

Quaderno Monografico

maggio 2012

PERCORSI DI APPROFONDIMENTO A CURA DEGLI ASSISTENTI SOCIALI DELLA REGIONE LAZIO

Stato e prospettive del Servizio Sociale nelle Aziende Sanitarie Locali del Lazio

a cura di M. Patrizia Favali e Fausto Poleselli



**ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI**

**Consiglio Regionale
del Lazio**

Prefazione	5
<i>Giovanna Sammarco</i>	
Introduzione	8
<i>M. Patrizia Favali, Fausto Poleselli</i>	
La testimonianza della memoria dei sentimenti e delle passioni: un punto di vista personale sul processo di realizzazione del Servizio sociale in Sanità	10
<i>Massimo Coccia</i>	
La presenza degli assistenti sociali nelle ASL del Lazio	17
<i>Paola De Riù</i>	
Un nuovo quadro di opportunità per il Servizio Sociale	33
<i>Fausto Poleselli</i>	
Dai modelli organizzativi alle Aziende Sanitarie del Lazio	45
<i>Fausto Poleselli</i>	
Work in progress. Una ricerca sulla costruzione del Servizio Sociale nelle Aziende Sanitarie Locali del Lazio	68
<i>Fausto Poleselli e M.Patrizia Favali</i>	
Azienda Sanitaria Locale Roma A. Una significativa esperienza per il Servizio Sociale Professionale	84
<i>Paolo Marchetti</i>	
Quale futuro per il Servizio sociale in Sanità?	111
<i>M. Patrizia Favali e Fausto Poleselli</i>	
Ministero della Salute	
Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità	115



PREFAZIONE

Giovanna Sammarco

Cari colleghi,

il presente quaderno sullo **“Stato e prospettive del Servizio Sociale nelle Aziende Sanitarie Locali del Lazio”** è il primo di una serie di pubblicazioni che intendiamo effettuare. Speriamo, infatti, di elaborarne altre su contenuti professionali o su progetti particolari con la collaborazione di tutti i colleghi che desiderino comunicare esperienze e/o riflessioni su tematiche specifiche di interesse collettivo.

Si è iniziato affrontando il tema del servizio sociale nella sanità allo scopo di dare maggiore visibilità alle tante esperienze positive fatte in questi anni, che ora, nonostante le normative nazionali, sono a rischio in seguito al Decreto 40 del 2011 della Regione Lazio, in quanto nelle linee guida per gli atti aziendali il Servizio Sociale Professionale non viene neanche menzionato.

Speriamo presto di ricevere altro materiale da pubblicare, soprattutto relativo a progetti interessanti ed elaborazioni professionali utili da condividere. Sappiamo bene quanto chi eserciti questa professione sia oberato dall'operatività del quotidiano, dalle emergenze e dunque con difficoltà riesca a trovare il tempo per scrivere e comunicare il “tanto” lavoro quotidiano. Trovare il tempo e la forza di “alzare la testa” per riuscire a guardare oltre è una grande opportunità di fermarsi a pensare e di raccontare e dare visibilità al proprio lavoro, per trasmettere le tante idee del lavoro creativo. L'Ordine ha intenzione, con queste pubblicazioni, di avviare all'interno della comunità professionale un laboratorio di riflessioni sulle esperienze e metodologie per sviluppare una “comunità di pensiero”.

La Bini¹ riporta nel suo testo sulla documentazione del 2003 la seguente frase:

“Gli assistenti sociali dovrebbero essere capaci di leggere e ascoltare con intelligenza critica, di parlare e scrivere con efficacia(...) il servizio sociale non raggiungerà mai il giusto posto finché gli assistenti sociali non sapranno raccontare e scrivere ciò che fanno sufficientemente bene da attirare l'attenzione di chi li ascolta e li legge.”

In effetti, passati oltre 60 anni da quando è stata scritta questa citazione, la possiamo ritenere ancora attuale soprattutto se pensiamo alla poca visibilità lamentata da molti assistenti sociali che prestano servizio nelle amministrazioni.

¹ Nel testo “Documentazione e servizio sociale” 2003 pag 52 cita la frase ripresa da “Il Servizio Sociale sue basi tecniche e relazioni con altri settori” In Social Case work, AAI, 10, 1950



Riuscire, invece, a comunicare i contenuti della nostra professione serve:

- a far capire all'esterno e alle altre professioni i contenuti del nostro lavoro;
- a noi professionisti per fermarci a riflettere e “respirare un po' di ossigeno”, elemento essenziale per svolgere un lavoro adeguato ed efficace e non dettato solo dall'emergenza;
- alla nostra comunità professionale per lo scambio di riflessioni, pensieri e progetti e per arricchire il nostro bagaglio professionale e ritrovare la motivazione e la consapevolezza delle potenzialità della professione, il senso del proprio lavoro, l'impegno e la convinzione di agire per i diritti di cittadinanza dei più deboli.

Siamo consapevoli del fatto che, in questo periodo di mutamenti del welfare nazionale e regionale, gli assistenti sociali si trovino a dover gestire crescenti problematiche lavorative, dovute alla contrazione delle risorse istituzionali, alla diminuzione del personale di ruolo, all'aumento del precariato e ad una organizzazione del servizio spesso inadeguata. Il Servizio Sociale per affrontare queste difficoltà deve ritrovare la necessaria coesione su questioni cruciali e prioritarie, valorizzando le sue potenzialità, riconoscendo i limiti da superare, impegnandosi per la qualità della professione. Proprio in un momento di contrazione di risorse materiali va riscoperta tutta la potenzialità delle capacità relazionali della professione e va costruita una coesione di pensiero e di azione rispetto alle politiche sociali, alle metodologie operative e alla riscoperta del proprio mandato professionale e sociale. Bisogna uscire dalle battaglie autoreferenziali quotidiane e trovare insieme quella forza grazie alla quale gli assistenti sociali dettero un grosso contributo al movimento culturale per lo scioglimento degli enti di assistenza nazionali negli anni sessanta-settanta e, successivamente negli anni ottanta-novanta, all'organizzazione dei primi servizi territoriali, alla lotta per attuare l'integrazione tra sociale e sanitario e per il riconoscimento del titolo e l'ingresso all'Università.

Sappiamo che molti assistenti sociali hanno esperienze e progetti che hanno un valore che può arricchire lo scambio di interessi e contenuti professionali, bisogna allora trovare il coraggio di “aprire i cassetti” e condividere il materiale elaborato in quanto potrebbe risultare utile per creare sinergie e scambio di esperienze costruttive.

L'intenzione del consiglio è di incrementare il dialogo con tutti gli assistenti sociali delle varie provincie per diventare un concreto punto di riferimento e di sostegno professionale attraverso il sito, gli incontri organizzati e/o richiesti, ed anche attraverso le pubblicazioni che devono diventare una possibilità di espressione per tutti.



La strada da percorrere per far comprendere lo specifico professionale e le esigenze minime per svolgere un lavoro di qualità sembra ancora piena di difficoltà, basti pensare ai servizi costituiti da assistenti sociali precari e assetti organizzativi impropri, la mancanza di strumenti come il computer e la carenza assoluta di locali.

Insieme dobbiamo trovare le strategie e la forza per modificare l'organizzazione del servizio, qualora necessario, al fine di adeguarlo ai cambiamenti ed alle esigenze in continua evoluzione dei cittadini e della società civile.

Questo non può prescindere dalla collaborazione e da un dialogo attivo tra tutti. Impegno che l'Ordine ha intenzione di portare avanti. Siamo convinti che solo approfondendo la conoscenza reciproca e unendo le forze riusciremo insieme ad andare avanti per migliorare e promuovere la professione, premessa indispensabile per ottenere la considerazione opportuna per avere mezzi e livelli lavorativi adeguati.

La formazione continua obbligatoria dovrebbe costituire un altro strumento per affrontare in modo adeguato la complessità del lavoro del servizio sociale e le nuove sfide a cui la professione è chiamata per la sua crescita.

Pertanto vi invitiamo ad inviarci materiale per la pubblicazione affinché possa diventare patrimonio comune, contribuendo in tal modo al processo di sviluppo della nostra professione.

Giovanna Sammarco
Presidente dell'Ordine Assistenti Sociali Regione Lazio



INTRODUZIONE

M. Patrizia Favali e Fausto Poleselli

Negli ultimi anni il Servizio Sociale sta cercando, faticosamente ma con determinazione, spazi di affermazione come meta-istituzione all'interno delle ASL.

La sua costruzione, senz'altro incompleta, merita, a nostro modo di vedere, di essere descritta, analizzata e discussa. Potremmo dire, con un po' di enfasi, capitalizzata in modo che da patrimonio di alcuni protagonisti (tutto sommato pochi) possa diventare patrimonio condiviso all'interno del gruppo professionale.

Questo è il motivo che ci ha spinto a farci promotori (e curatori) di questo numero monografico, che il consiglio dell'Ordine del Lazio, condividendone i propositi, ha inteso pubblicare.

Il Servizio Sociale nelle ASL del Lazio, come rappresenterà la ricerca presente in questa monografia, ha una storia relativamente recente, ma che affonda le sue radici in tempi più lontani.

Non pensiamo che questa sola pubblicazione possa essere esaustiva nell'affrontare il tema che abbiamo cercato, nella consapevolezza della complessità del fenomeno, di rappresentare da più punti di vista.

Il dibattito intorno alla necessità di un Servizio Sociale professionale interno alle ASL è iniziato negli anni '90 e lo ricorda con passione il contributo di Massimo Coccia. Abbiamo proprio a lui chiesto di intervenire quale testimone privilegiato (almeno) in una doppia veste esperenziale: come collega che lavora da molto tempo in ASL (attualmente con l'attribuzione di posizione organizzativa) ed in quanto primo (nonché secondo) Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio. Non possiamo infine dimenticarci di aver personalmente con lui vissuta l'emozionante esperienza di fondazione e radicamento del sindacato di categoria.

Segue il lavoro di Paola De Riù sulla presenza degli assistenti sociali nella sanità pubblica laziale e due contributi dal sapore documentativo-didattico, del collega Fausto Poleselli: il primo sulle recenti evoluzioni storiche e normative nelle prospettive di carriera per il servizio sociale, il secondo che partendo dagli studi sociologici sui modelli organizzativi giunge alla loro attuale declinazione nella realtà delle AASSLL del Lazio.

Inoltre presentiamo i risultati di una ricerca, un po' il cuore del lavoro, in cui si cerca di portare a sintesi i vari fili dipanatisi lungo il percorso tracciato, la ricerca applicativa condotta sulla realtà delle AASSLL della nostra Regione.



E' questo il luogo in cui prendono voce tutti gli assistenti sociali (in posizioni apicali) che si stanno adoperando, in diverse ASL, alla costruzione del Servizio Sociale Aziendale. La ricerca cerca di descrivere, appunto, le esperienze presenti nel Lazio analizzandone i risvolti organizzativi alla luce delle premesse teoriche tracciate nei precedenti capitoli.

Abbiamo poi pensato fare cosa utile chiedendo un contributo d'esperienza al collega Paolo Marchetti che, primo nella nostra Regione, sta ricoprendo un ruolo di Dirigente di servizio sociale di ASL, dopo un lungo periodo di copertura incarichi di responsabilità nella professione.

Infine alleghiamo il documento del Tavolo tecnico presso il Ministero della Salute che, seppur in attesa della ratifica dalla Conferenza Stato-Regioni, rappresenta pur sempre un importante traguardo di riconoscimento istituzionale.

Scherzando, forse un po' scaramanticamente, diceva un collega "ci abbiamo messo anni per costruirlo e potrebbero bastare un attimo per distruggerlo".

Va ricordato, infatti, che quasi casualmente l'idea di questa pubblicazione coincide con la disposizione della Giunta Polverini in cui si omette di citare, all'interno dell'assetto dirigenziale di comparto nelle ASL, il Servizio Sociale Professionale. Come è noto, e non altrettanto casualmente, tale disposizione ha visto una ferma opposizione dell'Ordine Regionale, anche se, a tutt'oggi, non sappiamo ancora dire quanto tale iniziativa abbia sortito gli sperati effetti.

Testimoniare l'esperienza fatta, individuarne punti di forza e criticità, teorizzarne possibili ulteriori sviluppi, rendere tutto ciò patrimonio culturale della comunità professionale sono tutti elementi che, pensiamo, ci consentiranno di difendere l'organizzazione da possibili disconferme esterne, di potenziarne la spendibilità all'interno delle macro-organizzazioni, ma soprattutto ci consentiranno di renderla più efficace nella sua risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Queste sono le idee che ci hanno sostanzialmente guidato.

Non possiamo concludere senza i ringraziamenti di rito, ma non per questo meno sentiti.

Innanzitutto un ringraziamento all'Ordine Regionale del Lazio che ha creduto nel nostro progetto consentendone la pubblicazione.

Un secondo ringraziamento ai colleghi che hanno data disponibilità di tempo ed intelligenza nel consentire la raccolta dati e la documentazione di esperienze.

Un terzo ringraziamento a tutti i colleghi che formalmente o informalmente, in convegni, corsi di formazione o nelle occasioni più disparate hanno favorito la circolazione di idee e stimolato la nostra curiosità.

"Last but not least" a tutti coloro che ci hanno supportato e sopportato nel periodo di elaborazione.



LA TESTIMONIANZA DELLA MEMORIA DEI SENTIMENTI E DELLE PASSIONI: UN PUNTO DI VISTA PERSONALE SUL PROCESSO DI REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE IN SANITÀ

Massimo Coccia

Più che al ragionamento e alla memoria della documentazione e della normativa, che lascio volentieri agli appassionati ed ai più esperti, per svolgere il compito affidatomi cioè introdurre questa ricerca sul Servizio Sociale in Sanità, farò riferimento alla memoria dei sentimenti e delle passioni per le quali furono fatte certe scelte e nacquero delle ipotesi di lavoro nell'ambito professionale.

Quello che vorrei riuscire ad esprimere è, però, solo ed esclusivamente il mio personalissimo punto di vista partendo dalla mia storia, che, con una certa sorpresa, mi rendo ora conto fa riferimento ad un periodo che inizia più o meno 30 anni fa.

Nel 1980 l'approvazione della riforma sanitaria, con il nostro ingresso "in massa" nella struttura sanitaria, venne interpretata dalla categoria come l'evento che dava inizio ad un percorso che realizzava alcune utopie.

Finalmente c'era la possibilità di affrontare i problemi sociali nell'ambito di una organizzazione che doveva garantire l'integrazione degli interventi, il lavoro di equipe come strategia per affrontare la complessità, la presa in carico come modalità di responsabilità dei servizi rispetto ai problemi delle persone, dei gruppi, delle comunità.

C'era allora un sentimento diffuso che vedeva la nostra professione come capace di poter e voler sanare i più grandi mali della nostra società: la povertà, l'emarginazione, il disagio degli strati sociali poveri.

L'operatività conseguente si orientava in un incerto equilibrio tra concezioni del nostro ruolo in parte divaricate: da un lato profondamente influenzate dal desiderio di essere agenti politici, lievito di cambiamento sociale, e dall'altro portatori di una visione rivolta all'individuo, sostenuta da atteggiamenti e da pensieri espressione della parte più "missionaria" della nostra storia, ben più presenti allora che oggi.

Giocammo, comunque, in quel periodo un ruolo importante e fondamentale sul fronte della salute mentale, della nascita dei servizi territoriali per i disabili, con la nascita dei consultori e per l'avvio dei primissimi passi della riforma sanitaria.



Ma quella stagione difficile ed emozionante, che prometteva grandi risultati, con la scommessa di una sanità territoriale, legata ai distretti e quindi ai bisogni delle persone, era destinata a terminare presto.

Non ci volle molto per renderci conto che la realtà in cui ci eravamo inseriti era ben diversamente orientata e che il futuro nostro e dei nostri valori professionali si prospettava peggiore di tutte le aspettative più pessimistiche.

Gradualmente e forzatamente diventammo consapevoli che non c'era più spazio per "visioni" ma solo per la dura realtà dei contratti di comparto, con il famoso 6° livello, che molti di noi conservarono per un paio di decenni¹ e con una "organizzazione" sanitaria sempre più punitiva per noi e per ciò che pensavamo di rappresentare.

Nacque in quel periodo, dalla profonda frustrazione che provavamo, dalla rabbia per le speranze disilluse, la voglia di reagire e di individuare nuove strade per riaffermare i valori della professione, pur nella nebulosa di un ruolo che da sempre ha avuto problemi ad affermarsi.

Ci furono gli anni novanta e la crisi divenne significativa: ci fu chi stracciò la tessera sindacale, chi si rifugiò nel privato (che allora andava molto di moda), chi invece si lanciò in una nuova avventura, che si voleva e si prospettava come una rottura clamorosa rispetto alla nostra storia e alle nostre prassi (oltre che ai nostri valori), con l'idea di realizzare un sindacato autonomo (che all'epoca era individuato come deriva corporativa da sempre demonizzata nei nostri ambienti).²

Il mio pensiero di allora era che dovevamo rompere con la nostra storia, dovevamo pensare a noi stessi e curarci di noi, se volevamo poter occuparci degli altri.

C'era anche un'altra riflessione o meglio una constatazione: lo stato della professione era al suo minimo, non ci riconoscevano, non ci riconoscevamo tra noi, non ci credevano capaci di esercitare un ruolo nostro nelle istituzioni in cui era-

1 In quel periodo storico, gli assistenti sociali della sanità pubblica, nuovi assunti o arrivati dagli enti sciolti, venivano collocati contrattualmente al sesto livello. Non essendoci riconoscimenti economici automatici legati all'anzianità di servizio, l'unica possibilità di carriera era di diventare coordinatori, quindi di essere collocati al settimo livello. Ma questa condizione era di fatto stata riconosciuta solo da poche amministrazioni e per un numero molto limitato di colleghi. Nella tornata contrattuale del 1990 sembrò materializzarsi la possibilità di uno sviluppo di carriera per un cospicuo numero di colleghi. All'ultimo momento, però, la possibilità si realizzò per altre categorie, ma non per noi.

2 In quel periodo storico, gli assistenti sociali avevano una certa presenza nelle organizzazioni sindacali tradizionali (CGIL, CISL, UIL). La cultura del periodo prediligeva queste forme di organizzazione legate alla ricomposizione della rappresentanza sindacale, in organizzazioni di massa, ovvero della unitarietà organizzativa al di là della specificità professionale. Il fatto, pertanto, di pensare alla fondazione di un sindacato 'autonomo' e di 'categoria', fu un passaggio culturale importante, quasi il superamento di un tabù.



vamo e, soprattutto, nessuno ci dava alcun credito.

C'era anche un'altra consapevolezza che si faceva strada cioè che il singolo assistente sociale non era il servizio sociale e che per denotarci in quanto tale dovevamo darci e chiedere una organizzazione del servizio, uno specifico spazio e competenze che valorizzassero la professione e le sue articolazioni in vari livelli di responsabilità.

Alcuni, ben presto seguiti da molti, si lanciarono quindi nella creazione di un nuovo sindacato, il Sunas.³

Fu allora che nacque, dapprima nebulosa poi sempre più chiara, la necessità di individuare una rivendicazione professionale che comprendesse come obiettivo prioritario la realizzazione di un servizio sociale professionale per avviare, nell'ambito sanitario, un processo di aggregazione e di organizzazione dei nostri valori e delle nostre metodologie professionali.

Andavamo controcorrente, anche rispetto a larghi settori della professione stessa che per anni non aveva voluto riconoscere alcun valore aggiunto alla presenza dei coordinatori nella organizzazione di un ipotetico servizio sociale.

