



OSSERVAZIONI PER L'AUDIZIONE del 4 febbraio 2014

Impianto della proposta di Legge

L'impianto generale della proposta è ampiamente condivisibile, e, in effetti, tiene conto in modo sostanziale delle proposizioni esposte dall'Ordine degli Assistenti Sociali alla Regione fin dal luglio 2008, dapprima con una propria proposta di legge e, successivamente, con le osservazioni espresse alle diverse proposte di riforma del welfare regionale prodotte dalla Giunta Marrazzo, Polverini fino all'attuale proposta in esame.

Si condivide altresì la **definizione del sistema attraverso il riconoscimento delle competenze istituzionali** alla Regione- perché ente di legislazione, programmazione, finanziamento, indirizzo, coordinamento, e di controllo, valutazione, formazione del personale - alle Province – perché enti intermedi deputati allo svolgimento di specifiche attività di coordinamento della programmazione locale, di assistenza tecnica, di monitoraggio, di formazione e aggiornamento del personale, di concorso all'Osservatorio sociale- agli Enti locali – in quanto esclusivi enti di progettazione, gestione, coordinamento delle politiche sociali locali.

Tale impostazione, corretta dal punto di vista normativo e istituzionale, inverte la tendenza che si è venuta affermando nella nostra Regione negli ultimi anni, di un Ente che troppo poco ha legiferato e programmato, e, più del dovuto, si è ingerito in aspetti gestionali e organizzativi.

Sulla definizione dei **Livelli essenziali d'assistenza (LIVEAS)**, gli stessi **devono intendersi quali funzioni istituzionali obbligatorie** e quindi devono essere **erogati direttamente dai Comuni associati nel Distretto, e non affidati all'esternalizzazione**, ma svolti da personale qualificato inserito stabilmente nelle piante organiche dei Comuni, singoli o associati.

Per i LIVEAS sarebbe utile richiamare la 328/2000 e dichiarare che **la Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali in ogni ambito territoriale regionale, assicurando condizioni organizzative, logistiche e di organico dei servizi adeguate** ad assolvere tale obiettivo, e impegnandosi a superare le differenze negli standard dei servizi sui vari territori.



*Fondamentale è l'attuazione dei primi due livelli: il **Servizio Sociale Professionale** e il **Segretariato Sociale**, che costituiscono la struttura organizzativa fondamentale intorno alla quale tutti gli altri servizi/ prestazioni/ progetti sociali possono articolarsi.*

Altrettanto importante è l'assistenza domiciliare, anche considerate le esigenze della popolazione di cui cresce l'età media, le malattie croniche invalidanti e le condizioni di riduzione dell'autosufficienza, per la quale devono essere garantiti i finanziamenti necessari e l'organizzazione adeguata.

Segretariato Sociale

L'articolo 21 è formulato, a nostro avviso, in modo insufficiente perché a) non specifica quale personale sia addetto al Segretariato Sociale; b) come questo si raccordi con le ASL nella funzione di massima integrazione realizzata nel PUA; c) non riporta tutte le funzioni proprie del Servizio.

Poiché tanto i Segretariati Sociali quanto i PUA sono organizzati sul territorio della Regione in modo disforme e non sempre funzionalmente integrati, si rende opportuno proporre linee guida sull'organizzazione degli stessi, promuovere formazione congiunta e premiare/rendere note buone pratiche e soluzioni organizzative ottimali.

*Le funzioni in capo al Segretariato Sociale, inoltre, non sono adeguatamente elencate: sarebbe opportuno aggiungere alla funzione di "informare" del Servizio anche quella di "orientare", decodificando la domanda e mettendo in atto una prima valutazione del bisogno, per garantire il diritto del cittadino di accedere in modo corretto e agevole al sistema complesso di servizi, e il dovere del Servizio di promuovere e attivare le reti sociali territoriali, formali e informali. Compito essenziale del Segretariato Sociale è inoltre quello di **raccogliere ed elaborare i dati sulla domanda e i bisogni sociali, propedeutici alla formulazione del Piano di Zona e alla programmazione dei servizi e degli interventi sociali.***

La complessità e l'importanza dei compiti in capo al Segretariato Sociale, infine, rendono necessario che gli addetti o, almeno, gli organizzatori/coordinatori del Servizio siano assistenti sociali, i professionisti più preparati alla decodifica della domanda sociale e alla lettura dei bisogni. Un orientamento corretto delle persone sin dal primo accesso fa risparmiare tempo e risorse sia ai servizi sia ai cittadini.



Servizio Sociale Professionale

Nell'art. 22 è definito in modo abbastanza preciso il lavoro professionale dell'assistente sociale con il singolo cittadino o famiglia, ma **non si accenna** in alcuna misura **al lavoro sulla comunità e a quello concernente la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei Servizi Sociali.**

E' funzione precipua del Servizio Sociale Professionale quella di garantire, pianificare, organizzare e gestire i servizi in favore della comunità territoriale, attuare un'analisi valutativa e la supervisione dei servizi e dei progetti integrati per la comunità territoriale, promuovere servizi ed interventi, svolgere ricerca nei servizi del territorio e contribuire allo sviluppo delle politiche sociali locali.

