Per quanto attiene al supporto alle funzioni di programmazione, governo e verifica ed al raccordo strategico con gli altri Enti del territorio:*

- **Gli Uffici di Piano**, allo scopo di partecipare attivamente alla definizione delle caratteristiche della comunità e alla programmazione di zona assieme agli altri enti istituzionali ed alle rappresentanze delle forme associative della Comunità;
- **Il Distretto Sanitario dell'AUSL¹¹ ed i Dipartimenti**, in modo da favorire l'integrazione delle politiche di prevenzione, promozione e protezione per le persone fragili del territorio e le fasce di popolazione a rischio (si pensi a titolo di esempio alle azioni di prevenzione rivolte alle donne in maternità ed alla prima infanzia, alle azioni di supporto ai nuclei familiari con persone non autosufficienti o con problemi di salute mentale, alle azioni di prevenzione e protezione dedicate ai fenomeni di dipendenza e abuso da sostanze, ecc); in particolare dovranno essere valorizzati e sostenuti operativamente gli accordi stabiliti ai fini di realizzare l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale, promuovendo azioni di integrazione professionale ed organizzativa tra i dirigenti e gli operatori dei servizi sanitari e del SST;
- **Gli Uffici Provinciali e Comunali** (siano essi afferenti al singolo comune o gestiti in forma associata) che presidiano le politiche di sostegno all'istruzione, al lavoro, all'abitazione, alla mobilità, alla promozione di pari opportunità, ecc., allo scopo di poter costruire programmi integrati di collaborazione rispetto ad obiettivi comuni e di potersi attivare reciprocamente in relazione alle esigenze del contesto locale;
- **Gli Uffici Scolastici Territoriali**, allo scopo di definire le modalità di integrazione nelle politiche di sostegno ai minori, in particolare disabili, ed alle loro famiglie.
- **Gli Uffici Giudiziari e/o Magistratura Minorile** (Tribunale per i Minorenni e Procura presso il Tribunale per i Minorenni, Giudice Tutelare), al fine di definire a livello istituzionale, anche attraverso la stipula di protocolli di intesa, relazioni e forme di collaborazione stabili ed uniformi tra Uffici Giudiziari e Servizi sociali e di favorire la partecipazione del volontariato e delle risorse della comunità nella tutela dei soggetti deboli (Amministrazione di sostegno LR 11/09 e Tutore volontario minori).

¹¹ In Emilia-Romagna, gli accordi tra Enti Locali ed Aziende USL sull'integrazione socio-sanitaria sono disciplinati dalla L.R. 2/2003, richiamata dal PSSR 2008-2010 che definisce il quadro normativo nazionale e regionale dell'integrazione socio-sanitaria e che nel capitolo 2.2 "I principi del sistema istituzionale integrato" richiama l'esercizio integrato delle funzioni socio-sanitarie che potrà realizzarsi, ai sensi dell'art. 29, comma 3, della L.R. 2/2003, attraverso il Comitato di Distretto (o altra forma associativa disciplinata dalla legge) affiancando all'Accordo di programma, col quale si approva il Piano di zona distrettuale, la contestuale stipula di una convenzione, secondo le modalità previste dal TUEL (art. 30 D.Lgs 267/2000), tra i comuni stessi e l'AUSL. Inoltre, relativamente all'ambito "Famiglia, Infanzia, Età Evolutiva" l'integrazione socio-sanitaria è a tutt'oggi disciplinata dalla delibera regionale DGR n. 1637 del 1996, che di fatto rimanda la regolamentazione della materia "ad accordi locali e a protocolli operativi, progetti socio-educativi, socio-terapeutici, e socio-riabilitativi". La recente DGR n. 1677/2013, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso", nel capitolo 6 dedica un approfondimento alle "Raccomandazioni per un percorso organizzativo: ipotesi di sviluppo di accordi di livello locale".