Il resto è storia e cronaca dei giorni nostri con la nascita dell'Ordine e la regolamentazione della professione, il codice deontologico, la riforma universitaria che riconobbe il definitivo inserimento della nostra professione tra le lauree universitarie, prevedendo anche la possibilità di un ulteriore biennio di specializzazione. Poi, per tornare all'ambito sanitario, la legge 251/00⁴, ma anche purtroppo le nuove disposizioni regionali della Giunta Polverini⁵....

A tanti anni di distanza, la mia valutazione su quello che si è realizzato non può non essere negativa perché gli spazi di azione, l'autonomia, il peso specifico raggiunto dalla professione nell'ambito della organizzazione sanitaria del Lazio è ben lungi dal raggiungimento di qualsiasi obiettivo ci fossimo proposti.

3 Il SUNAS (Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali) nacque a Roma nel 1990 sostanzialmente per l'iniziativa di pochi colleghi (10 sono stati i fondatori che compaiono nell'atto costitutivo). La scommessa fatta dai colleghi ha portato ad un iniziale forte crescita delle adesioni e dello sviluppo organizzativo, permettendo nel giro di pochi mesi di raggiungere 1000 iscritti e l'attivazione di 9 sedi regionali. E' evidente come la condizione di forte scontento presente nella professione abbia contribuito allo sviluppo di questa organizzazione.

4 La legge 251/00 riguarda il "riordino delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione ed ostetriche" è la prima e fondamentale legge che riconosce la possibilità di dirigenza a professioni prima escluse da tale possibilità. Tra gli altri, il provvedimento riguarda la nostra professione.

5 Il decreto 40/11 dell'attuale Giunta Regionale, in un generale ridimensionamento delle dirigenze previste dalla L.251/00, dimentica di citare la nostra professione. L'ordine regionale ne ha chiesto la modifica.



Certo abbiamo avuto importanti riconoscimenti, passaggi di livello e coordinamenti, posizioni organizzative e finanche qualche dirigenza (una ?) e forse (certamente?) abbiamo fatto da apripista alle giuste ed analoghe rivendicazioni di altri professionisti del comparto.

Lo stato dell'arte verificato nell'ultima riunione dell'Ordine del Lazio, e che meglio emergerà dai dati della ricerca pubblicata, ci conferma una situazione contraddittoria, a macchia di leopardo, con un generale processo di diminuzione numerica degli assistenti sociali e una situazione legata ai vari e diversificati atti aziendali.

Ma la domanda principale, una volta confermata questa valutazione, è se tutto ciò può comunque bastare a dare una risposta a interrogativi e aspettative ormai ultratrentennali e soprattutto, se stiamo davvero predisponendo un assetto diverso del Servizio Sociale, che consentirà alle nuove generazioni di professionisti di inserirsi nelle strutture aziendali in modo meno faticoso, meno frustrante e più orientato alla realizzazione dei valori professionali.

Per molto tempo, in relazione allo svolgersi della storia sanitaria della regione Lazio, ho pensato che sia stato un grosso sbaglio l'aver lottato per entrare e mantenerci in una organizzazione che continua tuttora a considerarci un corpo estraneo residuale e marginale più che una risorsa.

Per lungo tempo ho pensato che la forza del servizio sociale dovesse e potesse realizzarsi solo in un unico ambito che ci garantisse più autonomia e maggiori spazi progettuali e forse, se le nostre scelte fossero state diverse e meno ideologiche, avremmo potuto avere oggi una condizione migliore per gli stessi obiettivi della professione.

La stessa integrazione socio sanitaria, nostro cavallo di battaglia, sembra destinata, nonostante la normativa, a languire nelle secche di insensibilità sanitarie sempre pronte a disconoscere valore a ciò che, nonostante i nostri sforzi, rimane un accessorio della metodologia sanitaria.

Epperò, ulteriore riflessione, il raggiungimento dei nostri obiettivi, integrazione, presa in carico, riconoscimento del nostro ruolo non è mai sembrato così vicino, così a portata di mano come oggi.

Tutto quel che si doveva, e poteva, è stato predisposto, la legge di riforma dell'assistenza, le disposizioni regionali, gli atti aziendali, ecc., ma purtroppo tutto appare ancora legato a personalismi e particolarismi frantumati e addirittura parcellizzati e forse influenzati negativamente da noi stessi con comportamenti non all'altezza delle nuove situazioni.

Il nostro stesso frasario (case management, community work opportunamente tradotto in inglese), la nostra stessa terminologia professionale relativamente



alla presa in carico e alla complessità, non è mai stata come oggi così vincente e così condivisa da altre figure professionali e al contempo così esposta al rischio altissimo di una espropriazione e perdita di paternità senza nemmeno riuscire a mantenere la partnership con le altre professioni coinvolte (vedi il case management e i colleghi infermieri).

Al momento ho la strana sensazione che siamo al contempo vincenti e perdenti, in una logica di potere in cui siamo spettatori senza vere responsabilità, perlomeno nell'ambito sanitario.

Ma è da qui che dobbiamo ripartire, con un po' di sano pragmatismo, con qualche ragionamento in più, con la individuazione di nuove e speriamo più sane utopie, abbandonando alcune posizioni preconcepite e individuando nuovi obiettivi professionali.

Intanto dobbiamo essere consapevoli che rimanere nella sanità o uscirne non dipende da noi, bensì da processi politici ed economici che forse possiamo anticipare e interpretare ma solo in minima misura determinare.

C'è un altro dato di cui spesso non teniamo conto: siamo una minoranza, all'interno di un panorama delle professioni sanitarie che si è strutturato da decenni su ben altri numeri che i nostri: gli AASS del Lazio sono 3000, gli infermieri circa 35000, i medici 50000, gli psicologi circa 15000.

Se consideriamo poi la condizione nella sanità è ancora più sbilanciata, e gli obiettivi, comunque raggiunti nelle aziende sanitarie, diventano quasi un miracolo realizzato da un così esiguo numero di persone.

La stessa iniziativa dell'Ordine regionale su questo tema, documentata da questa ricerca e dall'analisi che ne uscirà, è testimonianza di una nostra acquisita capacità di stare con le cose mentre accadono, di poter ormai svolgere con continuità un attento lavoro di monitoraggio di ciò che accade, di stare nel posto giusto al momento giusto.

Ma sono i numeri stessi, il nostro essere minoranza, che ci costringono a svolgere un ruolo diverso, non autoreferenziale, e che sappia vedere oltre.

Non parlo certo degli utenti ma, anche in questo caso, della realtà che ci circonda, dei nostri colleghi del comparto, costretti come, e a volte peggio, di noi, a subire le angherie del sistema: per fare un esempio non siamo solo noi a vivere il momento drammatico del precariato, magari mascherato da impiego in cooperativa, ma anche e, forse, soprattutto gli infermieri, come addirittura i medici e gli psicologi.

Quindi la rivendicazione di un Servizio Sociale di ASL deve diventare operazione più consapevole della posta in gioco e, soprattutto, maggiormente condivisa dalla comunità professionale, come ancora di fatto non è.



Il nostro obiettivo è la realizzazione non di una struttura di potere, ma di una organizzazione unitaria capace di rappresentare in maniera forte le proprie finalità, le caratteristiche del nostro lavoro, la necessità che esso sia riconosciuto, partendo però da alcuni presupposti a mio parere fondamentali.

Si tratta quindi di ritornare alle origini, agli anni delle aspettative, con una ancora maggiore consapevolezza della professione, dei suoi vizi e delle sue virtù, ma anche con l'ambizione di essere in grado di realizzare una struttura che sappia mettere a frutto le diverse opzioni professionali, le capacità manageriali e di direzione comunque acquisite, al fine di riuscire a valorizzare le opzioni più operative della professione, legate all'intervento su persone gruppi e comunità, individuandone anche gli spazi per un riconoscimento economico adeguato.

Se riusciamo ad uscire dall'eccesso di vittimismo che qualche volta ci contraddistingue, forse possiamo modificare finalmente quei nostri vecchi atteggiamenti, quelle vecchie divisioni, quelle vecchie paure, quella nostra storica incapacità di aprirci tra noi perché ancora troppo insicuri e troppo individualisti.

E, allora, dandoci un sguardo intorno, sulla base di queste riflessioni potremmo continuare a parlare di Servizio Sociale Professionale nella sanità ma stavolta collegandolo immediatamente a tutta la dinamica professionale, che vede ad esempio negli enti locali, in particolare nel comune di Roma, un ruolo del Servizio Sociale che gestisce risorse non indifferenti, e con il quale, già oggi, possiamo e dobbiamo intraprendere percorsi unitari attraverso le leggi che nel Lazio regolano il processo di integrazione socio sanitaria.

In una pubblicazione del 1990 del Censis ho trovato un'interessante definizione del concetto di sociale, che in quanto tale è definito come "concetto di carattere trasversale, che fa riferimento a dimensioni multiformi della realtà e che affonda le radici in vari aspetti dello sviluppo, dalle questioni che riguardano il lavoro, alla formazione, all'istruzione, alla cultura, alla sanità, all'ambiente".

Una tale definizione di sociale, è intuibile, non ha niente di rivoluzionario ma implica un nostro diverso livello di operatività, uno sguardo più lungimirante, la rivendicazione di un ruolo più ambizioso, le ragioni profonde che per noi stanno alla base del rispetto della unitarietà della persona.

Una tale definizione è, questo sì, un pensiero forte che fornisce ulteriore motivazione per continuare a lottare per l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari allargando lo sguardo a quelli culturali, formativi, per il lavoro e per la qualità del lavoro, per un ambiente più sano e meno compromesso.

La vera integrazione che dobbiamo e possiamo ricercare è in primo luogo quella che parte dal sociale e quindi dai vari pezzi del Servizio Sociale, che non sono il sociale ma possono rappresentarne un parte importante, iniziando da



quello degli enti locali che non è il futuro bengodi degli assistenti sociali ma uno degli spazi naturali in cui la nostra professione può migliorare il proprio futuro.

Questa nuova unità deve, però, marciare sulle nostre gambe e non solo sulle normative o su suggestioni aziendali, troppo aleatorie per poterle prendere sul serio, in una dimensione del sociale che non può essere quello definito dal dirigente di turno (che sia sanitario o dell'ente locale) e nemmeno quello delle prestazioni, ma bensì quello dei progetti, della globalità, della trasversalità ed infine della scientificità.

Per arrivare a questo dobbiamo studiare, formarci, rimettere ancora una volta in discussione profondamente le nostre prassi e il nostro quotidiano, ancora oggi fatto dell'illusione di ogni assistente sociale di "essere Servizio Sociale".

Il sociale che ci interessa è, quindi, anche quello che fa incontrare operatori di diversa formazione su ipotesi di lavoro, obiettivi, metodologie e, a questo punto nemmeno parliamo più solo di assistenti sociali, ma, se siamo nella sanità, questo è un discorso che deve e sta di fatto investendo anche gli infermieri, i medici, gli psicologi.

Io credo che già oggi ci si stia confrontando su questi piani, chi con maggiore consapevolezza, chi in completa ignoranza, ricavandone troppo spesso frustrazione invece che impegno ed entusiasmo rispetto ai nuovi possibili traguardi.

Alla fine non siamo né rivoluzionari né missionari ma semplici professionisti con il compito di svolgere le nostre funzioni in un mondo più intelligente ed ottimista e a cui dobbiamo aggiungere, appunto, intelligenza ed ottimismo.



LA PRESENZA DEGLI ASSISTENTI SOCIALI NELLE ASL DEL LAZIO

Paola De Rìù

La figura professionale dell'assistente sociale nella sanità è stata prevista sin dalla riforma ospedaliera del 1968¹ - anche se si possono elencare molte esperienze "pilota" già dai primi anni '60, in particolare negli ospedali psichiatrici - riconoscendo che, per attuare i principi "*del miglior soddisfacimento della cura*" e "*delle nuove funzioni medico sociali attribuite agli ospedali*" si rendeva necessario un nuovo modello organizzativo per assicurare la direzione, il coordinamento ed il controllo dei servizi e di ogni altra attività ospedaliera.

Nella Regione Lazio la presenza strutturata dell'assistente sociale nella costruzione del sistema dei servizi territoriali inizia a partire dal 1975, con l'implementazione di due normative nazionali: la legge 405 che istituisce i Consultori Familiari - e cita espressamente, tra i titoli da tenere in considerazione per il personale addetto ai consultori, quello nella disciplina dell'"assistenza sociale" - e con la legge 685, "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope", che inizia a prevedere e costituire i primi servizi per le tossicodipendenze.

Successivamente, con l'emanazione del D.P.R. 616/77, le funzioni di "Assistenza sanitaria ed ospedaliera" vengono attribuite agli Enti Locali, e poco dopo, con la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/78), alle Unità Sanitarie Locali. Con la legge 833/78, che prevede, attraverso la soppressione degli enti mutualistici di categoria, un sistema universalistico in cui la salute è considerata diritto fondamentale dell'individuo, la figura professionale dell'assistente sociale, già presente in alcuni degli enti disciolti, viene inserita a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale.

E' dunque nel decennio '80/'90 che si strutturano nella nostra Regione i servizi "storici" - Consultori Familiari, Centri di Salute Mentale, Ser.T, Unità Territoriali di Riabilitazione, poi T.S.R.M.E.E.

I servizi territoriali assumono la funzione di attori di cambiamento, focalizzando gli interventi sulla cura e riabilitazione ma, in particolare, sulla preven-

¹ Si tratta della L. 12/2/1968, n. 132, per alcuni versi precorritrice, per altri segno del periodo storico, anche riguardo alla lettura della professione in un'ottica di genere. Esempio in questo senso è l'art. 39 della legge che, nell'elencare il personale degli Enti Ospedalieri, cita espressamente "(...) Il personale sanitario ausiliario è costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici dell'infanzia, dalle assistenti sociali, dai terapisti della riabilitazione, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici".



zione per i gruppi di popolazione a rischio, attraverso una funzione di stimolo, consapevolezza e responsabilità.

Si inizia a ragionare “in équipe”, tra professionisti appartenenti alle diverse professioni: il “sociale” - famiglia, ambiente e stile di vita, lavoro - assume visibilità e rientra a pieno titolo quale “bisogno di salute”.

Successivamente la L. 104/1992² accoglie il cambiamento culturale in atto prevedendo che le prestazioni sanitarie e sociali siano erogate in forma integrata al fine di valorizzare “*le abilità di ogni persona*”, agendo sulla globalità dello stato di handicap e “*coinvolgendo la famiglia e la comunità*”. Nel rispetto di tale normativa, e della L. 12/3/1999 n. 68 sul diritto al lavoro dei disabili, nella Regione Lazio è prevista la presenza “*dell'operatore sociale*”, individuato per quanto riguarda le ASL nella figura dell'assistente sociale, nelle commissioni per l'accertamento dell'handicap e nelle commissioni per l'accertamento della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo.

Con le normative di riforma del S.S.N., in particolare con il D.Lgs. 229/1999³ (e il successivo D.P.C.M. del 14/2/2001⁴), si introduce il concetto di prestazioni socio-sanitarie - definite come “*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*” - e si individua nel Distretto l'articolazione territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale deputato, quale modello organizzativo da raggiungere nel tempo, a favorire i processi di integrazione tra tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali presenti, superando la parcellizzazione dell'intervento e l'autoreferenzialità dei singoli servizi, e ponendo il cittadino portatore di bisogni al centro del sistema.

L'“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” coinvolge a pieno titolo gli assistenti sociali, laddove stabilisce che l'erogazione dei servizi e delle prestazioni avviene in seguito alla Valutazione Multidisciplinare, nel cui ambito la rilevazione e valutazione dei bisogni è di stretta competenza dell'assistente sociale, con la finalità di concorrere alla costruzione di un piano di lavoro integrato che dovrà produrre il Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I.).

La normativa di ambito sociale, che giunge ad una messa a sistema solo nel 2000, con la L. 328, conferma la volontà del legislatore di perseguire l'obiettivo della salute dei cittadini già dichiarato nella L. 833/1978, disponendo che gli

2 “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.

3 Conosciuto anche come “Decreto Bindi” o Riforma-ter.

4 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.



interventi di natura sociale avvengano a forte integrazione con quelli sanitari, e collocando il Servizio Sociale Professionale tra i servizi essenziali che lo stato è obbligato a garantire ai cittadini.

E' opportuno ricordare quanto enunciato nel documento del Ministero della Salute (ottobre 2010) sulle "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità", prodotto dal Tavolo Tecnico istituito presso il ministero, a cui ho partecipato, e che ha fatto propri alcuni documenti relativi al nostro ruolo in Sanità, precedentemente pubblicati presso il CNOAS:

"Il Servizio Sociale Professionale assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione; permette inoltre di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell'Assistente Sociale ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare.

Il Servizio Sociale Professionale nel Sistema Sanitario Nazionale ha il compito di mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e socio sanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma continuativa, anche con gli organismi del terzo settore e del volontariato, in conformità agli obiettivi di integrazione tra ospedale e territorio del vigente Piano Sanitario.

Il Servizio Sociale Professionale deve essere una struttura organizzativa e funzionale degli enti sanitari prevista nel Piano Sanitario Nazionale, nel Piano sanitario regionale, nel Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (Prr) e nel Piano organizzativo aziendale; il Servizio Sociale Professionale opera in sinergia con la Direzione Sanitaria ed Amministrativa per realizzare gli obiettivi del Piano sanitario regionale e della pianificazione strategica aziendale.

Il mandato del Servizio Sociale Professionale in Sanità è di attivare e prendersi cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione interna all'Azienda (Ospedale - Territorio) che esterna (E.E.LL., privato convenzionato/accreditato, III e IV settore). La presa in carico della persona/famiglia deve essere effettuata nel suo territorio (Distretto Socio-Sanitario) per evitare che problemi sociali, culturali ed economici esistenti ostacolino il raggiungimento dell'obiettivo salute-benessere: la persona, con il sostegno dei servizi e della rete familiare e sociale in cui è inserita, potrà così attivare ogni risorsa utile, in riferimento al



concetto di *empowerment*.”⁵

È in questo complesso scenario normativo che si colloca, oggi, la presenza del Servizio Sociale Professionale in Sanità : nelle Aziende Ospedaliere (e assimilate) e nelle Aziende Sanitarie, sul territorio, nel Distretto, concorrendo all’obiettivo della salute/benessere dei cittadini e della comunità territoriale.

ALCUNI DATI

Premessa.

Nel 2006, su esplicita richiesta dell’Assessorato alla Sanità della Regione Lazio è stata costituita la Commissione “Servizio Sociale Professionale in Sanità” con l’obiettivo di conoscere il numero e la collocazione operativa degli assistenti sociali nelle Aziende UUSLL del Lazio per poi rilevare e costruire delle ipotesi di organizzazione nei servizi.

L’Ordine professionale era in possesso dei dati nominativi richiesti agli uffici del personale delle Aziende UUSLL nell’anno 2004/2005, è stato predisposto pertanto un data base sulla base delle informazioni in nostro possesso, che è stato implementato con altri indicatori: servizio di appartenenza, posizione contrattuale, funzione di coordinamento, posizione organizzativa.

E’ stato costituito un Gruppo di Lavoro con un collega referente per ogni Azienda USL, che ha aggiornato gli elenchi nominativi e fornito i dati relativi agli altri indicatori.