Va anche rilevato che **il Servizio Sociale Professionale lavora in stretta collaborazione con il Segretariato Sociale e che i due livelli di operatività sono strettamente interconnessi.**

Per quanto riguarda gli organici, a livello del Distretto sociosanitario il Comitato dei sindaci definisce la pianta organica del personale necessario. **La proposta di normativa regionale non definisce il personale addetto al Servizio Sociale, che non consiste esclusivamente di assistenti sociali, anche se tale professionalità ne rappresenta l'elemento qualificante e obbligatorio.**

Si dovrebbe valutare l'opportunità di declinare le diverse professionalità da adibire al Servizio Sociale, specificando che **il professionista assistente sociale è obbligatorio e che le funzioni professionali svolte da tale operatore non possono essere svolte da altre figure senza incorrere nell'esercizio abusivo della professione, che questo CROAS tutela.**

Al fine di garantire la continuità d'assistenza e la qualità degli interventi erogati, **il Servizio Sociale Professionale deve essere dotato di un organico adeguato in termini numerici, di ruolo, cioè stabile, e adeguatamente formato e supervisionato.**

Il servizio sociale dell'Ente Locale deve essere sancito quale funzione obbligatoria che i Comuni devono garantire con l'impiego di assistenti sociali professionisti iscritti all'Ordine e inserito nelle piante organiche dei comuni o delle unioni dei comuni o dei comuni associati (e quindi con la definizione di una pianta organica intercomunale).



Il servizio, com'è disposto per la vigilanza e la polizia urbana, deve quindi essere svolto direttamente dal Comune e, sottratto a qualsiasi tentativo di esternalizzazione o a incarichi temporanei.

E' inoltre indispensabile che la Regione indichi il rapporto ottimale assistente sociale/popolazione, mettendo in atto un impegno concreto ad assicurare lo standard individuato sul tutto il territorio regionale. Secondo un orientamento ormai acquisito il parametro ottimale è di un assistente sociale ogni cinquemila abitanti. A tale proposito si veda la Linea guida per il Servizio Sociale dell'Ente Locale redatte dal CNOAS nel 2010, che si allega, la L.R. Regione Sicilia 09.05.1986 n° 22 art. 5, L.R. Friuli Venezia Giulia 33/88, i Piani Sociali 2013/2015 della Regione Puglia e della Regione Liguria. In ogni caso, tale standard deve tenere conto anche della territorialità e della caratteristica distributiva della popolazione, distinguendo fra popolazione urbana, popolazione montana, popolazione sparsa ed entità demografica dei piccoli comuni.

Ufficio di Piano

La proposta di legge in esame non disciplina l'Ufficio di Piano, ma rimanda ad atti successivi l'organizzazione e la definizione del personale dell'Ufficio. E' necessario che i tempi per l'emanazione dello specifico regolamento siano brevi e definiti dalla legge stessa. A parere del CROAS la Direzione dell'Ufficio di Piano richiede competenze tecniche specifiche (amministrazione dei servizi sociali, analisi del bisogno e formulazione della diagnosi o del profilo sociale di comunità, coordinamento e monitoraggio degli interventi, verifica e valutazione del piano di zona), tali per cui si auspica che tale funzione sia svolta dall'assistente sociale con formazione specialistica universitaria in Management dei Servizi Sociali e iscritta alla Sezione A dell'Albo professionale.

Andrebbe meglio articolato che, quando all'Ufficio di Piano partecipa l'ASL per gli aspetti d'integrazione socio sanitaria, si ha un Ufficio di Piano Integrato deputato a elaborare la parte comune del Piano sociale di zona e del Piano delle attività distrettuali. L'ufficio di piano integrato elabora un documento che programma tutto ciò che concerne l'integrazione socio sanitaria ed è in comune per i due atti programmatori specifici, il Piano Sociale di Zona dell'Ente Locale e il Piano delle Attività Territoriali dell'AUSL.



Sistema integrato e welfare comunitario

Si condivide l'impostazione dell'art.7 che prevede interventi di promozione della coesione sociale e di un sistema di welfare comunitario e partecipato, di valorizzazione delle risorse della comunità in una ottica di sussidiarietà orizzontante che promuova la partecipazione dei cittadini alle decisioni che riguardano la comunità locale e il loro coinvolgimento nei piani di zona.

*Questo Ordine sottolinea che **"la promozione di nuove risorse sociale e la progettazione in favore delle comunità"** è da considerarsi una delle funzioni fondamentali che il Servizio Sociale Professionale svolge a livello territoriale, come evidenziato anche nel Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali approvato il 29 ottobre 2009 dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome.*

Si rende quindi opportuno che la Regione accompagni la legge di riforma del welfare con specifiche linee guida sul lavoro sociale di comunità, inserisca specifici obiettivi nel prossimo piano sociale e sanitario regionale, organizzi corsi di formazione per gli operatori pubblici, garantisca supporto ai servizi territoriali con consulenti ed esperti, promuova attività di ricerca e ricerca-azione.