- Le **rappresentanze degli enti del Terzo Settore**, al fine di condividere i processi di lettura dei bisogni del territorio e gli obiettivi di intervento, ai sensi della l.r. 2/2003.
- *Per quanto attiene alle funzioni di produzione e gestione degli interventi:*
 - Le **ASP/ASC** per le funzioni che saranno loro affidate su base Distrettuale dalle forme associative dei Comuni;
 - Le **Case della Salute**, con cui garantire un raccordo stabile allo scopo di sviluppare un'adeguata integrazione nella gestione delle situazioni di fragilità del territorio;
 - I **Medici di Medicina Generale (MMG)**, i **Pediatrati di Libera Scelta (PLS)** e **altri professionisti di area sanitaria**, con cui condividere, ove necessario, la progettazione e l'accompagnamento delle situazioni di maggiore fragilità;
 - I **Servizi per l'Impiego**, con i quali condividere le modalità di supporto integrato in favore delle persone con problematiche legate all'accesso ed alla permanenza nel mercato del lavoro;
 - Le **Scuole**, quali nodi strategici per intercettare e rispondere ai problemi dei bambini e dei giovani, ma anche quali ponti di collegamento con le loro famiglie;
 - I **Servizi Educativi rivolti all'infanzia** (fascia di età 0-3 e 3-6 anni), per favorire collaborazioni e accordi nell'intercettazione precoce e nella cura di bambini in condizioni di fragilità, vulnerabilità sociale e a rischio psico-sociale;
 - Le **Forze dell'Ordine**, allo scopo di integrare le modalità di gestione delle emergenze su base locale e concertare azioni di collaborazione reciproca rispetto alla gestione di casi complessi;
 - Le **Organizzazioni** del Terzo Settore, siano esse espressione di specifiche categorie o orientate alla promozione sociale, educativa e culturale del territorio, con particolare riguardo agli organismi con forte radicamento territoriale, che svolgono funzioni di supporto alla cittadinanza o di erogazione di servizi o che possono rappresentare delle opportunità per lo sviluppo del territorio;
 - I **soggetti privati**, non compresi nelle Organizzazioni del Terzo Settore, che partecipano alla realizzazione del sistema dei servizi a rete mediante la gestione di specifici servizi;
 - I **centri antiviolenza** allo scopo di coordinare/integrare le azioni di informazione, orientamento e accoglienza rivolte alle persone vittime di violenza;
 - Gli **Uffici giudiziari** allo scopo di coordinare ed integrare gli interventi di tutela nell'ambito del Progetto di vita proposto dai servizi sociali, socio-sanitari e socio-educativi

Particolare attenzione va posta in riferimento all'integrazione con tutti i punti di accesso rivolti ai cittadini, anche di tipo specialistico, in particolare se esterni al SST: i **Centri per le Famiglie**, ridefiniti in base alla l.r. 14/2008, allo scopo di coordinare ed integrare le attività svolte in favore delle famiglie con figli e di supporto alla genitorialità (ad esempio: campagne affido, inclusione delle famiglie straniere, in particolare le donne), nonché quali interlocutori importanti nella promozione del lavoro di comunità; **altri sportelli territoriali** (informa-giovani, sportelli carcere, sportelli anti-discriminazione, centri per l'adattamento domestico, patronati, centri di ascolto diocesani e parrocchiali e centri di accoglienza delle Caritas, ecc.) al fine di coordinare e integrare le attività di ascolto, informazione, orientamento e risposta al cittadino.

Nella logica di sostenere un approccio inclusivo degli attori della comunità, il SST dovrà attivare percorsi di confronto, scambio ed integrazione con tutti i diversi soggetti che partecipano alla promozione del benessere del territorio quali, a titolo di esempio, le organizzazioni sindacali attraverso le rappresentanze territoriali, le imprese che sostengono progetti di welfare aziendale o si pongono in una logica di responsabilità sociale, le associazioni di categoria che possono contribuire, a vario titolo, a favorire l'inclusione sociale o a mitigare i rischi di alcune fasce di popolazione.