La Ricerca è stata presentata in una giornata di studio tenuta il 21 settembre 2006 presso la Regione Lazio.

Successivamente, il 3 luglio 2009, a Roma, l’Ordine Regionale Lazio ha organizzato un Convegno dal titolo “***Dirigenza Professionale nella Sanità: La qualità del lavoro degli assistenti sociali***”. In quella occasione sono stati presentati i dati aggiornati ed è stata effettuata una prima panoramica delle diverse modalità organizzative dei Servizi Sociali Professionali (SSP) presso le Aziende Sanitarie ed alcune Aziende Ospedaliere.

Situazione attuale.

Attraverso la collaborazione di tutti i colleghi, è stato aggiornato al 31/12/2011 il censimento nelle Aziende Territoriali ed è in corso, non senza difficoltà, l’aggiornamento delle aziende ospedaliere (ed assimilate).

Al 31 gennaio 2011 risultavano iscritti all’Ordine del Lazio n. 789 nella sezione A e n. 2.079 nella sezione B. Alla stessa data del censimento risultano in

⁵ “Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità”, documento approvato il 29/10/2010 dai componenti il Tavolo Tecnico, istituito dal Ministro della Salute, pagg. 2-3.



servizio presso le 12 Aziende Sanitarie della nostra regione, 631 assistenti sociali.

Il grafico 1 permette di visualizzare, il numero assoluto di presenza di professionisti nelle diverse aziende:

- della **CITTA' METROPOLITANA** (escluso il Comune di Fiumicino, abitanti 2.776.362 al 31/08/2011, dati ISTAT), presenti 297 assistenti sociali (che lavorano anche nel comune di Fiumicino) con un rapporto ipotetico 1/9.348;

RM A, con i Municipi I, II, III, IV e l'ospedale G. Eastman;

RM B, con i Municipi V, VII, VIII e X, l'ospedale S. Pertini e il Policlinico Casilino;

RM C, con i Municipi VI, IX, XI e XII, l'ospedale S. Eugenio e il CTO A. Alesini;

RM D, con i Municipi XII, XV, XVI e il Comune di Fiumicino (ex XIV), l'ospedale G. B. Grassi e il Policlinico Di Liegro.

RM E, con i Municipi XVII, XIII, XIX e XX, con l'ospedale Santo Spirito, il presidio Villa Betania e il presidio Oftalmico.

-della **PROVINCIA di ROMA** (abitanti 1.444.801 ricavati per sottrazione dai dati ISTAT), presenti 62 assistenti sociali con un rapporto ipotetico di 1/8.962:

RM F con i distretti F1, F2, F3, F4 e gli ospedali di Civitavecchia e Bracciano;

RM H con i distretti H1, H2, H3, H4, H5 e H6 e gli ospedali di Frascati, Rocca Priora, Castel Gandolfo, Genzano, Marino, Velletri, Anzio;

RM G con i distretti G1, G2, G3, G4, G5 e G6 e gli ospedali di Monterotondo, Subiaco, Palestrina, Colferro.

Sono presenti 90 assistenti sociali, con un rapporto ipotetico di 1/16.053.

- della **PROVINCIA di FROSINONE** (abitanti 498.055 al 30/06/2011 dati ISTAT) con i Distretti: A Alatri-Anagni, B Frosinone, C Sora e D Cassino-Ponte-corvo e con gli ospedali di Alatri, Anagni, Frosinone, Sora, Cassino e Ponte-corvo.

Sono presenti 94 assistenti sociali con un rapporto ipotetico di 1/5.298.

- della **PROVINCIA di LATINA** (abitanti 555.692 al 01/01/2011 dati ISTAT), attualmente organizzata in tre Distretti Territoriali (comprendenti i precedenti: Aprilia-Cisterna, Latina, Monti Lepini, Fondi-Terracina, Formia-Gaeta) e tre presidi ospedalieri:

presidio ospedaliero Nord: Ospedale di Latina-Sezze-Priverno;

presidio ospedaliero Centro: Ospedale di Terracina-Fondi;

presidio ospedaliero Sud: Ospedale di Formia-Gaeta-Minturno.



- della **PROVINCIA di RIETI** (abitanti 160.467 al 01/01/2011 dati ISTAT), presenti 26 assistenti sociali con un rapporto ipotetico di 1/6.171, con i Distretti: 1 Montepiano Reatino, 2 Mirtense, 3 Salario, 4 Salto Cicolano, 5 Alto Velino e gli ospedali di Rieti e Magliano Sabina.

- della **PROVINCIA di VITERBO** (abitanti 320.294 al 01/01/2011 dati ISTAT), presenti 52 assistenti sociali con un rapporto ipotetico di 1/6.159, con i Distretti: 1 Montefiascone, 2 Tarquinia, 3 Viterbo, 4 Vetralla, 5 Civita Castellana e gli ospedali di Viterbo, Acquapendente, Montefiascone, Tarquinia e Civita Castellana.

La rilevazione effettuata presso le Aziende Territoriali, oltre al dato numerico della collocazione lavorativa, ha permesso di verificare la collocazione dei colleghi nei servizi e rilevare, *in nuce*, nuovi servizi/modelli organizzativi.

La lettura dei dati (grafico n. 1, tabelle n. 1 e n. 1 bis) permette di rilevare come sia collocato, anche in sanità, un numero elevato di colleghi con contratti di precariato: nella AUSL RM E sono presenti 34 precari su 81 assistenti sociali in servizio, di cui 29 attraverso la coop. CIR. E' complessivamente elevato il numero di colleghi con contratti di precariato: si sono triplicati gli assistenti sociali precari, passando da 19 unità nel 2006 a 64 unità nel 2011, con cinque diverse tipologie di rapporto di lavoro.

E' pertanto d'obbligo un'attenta riflessione in merito alla presenza di assistenti sociali con contratto precario, sia rispetto alle ricadute per il cittadino che per il professionista.

Nei servizi territoriali deve essere garantita, in primis, la presa in carico e la continuità terapeutica, il rapporto fiduciario con il cittadino, l'attivazione e l'implementazione della rete tra servizi e professionisti del pubblico e del privato sociale nella comunità territoriale ma, nel contempo, il professionista deve percepire che l'organizzazione in cui opera, nel riconoscergli dignità, lo considera una risorsa "umana" preziosa, su cui investire per il futuro

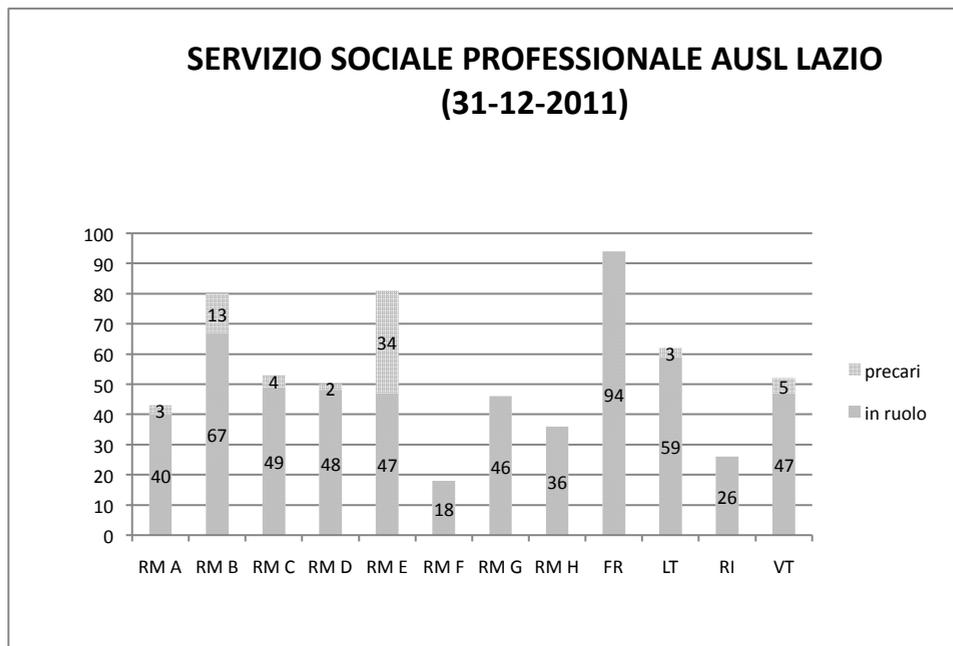


grafico n. 1

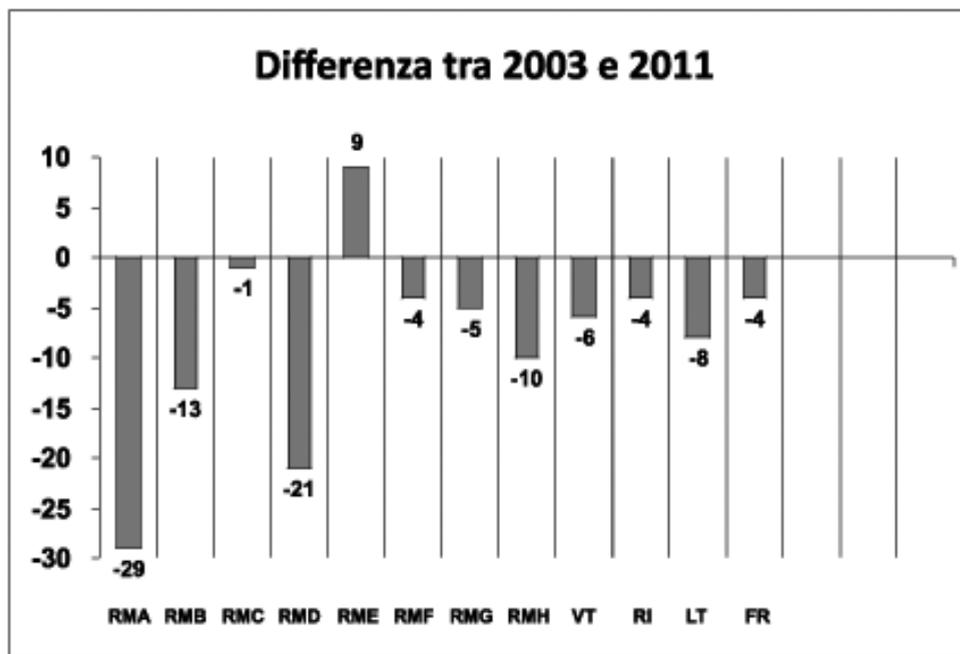
Il dato riscontrato nella AUSL RME, dove sono presenti 34 precari su 81 assistenti sociali in servizio, (di cui 29 attraverso la coop. CIR, 3 co.co.co., 1 co.co. pro e 1 interinale) deve far riflettere in particolare anche sulla ricaduta a livello organizzativo. Gli assistenti sociali, che come contratto dipendono dalla cooperativa (dalla quale percepiscono emolumenti in quota oraria, per altro di gran lunga inferiori a quanto parimenti percepito dagli altri colleghi in ruolo o precari a tempo determinato) come si relazionano/coordinano nell'organizzazione dei servizi in cui sono inseriti e nel SSP dell'azienda, dovendo rispondere, *in primis*, alla coop. quale datore di lavoro?

Nelle altre aziende, la tipologia del precariato con contratto a tempo determinato è prevalente: la RM B presenta 11 colleghi a tempo determinato e 2 a co.co. pro, mentre LT, VT e RM D presentano solo contratti a tempo determinato.

Inoltre solo la ASL RMC presenta un dato numerico di assistenti sociali in organico superiore a quello della rilevazione del 2006, mentre in tutte le altre aziende il dato risulta essere inferiore.

Se consideriamo i dati del Ministero delle Salute relativi all'anno 2003 (grafico n. 2 e tabelle n. 2), solo la RM E, con il ricorso a contratti diversi, presenta, negli anni, un dato assoluto numerico superiore.

È evidente una crescente diminuzione di personale, soltanto in parte compensato da personale precario.

*grafico n. 2*

Per quanto riguarda, infine, la collocazione contrattuale degli assistenti sociali a tempo indeterminato nel Lazio (tabella n. 1) è presente un unico Dirigente di U.O.S. di Servizio Sociale Professionale nella RM A, le Posizioni Organizzative, quali figure “apicali” sono totalmente assenti in RMF, RMH, a Latina, a Frosinone e a Rieti. Le figure dei coordinatori sono presenti in tutte le aziende, variando di numero, dalle 13 presenti nella RMH ad una sola unità, a Latina e a Rieti, dove essendo assenti le P.O., risultano le uniche figure con un ruolo di coordinamento.

Analizzando la distribuzione degli assistenti sociali nei diversi servizi (tabella n. 3), la prima criticità da affrontare è stata la “decodifica” di quanto censito dai colleghi nelle singole aziende, con il fine di omogeneizzare le “voci” riferendole ai medesimi servizi. Riguarda le differenti denominazioni dei servizi in alcune delle aziende: TSRMEE definito NPI (neuropsichiatria infantile), D3D a Frosinone per area dipendenze, Diss/servizio sempre a Frosinone che comprende più servizi - consultorio, TSMREE, disabili adulti -. Inoltre, in diverse aziende, non risulta chiara la collocazione nel Distretto rispetto al servizio di appartenenza: probabilmente in alcuni servizi si lavora in quota oraria o, anche su richiesta delle singole équipe territoriali o aziendali, là dove esistano.

Può essere considerato un nuovo modello organizzativo o è la diretta conse-



guenza di una “strutturata” carenza di risorse umane dedicate?

Una particolare attenzione, nella lettura del dato, deve essere riservata, quindi, alla collocazione presso servizi territoriali strutturati in quota oraria, a significare spesso non certo un modello organizzativo integrato ma una carenza in organico della figura dedicata, come dichiarato esplicitamente dai rilevatori nella Asl di Latina.

Comunque i dati evidenziano che sia il Dipartimento di Salute Mentale, con tutte le sue articolazioni organizzative (SPDC, CSM, Centri Diurni, Comunità Terapeutiche) sia i Consultori Familiari risultino in severa sofferenza; il servizio TSMREE in alcune aziende può contare di pochissimi assistenti sociali (Rieti, RMF, RMH).

Il Servizio Disabili Adulti, a parte, a livello numerico, l’ “isola felice” presso RME (anche grazie al numero dei precari) risulta senza assistenti sociali in RMF, RMG, RMH, Latina, e Rieti, a Frosinone è presente una sola unità, mentre a Viterbo risulta una “collaborazione in quota oraria”.

Solo il SERT presenta un numero di colleghi, anche se di solo 4 unità rispetto al 2006, in crescita ma, occorre considerare le nuove attribuzioni di competenze (medicina penitenziaria, commissioni patenti, nuove dipendenze) degli ultimi anni.

Anche il dato relativo al servizio CAD/ADI, in flessione come collocazione dedicata, deve far riflettere: siamo un “paese maturo” ed occorre investire sia sulla cura, ma, in particolare sulla prevenzione e sulla riabilitazione, con operatori competenti, motivati e dedicati, che sappiano creare o supportare sistemi a rete nel “prenderci cura”. Quindi sarebbe strategicamente appropriato investire in risorse umane dedicate, che superino la logica di interventi intesi come semplici prestazioni.

A livello di rapporto con il cittadino, relativamente all’ “accoglienza” diretta della domanda, si rileva una flessione delle collocazioni presso URP ma compaiono i primi assistenti sociali presso i costituendi PUA, in RMB, RMD e a Frosinone.

Il dato rilevato presso gli ospedali aziendali raccoglie anche alcune specificità considerate ad alta intensità (Centri di riferimento HIV, Centri prevenzione); l’assistente sociale è presente (anche se con poche unità) presso gli ospedali di tutte le aziende territoriali, con l’unica eccezione della ASL RMH.

Con il riequilibrio della rete ospedaliera e la chiusura dei piccoli ospedali, è auspicabile che, negli ospedali aziendali che si presentano ora con un discreto numero di posti di degenza e Day hospital, sia possibile strutturare un Servizio Sociale ospedaliero, adeguatamente organizzato (per esempio area degenza, area alta specializzazione, area ingressi programmati/dimissioni protette) in stretta



integrazione con i servizi territoriali, sanitari e sociali e con il volontariato organizzato.

Un Servizio Sociale ospedaliero può essere considerato un valore aggiunto nella lettura bio-psico-sociale dei bisogni della persona, in grado di predisporre per tempo, già durante il periodo di degenza, dimissioni appropriate e sostenibili per la famiglia, nella rete dei servizi territoriali dove il cittadino vive.

Alla data attuale, considerando il blocco delle assunzioni, i pensionamenti e le richieste sempre più complesse (anche se su questi ultimi aspetti non abbiamo dati oggettivi) si rilevano serie difficoltà sia nel lavoro diretto che indiretto, programmatico, rivolto ai cittadini, alle loro famiglie e alla comunità territoriale.

PER CONCLUDERE, UNO SGUARDO AL PRESENTE E... AL FUTURO.

Alcune riflessioni sulla funzione del SSP in questo periodo storico sono comunque doverose.

E' innanzitutto ancora presente, nei cittadini e in quota parte del personale sanitario, la concettualizzazione della salute come assenza di malattia e la struttura ospedaliera è ancora immaginata quale luogo scientifico-tecnologico risolutore, con tutte le conseguenze evidenti.

Le esigenze e i bisogni effettivi di una vasta fascia di cittadini sempre più significativamente composta da *pazienti cronici, anziani non autosufficienti, disabili, persone con severe dipendenze, malati terminali*, che vivono quotidianamente il mondo della cronicità e dell'esclusione sociale e richiedono contemporaneamente azioni di *cure e care*, pur in presenza di normative e linee di indirizzo nazionali e regionali, stenta a tradursi in azioni quotidiane da parte dei servizi integrati e della società civile.

La domanda di salute pretende, per rispondere al cambiamento in atto nel nostro tessuto sociale, che presenta le patologie tipiche dei "paesi maturi"⁶, patologie che non si risolvono soltanto con un intervento in fase acuta, ma richiedono una assistenza protratta nel tempo, un ripensamento generale sulle politiche degli interventi territoriali e conseguentemente, sull'agire della nostra professione.

Da una parte la sostenibilità finanziaria e le problematiche conseguenti, dall'altra la necessità di una modalità "di pensiero" che consideri il cittadino come soggetto attivo, competente, motivato ed in grado di attivare risorse per

6 "Osservando la popolazione dei Paesi occidentali - in particolare, i Paesi che si potrebbero definire 'maturi', come gli Stati Uniti e quelli che formano l'Europa dei 20 - si nota che la percentuale di popolazione con un'età al di sopra dei sessant'anni continua a crescere sensibilmente. Oggi le persone comprese in quella fascia di età rappresentano circa un quarto del totale. Nei Paesi emergenti, invece, non arrivano a un decimo." prof. Ettore Gotti Tedeschi, economista, L'Osservatore Romano 21 luglio 2011.



procurarsi “salute-benessere” sono, a mio parere, alla base del necessario ripensamento sul ruolo del Servizio Sociale Professionale in Sanità.

Il cittadino, in ambito sanitario, è sempre stato storicamente “pensato” ed “agito” come *paziente*: individuo singolo, “preso in carico” in un luogo definito (ospedale, ambulatorio), attrezzato, dove il sapere scientifico e la tecnologia sono utilizzate per la diagnosi e la cura. L’appropriatezza della cura si fonda su saper scientifico, in un rapporto fiduciario duale medico-paziente: il cittadino deve seguire le prescrizioni (i familiari sono coinvolti solo per “seguire le prescrizioni”), il cittadino deve ...essere paziente.