Integrazione Socio Sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria /art. 26) costituisce un riferimento strategico per la definizione del sistema di offerta dei servizi alla persona (d.lgs. 112/98); a tale riguardo si rileva il riferimento alla normativa statale - L. 8 novembre 2012, n.189 – che dispone che al livello territoriale sia promossa l'integrazione sanitaria con il sociale. Tale indicazione si collega a specifiche normative che concernono l'integrazione socio-sanitaria (d.lgs. 229/99), con l'individuazione dei livelli assistenziali socio-sanitari che in particolare interessano specifiche fasce di utenti, come individuati dal DPCM 29.11.2001 e dal DPCM 14.2.2001.

Il distretto socio-sanitario, luogo istituzionale deputato all'erogazione dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie, deve essere ulteriormente definito nella sua identità istituzionale: infatti, da una parte è organo dell'AUSL, e da esso dipendente, come confermato nell'atto d'indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale, recentemente emanato dal Commissario ad Acta, per lo svolgimento delle attività sociali a rilievo sanitario, e dall'altra è espressione del comitato dei sindaci del distretto, per le competenze di carattere assistenziale.



*Pertanto è attraverso il distretto socio-sanitario che passa l'integrazione socio-sanitaria, e in proposta **va quindi disposto l'impegno obbligatorio fra AUSL e Comuni del distretto a stipulare apposito Accordo di programma** (art. 35 del Dlgs 267/2000 – TUEL Enti locali per l'istituzione del distretto socio-sanitario) in cui definire le competenze, l'organigramma, il personale, i finanziamenti. Ne deriva quindi la necessità di **completare il quadro organizzativo dell'AUSL, prevedendo la figura del Direttore dei servizi sociali per lo svolgimento dei servizi sociali di competenza della stessa AUSL**, e quindi in tale contesto prevedere la legge regionale di recepimento del d.lgs. 229/99, con la definitiva riorganizzazione del Servizio sanitario regionale.*

*Raccogliendo le segnalazioni degli iscritti di tutte le Province, appare chiaro a questo CROAS che, malgrado apprezzabile esperienze sui territori spesso legate alla capacità di collaborazione degli operatori, sia **ancora molto problematica e disattesa l'effettiva integrazione degli aspetti sociali e sanitari della presa in carico**, in parte a causa dell'eccessiva autoreferenzialità delle istituzioni, in parte per la carenza diffusa di risorse finanziarie e umane, in parte per la fragilità e la scarsa coerenza di strumenti quali Protocolli d'intesa o Accordi di Programma, che anche quando siglati vengono spesso disattesi.*

Ci sembra che la necessità dell'integrazione debba essere sostenuta dalla Regione anche rendendo più cogenti gli accordi fra AUSL e Comuni, premiando le amministrazioni virtuose e sanzionando quelle inadempienti con la ripartizione delle risorse finanziarie, valutando l'operato dei manager/Sindaci su specifici obiettivi di mandato da raggiungere.

Sistema delle strutture accreditate

*Negli articoli che descrivono il sistema di strutture accreditate, è opportuno richiamare la normativa regionale che governa il funzionamento e l'organizzazione di tali servizi, e **assicurare un insieme di verifiche e controlli da parte della Regione ex ante ed ex post l'accreditamento che verifichi la qualità del servizio erogato dal punto di vista delle strutture, dell'organizzazione e del personale**. Come CROAS auspica che la riforma del welfare regionale sia occasione per mettere in atto nuovi e più approfonditi controlli su tali strutture, con particolare riferimento al personale impiegato. Per quanto riguarda il Servizio Sociale ci pervengono frequenti segnalazioni d'iscritti, specie delle Province, che **non sempre le strutture si avvalgano del personale di servizio sociale previsto***



dalle norme per l'accreditamento, o che lo facciano con forme contrattuali estremamente precarie, o che chiedano a tale personale di svolgere mansioni generiche e non professionali. E' impensabile che la rilevazione dei bisogni sociali e la presa in carico degli utenti di tali strutture possa essere vicariata dai servizi sociali dei comuni o delle AUSL di riferimento territoriali, visti i carichi di lavoro che li caratterizzano.

Formazione e aggiornamento professionale

*L'art. 58 della proposta di legge definisce **la formazione "uno strumento per la qualità e l'efficacia degli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali"** e prevede la promozione di corsi di formazione per gli operatori pubblici e del terzo settore.*

*Riguardo al tema della formazione **questo Ordine ritiene la ricerca e la formazione una scelta strategica e auspica un ruolo attivo e costante della Regione che possa supportare l'implementazione del nuovo sistema dei servizi sociali.** Si rimanda alla esperienza della Regione Emilia Romagna che in questi anni, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ha promosso percorsi di ricerca e corsi di formazione specifici per il personale sanitario e sociale, che hanno coinvolto anche i livelli dirigenziali. In particolare si sono predisposti corsi di formazione sulla progettazione partecipata in una ottica di lavoro di comunità e una ricerca sulla qualità dei servizi sociali territoriali. A supporto delle amministrazioni è stato attivato un portale tematico dove è possibile reperire documentazione relativa alle ricerche e ai corsi attivati dalla Regione.*