La costruzione di legami con tutti i suddetti attori richiede un impegno specifico dedicato alla cura delle relazioni con i soggetti che le rappresentano e vi operano e, laddove il territorio mostri una debolezza rispetto a tali opportunità, il SST dovrebbe svolgere il compito di promuovere la creazione di reti associative e di legami stabili tra i cittadini, orientati a favorire i processi di coesione sociale e di inclusione. Si tratta di una parte del lavoro del SST che deve essere progettato e realizzato anche a prescindere dal lavoro sulle singole situazioni, poiché soltanto se tali legami sono ricercati, mantenuti e sviluppati sarà possibile attivarli con maggiore facilità nel momento in cui sia opportuno promuovere interventi orientati a ridurre i rischi di alcune fasce della popolazione piuttosto che a supportare alcune specifiche situazioni di fragilità. La possibilità del SST di essere un nodo strategico della rete del territorio si realizza anche nella capacità di promuovere reti di famiglie accoglienti, di porsi in relazione con i luoghi di culto e di aggregazione del territorio, di conoscere le specificità delle etnie presenti nella comunità locale, di rappresentare per il territorio un punto di riferimento noto e riconoscibile. Per tali motivi è necessario che siano pensate risorse, in termini di tempo del personale, dedicate alla gestione di tali attività ed al loro mantenimento e sviluppo.

6. I sistemi informativi

Le attività strategiche ed operative del SST possono essere realizzate pienamente soltanto se supportate da sistemi informativi adeguati, sviluppati in modo integrato a livello locale per sostenere la gestione delle azioni compiute dagli operatori e per garantire la registrazione dei dati necessari a supportare le procedure amministrative ed i processi di analisi del territorio e di valutazione delle performance del servizio. La situazione attuale vede la presenza di sistemi informativi di area sociale, sanitaria, socio-sanitaria e sistemi gestionali locali che insistono sullo stesso territorio spesso senza dialogare tra loro. Si tratta quindi di attivare un percorso che renda coerenti le scelte di ciascun attore sui sistemi informativi e sulle piattaforme informatiche di supporto, al fine di orientarsi verso la costruzione di un sistema informativo comune, superando la frammentazione settoriale. Ciò dovrebbe avvenire in primis in relazione ai sistemi informativi sociali e sanitari che insistono sullo stesso Ambito distrettuale.

Il sistema informativo, informatizzato, delle politiche sociali territoriali dovrebbe rispondere alle seguenti caratteristiche:

- Essere sviluppato su base distrettuale, in modo da garantire la possibilità di gestire in modo associato le funzioni tra i Comuni e, in prospettiva, con gli altri attori del territorio, in particolare con l'AUSL per l'attivazione di prestazioni socio-sanitarie;
- Nel caso di sistemi integrati tra Comuni e Ausl, il sistema dovrà essere sviluppato nel rispetto scrupoloso del principio di necessità (D. Lgs. 196/2003) e raccogliere le informazioni necessarie ad una gestione integrata della persona che accede ai Servizi Sociali Territoriali e che può necessitare di un percorso socio-sanitario. Una presa in carico integrata comporta una valutazione multidimensionale delle informazioni relative all'utente da parte dei soggetti opportunamente designati dai Comuni e dalle Aziende Sanitarie coinvolte nel processo di assistenza e la condivisione di specifici strumenti valutativi¹²;
- Essere centrato sulla persona/nucleo ed aperto all'intera popolazione, includendo in modo integrato tutti i target di utenza intercettabili dal SST. L'obiettivo è quello di promuovere sistemi informativi basati sulla cartella utente, evitando lo sviluppo di sistemi parcellizzati, incapaci di interagire tra loro e di produrre informazioni per il governo complessivo;
- Coprire le diverse fasi di intervento e lo sviluppo temporale del rapporto con il soggetto: contatto, segnalazione/accesso, valutazione tecnica sociale e multidimensionale, definizione del progetto di intervento con l'utente (PIVEC, Progetti Quadro, ..), erogazione diretta di interventi e/o attivazione di altre risorse, gestione della compartecipazione al costo dei servizi laddove prevista, monitoraggio e verifica; ciò richiede che il sistema informativo sia basato sui processi di lavoro degli operatori, includendo gli strumenti tecnici in uso agli stessi e ricostruendo le procedure contabili ed amministrative;
- Essere in grado di produrre report analitici ed aggregati relativi all'utenza, agli interventi, agli aspetti contabili ed amministrativi, nonché di produrre esportazioni di dati, secondo i tracciati record regionali, che consentano l'alimentazione dei flussi informativi rilevati a livello regionale e nazionale¹³.