Questo paradigma è efficace nelle situazioni di acuzie ma non è utilizzabile in ambito preventivo, prima che l’evento acuto insorga, ne successivamente, quando occorre predisporre un adeguato percorso di riabilitazione e neppure è utilizzabile nelle malattie psico-sociali croniche.

Per un pensiero a tutto tondo, in un lavoro teso a costruire salute/benessere, occorre riappropriarsi dei principi della professione, focalizzare gli interventi sulla persona e sulla sua rete, formale e informale: rendere responsabile il cittadino nella scelta della tipologia della cura, che ha una valenza sociale, sostenibile dalla persona e dalla sua famiglia inserita nel contesto in cui vive.

L’appropriatezza della cura, in questo caso, deve includere, oltre alla valenza scientifica, la “sostenibilità sociale”, la sostenibilità del prendersi cura da parte dei familiari e dei servizi pubblici territoriali e del privato sociale, delle reti spontanee solidali.

Costruire percorsi di *cure e care* appropriati, perseguibili e sostenibili, sottende la conoscenza della patologia, delle problematiche a questa connesse e la consapevolezza di mettere in atto azioni congiunte, da parte della persona, del *care-giver* e di tutti coloro che vivono e/o sono in relazione con la persona fragile: è in questo scenario che oggi deve collocarsi il lavoro dell’assistente sociale nella sanità territoriale (e ospedaliera, nell’accezione allargata).

I servizi territoriali storici della L. 833/78 hanno, nel tempo, strutturato buone prassi, in stretta integrazione con il sociale: nella salute mentale dell’età evolutiva (inserimenti in ludoteche, centri estivi, centri diurni) e dell’adulto (Centri diurni, case famiglia, appartamenti protetti, progetti di borse lavoro, collocamento mirato), nei Consultori familiari (percorsi nascita, percorsi alla genitorialità, area adolescenti), nell’area della disabilità (centri diurni integrati, progetti case famiglia “dopo di noi”, coop sociali di servizi) ma tutti questi interventi, promossi ed attuati con il fondamentale apporto della professione, rischiano sempre più di

7 Ornella Casale, Patrizia Di Santo, Paola Toniolo Piva, “Il ritorno del sociale in Sanità”, in Animazione Sociale, 18 aprile 2006.



restare ai margini delle politiche per la salute, aziendale e regionale.

La “restituzione al sociale”, nella prevenzione prima e, successivamente nel rispetto della continuità assistenziale, prevede operatori attivi, inseriti nel contesto in cui operano, attenti ai mutamenti in atto, in grado anche di documentare gli interventi di rete sia a livello di “numeri” che di “esiti”.

I nostri servizi territoriali, (e noi professionisti con loro), producono “report” relativamente alle prestazioni dirette, in un rapporto operatore-cittadino, in ambito quantitativo: è sufficiente leggere i report relativi alla salute mentale o all’assistenza domiciliare, ad esempio, richiesti dall’ Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, oppure esaminare i sistemi premianti aziendali che, di norma, considerano la produttività come sommatoria di prestazioni del singolo operatore nel singolo servizio, per rendersi conto che non viene effettuata alcuna “misurazione” delle risorse sociali e sanitarie attivate al fine di evitare ricoveri impropri in strutture sanitarie e socio-sanitarie, nel rispetto degli effettivi (e reali) bisogni di *care* del cittadino.

I nuovi orientamenti legislativi regionali prevedono la costituzione di UVM⁸ per la diagnosi e la predisposizione di un progetto d’intervento integrato, “su misura” per quel cittadino, nel suo specifico contesto familiare e territoriale.

La presenza nelle Unità Valutative Multiprofessionali per la predisposizione dei P.A.I.⁹ è la nuova sfida per la professione che non dovrà limitarsi ad una mera lettura delle risorse “attive o attivabili” ma dovrà indirizzare gli interventi su più linee di attività:

-informazione: per permettere ai singoli di riappropriarsi delle strategie di

8 L’UNITA’ VALUTATIVA MULTIPROFESSIONALE, costituita, a seconda della prevalenza della problematica di salute, dai professionisti del Distretto di residenza:

- MMG o PLS e
- Equipe del servizio sanitario (DSM, SerT, Disabile Adulto, NPI, ADI): medico, psicologo, terapeuta della riabilitazione, infermiere, assistente sociale, etc.

e, a seconda della complessità dei bisogni socio-sanitari, successivamente integrata da

- Assistente Sociale dell’EELL di residenza

e, in fase di rivalutazione del PAI dal

- Personale dell’Ente gestore

9 Il PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO è rivolto ai cittadini in condizione di “fragilità” socio-sanitaria, appartenenti alle aree materno infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droghe-alcool-farmaci, patologie per infezioni da hiv, patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative, (art. 3 septies D.Lgs n. 229/99) tale da richiedere progetti individuali integrati, caratterizzati anche dalla necessità di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza degli EELL, considerate quali attività del sistema sociale, predisposte per supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione, condizionanti lo stato di salute.



cura, orientando le scelte, senza prevaricare o depotenziare le risorse di autonomia della persona e della famiglia;

-creazione/implementazione di reti solidali: con conoscenza di esperienze comuni che permettano lo scambio d'informazioni e aiuti e che permettano di affinare, sul piano scientifico, le opinioni e le prassi che si sviluppano nell'informale (le informazioni desunte da internet necessitano di una attenta lettura ed interpretazione!);

-attivazione di connessioni organizzative, per favorire il dialogo sistematico tra operatori appartenenti a servizi diversi, per ricomporre il processo di aiuto ed evitare una sommatoria di prestazioni, tenendo il focus sul benessere complessivo, bio-psico-sociale.

Sempre con uno sguardo al futuro prossimo, verso i nuovi scenari nella sanità occorre riflettere sull'orientamento della normativa sanitaria nazionale e regionale che prevede la continuità terapeutica demandata al Medico di Medicina Generale, unica figura, alla stregua di un "tutore", in un rapporto diretto.

Non penso sia possibile che una unica figura (in considerazione dei carichi di lavoro, inerenti anche gli adempimenti amministrativi) possa tenere conto ed agire nelle dinamiche pro-attive in una società complessa, in un continuo movimento di relazioni e sia in grado di orientare, sempre da solo, scelte ancor più complesse di percorsi di salute/benessere per singoli e gruppi con bisogni simili (cardiopatici, diabetici, Alzheimer/demenza senile etc.), dove occorre agire azioni di empowerment per rendere la persona e le famiglia soggetti attivi.

In questa nuova specifica area è ora possibile, invece, strutturare collaborazioni/progetti tra le professioni, grazie alla costituzione, da parte dei Medici di Medicina Generale, delle Unità di Cure Primarie¹⁰ Complesse ed Integrate (che si aggiungono alla Medicina di Gruppo, e alla Medicina in Rete), "con la partecipazione di medici specialisti e operatori sanitari e sociali delle aziende sanitarie e degli EELL". Sarà necessario stipulare degli accordi, tra i MMG e la Direzione del Distretto/Azienda, ma, per la professione, è una opportunità da non perdere per co-sviluppare al meglio il governo dell'assistenza territoriale.

Forse in questa "rinnovata" sede, ben conosciuta e prossima ai cittadini, inserita nel contesto locale, sarà possibile, di concerto con professionisti motivati (e nel rispetto dei nostri codici deontologici), orientare gli interventi secondo il

10 L'art. 54 dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 pubblicato sul supplemento ordinario n. 167 della G.U. n. 208 del 08/09/2009, ha disciplinato le forme associative e, successivamente, le Unità di Cure Primarie (UCP), che vanno ad integrare quelle previste dall'accordo, attraverso la costituzione ufficiale redatta ai sensi della Determina Regione Lazio pubblicata sul B.U.R del 14/11/2009.



metodo del lavoro di gruppo e di comunità, *versus* la prevenzione, per educare al benessere e *versus* le aree di cronicità, dove è presente la perdita progressiva di funzioni corporee e mentali, i disturbi del comportamento, che producono problematiche a più livelli e necessitano, a livello operativo, di un “accompagnamento” protratto nel tempo, teso a raggiungere un equilibrio accettabile di salute/benessere.

La sfida della nostra professione per “costruire salute” nel prossimo futuro sarà dimostrare che una presenza attenta ai cambiamenti in atto, competente secondo i principi e i metodi, orientata al potenziamento delle persone, riuscirà a confermare e rendere visibili le buone esperienze prodotte e, soprattutto, riuscirà a costruirne di nuove.

Per effettuare queste scelte ed azioni di salute/benessere occorre essere professionisti che riescano a condividere le buone prassi di lavoro per la costruzione e l’implementazione delle reti sociali della comunità territoriale, in cui siamo inseriti, *in primis*, come cittadini.

Tipologia rapporto	Anno	RM A	RM B	RM C	RM D	RM E	RM F	RM G	RM H	LT	FR	RI	VT	TOTALE (in servizio)
In ruolo: assistenti sociali	2006	45	59	34	43	50	20	36	37	55	87	22	45	533
	2011	24	45	41	33	33	13	36	23	58	86	25	37	454
In ruolo: coordinatori	2006	9	11	12	17	17	1	10	3	6	9	8	10	124
	2011	12	8	7	11	12	5	9	13	1	8	1	6	93
In ruolo: P.O.	2006	6			3			1					1	11
	2011	3 + 1 dirigente	4	1	4	2		1					4	19 + 1 dirigente
Precari	2006				1	17		1						19
	2011	3	13	4	2	34				3			5	64
TOTALE	2006	60	70	46	64	84	21	48	40	61	96	30	56	676
	2011	43	70	53	50	81	18	46	36	62	94	26	52	63

Tabella n. 1 - Presenza assistenti sociali nelle Aziende UUSLL per tipologia di rapporto di lavoro (confronto dati: 2006/2011).



ANNO DI RIFERIMENTO: 2011													
	RM A	RM B	RM C	RM D	RM E	RM F	RM G	RM H	LT	FR	RI	VT	TOTALE
co.co.co.					3								3
co.co.pro.	3	2			1								6
interinale					1								1
tempo determinato		11	4	2					3			5	25
Cooperative					29								29

Tabella n. 1 bis - Presenza assistenti sociali precari nelle AASSLL del Lazio, per tipologia di rapporto (anno 2011).

	2003	2006	2009	2011	2011 non in ruolo
RM A	72	60	55	43	3
RM B	83	69	62	70	13
RM C	54	46	50	53	4
RM D	71	64	52	50	2
RM E	72	84	81	81	34
RM F	22	21	18	18	0
RM G	51	48	50	46	0
RM H	46	40	41	36	0
VT	58	56	50	52	5
RI	30	30	30	26	0
LT	70	61	63	62	3
FR	98	96	94	94	0
TOTALE	727	676	646	631	
<i>dati Ministero Salute</i>		<i>dati Ordine Assistenti Sociali del Lazio</i>			

Tabella n. 2 - Presenza assistenti sociali nelle Aziende UUSSLL (confronto 2003/2006/2009/2011).



COLLOCAMENTO nei SERVIZI/LINEE di ATTIVITA' 2006/2011						
	2006	2011	CONFRONTO DATI TOTALI			
DSM	227	203	215/160	TERRITORIO	620/579	676/631
DMI/Consultori	112	91				
DMI/TSMREE	99	69				
DMI	4	0				
CAD	48	39				
Disabili Adulti	31	26				
Ser.T.	69	73				
Distretto	26	63				
CUP/ASB	1	1				
Integrazione socio-sanitaria	1					
CAD/Ser.T./C.F.		8				
Sportello unico/PUA	2	6	AZIENDA	56/52		
U.V. Alzheimer	1	1				
U.V. RSA/Lungodegenza	2	1				
URP	11	5				
Sistemi Informativi	3	0				
Formazione	1	1				
Medicina Penitenziaria		1				
Tutela Salute Anziani	1	in CAD				
Malattie Infettive	7	in H				
Direzione Sanitaria	1	4				
Prevenzione Tumori	2	in H				
Servizio delle Professioni		1				
Polo Adozioni		1				
ATM		3				
NAD		1				
Direttore		1				
H Ospedali aziendali	27	31				
distacco sindacale		1				

Tabella n. 3 - Collocamento assistenti sociali per servizi/linee di attività. Confronto 2006/2011.



UN NUOVO QUADRO DI OPPORTUNITÀ PER IL SERVIZIO SOCIALE

Fausto Poleselli

1. LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.

In questi ultimi decenni, la pubblica amministrazione e, più nello specifico la sanità pubblica, sono andate incontro a una serie di cambiamenti, testimonianza dei mutati atteggiamenti sia dell'opinione pubblica, in generale, che del legislatore, più specificatamente.

Il dibattito si è andato via via focalizzando sulle problematiche dell'efficienza dei servizi, da un lato, e del superamento della condizione di monopolio del pubblico, dall'altro.

Ciò ha fatto sì che si cominciasse ad affrontare con maggiore convinzione il tema della modernizzazione delle strutture e dei servizi pubblici.

Come evidenziano Gosetti e La Rosa, i principali mutamenti intervenuti nel sistema dei servizi pubblici in Italia possono essere brevemente riassunti in:

- *“Il decentramento politico-amministrativo*, orientato a conferire maggiori poteri alle Regioni ed agli Enti Locali e favorire un contestuale rafforzamento del legame fra cittadini ed amministrazione;
- *la separazione fra politica ed amministrazione*, con l'assegnazione ai politici della definizione delle strategie, la valutazione dei risultati e la nomina dei direttori generali, e l'attribuzione ai dirigenti amministrativi di maggiori poteri e responsabilità sui risultati, correlando a responsabilità e risultati il livello del loro stipendio;
- *la riorganizzazione delle attività amministrative* a livello centrale e locale, indirizzata a rimuovere sovrapposizioni e duplicazioni, a flessibilizzare le attività, a rendere l'amministrazione più accessibile e trasparente, semplificando le procedure;
- *la privatizzazione* sia di alcune attività gestite tradizionalmente dall'amministrazione pubblica, creando in questo modo un mix di pubblico e privato, sia dei rapporti di lavoro;
- *il miglioramento delle capacità organizzative e gestionali* a diversi livelli del sistema amministrativo, con l'introduzione di innovazioni sul piano del sistema dei controlli, della contabilità, ecc.; l'abbandono progressivo del riferimento alle procedure rigide e vincolanti per orientarsi alla



responsabilizzazione e alla verifica costante della relazione fra risorse impiegate e obiettivi raggiunti; e, cosa che qui ci interessa direttamente, un aumento della possibilità di scelta fra differenti modelli organizzativi lasciata alle singole amministrazioni;

- *l'aumento del livello di efficienza ed efficacia*, anche attraverso la creazione di agenzie tecniche e operative in forma aziendale e la costituzione di relazioni fra amministrazioni (ad esempio le associazioni fra Comuni).¹

Con maggior sintesi, si possono indicare i principali mutamenti organizzativi in:

- *sussidiarietà*, intesa sia in senso verticale (passaggio del governo dal livello centrale-nazionale a quelli decentrati-locali) che orizzontale (attraverso la promozione di un mix pubblico-privato);
- *esternalizzazione*, intesa come processo di trasferimento all'esterno di parti delle funzioni storicamente assegnate alle strutture pubbliche;
- passaggio *dal government alla governance*, ovvero dal tradizionale prevalere del potere formale che sovrintende, con autorità, all'organizzazione della convivenza sociale, al coinvolgimento e responsabilizzazione delle comunità locali nell'individuazione e perseguimento degli obiettivi pubblici;
- *pianificazione strategica* come strumento atto a perseguire il fine di governo del territorio.

E' in questo clima che la Direttiva di coordinamento dei Comitati di Settore per la tornata contrattuale 1998-2001 ha individuato, tra gli obiettivi prioritari dell'intero ciclo contrattuale:

- "la valorizzazione delle risorse umane, attraverso nuovi sistemi d'inquadramento (...);
- la ricomposizione delle attuali qualifiche (...);
- il riconoscimento adeguato (...) alle figure professionali più elevate e con maggiori responsabilità e a quelle richieste dai processi di innovazione".

2. LA SANITÀ PUBBLICA.

Lunga è ormai la storia del servizio sanitario in Italia.

Il suo punto d'inizio può essere fatto risalire all'anno 1978, anno nel quale, con l'emanazione della legge n. 833, viene creato per la prima volta un sistema nazionale di sanità pubblica.

1 G. Gosetti, M. La Rosa (2006), pp. 156,157.



Tale sistema trova fondamento sui due principi della universalità e della omogeneità assistenziale sull'intero territorio nazionale.

E' in quest'occasione che vengono create le Unità Sanitarie Locali (USL) e che la partecipazione democratica delle rappresentanze politiche locali (comunali) viene investita della responsabilità nella definizione delle politiche sanitarie. Contemporaneamente le competenze normative e d'indirizzo trovano collocazione a livello delle Regioni.

Tale sistema, però, va incontro, nel tempo, ad una serie di difficoltà e sottoposto a critiche e revisioni.

Sarà quindi negli anni 1992 e 1993 che, con l'emanazione dei Decreti Legislativi 502 e 517, prenderà corpo la revisione normativa nazionale, annunciata come processo di regionalizzazione, aziendalizzazione e responsabilizzazione.

Come dicono ancora Gosetti e La Rosa, i tratti salienti del sistema riformato sono:

- *aziendalizzazione*, ovvero autonomizzazione amministrativa, gestionale, contabile e patrimoniale, delle ex USL e loro accorpamento in organizzazioni di più grandi dimensioni;
- maggiore *autonomia e responsabilizzazione* degli obiettivi da raggiungere, anche attraverso un distacco dai Comuni ed una nuova dipendenza dal controllo regionale;
- surdimensionamento ed attribuzione di *nuove funzioni ai Distretti*;
- promulgazione di un sistema di *concorrenza amministrata*, che si incentra sul principio dell'accreditamento;
- avvio della individuazione dei *livelli uniformi di assistenza (LEA)*, atti a garantire una omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Terzo momento del processo evolutivo è collocabile nell'anno 1999, con l'emanazione del Decreto Legislativo 229.

Questo, letto anche in connessione con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, attua un'ulteriore precisazione delle responsabilità regionali e rafforza il processo di aziendalizzazione delle ASL.

I punti salienti di tale operazione possono essere riassunti in:

- focalizzazione dell'attenzione sulla responsabilizzazione ai risultati, anche attraverso una significativa autonomizzazione organizzativa delle ASL;
- flessibilizzazione del sistema con riferimento alle peculiarità locali, anche attraverso una rinnovata centralità dei Distretti;
- potenziamento delle capacità organizzative e di programmazione strate-



gica, anche attraverso l'affermazione del Dipartimento, come modello di gestione operativa, e l'attribuzione di maggior peso alla programmazione, con lo Stato legato alla regolazione generale e le Regioni al governo diretto, con particolare riferimento alla integrazione socio-sanitaria;

- infine, necessità d'identificazione dei livelli essenziali di assistenza appropriati contemporaneamente sia ai bisogni che alle compatibilità finanziarie.

Per completezza del quadro di riferimento, vanno poi citati due ultimi passaggi:

- la modifica dei meccanismi di finanziamento del sistema sanitario nazionale, ora legati ai principi del federalismo fiscale;
- l'affermazione del principio della potestà legislativa concorrente delle Regioni in tema di sanità pubblica, conseguenza della riforma del titolo V della Costituzione.²

Come si può notare, non tutti i principi enunciati rappresentano una novità assoluta e, come nel caso dei LEA, si cerca di metter mano in modo più tecnico e forse meno ideologico, al vecchio principio della uniformità dei trattamenti sull'intero territorio nazionale, fondamento della L. 833 del lontano 1978.