Gli investimenti sui sistemi gestionali in uso nei territori dovrebbero essere orientati ad integrare quanto esistente per muovere verso sistemi sempre più integrati/integrabili e capaci di svolgere le funzioni di supporto al lavoro degli operatori, di acquisizione di dati aggregati per l'analisi del territorio e l'individuazione dei cambiamenti in atto e di agevolare il rapporto con il cittadino per gli adempimenti amministrativi connessi alla gestione dei servizi. A tale scopo va sottolineata la necessità di attivare azioni fortemente inclusive degli operatori, afferenti ai diversi profili, nei processi di sviluppo ed implementazione dei sistemi informativi poiché il processo di informatizzazione dovrebbe basarsi sul disegno di sistemi informativi coerenti con i processi di lavoro, sostenibili e in grado di produrre ritorni per chi li alimenta.

¹² Determinazione n. 2023 del 2/03/2010 "strumento tecnico per la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti dei servizi per disabili" e strumenti "BINA FAR e BINA HOME"

¹³ Si ricordano in particolare i flussi FAR, SMAC, ADI, GRAD, IASS, SISAM e le sperimentazioni nazionali SINA - Sistema Informativo Non Autosufficienza, SInBa - Sistema informativo sulla cura e la protezione dei bambini e delle loro famiglie e SIP - Sistema Informativo Povertà, esclusione sociale e altre forme di disagio, che dovrebbero costituire le basi per il sistema informativo dei servizi sociali, richiamato all'art. 21 della l.328/00

Inoltre, al fine di consentire un maggior ritorno informativo e la fruibilità dei dati rilevati con i flussi regionali è in via di realizzazione un sistema di analisi e diffusione dati di ambito regionale, in parte già consultabile on-line al link <http://www.saluter.it/sisepts/>, che, gestendo in modo unificato i dati dei diversi flussi informativi sociali e socio-sanitari, consente di produrre indicatori per le analisi direzionali e strategiche garantendone l'accesso a livello regionale e locale.

7. Gli standard di riferimento

Il legame tra le scelte di ciascun territorio e le linee guida regionali sul SST mira alla ricerca di un adeguato equilibrio tra la definizione di interventi e processi di lavoro calibrati sulle caratteristiche e le politiche definite localmente e la necessità di garantire equità ai cittadini della Regione, evitando un'eccessiva differenziazione territoriale in relazione alle caratteristiche dell'offerta ed alle risorse messe a disposizione.

In tale logica il presente capitolo include l'individuazione di alcuni standard di riferimento, ritenuti indispensabili per fare in modo che il SST sia in grado di esercitare le funzioni richiamate nelle presenti linee guida e per fornire una garanzia minima di offerta in tutto il territorio regionale. Gli standard di riferimento per l'intera Regione sono stati definiti in base ai risultati delle azioni di ricerca rivolte al SST negli ultimi anni, nonché attraverso i processi di confronto tra livello regionale e referenti territoriali sviluppatosi a seguito di tali lavori. L'obiettivo che ci si pone è quello che tutti i territori della Regione, nell'ambito delle gestioni associate, riescano a raggiungere tali obiettivi nell'arco dei prossimi 3 anni, cercando di ridurre il grado di disomogeneità territoriale oggi presente. Essi non rappresentano standard ottimali di servizio, bensì livelli minimi di riferimento sotto ai quali appare difficile che il SST sia in grado di garantire le funzioni descritte nelle presenti linee guida.

Gli standard riguardano:

▪ L'adeguatezza del personale

Si ritiene opportuna a livello di ambito distrettuale la presenza di almeno le seguenti figure nel SST:

- Responsabile del SST;
- Assistenti sociali;
- Educatori;
- Operatori socio-sanitari;
- Impiegati amministrativi;
- Operatori dedicati all'attività di sportello, con specifiche competenze per l'esercizio delle attività di accoglienza, ascolto, informazione ed orientamento ai cittadini.

Al fine di svolgere adeguatamente le funzioni previste dalle presenti linee guida, la presenza delle suddette figure professionali dovrà essere in misura necessaria a garantire una capacità di risposta adeguata, anche in relazione alle specifiche caratteristiche territoriali (elevata dispersione territoriale, numero elevato di comuni afferenti all'ambito distrettuale), demografiche (alta densità abitativa, alto tasso di invecchiamento, forte componente migratoria) o socio economiche (elevato tasso di

povertà relativa, zone in particolare condizione di disagio economico-sociale e zone colpite dal sisma).