Oggi, a distanza di quasi un decennio dai cambiamenti richiamati, è possibile compiere una valutazione, che non può sottacere la constatazione di un cambiamento avvenuto a macchia di leopardo e con sfumature in chiaro-scuro, riscontrandosi esperienze di assoluto avanzamento ed eccellenza accanto ad esperienze di scarsa modificazione dello stato pregresso.

3. EVOLUZIONI CONTRATTUALI NELLA SANITÀ PUBBLICA.

I cambiamenti contrattuali nella sanità pubblica avevano già interessato i livelli della dirigenza ma è probabilmente corretto segnare il punto di svolta (della implementazione contrattuale dei principi di riforma della sanità pubblica) nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) di comparto del triennio 1998-2001.

1. Progressione di carriera.

In questo contratto sono rilevabili almeno due aspetti di particolare interesse:

² Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3, *Modifica del titolo V della seconda parte della Costituzione.*



- da un lato, il riconoscimento di una progressione di carriera legata all'esperienza;
- dall'altro, dato forse più rilevante, la possibilità di accesso, per varie professionalità tra le quali l'assistente sociale, ad un nuovo ruolo di responsabilità, definito di Posizione Organizzativa.

La modifica del sistema di classificazione del personale ha previsto, più nello specifico, l'introduzione di due categorie d'inquadramento, D e D super. Ognuno dei due livelli, articolato per fasce economiche la cui progressione avviene secondo un meccanismo automatico legato all'anzianità di servizio.

La seconda di queste non è raggiungibile per progressione automatica ma legata al superamento di valutazione selettiva.

Si proveniva da una situazione nella quale la collocazione degli assistenti sociali (così come altre categorie di pari livello) era prevista su due livelli (VI e VII), e il passaggio tra l'uno e l'altro era, anche qui, effettuato per concorso, mentre al fattore esperienziale (anzianità di servizio) non veniva riconosciuto alcun peso.³

Si è passati alla situazione attuale nella quale, invece, i livelli di progressione di carriera, pur essendo sempre due (D e Ds), vedono, però, un'articolazione interna in sei fasce ognuna, legate, queste, all'acquisizione di esperienza (anzianità di servizio).

2. Funzioni di coordinamento.

La suddetta normativa contrattuale ha, inoltre, previsto la possibilità di un riconoscimento, sia sul piano normativo sia economico, delle *funzioni di coordinamento*.

L'articolo 10 del contratto collettivo nazionale del biennio 1998/2001 recita che "... per favorire le modifiche dell'organizzazione del lavoro nonché valorizzare l'autonomia e le responsabilità delle professioni ... è prevista una specifica indennità ... per la funzione di coordinamento delle attività dei servizi di assegnazione nonché del personale appartenente allo stesso o ad altro profilo anche di pari categoria ... con assunzione di responsabilità del proprio operato. L'indennità di coordinamento si compone di una parte fissa ... ed una variabile ... valutabile dalle aziende in connessione con la complessità dei compiti di coordinamento ... La variabile è revocabile con il venir meno della funzione o, in

³ In realtà la situazione era più complessa poiché le normative succedutesi hanno creato una stratificazione negli anni. Così, era possibile trovare persone che usufruivano di trattamenti economici legati all'anzianità, maturata nei decenni precedenti, come persone inquadrate al VII livello per il riconoscimento, in sanatoria, di funzioni di coordinamento già precedentemente svolte.



caso, di valutazione negativa.”

Tale riconoscimento contrattuale, pur rappresentando una tenue possibilità di progressione di carriera, testimonia comunque un significativo cambiamento nelle scelte di dinamizzazione delle professionalità nella sanità pubblica.

3. Posizioni organizzative.

Le difficoltà incontrate nell'ambito dell'attività di contrattazione hanno invece limitato l'ulteriore novità, quella che riguarda la disciplina dell'area delle posizioni organizzative.

Si è stabilito che gli enti, valorizzando le alte professionalità del personale di categoria D, conferiscano incarichi nell'area delle posizioni organizzative al fine di:

- valorizzare gli specialisti, portatori di competenze elevate ed innovative, acquisite anche nell'ente di appartenenza;
- riconoscere e motivare l'assunzione di particolari responsabilità nel campo della ricerca, dell'analisi e della valutazione propositiva di problematiche complesse, di rilevante interesse per il programma di governo dell'ente.

L'articolo 20 del contratto collettivo nazionale del comparto sanità pubblica 1998-2001 stabilisce, quindi, che le aziende, sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione ed in relazione alle esigenze di servizio, istituiscano posizioni organizzative, che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità.

Le posizioni organizzative, a titolo esemplificativo, possono riguardare funzioni come la direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità.

Sono caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o dallo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, come ad esempio processi assistenziali, attività in funzione di staff e/o di studio e ricerca, attività ispettive di vigilanza e controllo, funzione di coordinamento dell'attività didattica.

Quella delle posizioni organizzative è stata definita, però, da più parti una riforma a metà, in quanto, pur proponendosi con una logica d'istituzione del settore dei quadri intermedi, lascia incompiuto e, per alcuni versi, contraddittorio il percorso.

Così, nella considerazione delle disposizioni comuni a tutti i comparti, emerge che l'incarico, oggetto di posizione organizzativa, è possibile:

- a) esclusivamente per situazioni tipizzate, descritte direttamente dal contratto;



b) con incarichi a termine.

E' inoltre:

c) caratterizzato da specifica retribuzione variabile;

d) sottoposto alla logica del risultato;

e) soggetto a valutazione;

f) revocabile.

Ed è proprio l'aspetto della temporaneità dell'incarico che ne costituisce l'anomala limitazione.

La temporaneità dell'incarico e la non corrispondenza ad una posizione consolidata all'interno del sistema organizzativo-funzionale dell'amministrazione, negano la stabilità dell'inquadramento che è invece presupposto per la categoria di quadro, in quanto la categoria dei quadri è costituita dai prestatori di lavoro subordinato che, pur non appartenendo alla categoria dei dirigenti, svolgono funzioni con carattere continuativo di rilevante importanza.

Si possono condividere le parole sconsolte dello Iacoponi, quando dice:

“Se però è vero che le posizioni organizzative, specialmente negli enti privi di dirigenza, svolgono funzioni in tutto e per tutto dirigenziali, con gli stessi poteri, la stessa legittimazione, le stesse responsabilità (seppur non con lo stesso trattamento economico...), per questa categoria professionale possiamo utilizzare il termine di para-dirigenti: professionisti altamente qualificati, che stanno tra il personale impiegatizio e la dirigenza, in un limbo sicuramente stimolante e talvolta gratificante, ma senza alcuna certezza per il futuro.”⁴

Come vedremo meglio in altra parte del presente lavoro, sembra proprio questa (l'attribuzione di incarichi di posizione organizzativa) essere, al momento, la forma di “nobilitazione professionale” più comunemente utilizzata dalle amministrazioni (almeno nella regione Lazio).

Ciò, viste le premesse critiche appena esposte, testimonia una politica di modernizzazione delle strutture pubbliche timida e limitata, un po' un modo per cambiare senza cambiare ... più di tanto.

4. Dirigenza.

Ulteriore aspetto da evidenziare è quello relativo alle vicende della dirigenza.

Innanzitutto l'approvazione della legge 251 del 2000⁵ determina, per la pri-

4 Flavio Iacoponi. *“Le posizioni organizzative: vice dirigenti, quadri o...”*, manoscritto non pubblicato

5 Legge 3 febbraio 2006, n. 27 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250, recante misure urgenti in materia di università, beni culturali ed in favore di soggetti affetti da gravi patologie, nonché in tema di rinegoziazione di mutui”.



ma volta nel panorama normativo nazionale, la possibilità che le Regioni promuovano azione normativa tesa a “la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche”.

Proseguendo, afferma che “Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

a) l’attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;

b) la revisione dell’organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.”

Infine, sempre nella stessa disposizione di legge si afferma:

“Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell’articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall’articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all’articolo 5, comma 1, della presente legge, per l’accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l’accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all’articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell’ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.”

Tale grossa novità normativa nasce anche, non dimentichiamolo, dal fatto che, con le riforme universitarie succedutesi dagli anni ’90, molte professionalità hanno visto riconosciuta la loro collocazione formativa a livello universitario, in percorsi sequenziali di 3 e 5 annualità.

Come si può notare, però, mentre trovano diretta nomina nel provvedimento una serie di figure professionali sanitarie (infermieri, ostetriche, riabilitatori, tecnico-diagnostici) e tecnico-sanitarie (tecnici della prevenzione) non viene direttamente citato l’assistente sociale.

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro integrativo, dell’area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale stipulato nel 2000, si è adeguato in toto a quanto disposto dalla legge n. 251/2000 prevedendo, nel Titolo IV - Capo III (intitolato alla nuova dirigenza delle professioni sanitarie - solo infermieristiche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), all’art. 41, l’istituzione della qualifica unica e, all’art. 42, la disciplina degli incarichi provvisori con



riguardo in particolare ai requisiti di conferimento.

Ci sarà bisogno di pressioni e sollecitazioni per giungere all'eliminazione di questo palese trattamento discriminatorio.⁶

In un secondo momento, l'art. 2-sexies della legge 26 maggio 2004, n. 138 ha modificato l'art. 7 comma 2 della legge n. 251/2000, inserendo dopo le parole "legge 26 febbraio 1999, n. 42", quelle: "e per le professioni di assistente sociale".

Tale disposizione di legge apre la disciplina contrattuale degli incarichi dirigenziali anche per gli assistenti sociali.

Il CCNL, dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del SSN - parte normativa (quadriennio 2002-2005) - stipulato nel 2005, conferma la disciplina contrattuale degli incarichi dirigenziali anche agli assistenti sociali.

Conseguentemente l'art. 1-octies, della legge 3 febbraio 2006, n. 27 interviene a modificare l'art. 7 comma 1 della legge n. 251/2000.

L'articolo 1-octies, con riferimento alla legge 251 del 2000, dopo le parole: «possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica» inserisce: «e il servizio sociale professionale», e, dopo le parole: «con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge», inserisce ancora: «nonché con un appartenente al servizio sociale professionale».

Viene, pertanto, così definitivamente disciplinata la possibilità di istituire il servizio sociale professionale con eventuale attribuzione dell'incarico di dirigenza al servizio sociale professionale.

Più recentemente, infine, il CCNL dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del SSN (parte normativa quadriennio 2006-2009 e parte economica biennio 2006-2007 - stipulato nel 2008), all'art. 9 conferma "in via provvisoria quanto stabilito nell'art. 24, comma 20, del CCNL 3 novembre 2005, l'incarico di cui all'articolo precedente può essere conferito dalle aziende anche al personale appartenente al profilo di assistente sociale, indicato nell'art. 7 della legge 251 del 2000, come integrato dall'art. 1-octies del D.L. 250/2005, convertito dalla legge 27 del 2006 per il coordinamento della specifica area professionale".

Si apre, pertanto, una nuova fase per il servizio sociale professionale nella sanità pubblica anche se, come meglio si vedrà in seguito, tale enunciazione normativa risulta a tutt'oggi, nel Lazio, novità molto più potenziale che effettivamente attuata.

6 Si veda ad esempio la lettera congiunta del Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali, Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali, C.G.I.L. - F.P., C.I.S.L. - F.P., U.I.L. - F.P.L. del 17 giugno 2008 al Sottosegretario di Stato al Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali On. Francesca Martini.



5. Quadro comparativo riassuntivo.

A titolo esemplificativo riporto, di seguito, due schemi, relativi a inquadramenti e progressione di carriera prima e dopo l'approvazione del nuovo quadro normativo.

Tavola 1 **Quadro normativo ex ante.**

Livelli inquadramento	VI	VII
Progressione carriera	NO	NO
Funzioni aggiuntive	NO	NO
Posizioni organizzative	NO	NO
Dirigenza	NO	NO

Tavola 2 **Quadro normativo ex post.**

Livelli inquadramento	D	DS
Progressione carriera	Su sei livelli	Su sei livelli
Funzioni aggiuntive	Coordinamento	Coordinamento
Posizioni organizzative	SI	SI
Dirigenza	SI	SI

Come si può facilmente constatare, anche a un approccio puramente visivo, la situazione attuale presenta molte e rilevanti novità.

Le possibilità di carriera, per un verso, e di strutturazione organizzativa, per l'altro, sono, a questo punto, rilevanti.

Non si vuole, però, dare l'impressione che si sia ormai definitivamente superata la fase pregressa, ma è certo che, a meno di un ripensamento complessivo delle politiche del settore pubblico da parte del legislatore, oggi ci sono strumenti idonei a garantire un significativo mutamento dello status quo per il servizio sociale.

Nella sanità pubblica, difatti, la possibilità di strutturazione organizzativa di un vero e proprio servizio sociale professionale ha sempre cozzato, oltre che con la scarsità degli strumenti normativi, anche con il forte potere delle professionalità sanitarie, in generale, e della professionalità medica, più nello specifico.



Del resto, pur essendo il sociale in sanità una funzione prevista e storicamente stabilizzata, è e resta pur sempre “ospite in casa altrui”.

Come afferma l’ISTAT, le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quelle per le quali, sostanzialmente, è prevista la presenza del servizio sociale in sanità, sono “caratterizzate dall’inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza.”⁷

E’ la nuova realtà normativa, però, che sta determinando dei tentativi di ripensare la strutturazione organizzativa e professionale del servizio sociale in sanità. E’ questa nuova situazione che sta dando impulso a una fase di riflessione e sperimentazione professionale di cui ci occuperemo nel proseguimento del presente lavoro.

7 ISTAT, *Prima indagine censuaria sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni*. Anno 2003.



BIBLIOGRAFIA

1. S. Casagrande, M. Marceca, *Integrazione sociosanitaria*, in CARE, VI, 2006, pp. 23-29.
2. Censis, *Essere protagonisti del futuro. Scenari di sviluppo per il ruolo degli assistenti sociali*, Roma, Fondazione CENSIS, 1999.
3. Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali, Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali, C.G.I.L. - F.P., C.I.S.L. - F.P., U.I.L. - F.P.L. *Lettera al Sottosegretario di Stato al Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali On. Francesca Martini*, del 17 giugno 2008.
4. C. Dotti, *Il welfare di fine triennio: buoni e voucher*, in Monitor, IV, 2005, n. 13, pp. 78-83.
5. K. Garifo, *Le posizioni organizzative negli enti locali: profili interpretativi ed ipotesi evolutive*, manoscritto non pubblicato, 2006.
6. G. Gosetti e M.La Rosa, *Sociologia dei Servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
7. L. Gui, *Organizzazione e servizio sociale*, Roma, Carocci, 2009.
8. F. Iacoponi, *Le posizioni organizzative: vice dirigenti, quadri o...*, manoscritto non pubblicato.
9. ISTAT, *Prima indagine censuaria sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni. Anno 2003*.
10. A. Pignatto e C.Regazzo, *Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari*, Roma, Carocci, 2002.
11. R. Romano, A. Mari, I. Mastropasqua, *L'assistente sociale dirigente*, Roma, Carocci, 2006.
12. L. Soda, *Le posizioni organizzative: un caso di middle management nel lavoro pubblico*, in Rivista del contenzioso pubblico, Formez, 2001, pp. 1-31.
13. M. Villani, *Considerazioni sul federalismo nella nostra storia costituzionale*, Roma, Gangemi Editore, 2006.



DAI MODELLI ORGANIZZATIVI ALLE AZIENDE SANITARIE DEL LAZIO

Fausto Poleselli

1. PREMESSA.

Prima di vedere, più nello specifico, la problematica organizzativa dei servizi alla persona nel settore pubblico, è bene richiamare, sia pur per brevi linee, le principali riflessioni sulle organizzazioni effettuate in ambito sociologico.

L'inizio del dibattito al merito è di vecchia data e può essere fatto risalire agli albori della sociologia moderna.

Richiamerò di seguito alcuni modelli teorici non come esaustivi della problematica organizzativa, bensì come elementi basilari sui quali si sono successivamente stratificati filoni di ricerca e focalizzate particolari problematiche.

La lettura dei seguenti modelli, quindi, così come molto spesso avviene in ambito scientifico, non va intesa come esposizione di possibilità concorrenti, bensì come insieme di elementi cronologicamente susseguenti in un processo generale di complessificazione delle conoscenze.¹

1.1. Modello classico della “ direzione scientifica”.

Tale modello, che può essere correttamente fatto risalire a Taylor, è il modello razionalista per antonomasia.

L'obiettivo che si pone è quello della massima efficienza produttiva.

Con esso il lavoro è osservato, sezionato in parti elementari e poi ricomposto nell'ambito del complessivo processo produttivo.

Il lavoratore non è altro che uno strumento al servizio della macchina e della produzione.

Le funzioni direttive ed esecutive si basano su una rigorosa gerarchia. L'unico meccanismo d'incentivazione considerato è quello economico.

Ben presto tale modello sarà sottoposto a critiche e revisioni derivanti, essenzialmente, dalla sua eccessiva semplificazione delle dimensioni umana ed ecologica.

¹ Nella seguente esposizione si prenderà inizialmente a riferimento il quadro riassuntivo elaborato nell'ambito della voce 'Organizzazione' del 'Nuovo dizionario di sociologia', F. De Marchi, A. Ellena, B. Cattarinussi, (1987).



1.2. Modello “burocratico”.

Le origini di tale modello sono rintracciabili anche in Mosca e Michels, ma l'autore che maggiormente contribuirà al suo approfondimento sarà Max Weber.

Con Weber possiamo giungere alla definizione della burocrazia come “tipo ideale di esercizio del potere”.

Le sue caratteristiche principali sono la pronta obbedienza, automatica e schematica, e la specializzazione del sapere.

Nella sua forma monocratica, ovvero fondata su una strutturazione gerarchica ed un unico vertice di potere, è, sempre secondo Weber, il modello di massima razionalità del potere legittimato dalla legalità.

Esso si identificherebbe nella forma moderna del potere statale e, più nello specifico, delle organizzazioni pubbliche.

Ciò non impedisce, peraltro, agli autori, che l'hanno studiato, di farne oggetto di numerose critiche sul piano etico.

1.3. Modello delle “relazioni umane”.

Nasce come contrapposizione al modello tayloristico della direzione scientifica e vede in Mayo il suo padre fondatore.

È il modello che porta in evidenza il fattore umano come elemento vitale e non solo strumentale dell'organizzazione.

La dimensione psicologica diventa qui non solo elemento eticamente rilevante, ma, anche, fattore determinante dell'organizzazione nella sua dimensione produttiva. Gli aspetti non-razionali garantiscono, in questo modello, equilibrio ai singoli e all'insieme organizzativo.

1.4. Modello strutturale-funzionalista o “sintetico sistematico”.

Si basa sulla focalizzazione degli elementi strutturali e finalizzati dell'organizzazione, in grado, cioè, di garantirne sopravvivenza ed efficacia. Talcot Parsons ne è il fondatore e principale esponente.

La dimensione auto regolativa viene, qui, a trascendere quella individuale.

“L'organizzazione risulta insieme oggettivato di soggetti che attingono dall'*environment (input)* e che si regolano prevedibilmente in modo da essere tutti insieme e reciprocamente strumenti di una comune finalità-risultato (*output*).”²

L'aspetto della reificazione della struttura, porterà, successivamente, alla focalizzazione di una serie di problematica nel rapporto tra organizzazione ed individualità.

2 F. De Marchi, A. Ellena, B. Cattarinussi, (1987), p. 1420.



1.5. Modello delle “relazioni industriali”.

Studia sostanzialmente il conflitto industriale e trae ampia ispirazione dall’ambito di studi economici.

L’organizzazione è vista come un sistema pluralistico, all’interno del quale le norme sono il risultato dell’interazione tra attori, tecnologia, mercato e ideologia condivisa.

Il conflitto, elemento imprescindibile, trova risoluzione nella mediazione degli elementi suddetti e formalizzazione nelle norme.

1.6 Modello dei sistemi “socio-tecnici”.

Gli autori principali di questo filone di studi sono Trist e Brumforth.

Le organizzazioni sono concepite come sistemi aperti, composti di elementi tecnologici e sociali.

E’ l’ottimizzazione del rapporto tra questi due elementi che costituisce il carattere guida della progettazione organizzativa.

1.7. Modello Monografico o “a prisma delle variabili”.

In questa categoria non sono ricompresi modelli veri e propri, ma, più precisamente, fenomeni organizzativi parziali che però mettono in nuova luce l’intero apparato di conoscenze sulle organizzazioni.

a) *L’analisi interorganizzativa* che:

- i. evidenzia la dipendenza organizzativa dalle risorse ambientali, le quali risorse sono controllate da una pluralità di organizzazioni (Pfeffer e Salancick, Thompson);
- ii. mette in luce la finalità organizzativa come strumentalmente connessa all’acquisizione di denaro ed autorità;
- iii. evidenzia la concezione della rete interorganizzativa quale arena politica di mediazione (Benson);
- iv. focalizza l’aspetto ecologico, ovverosia la costante collocazione della forma organizzativa all’interno di uno specifico contesto ambientale (Aldrich, Hannan e Freeman).

b) *L’approccio culturale* che:

- i. considera la cultura come variabile indipendente nella spiegazione delle organizzazioni (Hofstede);
- ii. considera le organizzazioni come portatrici e produttrici di cultura (Reed);
- iii. pone attenzione su conoscenza e memoria, secondo una direttrice di



tipo psico-sociale nell'ambito dell'apprendimento organizzativo (Argyris e Schon, Schein).

- c) *L'apprendimento organizzativo* che:
 - i. focalizza l'attenzione sul processo con cui le organizzazioni sviluppano le proprie teorie mentre agiscono, le modificano nel tempo e ne producono delle nuove;
 - ii. evidenzia il nodo problematico della produzione delle conoscenze attraverso l'azione e quello delle difficoltà di consapevolizzazione dei soggetti interessati.
- d) *L'interazionismo interpretazionale* che:
 - i. descrive pratiche e significati delle strutture organizzative per mezzo delle interazione tra i partecipanti (Denzin);
 - ii. evidenzia relazioni di potere, conoscenza e controllo, collegandoli nella quotidianità organizzativa.

Tutti questi studi danno una elementare ma significativa testimonianza di come la conoscenza delle organizzazioni si sia andata arricchendo della considerazione di elementi aggiuntivi. La tendenza, complessiva, può essere definita dall'escursus che va dalla definizione di una tipizzazione strutturale alla considerazione della rilevanza degli elementi individuali, sociali e soggettivi. Le organizzazioni, in questa nuova dimensione sono, in ultima analisi, considerati fenomeni sociali e, per ciò stesso, interessati da costanti processi evolutivi.

2. DALL'ORGANIZZAZIONE AI SERVIZI.

Cercherò, a questo punto, di compiere un'operazione di focalizzazione, andando ad esaminare la specificità dei servizi in ambito pubblico.

2.1. Specificità nell'organizzazione dei servizi pubblici.

Partendo dagli studi e dalle definizioni in ambito funzionalista, neo-funzionalista, economico e socio-politico, si possono definire funzioni e ruoli generali dei servizi pubblici in:

- i. mantenimento di una condizione di equilibrio nel sistema sociale;
- ii. regolazione del sistema sociale per mezzo di decisioni socialmente vincolanti;
- iii. regolazione dei rapporti tra la società ed il suo ambiente;
- iv. garanzia di funzionamento dell'intero sottosistema politico-amministrativo;
- v. produzione di beni e soddisfacimento di servizi non assicurati dal mercato, o assicurati anche dal mercato sulla base di parametri economico-commerciali o di accreditamento;



vi. sviluppo di specifici obiettivi.³

Forse, la principale peculiarità del settore pubblico rispetto al settore mercantile, risiede nella necessità del primo di corrispondere ad entrambe i criteri di efficienza ed efficacia, mentre il secondo sarebbe chiamato a rispondere al solo criterio di efficienza, specificando che l'efficienza è il migliore utilizzo delle risorse per il raggiungimento dello scopo mentre l'efficacia è lo stato di congruità dei fini raggiunti, sulla base dei bisogni espressi dalla collettività.

Per finire, il settore pubblico è caratterizzato da una duplice funzione direzionale: quella legata all'agire politico del legislatore/normatore e quella, in qualche modo subordinata, legata all'agire manageriale/tecnico/amministrativo.

Anche nel pubblico è possibile giungere alla definizione di una modellistica organizzativa, che però risulta non direttamente sovrapponibile a quella precedentemente esposta.

2.2. Il modello burocratico.

Mi sembra opportuno, in questa sede, riprendere il modello burocratico, già visto, per darne una duplice declinazione che meglio caratterizza l'evoluzione burocratica nel settore pubblico.

Un primo modello è quello della *burocrazia meccanica*, sostanzialmente sovrapponibile al modello già richiamato. In essa, ricordiamo con specificazioni, sono presenti:

- i. accentuata divisione del lavoro;
- ii. attività operativa routinaria, semplice, ripetitiva e scarsamente discrezionale;
- iii. direzione rigidamente differenziata tra linea e staff;
- iv. direzione di linea con effettiva investitura di governo;
- v. direzione di staff (tecnici) con sostanziale funzione consultiva;
- vi. forte permeazione delle regole ad ogni livello organizzativo con accentuazione del controllo;
- vii. forte potere dei manager di vertice, subordinati, però, al governo della politica.

Il secondo modello, invece, quello della *burocrazia professionale*, si caratterizza:

- i. mancata esplicitazione del ruolo di coordinamento operativo, sostituito da autoregolazione operativa dei professionisti;
- ii. presenza di una distinta categorizzazione del lavoro tra professionisti e staff di supporto;

³ Si rimanda a G. Gosetti, M. La Rosa (2006), cap. 2.



- iii. struttura di potere caratterizzata da una doppia dinamica: bottom-up per i professionisti, top-down per lo staff di supporto;
- iv. garanzia di coordinamento per mezzo di meccanismi di standardizzazione delle capacità e conoscenze dei professionisti (formazione universitaria, tirocinio pratico, esami di stato, formazione continua, standardizzazione delle procedure);
- v. autorità coniugata con sapere e competenza;
- vi. funzioni manageriali prevalentemente impegnate nelle funzioni di mediazione interna e di interfaccia esterna;
- vii. derivazione diretta della legittimazione di autorità manageriale dal gruppo dei professionisti.

Le situazioni problematiche che principalmente si presentano nel modello burocratico sono legate all'efficacia del coordinamento in situazioni di crisi ed alla gestione della discrezionalità individuale ed autoregolazione operativa dei professionisti.

2.3. Il modello funzionale.

Tale modello è ampiamente diffuso nel settore pubblico, forse perché più idoneo nelle situazioni stabili e scarsamente dinamiche.

E' caratterizzato da:

- i. aggregazione di compiti, attività, competenze in forma omogenea, secondo specifiche funzioni operative (unità organizzative per macro e micro funzioni);
- ii. accorpamento delle funzioni per via gerarchica con sistema decisionale centralizzato;
- iii. accorpamento professionale sulla base di tecniche ed orientamenti culturali e cognitivi.

La sua principale debolezza è legata all'autoreferenzialità funzionale, ovvero alla tendenza delle funzioni (e delle parti dell'organizzazione) a percepirsi come elementi a se stanti, quindi non integrati con l'organizzazione complessiva.

In essa la forte specializzazione dei ruoli tende a stimolare da un lato crescita ed accumulazione di competenze, dall'altro, però, a determinare rigidità, scarsa capacità di adattamento e lentezza nei processi decisionali.

2.4. Il modello divisionale.

L'approccio divisionale non è tanto caratterizzato dalla strutturazione di un'organizzazione integrata quanto, piuttosto, dalla riunificazione di un complesso di



unità quasi autonome, sotto una struttura direzionale centralizzata.

Questo modello è caratterizzato da:

- i. scomposizione e ricomposizione delle attività sulla base del risultato desiderato;
- ii. specializzazione organizzativa finalizzata al raggiungimento dell'obiettivo posto;
- iii. distribuzione delle funzioni per ciascuna divisione;
- iv. decentramento del processo decisionale.

Il suo punto di forza sembrerebbe essere la maggiore rapidità e flessibilità di risposta alla domanda, favorendo un processo interno di maggiore responsabilizzazione.

Suo punto debole sembra essere quello di un'elevata riproducibilità divisionale sulla base della domanda, con conseguente ridondanza di ruoli e competenze interne all'organizzazione complessiva.

2.5. Il modello a matrice.

Il modello a matrice è una sostanziale combinazione dei due modelli precedenti (funzionale e divisionale) ed è caratterizzato da:

- i. associazione della suddivisione funzionale-gerarchica con la specializzazione per obiettivi (una dimensione verticale gerarchica si coniuga quindi con una dimensione orizzontale per programmi e progetti finalizzati al risultato);
- ii. necessità di una cultura organizzativa di base improntata a collaborazione e cooperazione.

Normalmente il suo punto di forza sembra essere costituito dalla flessibilità e dalla capacità di adattamento alle modificazioni ambientali.

Suoi punti di debolezza sembrano essere: la difficoltà di costituzione dei team di lavoro, se i membri sono provenienti da unità funzionali differenti; la difficoltà di dirimere eventuali conflitti in merito a responsabilizzazione e controllo.

Esiste, infine, un problema di doppia dipendenza gerarchica dei componenti i team. Spesso si possono verificare difficoltà di funzionamento e dispersione dei progetti, conseguenti a estenuanti discussioni e negoziazioni.

2.6. Il modello per processo.

E', forse, il modello in assoluto più flessibile.

Si caratterizza per:

- i. valorizzazione dell'obiettivo di generare un beneficio ai destinatari di beni e prestazioni;



- ii. suddivisione e specializzazione in base al principio del risultato;
- iii. integrazione e coordinamento sulla base degli obiettivi prefissati;
- iv. costruzione dei processi organizzativi sulla doppia base della richiesta dell'utenza e della costruzione dei percorsi di risposta istituzionale;
- v. considerazione delle competenze specialistiche congiuntamente a quelle, trasversali, di gestione dei processi.

Elemento di forza del presente modello sembra essere la trasversalità, che garantisce integrazione funzionale dei percorsi operativi.

Elemento di debolezza sembra essere la sua difficile applicabilità ad organizzazioni di grandi dimensioni.

2.7. Il modello a rete.

Il modello a rete è caratterizzata da:

- i. stabilità di relazione tra differenti unità produttive indipendenti e che rappresentano i 'nodi' specializzati della rete;
- ii. suddivisione dei compiti tra i componenti della rete sulla base della specializzazione dei ruoli, tale suddivisione è funzionale al raggiungimento dell'obiettivo complessivo;
- iii. relazione collaborativa tra i nodi delle rete garantita attraverso molteplici meccanismi di integrazione e coordinamento;
- iv. permeabilità verso l'esterno;
- v. resa disponibilità di capacità e competenze da parte dei 'nodi';
- vi. caratterizzazione relazionale in senso simmetrica, policentrica e di coordinamento orizzontale;
- vii. compatibilità della differenziazione culturale tra i 'nodi'.

Punti di forza sembrerebbero identificabili nella flessibilità e condivisione delle informazioni.

Punti di debolezza sembrerebbero una difficoltà a mantenere identità organizzativa e rischio di scissione della rete.

2.8. Il modello ad hoc.

Tale modello nasce dalla specifica necessità di dar vita ad organizzazioni ad hoc, con caratterizzazione di scopi ed a termine.

Questo modello organizzativo prevede la realizzazione di progetti per gruppi interprofessionali, altamente qualificati, finalizzati alla realizzazione di innovazioni complesse.

In esso:

- i. i processi decisionali ed informativi sono molto flessibili ed informali;



- ii. le capacità di auto modificazione organizzative sono fortemente accentuate;
- iii. le linee di autorità sono, congruentemente, continuativamente aggiornabili;
- iv. non è prevista una standardizzazione operativa, in quanto per natura il gruppo è teso all'innovazione;
- v. c'è necessita di un modello relazionale tra professionisti di tipo cooperativo;
- vi. c'è assenza di supervisione e direzione, nella tradizionale accezione interindividuale e sovraordinata;
- vii. il potere è fondato sulla competenza;
- viii. le competenze manageriali sono prevalentemente impegnate nelle funzioni di mediazione interna e di interfaccia esterna;
- ix. c'è una forte accentuazione sulla mission di risoluzione innovativa delle problematiche poste dai clienti.

Conclusa l'elencazione dei modelli riscontrabili nel pubblico, viene spontaneo proporre un'osservazione che, sia pur apparentemente scontata, è bene non dimenticare.

I modelli sono tipi ideali, quindi stilizzazioni della realtà. Questa, la realtà, ci presenta sempre delle situazioni ibride, che integrano e sovrappongono elementi di differenti modelli.

E' anche solo intuitivo pensare, dopo quanto sin qui detto, che non esista un modello organizzativo migliore in assoluto, ma che l'opportunità di una implementazione organizzativa invece che di un'altra nasca dall'insieme delle condizioni oggettive, soggettive, relazionali e di finalità.

E' proprio su queste direttrici che si dipaneranno gli sviluppi più recenti della pubblicistica.

3. CAMBIAMENTO: I SERVIZI IN DIVENIRE.

Dopo aver visto alcune caratteristiche peculiari delle organizzazioni pubbliche e la loro modellistica, cercherò di prendere in considerazione le organizzazioni come entità dinamiche e in continuo cambiamento.

In questo senso, l'aspetto evolutivo sarà considerato come il crogiuolo di dinamiche individuali, gruppali, organizzative e socio-ambientali.

La considerazione di questi aspetti rende possibile una descrizione del fenomeno del cambiamento come il risultato della contemporanea azione delle differenti sfe-



re, le quali, però, non devono essere concepite come elementi discreti, bensì come reciprocamente compenetranti e, quindi, potenzialmente modificabili l'un l'altro.

Vale la pena rilevare che questi elementi potranno avere un peso ed un significato differente a seconda delle loro collocazione situazionale, nel senso che, ad esempio, le caratteristiche personali potranno avere più peso nel caso siano attribuite a persone che rivestono un'alta collocazione nel livello organizzativo, mentre minore rilevanza avranno nel caso contrario.

3.1. Gli elementi individuali.

- i. La *personalità*. Questa variabile può essere considerata come l'insieme dei caratteri individuali strutturatisi nel corso delle storia individuale. In essa è contenuto il portato di elementi biologici, fisiologici, psicologici e relazionali secondo una combinazione unica e personale.
- ii. I *valori*, che rappresentano il significato etico che il soggetto attribuisce ad un determinato oggetto o situazione sociale. Una sua connotazione positiva è accompagnata da desiderabilità e, per converso, una sua caratterizzazione negativa è accompagnata da indesiderabilità, evitamento od ostacolo. Tra le sue dimensioni quelle più rilevanti nella nostra società sembrerebbero essere quelle: religiosa, economica, ideologica. Trovano, comunque, pur sempre presenza dimensioni come quelle teoriche, estetiche e sociali.
- iii. Gli *atteggiamenti*. Sono le modalità con le quali il soggetto si pone nei confronti dell'oggetto, determinandone la predisposizione positiva o negativa. In campo organizzativo gli atteggiamenti sembrerebbero strutturarsi prevalentemente su tre direttrici: quella cognitiva, quella affettiva e quella legata all'azione pratica.
- iv. I *bisogni* sono molto variabili, ma generalmente caratterizzabili da una preferenza gerarchica per il singolo individuo. Possono essere, a titolo esemplificativo, di consumo (corrispondenti alla sfera fisiologica invece che consumistica), di sicurezza (corrispondenti alla sfera fisiologica invece che psicologica), di socialità, di potere (come elemento finale invece che strumentale al soddisfacimento di altre finalità), di stima e di realizzazione. Particolare rilevanza riveste, considerato l'ambito del ragionamento in corso, la motivazione al lavoro, ossia la motivazione che gli individui mettono nell'ambito della propria attività lavorativa, sia questa finalistica o, più probabilmente, strumentale.
- v. Le *abilità*. Tale aspetto è riassumibile nella capacità di riconoscere un problema, di analizzarlo, di identificare possibili soluzioni alternative,



di scegliere tra le alternative e di saper condurre a concretizzazione la scelta effettuata. Le abilità di base sono molteplici e variabili, ma la loro apprezzabilità è legata alla capacità di corrispondere positivamente alla condizione problematica considerata.

3.2. Gli elementi gruppalì.

Tutta la realtà sociale è caratterizzata dalla presenza di gruppi, più o meno formalizzati ed organizzati.

Nel caso delle organizzazioni almeno tre sono i gruppi che sembrano avere una particolare rilevanza.

I primi due, a cui farò riferimento, potrebbero essere definiti gruppi “naturalì” (o strutturali), mentre il terzo potrebbe essere considerato ‘politico’ (o di mediazione sociale).

La prima tipologia di gruppo è quella dei *dirigenti*, a sua volta differenziabile per livello di stratificazione.

La seconda tipologia è quella dei *professionisti*.

La terza tipologia è quella della rappresentanza politica, ovverosia delle *organizzazioni sindacali*.

C’è da dire che questa terza tipologia sembra essere in buona parte sovrapponibile alle altre, ed in effetti lo è. Ritengo, però, utile separarla dalle precedenti poiché è caratterizzata da una specifica rilevanza inversamente proporzionale al livello di potere ed affermazione sociale raggiunto dal gruppo considerato. Non è un caso, difatti, che in categorie professionali particolarmente affermate sia possibile riscontrare una sovrapposizione di più tipologie, come nel caso dei sindacati di categoria.