Si ricorda che a livello regionale si registra in media la presenza di almeno 1 Assistente Sociale ogni 5.000 abitanti. E' pertanto auspicabile che gli ambiti distrettuali che si collocano al di sotto di tale media, prevedano nell'arco del triennio dall'entrata in vigore delle presenti linee guida l'adeguamento almeno al questo valore di riferimento.

▪ **La formazione del personale:**

La gestione associata a livello di ambito distrettuale dovrà assicurare:

- almeno 15 ore di formazione annue per ciascun operatore del SST (in relazione ad un tempo pieno), salvaguardando le disposizioni stabilite dagli Ordini Professionali
- una formazione in ingresso per gli operatori di sportello, orientata a sviluppare le loro competenze nella gestione dell'ascolto, dell'informazione e dell'orientamento ai cittadini

▪ **L'apertura degli sportelli sociali¹⁴:**

La gestione associata a livello di ambito distrettuale dovrà:

- Organizzare lo sportello sociale per garantire un punto di accesso per ogni Comune con almeno una apertura settimanale, con orari di apertura adeguati alla necessità di facilitare il contatto con i cittadini
- Rendere disponibili punti fisici di accesso, in sedi facilmente riconoscibili al cittadino, prive di barriere architettoniche
- Prevedere spazi adeguati per garantire l'accoglienza delle persone e la privacy nella gestione dei colloqui

▪ **Il sistema informativo:**

- Adottare un sistema informativo gestionale di livello distrettuale che consenta di supportare le funzioni del servizio, garantisca all'utenza di svolgere con trasparenza e celerità tutte le procedure amministrative eventualmente connesse all'erogazione dei servizi e sia in grado di garantire l'estrazione di dati a livello aggregato per una lettura dei bisogni della popolazione del territorio.

8. Gli obiettivi di sviluppo

Il SST dovrà affrontare un processo di cambiamento, orientandosi verso un approccio abilitante, sia nei tradizionali processi di supporto alla fragilità, sia nei percorsi di conoscenza e prevenzione dei fenomeni di disagio nei micro-contesti locali. La Regione intende monitorare e sostenere alcuni processi chiave del servizio sui quali si richiama la necessità di una adeguata progettazione territoriale:

▪ **Lettura delle fragilità del territorio:**

- Individuare luoghi e tempi dedicati alla lettura della fragilità del territorio anche sulla base dei dati degli utenti e degli esiti del lavoro di comunità

▪ **Accompagnamento delle situazioni di fragilità:**

¹⁴ I presenti standard sono in linea con quanto previsto nella DGR n. 432 del 31/3/2008 "Approvazione del programma per la promozione e lo sviluppo degli Sportelli Sociali"

- Adottare strumenti valutativi in grado di cogliere le dimensioni problematiche della persona nella sua interazione con l'ambiente e di rilevare le risorse personali, familiari e amicali della persona/nucleo fragile
- Sviluppare processi e strumenti di co-progettazione che attivino, fin dalla fase di definizione del progetto, tutte le risorse che possono contribuire a far superare o saper gestire alla persona/nucleo fragile la condizione di disagio
- **Lavoro di comunità:**
 - Attivare azioni finalizzate a costruire legami con gli attori sociali del micro-contesto territoriale (piccolo comune, quartiere, ..) per poter rilevare i problemi e le risorse attivabili, i rischi di emarginazione ed esclusione sociale ed i possibili percorsi di lavoro con gli attori locali
 - Realizzare attività per orientare gli attori del territorio verso obiettivi comuni, condividendo strategie di azione e progettualità
 - Promuovere e partecipare attivamente ad iniziative e progetti di prevenzione delle situazioni di disagio e di riduzione del grado di vulnerabilità sociale delle persone/famiglie
 - Sostenere l'attività delle Organizzazioni del Terzo Settore orientata alla realizzazione di opportunità di sviluppo e di promozione in continuità con l'attività del servizio pubblico
- **Integrazione del SST con gli altri Enti del territorio,** allo scopo di sviluppare e mantenere un rapporto sistematico con gli stakeholders principali, anche attraverso la stipula di convenzioni e la condivisione di protocolli operativi; in particolare con riferimento a:
 - Servizi sanitari:
 - adottare modalità operative condivise per la presa in carico, il monitoraggio, la verifica dei progetti individuali;
 - favorire la massima prossimità logistica con servizi sanitari e socio sanitari per facilitare i percorsi dei cittadini e l'integrazione fra i sistemi;
 - Uffici Scolastici Territoriali, Sedi scolastiche del territorio, Servizi Educativi rivolti all'infanzia (0-3 e 3-6 anni):
 - Adottare modalità operative condivise tra Scuole, EE.LL. e Aziende USL per l'integrazione dei minori con disabilità (l.104/92, LR.4/08) e per il monitoraggio e l'accompagnamento di minori in condizione di disagio
 - promuovere percorsi di conoscenza e formazione comune per addivenire ad orientamenti ed approcci condivisi nel lavoro di promozione del benessere e di prevenzione e cura dei bambini e delle loro famiglie, anche attraverso la definizione e formalizzazione di accordi di collaborazione
 - Raccordo con le forme di coordinamento del Progetto Adolescenza in attuazione delle Linee di Indirizzo previste alla DGR 590/2013
 - Enti ed Uffici preposti ai servizi per il lavoro:
 - Assicurare un'interfaccia competente del SST che si ponga in collaborazione con gli enti che intervengono in materia di lavoro e possa essere di supporto agli operatori del Servizio che necessitano di attivare tali risorse

- Attivare e gestire in modo integrato i tirocini e gli inserimenti lavorativi¹⁵
- Enti ed Uffici preposti alle politiche per l'abitare:
 - Assicurare un'interfaccia competente del SST che si ponga in collaborazione con gli enti che intervengono in materia di abitazione e possa essere di supporto agli operatori del Servizio che necessitano di attivare tali risorse
- Uffici del Giudice Tutelare:
 - definire modalità di collaborazione stabili ed uniformi, con particolare riferimento a tutela dei minori e amministrazione di sostegno (LR 11/09).
- **Visibilità del servizio e processi di comunicazione esterna:**
 - Elaborare e diffondere strumenti per informare sulle funzioni, l'organizzazione, le prestazioni erogate e le modalità di accesso e fruizione delle stesse;
 - Adottare modalità capillari di diffusione delle informazioni, ad esempio mediante il WEB, incontri con gli stakeholders e/o in spazi specifici dedicati (ad esempio: FAQ, "ticket" per risposte mirate).

La Regione intende monitorare lo sviluppo di tali processi che saranno sostenuti anche da azioni di supporto a regia regionale, attraverso azioni formative e di accompagnamento agli operatori dei servizi, attivazione di processi di scambio e confronto tra i Responsabili dei SST e sostegno ad azioni di ricerca o sviluppo di sperimentazioni territoriali. Al fine di sostenere l'implementazione e l'attuazione delle linee guida la Regione si impegna a promuovere un confronto e un raccordo continuo con le Università che nel territorio regionale realizzano la formazione sul Servizio sociale, affinché la preparazione universitaria offerta sia coerente con le indicazioni contenute nelle presenti linee guida e si possa sviluppare una collaborazione anche nella formazione degli operatori già inseriti nei servizi territoriali.

Si prevede inoltre l'attivazione di un coordinamento regionale del SST, composto da referenti della Direzione Sanità e Politiche Sociali della Regione e dai Responsabili dei SST.

¹⁵ DGR 1471/2013 e 1472/2013 "Approvazione di misure di agevolazione e di sostegno in favore dei beneficiari dei tirocini [..]"

9. Glossario

Il presente glossario ha lo scopo di focalizzare l'attenzione su alcuni concetti chiave richiamati nelle presenti linee guida, anche allo scopo di rendere più espliciti tali concetti e di promuovere una maggiore condivisione di significati nell'uso della terminologia afferente al settore sociale e al SST in particolare.

Le fonti di riferimento per le definizioni sono:

- "Nuovo Dizionario di Servizio Sociale", a cura di Annamaria Campanini, Carrocci Editore, 2013
- "La Qualità del servizio sociale territoriale in Emilia Romagna, Rapporto finale di ricerca" Dossier 233-2013 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Regione Emilia Romagna

Il glossario che segue evidenzia particolarità terminologiche in uso nella Regione Emilia-Romagna.