Ogni gruppo si caratterizza per:

- i. L’*obiettivo* per il quale è nato e opera. In effetti, in analogia a quanto osservabile per le organizzazioni, è possibile riscontrare una non coincidenza tra obiettivi formali e sostanziali, essendo i primi di tipo logico-razionale ed i secondi più frequentemente di tipo psicologico, relazionale ed emotivo.
- ii. Il *metodo*, inteso come modalità di organizzazione e gestione di potere e partecipazione. In questo senso, il metodo può essere di tipo prevalentemente democratico invece che oligarchico o autoritario.
- iii. I *ruoli* sono le funzioni che gli individui ricoprono all’interno del gruppo. Questi saranno più o meno strategicamente rilevanti a seconda della specifica situazione. I ruoli saranno definiti ed inquadrati nelle differenti modalità di distribuzione del potere. Essi possono avere connotazione



- formale o informale.
- iv. La *leadership* è la direzione del gruppo. Essa è il risultato di processi d'identificazione gruppale, secondo un meccanismo dinamico di emersione delle caratteristiche ideali, generalmente accentuate, presenti nel gruppo (o almeno della parte più rilevante del gruppo). Non è detto che la leadership corrisponda con il ruolo di comando, così come non è detto che all'interno di un gruppo non possano coesistere più leadership. Quest'ultimo caso tipicamente accompagna la divisione in sottogruppi.
 - v. La *comunicazione* è il passaggio di un messaggio da un emittitore a un destinatario. Essa è strategicamente rilevante, in quanto normalmente elemento di costruzione del potere. Difatti il suo livello di diffusione, all'interno del gruppo, può essere elemento discriminante per la distribuzione del potere.
 - vi. Il *clima* è l'insieme di elementi, opinioni, sentimenti, percezioni dei membri del gruppo. Il suo significato è sovrapponibile a quello di qualità dell'ambiente e di atmosfera del gruppo. Tra le sue specificazioni possono essere richiamate per significatività: la capacità di sostegno (nei tre vertici d'individuo, gruppo, leader), il calore (inteso come tonalità emotiva), il riconoscimento dei ruoli (nel senso di contemporanea funzionalità e assenza del conflitto), l'apertura (nella dimensione interna di accettazione della differenza ed esterna di implementazione degli stimoli), il feedback (nel senso della percezione di ritorno delle istanze dei singoli).
 - vii. La *rappresentatività* è intesa come capacità di essere interlocutore nelle relazioni istituzionali e di avere il potere di influenza positiva sui processi decisionali.

Più i gruppi saranno estesi più essi, presumibilmente, andranno incontro a delle divisioni interne in sottogruppi. Per ognuno dei sottogruppi sarà possibile riprodurre i ragionamenti di carattere generale suesposti.

3.3. Gli elementi organizzativi.

- i. La *struttura*, in altre parole il sistema di ruoli in cui si articola e prende corpo l'organizzazione. I suoi componenti elementari sono i compiti, gli organi e le posizioni. I primi sono attività elementari collegate e non scindibili. I secondi sono sottosistemi, quindi entità collettive, cui possono essere attribuiti un insieme omogeneo di compiti. Le terze, infine, sono ruoli o entità individuali cui sono attribuiti uno specifico insieme di compiti.



- ii. Le *dimensioni* si articolano in verticale e orizzontale. La dimensione verticale ha strutturazione di tipo gerarchico e/o funzionale. Gli organi e le posizioni di tipo verticale vengono detti *di linea*, mentre quelli di tipo orizzontale vengono detti *di staff*. Gli organi e le funzioni che costituiscono le dimensioni dell'organizzazione, possono essere permanenti, momentanei, continui o discontinui. In genere permanenza e continuità si accompagnano a organi e funzioni più riconosciuti.
- iii. La *formalizzazione*, che non è sempre presente nell'organizzazione, comporta un'esplicitazione di struttura (organigramma) e compiti (funzionigramma). Solitamente il suo utilizzo dà più garanzie di stabilità a strutture e funzioni.
- iv. La *cultura organizzativa*, ossia l'insieme degli elementi valoriali, normativi e simbolici che caratterizzano l'organizzazione. Questa contribuisce a spiegare in modo significativo la reciproca relazione tra le parti dell'organizzazione, così come i comportamenti dei singoli e della collettività.
- v. I *meccanismi operativi* sono sostanzialmente riconducibili alla comunicazione, decisione, coordinamento, controllo e, infine, alla valutazione. Tipici meccanismi operativi incentivanti sono la mobilità organizzativa individuale e il riconoscimento economico-retributivo.
- vi. Il *potere organizzativo* riguarda la capacità di indirizzare le scelte nell'ambito dell'organizzazione. Tale potere ha influenza sia sulle situazioni direttamente produttive ed organizzative, sia su quelle di carattere mediativo che sociale. Rilevanza ha, in quest'ambito, il caratteristico stile personale di gestione dell'autorità, secondo il classico schema tripartito in autoritario, partecipativo e strategico.
- vii. Le *tecnologie* intese come, da un lato, l'insieme delle conoscenze tecniche presenti nell'organizzazione e, dall'altro, l'insieme delle risorse tecnologiche di cui si dispone. Non è superfluo fare un richiamo a tale dimensione perché anche nelle organizzazioni pubbliche e di servizio si può osservare lo stesso fenomeno più immediatamente evidenziabile nelle strutture di carattere mercantile. Può esserne un esempio indicativo l'informatizzazione nella pubblica amministrazione.

3.4. *Gli elementi socio-ambientali.*

- i. La *cultura* può essere definita come l'insieme dei caratteri normativi, valoriali e simbolici prevalenti all'interno della società. Questa, ovviamente, permea di sé non solo le organizzazioni ma tutti gli ambiti dell'agire sociale, influenzando sulle organizzazioni, anche, per via indiretta, ad



- esempio per mezzo della politica. E' evidente che, seppur in periodo di globalizzazione, la cultura non è, né mai potrà essere, unica. Usando il vocabolo nell'accezione singolare, si fa pertanto riferimento alla cultura dominante o prevalente che dir si voglia.
- ii. La *politica* risulterebbe, alla luce di quanto appena detto, una sottocategoria della cultura. La politica, però, non è né direttamente né semplicemente riducibile alla cultura. E', invece, opportuno considerare che tra cultura e politica ci possa essere uno scambio di reciproco influenzamento, poiché nessuna delle due può essere letta in una prospettiva statica.
 - iii. L'*economia* influenza, anche solo intuitivamente, molto le organizzazioni. Tale influenza è tanto maggiore quanto più l'organizzazione ha una valenza direttamente economica e commerciale. Non bisogna però pensare che organizzazioni non direttamente economico-commerciali, come quelle pubbliche, non risentano delle vicende dell'economia in generale. Ne è un esempio corrente, il processo di ridefinizione delle politiche sociali, legato alla necessità di riduzione della spesa sociale, conseguenza della crisi fiscale dello stato accentuatasi in un periodo di crisi economica di sistema.

3.5 I processi di cambiamento.

Ora, le variabili che abbiamo sommariamente richiamato, sono elementi imprescindibili, secondo combinazioni proporzionalmente mai ripetibili, nel processo di cambiamento delle organizzazioni.

Sebbene le organizzazioni pubbliche siano normalmente considerate stabili (ed a volte immutabili) è bene, invece, concepire il cambiamento come una condizione permanente delle organizzazioni e dell'agire sociale.

Così il cambiamento si coniuga strettamente con il processo decisionale, in una dinamica di tipo circolare in cui la situazione problematica viene ad attivare la decisione del cambiamento e questo, a sua volta, l'attuazione del cambiamento. Il cambiamento attuato andrà incontro, però, presto o tardi che sia, ad una nuova perturbazione problematica, innescata da variabili individuali, gruppalì, istituzionali o socio-ambientali, che riavvia il processo dall'inizio.

3.5.1. Le decisioni.

Affrontando il problema del cambiamento risulta centrale, come già accennato, l'aspetto della decisionalità.

Per lungo tempo si è sostenuto che le decisioni fossero un fattore di tipo



razionale. Invece, nel corso degli approfondimenti, si è giunti a considerare la decisione in modo più complesso.

Le decisioni sono così state considerate, dapprima, come un processo per *tentativi ed errori*, determinato da una situazione in cui l'incertezza regna, a causa della molteplicità delle variabili intervenienti.

Poi si è giunti a considerarle secondo il modello della *coalizione*. Modello nel quale la molteplicità degli obiettivi organizzativi, essendo sovente molteplici e in eventuale contraddizione tra loro, tendono ad essere considerati per raggruppamenti di interesse e, conseguentemente, scelti sulla base delle aggregazioni di appartenenza. Le coalizioni possono essere qui intese, indifferentemente, sia nel senso di aggregati sociali, sia nel senso di aggregati tecnici o problematici.

Si è, infine, considerato il processo decisionale come caratterizzato dalla metafora del "*cestino dei rifiuti*", nel quale, non avendosi accordo né sugli obiettivi da raggiungere, né sui mezzi da utilizzare, la decisione risulta, in ultima analisi, di tipo casuale. In questa prospettiva le condizioni più prettamente soggettive (i caratteri, le preferenze, le conoscenze degli attori) finiscono per prevalere sugli aspetti di tipo razionale ed organizzativo.

Comunque si voglia considerare la situazione del processo decisionale, è ormai assodato considerare il momento della decisione come momento di razionalità limitata e di incerta risultanza.

3.5.2. L'isomorfismo.

E' pur vero, però, che qualsivoglia sia la logica utilizzata nella decisione del cambiamento, questa andrà incontro ad un diverso futuro. Tale futuro si caratterizzerà secondo il principio generale dell'*isomorfismo*.

Tale principio, di matrice sistemica, sostiene che l'isomorfismo istituzionale favorisce la riuscita e la sopravvivenza di quei cambiamenti con alti livelli di conformità agli ambienti istituzionali nei quali sono attuati.⁴

Allora, conseguenza di queste premesse è che tanto più il modello di una sezione organizzativa sarà simile alle altre esperienze, tanto più probabile sarà la sua possibilità di successo e perpetuazione nel tempo. Ciò non toglie che le maggiori innovazioni organizzative non possono che rappresentare un salto qualitativo più marcato, quindi un basso isomorfismo. Queste certamente avvengono, seppur in numero molto minore delle altre.

Non va neanche sottaciuto che il concetto d'isomorfismo ha connotazioni differenziali, giacché può presentarsi a differenti livelli organizzativi.

Così, nelle strutture pubbliche l'isomorfismo potrebbe esistere, ad esempio,

⁴ J. Meyer, B. Rowan (1977), pp. 417-445.



all'interno dell'organizzazione, ma, contemporaneamente non esistere tra l'organizzazione e le tendenze più generali nella politica dei servizi. Non è facile prefigurare, in una situazione di tale tipo, la tenuta del livello organizzativo, poiché solo contingentemente determinabile la rilevanza dell'uno, invece che dell'altro, livello di riferimento.

Tengo a sottolineare la rilevanza di questo aspetto, in particolar modo per le situazioni in cerca di più alti livelli di legittimazione, come nel caso del servizio sociale professionale in sanità.

3.5.3. La riduzione dell'incertezza.

In un'organizzazione, così come tra organizzazioni, la capacità di riduzione dell'incertezza è una competenza pesante nella possibilità di negoziazione del potere; negoziazione del potere, intesa nel senso di possibilità del cambiamento o, per converso, di mantenimento dello status quo organizzativo.

“Gli individui o i gruppi che controllano una fonte permanente d'incertezza, in un sistema di rapporti e di attività dove il comportamento di ciascuno è prevedibile, dispongono di un certo potere su coloro la cui situazione potrebbe essere pregiudicata da questa incertezza. La loro situazione strategica sarà inoltre tanto migliore e il potere che ne deriva tanto più grande, quanto meno numerose saranno le fonti di incertezza. Proprio in un sistema molto “burocratico”, in cui la gerarchia è chiara e la definizione dei compiti precisa, i poteri paralleli avranno importanza maggiore.”⁵

E' intuitivo che questo tipo di ragionamento, adattato sulla dimensione individuale, può avere la stessa rilevanza se rapportato ad una dimensione gruppale come quella dei gruppi professionali, sindacali, operativi, ...

Questa osservazione può essere esposta secondo un principio di carattere economicista che potrebbe suonare più o meno nel seguente modo: la possibilità di successo di una proposta organizzativa è tanto più elevata quanto più essa garantisce all'organizzazione un tornaconto in termini di valore d'uso.

4. DAI MODELLI ALLA POLISEMIA.

Mi sembra opportuno, a questo punto, tentare di tirare le prime somme del ragionamento sviluppato in questo capitolo, attraverso una lettura di secondo ordine degli studi sulle organizzazioni.

Con Strati sono portato a considerare che “sotto la stessa denominazione di organizzazione, non si è studiato un identico fenomeno sociale, ma che, al con-

5 M. Crozier (1978).



trario, si sono analizzati aspetti e dimensioni dell'organizzazione che sono differenti e non immediatamente confrontabili tra di loro ...".⁶

Riporto dello stesso autore, opportunamente modificata, una tabella comparativa dei principali approcci di studio all'organizzazione, declinati per ambito di studio e caratterizzazione delle organizzazioni:

Tavola 1 **Ambiti privilegiati della ricerca e caratteristiche distintive delle organizzazioni, nei principali approcci di studio.**

Approccio di studio	Ambito privilegiato	Carattere distintivo dell'organizzazione
Direzione scientifica	Mestiere operaio	Profitto
Burocratico	Organizzazione formale	Potere
Sintetico-sistemico	Funzioni e ruoli	Sistema
Relazioni umane	Gruppo di lavoro	Solidarietà sociale
Relazioni industriali	Conflitto industriale	Norma
Socio-tecnici	Flusso di attività	Tecnologia - sociale
Analisi interorganizzativa	Relazioni interorganizzative	Reticolo
Approccio culturale	Costruzione simbolica	Cultura
Apprendimento organizzativo	Creazione e gestione conoscenza	Sapere pratico
Interazionismo interpretazionale	Interazioni, potere e conoscenza	Ordine negoziale

Cercando di trarre, quindi, una momentanea sintesi di quanto illustrato, si può, ancora una volta, prendere a prestito le riflessioni del Strati concordando che l'organizzazione può essere concepita:

“come organizations - al plurale - ovvero come realtà oggettive, confrontabili tra di loro sulla base della ricerca empirica fondata sulla misurazione delle relazioni fra variabili, in maniera che emerga il grado di incidenza di ciascuna variabile - come la tecnologia, la dimensione, i fattori ambientali, la strategia - sulla forma organizzativa empiricamente indagata;

come *organizing*, vale a dire l'organizzare, il processo sociale in atto, costituito dalle pratiche organizzative situate e radicate nelle culture organizzative, dalle

⁶ A. Strati (2004), p. 84.



attività dedicate alla creazione di senso dell'agire organizzativo, dalla negoziazione delle simbologie organizzativa, dalla comunicazione organizzativa, dalla conoscenza estetico-sensoriale, dalle dinamiche di costruzione del genere, dalle aree emozionali, dalle lotte di potere, dalle pratiche discorsive;

come *organization* - al singolare -, che indica la costruzione sociale e collettiva (...) del discorso teorico sulla natura: a) ontologica (*logos*) - che va (...) dall'organizzazione come strumento per uno scopo, all'organizzazione in quanto collettività, in quanto artefatto socialmente costruito nelle dinamiche negoziali tra i partecipanti, e così via -; b) etica e filosofica (*ethos*); c) sensibile ed emozionale (*pathos*) dell'organizzazione.”⁷

Venendo, più nello specifico del nostro tema di trattazione, quello dei modelli organizzativi di servizio sociale nella sanità pubblica, mi sembra opportuno sottolineare alcuni aspetti salienti:

1. il servizio sociale professionale nella sanità pubblica è in cerca di un più adeguato livello di riconoscimento, è quindi teso all'ottenimento di propri e migliori modelli organizzativi;
2. l'evoluzione del quadro normativo interno alla pubblica amministrazione, come visto nello specifico capitolo, sta prefigurando scenari nuovi, sia in termini di possibilità di carriera che, conseguentemente, di evoluzione organizzativa;
3. i livelli di comando (politico e manageriale) sono entrambe rilevanti nell'induzione di un cambiamento, secondo una logica di tipo non direttamente ordinata;
4. le decisioni prese nell'ambito della ristrutturazione organizzativa, seppur paragonabili alla metafora del “cestino dei rifiuti”, non possono non risentire in una certa qual misura delle condizioni costitutive la decisione stessa (tra le quali possono essere prioritariamente richiamate: capacità di proporre soluzioni, capacità di rappresentanza nelle istanze gruppali, capacità di influenzare in proprio favore la cultura istituzionale e/o politica);
5. isomorfismo e riduzione delle incertezze sono caratteristiche di particolare rilevanza nei casi in cui, come quello di nostro interesse, c'è necessità di “guadagnare nuovo terreno”;
6. come vedremo meglio, l'organizzazione aziendale relativa al servizio sociale professionale prevede raramente un coinvolgimento diretto nelle attività di produzione, ovvero nell'organizzazione diretta delle funzioni di fornitura dei servizi all'utenza, dato, questo singolare rispetto alle prevalenti logiche organizzative generali (isomorfismo);

⁷ A. Strati (2004), pp. 85,86.



7. L'attuale fase di crisi fiscale dello Stato, e la conseguente necessità di riduzione della spesa pubblica, possono costituire, contemporaneamente, elemento limitativo ma anche propulsivo del cambiamento (limitativo perché in carenza di risorse, propulsivo se le esigenze di razionalizzazione saranno interpretate in modo realmente dinamico).

Tali considerazioni hanno indirizzato il nostro interesse nella realizzazione della successiva ricerca sul campo.

Le stesse considerazioni mi portano ad un relativo ottimismo sulle possibilità evolutive, nella consapevolezza, però, della stringente necessità di organizzare proposte e percorsi politici qualificanti.

5. LE AZIENDE SANITARIE NELLA REGIONE LAZIO.

In quest'ultima parte del lavoro, cercherò d'osservare più da vicino le situazioni aziendali nell'ambito della realtà regionale del Lazio.

I dati cui farò riferimento sono ricavati in primo luogo dalla lettura dagli Atti di autonomia aziendale

5.1. *Analisi generale.*

Le Aziende sanitarie del Lazio sono dodici.

Queste coincidono con gli ambiti territoriali provinciali ad eccezione della provincia di Roma, nella quale sono collocate 8 aziende. Tale differenziazione è principalmente legata alle condizioni di elevata densità di popolazione che caratterizza il territorio della provincia romana.

Gli Atti di autonomia aziendale sono il principale documento organizzativo di cui le ASL sono chiamate a dotarsi.⁸ Tali Atti aziendali devono essere obbligatoriamente sottoposti ad un processo di verifica ed approvazione da parte della Regione. E' prioritariamente da questi atti che si possono trarre significative informazioni su scelte strategiche e modelli organizzativi adottati nelle singole Aziende.

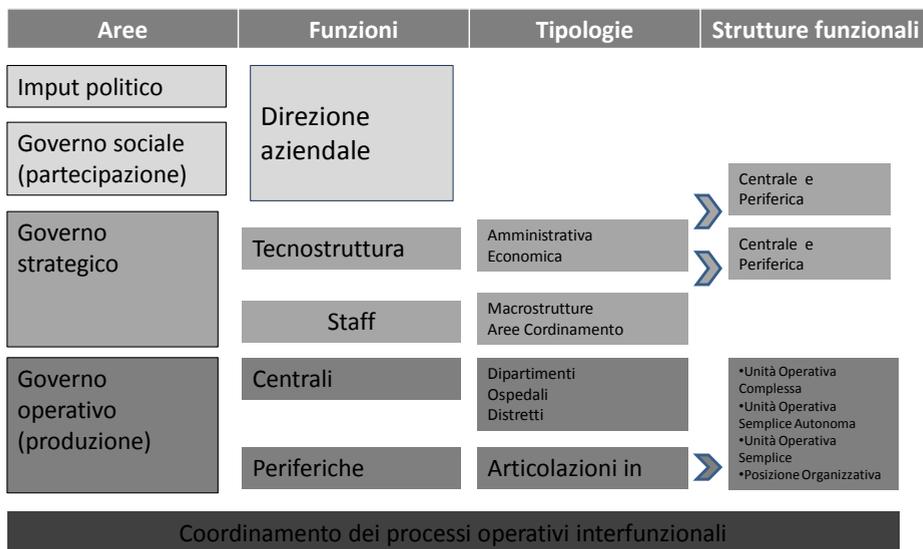
Gli Atti di autonomia aziendale presi in considerazione in questa sede sono stati tutti prodotti tra il 2007 e il 2008.