Ambito distrettuale

Porzione del territorio regionale nel quale i Comuni, d'intesa con l'AUSL, esercitano le funzioni di governance del sistema sociale e sanitario, attraverso una propria forma associativa. In Emilia-Romagna l'ambito distrettuale coincide con la competenza territoriale del Distretto sanitario (articolazione organizzativa dell'AUSL) e con la zona sociale, ambito di programmazione sociale dei Comuni. Questa organizzazione istituzionale consente ai Comuni e all'AUSL di esprimere una governance integrata, attraverso:

- un Organismo politico, il Comitato di Distretto;
- un unico strumento di programmazione locale, Il Piano di zona per la salute e il benessere sociale, declinato annualmente attraverso il Piano attuativo;
- un unico strumento di supporto tecnico amministrativo alla governance, l'Ufficio di Piano.

Disagio

Il termine "disagio" viene utilizzato da relativamente da poco tempo nella letteratura sociologica: nel linguaggio disciplinare esso sostituisce spesso parole come "emarginazione, devianza, marginalità, disadattamento". Anche se vengono utilizzati come sinonimi di questi concetti, in realtà i diversi termini, pur essendo strettamente legati, non sono sicuramente sovrapponibili. De Piccoli (1999,p.3) fornisce un'interessante analisi etimologica del termine: "Disagio è costituito dal prefisso *dis* che indica contrasto, negoziazione, e dalla particella *agio*: dal provenzale *aize*, che è il latino di *adiacens* (adiacente), principio presente di *ad-iacere*, cioè "giacere presso". Pertanto, disagio sta a indicare il "non giacere presso", l'impossibilità di stare vicino, quindi l'essere lontano".

Emergenze

Le emergenze possono essere provocate dalla natura o da fenomeni prodotti dall'uomo e avvengono come eventi imprevedibili, con conseguenze disastrose quali la perdita di vite umane, di proprietà personali e beni ambientali.

Empowerment

La parola empowerment non trova un corrispettivo in italiano che possa rendere la complessità semantica: non esiste ancora un'alternativa alla traduzione classica "favorire acquisizione di poter, rendere in grado di". Vi sono alcune definizioni accettate in ambito sociale e sanitario:

"processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita", Wallerstein (2006),

Empowerment di comunità: *"l'azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti nella comunità. Attraverso l'empowerment di comunità si realizza la "comunità competente" (Iscoe, 1974), in cui i cittadini hanno "le competenze, la motivazione e le risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della vita", Zimmerman (2000)*

Esclusione sociale

Questo termine consente di tenere assieme due interpretazioni della realtà che si riferiscono ad approcci e preoccupazioni diverse [...]. Il primo guarda alle condizioni che consentono, o viceversa impediscono, agli individui e ai gruppi di accedere alle risorse rilevanti e al sistema dei diritti. In questa prospettiva ci si riferisce al mancato accesso ai diritti – giuridici, politici, economici, civili – fondamentali. Il secondo guarda invece ai processi che favoriscono, o al contrario impediscono o indeboliscono fortemente, l'appartenenza a reti sociali e sistemi di identificazione significativi entro una determinata comunità. Si avrebbe quindi esclusione sociale quando non si riuscissero a realizzare forme di appartenenza e legami sociali significativi. [...] Questo duplice significato del termine costringe a formulare la questione delle politiche di contrasto non solo in termini di più o meno generose erogazioni monetarie, ma di attivazione di capacità individuali e comunitarie da un lato, di verifica dei meccanismi sociali che producono esclusione dall'altro.

Promozione di comunità

Insieme delle attività finalizzate all'aumento del capitale sociale della comunità, attraverso la valorizzazione delle risorse della comunità locale, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale e di empowerment degli attori locali.

Promozione della salute

Nel definire la promozione della salute si parte dalla definizione di salute promossa da OMS ("Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale -WHO, Carta di Ottawa , 1948) per evidenziare un'innovazione nelle filosofie e nelle metodologie di intervento non solo in campo sanitario, ma anche sociale. Promuovere la salute diventa quindi attivare cambiamenti negli ambienti naturali, negli ambienti urbani, negli ambienti di vita (lavoro, scuola, famiglia, tempo libero, ospedali, ecc) volti ad eliminare o contenere alla radice le condizioni di insorgenza dei rischi, e attrezzare gli individui, attraverso una formazione di base e continua per tutto il corso della vita, a riconoscere i pericoli insorgenti, ma soprattutto ad adottare stili di vita che favoriscano una nuova qualità del vivere. Tale definizione è stata successivamente aggiornata e si è evoluta in un approccio maggiormente proattivo e dinamico (si veda il rapporto OMS 2008 "Primary health care, Now More Than Ever") basato sulla capacità dell'individuo di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere, e conseguentemente della medicina di essere maggiormente comprensiva, solidale e adattabile al contributo e all'apporto di ognuno.

Rischio sociale

Il rischio sociale si può definire come la possibilità che un soggetto individuale o collettivo, più o meno consapevolmente e indipendentemente o meno dalla sua volontà, subisca un danno materiale, psichico, sociale. Tale danno è dovuto alla carenza di risorse, capacità, opportunità e può determinare il disagio sociale. Nell'attuale dibattito culturale del servizio sociale, il termine è in uso in alcune locuzioni che evidenziano l'attribuzione del rischio rispettivamente ai soggetti (persone, gruppi sociali, comunità), alla situazione nella quale si trovano o al loro comportamento.

Risorse sociali

Il termine risorsa è utilizzato nel servizio sociale non per definire un oggetto predefinito e statico, ma quella caratteristica, capacità, elemento a cui viene attribuito da parte dell'operatore sociale il valore di potenzialità, mezzo, strumento capace di far risorgere una data situazione o una persona, di innescare un cambiamento, di risolvere un problema.

Servizio sociale del territorio

Si può definire servizio sociale del territorio come l'azione professionale di carattere polivalente rivolta a tutta la popolazione di un territorio circoscritto: azione connotata dalla multidimensionalità dell'intervento (persona, organizzazione, territorio), dall'unitarietà metodologica, dall'integrazione sociale-sanitaria e pubblico-privato e dall'interdisciplinarietà, che modella le sue funzioni sulle esigenze del territorio specifico, e sviluppa le proprie competenze in un rapporto di fiducia e attraverso processi di attivazione che coinvolgono apporti professionali diversi. Il servizio sociale si pone obiettivi di tipo promozionale-educativo, curativo-riabilitativo e gestionale-organizzativo sia nella dimensione individuale dell'analisi e dell'intervento, sia nella dimensione istituzionale e comunitaria.

In Regione Emilia Romagna al termine Servizio Sociale Territoriale si attribuisce il seguente significato: il Servizio Sociale Territoriale (di seguito SST) ha lo scopo di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale e di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale. In questo contesto il SST partecipa attivamente alla promozione della salute e del benessere dei cittadini del territorio attraverso un complesso di interventi finalizzati a garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la valutazione, la ricerca, il counseling, la progettazione e l'accompagnamento in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove risorse sociali nonché a realizzare interventi per la promozione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità. Garantisce altresì l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari, laddove previsto, in stretto raccordo con l'Ausl del territorio.

Sportello sociale

Come previsto dalla DGR 432/2008, gli sportelli sociali di ambito distrettuale in Regione Emilia Romagna sono connotati come punti unitari di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, nei quali il cittadino trovi risposta ai bisogni di:

- informazione
- ascolto – orientamento
- registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi

e possa essere avviato verso percorsi di valutazione e presa in carico secondo il modello dell'integrazione gestionale e professionale.

Vulnerabilità

Con il concetto di vulnerabilità sociale si intende la diffusa esposizione al rischio di perdere la condizione di relativo benessere, in assenza di protezione sociale. Con tale termine si sottolineano i cambiamenti intervenuti nella fisionomia dei rischi sociali e, al tempo stesso, il nuovo significato che questi ultimi assumono per gli attori coinvolti. Rischi meno circostanziati, meno uniformi ed aleatori costituiscono, infatti, la prova che i capitalismi occidentali non sono più in grado di garantire un inserimento stabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse: né attraverso il lavoro, spesso atipico e sotto remunerato, né attraverso la formazione di una famiglia, meno stabile e più sovraccarica.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2014/1101

data 27/06/2014

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

L'assessore Segretario: Rabboni Tiberio

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'