Se consideriamo gli aspetti organizzativi generali, si può desumere la sostanziale ripetizione di un schema organizzativo così concepito, pur nella riproposizione di specificità aziendali e, qualche volta, intra-aziendali.

⁸ Non va dimenticato che il quadro organizzativo delineato negli atti aziendali è completato e specificato da vari atti interni all'azienda quali delibere e regolamenti.



Tavola 2 Schema organizzativo Aziende Sanitarie



Esiste un *primo ambito* di carattere centrale, normalmente definito come di “*Governo strategico*”, che ha il compito di dettare le linee generali di organizzazione e conduzione dell’Azienda. All’interno della funzione di “Governo strategico” si colloca il nucleo centrale della Direzione aziendale, nei suoi differenti aspetti di Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa. Tale Direzione aziendale, oltre a detenere la rappresentanza formale dell’Azienda, costituisce la principale interfaccia con il livello regionale (specifico imput politico e di indirizzo per le singole Aziende).

E’ questo, ancora, il principale ambito che si occupa della gestione delle dinamiche interistituzionali e d’interlocazione politica col territorio.⁹

L’ambito di “Governo strategico”, è normalmente coadiuvato da una serie di strutture aziendali di supporto per gli aspetti amministrativi, economici e gestionali. Tali strutture, spesso definite *tecnostrutture*, hanno sovente un’articolazione dal centrale al periferico. Accanto a queste tecnostrutture, è usualmente presente una serie di strutture e funzioni in posizione di staff alla Direzione aziendale e al Governo strategico. Tali strutture svolgono azione di carattere consultivo.

9 E’ bene evidenziare che anche a livello decentrato sono collocate funzioni di gestione delle dinamiche interistituzionali e d’interlocazione politica col territorio, rapportate, però, allo specifico ambito di competenza. Ne sono un esempio particolarmente significativo per il nostro discorso i Distretti.



Un *secondo ambito* è quello che presiede agli aspetti di “*gestione operativa*” degli interventi. Direi, mutuando il termine da altri contesti, questo è l’ambito che si occupa della produzione. Questo, a sua volta, ricomprende tutta una serie di graduazioni intermedie. Per semplicità, ne indicherò due, quello centrale e quello periferico. Al livello più centrale troviamo, normalmente, i dipartimenti, le strutture ospedaliere ed i Distretti. Al livello più periferico troviamo le Unità Operative.

C’è, infine un *terzo ambito*, che è quello preposto all’integrazione e alla cura dei “*processi operativi interfunzionali*”, ovvero processi che interessano differenti articolazioni operative, sia di livello centrale che, eventualmente, periferico. Tale ambito ha, perciò, un’articolazione di tipo trasversale, nel senso che si trova ai differenti livelli strategici di articolazione della struttura aziendale.

E” in questo l’ambito che si collocano strutture e funzioni di carattere non necessariamente permanente (occasionalmente anche non formalizzate).

Il risultato sul piano organizzativo sembra essere il portato di una logica complessa; sembrano esserci una pluralità di modelli organizzativi piuttosto che un modello unificato.

Infatti, i *livelli apicali* (siano essi centrali - es. Direzione Aziendale - o periferici - es. Distretti -) sembrano prioritariamente corrispondere ad una logica di tipo “*funzionale*”. In essi, ricordiamo, l’organizzazione è maggiormente caratterizzata da un’aggregazione di compiti, attività, competenze in forma omogenea, secondo specifiche funzioni operative (unità organizzative per macro e micro funzioni), un accorpamento delle funzioni per via gerarchica con un sistema decisionale centralizzato, infine, un accorpamento professionale sulla base di tecniche ed orientamenti culturali e cognitivi.

Un secondo livello, invece, quello delle “*linee di produzione*” (o governo operativo) e della tecnostruttura, sembra prevalere un modello di tipo “*modulare*”. Questo, lo ricordiamo, è caratterizzato dalla scomposizione e ricomposizione delle attività sulla base del risultato desiderato, dalla specializzazione organizzativa (finalizzata al raggiungimento dell’obiettivo posto), dalla distribuzione delle funzioni per ciascuna divisione, infine, dal decentramento del processo decisionale.

Esiste, infine, un terzo livello organizzativo, costituito dall’ambito in cui è collocata la cura dei “*processi integrativi interfunzionali*”. Questo, sembra corrispondere ad un modello del tipo “*per processo*”, con delle occasionali accentuazioni di tipo *adhocratico*.

Nel primo caso, ricordiamo, il modello si caratterizza per la valorizzazione dell’obiettivo di generare un beneficio ai destinatari di beni e prestazioni, la suddivisione e specializzazione in base al principio del risultato, l’integrazione e il



coordinamento sulla base degli obiettivi prefissati, la costruzione dei processi organizzativi sulla doppia base della richiesta dell'utenza e della costruzione dei percorsi di risposta istituzionale, la considerazione, infine, delle competenze specialistiche congiuntamente a quelle, trasversali, di gestione dei processi.

Nel secondo caso, invece, il modello ad hoc, i processi decisionali ed informativi sono molto flessibili ed informali, le capacità di auto modificazione organizzative sono fortemente accentuate, le linee di autorità sono, congruente, continuamente aggiornabili, non è prevista una standardizzazione operativa, in quanto per natura il gruppo è teso all'innovazione, c'è necessità di un modello relazionale tra professionisti di tipo cooperativo, c'è assenza di supervisione e direzione, nella tradizionale accezione interindividuale e sovraordinata, il potere è fondato sulla competenza, le competenze manageriali sono prevalentemente impegnate nelle funzioni di mediazione interna e di interfaccia esterna, c'è una forte accentuazione sulla mission di risoluzione innovativa delle problematiche poste dai clienti.

Queste occasionali accentuazioni di tipo ad hoc si possono trovare in funzioni e strutture (anche non formalizzate) che si costituiscono sull'opportunità strategica dell'azione operativa. Mi vengono in mente, a tal proposito, i gruppi operativi interdisciplinari, i cantieri aziendali, le task-force di cui parla ad esempio l'ASL RME nel suo Atto aziendale.

Questi modelli, unitamente, potrebbero anche essere considerati un unico modello, che potrebbe essere opportunamente definito come modello a matrice (in cui si ravvisa un'associazione della suddivisione funzionale-gerarchica con la specializzazione per obiettivi; una dimensione verticale gerarchica si coniuga quindi con una dimensione orizzontale per programmi e progetti finalizzati al risultato e necessita una cultura organizzativa di base improntata a collaborazione e cooperazione).

Preferisco, però, nonostante la più affermata definizione sociologica, scegliere l'immagine figurata del *sistema organizzativo planetario* perché, mi sembra, sappia meglio rendere l'idea della complessità di sistema e della relativa autonomia delle parti che, però, contemporaneamente, si influenzano reciprocamente.

Così come, nel sistema solare il sole è elemento centrale, catalizzatore di forze e profusore di energia, così il governo strategico è il centro propulsore e regolatore dell'insieme. Allo stesso tempo, tutto il sistema si regge sull'equilibrio delle differenti forze presenti, nella misura in cui ciascun elemento costituente influenza ed è influenzato dagli altri. Nessuno è indispensabile al tutto, ma, nella misura in cui un elemento cambia le sue caratteristiche o scompare, quello che si presenta ai nostri occhi non è più il precedente "sistema solare" modificato, bensì



un nuovo sistema, le cui caratteristiche strutturali e di relazione tra le parti sono irriducibili agli aspetti antecedenti.

BIBLIOGRAFIA

1. N. Abbagnano, *Storia della filosofia*, Torino, UTET, 1979.
2. M. Crozier, *Il fenomeno burocratico*, Milano, Etas, 1978.
3. F. De Marchi, A. Ellena, B. Cattarinussi, *Nuovo dizionario di sociologia*, Cinisello Balsamo, Edizioni Paoline, 1987.
4. P. Gagliardi, *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*, Torino, UTET, 1995.
5. G. Gosetti e M. La Rosa, *Sociologia dei Servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
6. L. Gui, *Organizzazione e servizio sociale*, Roma, Carocci, 2009.
7. J. Meyer, B. Rowan, *Le organizzazioni istituzionalizzate: la struttura formale come mito e cerimonia*, in P. Gagliardi, *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*, Torino, UTET, 1995.
8. G. Morgan, *Image, le metafore dell'organizzazione*, Milano, FrancoAngeli, 1999.
9. A. Pignatto e C. Regazzo, *Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari*, Roma, Carocci, 2002.
10. R. Romano, A. Mari, I. Mastropasqua, *L'assistente sociale dirigente*, Roma, Carocci, 2006.
11. A. Strati, *L'analisi organizzativa*, Roma, Carocci, 1996.



WORK IN PROGRESS. UNA RICERCA SULLA COSTRUZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE NELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI DEL LAZIO

Fausto Poleselli e M. Patrizia Favali

Nell'affrontare il tema dei modelli organizzativi del Servizio Sociale in sanità, abbiamo ritenuto interessante andare a vedere la situazione nelle Aziende Sanitarie del Lazio, col fine di descrivere la realtà regionale, approfondire i modelli organizzativi presenti, effettuare una lettura comparata delle esperienze. Un tentativo di lettura del reale che, in altre parole, renda più esplicito quanto sta accadendo. Il lavoro che presentiamo è il frutto dell'analisi dei questionari a risposte aperte, inviati nel luglio 2011 a tutte le aziende nelle quali fosse presente almeno una figura apicale (dirigenza o posizione organizzativa). Il questionario è stata pertanto inviato alle aziende: RMA, RMB, RMC, RMD, RME, RMG, Viterbo. Grazie alla collaborazione dei colleghi contattati sono tornate compilate 6 questionari su 7 (con l'unica eccezione della RMC). Il questionario è stata somministrata alla figura apicale, nel caso in cui fosse unica e direttamente identificabile. Nel caso in cui, invece, fosse riscontrabile la compresenza di più figure apicali, abbiamo chiesto ai colleghi di procedere alla compilazione previo accordo. Per ogni ulteriore chiarimento sulla metodologia adottata, abbiamo allegato sia una nota metodologia sia il questionario stesso.¹

1. LA SITUAZIONE NEL LAZIO.

Nonostante il lungo dibattito interno alla professione e i vari gruppi di lavoro sviluppatasi a partire dalla seconda metà degli anni '90, il Servizio Sociale nelle ASL del Lazio inizia ad avere una propria formalizzazione solo all'inizio del 2000. Più precisamente tra il 2005 e il 2009 sono attribuite le prime posizioni organizzative nelle diverse ASL e, se escludiamo la ASL RM A che aveva previsto il Servizio Sociale già nel 2003, tutte le ASL che lo prevedono ne sanciscono per la prima volta l'esistenza nell'atto aziendale del 2008-09.

Sembra pertanto essere stata decisiva la spinta ottenuta a seguito della L. 251/00 che, come noto, inizialmente aveva previsto la dirigenza per le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e

¹ Chiunque volesse prendere visione dei questionari compilati, può richiederlo via mail all'ordine (oaslazio@tiscali.it)



ostetriche, e solo successivamente, con una modifica del 2004, aveva ricompreso anche la nostra professione.

Ad oggi, però, solo 7 ASL sulle 12 presenti nel Lazio hanno iniziato a dare sostanza al Servizio Sociale conferendo incarichi specifici; non abbiamo indagato se qualcuna delle 5 ASL escluse dalla ricerca avesse provveduto a inserire nell'atto aziendale il Servizio Sociale. Abbiamo privilegiato quei contesti in cui attraverso gli incarichi specifici si è iniziato a dare pratica operativa al Servizio Sociale stesso. L'analisi dei questionari conferma la nostra ipotesi iniziale: l'attribuzione di incarichi agli assistenti sociali può essere considerato una prefigurazione del Servizio Sociale quale meta-istituzione all'interno delle ASL.

La situazione a Roma, come era forse prevedibile, risulta migliore: tutte le ASL di Roma hanno incarichi attribuiti ad assistenti sociali. Nella Provincia di Roma, solo 1 ASL (RM G) su 3 ha incarichi in essere e nelle altre Provincie, solo 1 (VT) su 4 ha assistenti sociali posizioni organizzative.

In genere le Aziende Sanitarie Locali, sia quelle che hanno previsto posizioni organizzative che quella in cui è stato attribuito l'incarico dirigenziale (RMA), hanno proceduto all'attribuzione degli incarichi attraverso selezione interna. In maniera analoga si è proceduto anche per i coordinatori, ad eccezione ovviamente di quelli incaricati prima del 2001, che in base al contratto hanno avuto il riconoscimento di funzioni già svolte.

Troviamo un incarico aziendale a livello centrale in tre situazioni, nella ASL RM A che come già detto ha un dirigente, con un incarico a termine, nella ASL RM G e in quella di Viterbo. Solo nel caso della ASL RM A all'incarico aziendale corrisponde un'organizzazione articolata, articolazione non così evidente nelle altre due realtà. Nella ASL RM G, ad esempio, la posizione organizzativa aziendale è l'unica posizione organizzativa ricoperta da un assistente sociale nella ASL.

Nelle altre tre ASL (RMB, RMD, RME) esistono più posizioni organizzative, ma nessuna ha una posizione aziendale riconosciuta, non esiste un rapporto gerarchico fra le stesse e dipendono da dirigenti sanitari (direttori di dipartimento o di distretto).

Certo queste modalità organizzative sono provvisorie e in attesa della piena attuazione degli atti aziendali. Purtroppo, essendo in attesa dei nuovi atti aziendali, i precedenti saranno modificati senza essere stati però pienamente applicati.

Gli atti aziendali del 2008-09, come già detto, sanciscono il Servizio Sociale nelle diverse ASL; molto frequentemente, anche se non sempre, il Servizio Sociale è collocato all'interno di un'organizzazione, spesso un dipartimento in cui confluiscono a volte tutte, a volte alcune, delle professioni sanitarie e sociali previste dalla legge 251/00.



Un ultimo aspetto interessante riguarda il coordinatore dell'integrazione socio-sanitaria, previsto nelle linee guida regionali sia precedenti che attuali: questo ruolo non sempre, ma spesso, risulta ricoperto da assistenti sociali. In genere però all'attribuzione di questo incarico ad un assistente sociale non corrisponde un'attribuzione delle competenze relative all'integrazione socio-sanitaria al Servizio Sociale aziendale. Questa prevalenza, anche alla luce della concorrenza con i dirigenti sanitari, conferma comunque da una parte la nostra centralità rispetto all'integrazione socio-sanitaria, centralità riconosciuta anche dal Documento del Ministero della Salute sulle "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità", dall'altra la nostra competenza, che le varie ASL si trovano a sancire.

Chi lavora nelle ASL da anni sa bene che non è stato facile raggiungere tale meta.

2. UNO SGUARDO COMPLESSIVO SULL'ORGANIZZAZIONE

Diciamo, innanzitutto, che non emerge un modello organizzativo prevalente nella realtà regionale.

Sorgono subito spontanee due considerazioni.

La prima è che il processo evolutivo della sanità pubblica in Italia ha sempre più legittimato, nel tempo, la possibilità di diversificazione delle soluzioni organizzative e progettuali aziendali.

La seconda è che la realtà normativa di riferimento, è relativamente recente. Il fenomeno di cui ci stiamo occupando, difatti, può essere fatto risalire approssimativamente al 2000.

Non solo.

Spesso è difficile cogliere un vero e proprio modello organizzativo interno alla singola azienda. C'è in più casi la sensazione di trovarsi di fronte non tanto ad un modello articolato (o differenziato che dir si voglia), ma ad una vera e propria alchimia, probabilmente legata a situazioni e scelte contingenti.

Certamente anche l'evoluzione del quadro sociale attuale tende ad accentuare questa caratteristica, laddove incarichi scompaiono per il semplice pensionamento degli incaricati o per logiche di puro risparmio di bilancio.

Nonostante ciò, emergono con chiarezza alcune soluzioni organizzative più strutturate e proprio per ciò probabilmente più interessanti.

Tra le altre, emerge con chiarezza la situazione della RMA dove non solo, unica esperienza nella regione, è presente una figura apicale dirigenziale, ma le articolazioni dell'organigramma e del funzionigramma danno la netta sensazione della realizzazione di un progetto studiato in precedenza.



Solo ipotetica è, ancora, la possibilità di una completa evoluzione di carriera. Unica eccezione ancora la RMA, dove compare la posizione di dirigenza ai sensi della legge 251 del 2000.

E' interessante notare come, nelle risposte, non sembrano essere stati presi in considerazione i primi gradini della progressione di carriera.

Non viene considerata la progressione di carriera tra le posizioni D e Ds e spesso neppure il ruolo del coordinamento. Possiamo immaginare che tale fenomeno si possa attribuire sia al target degli intervistati (posizioni apicali aziendali) che ad una concreta indifferenziazione dei ruoli e dei compiti riscontrabili sul campo (tra le posizioni D e Ds, così come, in misura minore, per i coordinatori).

Significativo, in questo senso, è quanto riportato per la RMD, alla domanda sulla strutturazione dei compiti ai differenti livelli di articolazione del Servizio Sociale Professionale: «I ruoli non sono ben differenziati. Per lo più la funzione di coordinamento viene vissuta come piccola indennità economica legata alla carriera, alla quale non corrisponde una differenziazione di compiti, funzioni e responsabilità. (...)»

La differenziazione delle organizzazioni aziendali seguono due principali criteri: quello imperniato sulle articolazioni territoriali dell'azienda (i Distretti) e quello che privilegia l'organizzazione di tipo dipartimentale o per aree d'intervento.

Non sono assenti, peraltro, modelli organizzativi di tipo ibrido (Distretti ed Aree/Dipartimenti contemporaneamente).

Sembra comunque di capire che le scelte si fanno normalmente più ragionate via via che ci si riferisce ai compiti di maggiore responsabilità.

C'è una certa tendenza a sovrapporre e ridurre ad un'unica dimensione l'organigramma (la struttura organizzativa formale) ed il funzionigramma (l'attribuzione di compiti e funzioni ai differenti livelli). Forse la recente novità organizzativa ha spostata l'attenzione sul primo elemento a discapito, almeno parziale, del secondo.

Fenomeno interessante e preoccupante perché, se confermato, potrebbe sembrare un po' come costruire scatole senza sapere bene cosa metterci dentro.

Nella collocazione del Servizio Sociale all'interno dell'organizzazione, è ricorrente la predilezione di un posizionamento in staff per i livelli di maggiore responsabilità, a fronte di una collocazione in linea per quelli di minore responsabilità e per gli operatori 'di base'. Ciò, unitamente allo scarso accesso alle funzioni di 'governo strategico aziendale', fa pensare ad un peso e riconoscimento ancora esiguo del Servizio Sociale all'interno delle aziende sanitarie.

Le forme organizzative interne al Servizio Sociale (forme di coordinamento)



sono prevalentemente caratterizzate da rapporti di tipo informale e dal ricorrere di modelli organizzativi assimilabili al già definito modello per processo².

In alcuni casi si ha l'impressione che le differenti articolazioni del Servizio Sociale aziendale siano più formali che sostanziali.

«La situazione è confusa», dicono ad esempio le colleghe della RMD.

«Sia i coordinatori che le P(osizioni) O(rganizzative) hanno compiti sia nella fornitura dei servizi, sia nell'integrazione intraistituzionale, sia nell'integrazione interistituzionale», dicono infine i colleghi della RME.

Non sempre è riconosciuta e riconoscibile una chiara evoluzione storica dell'assetto organizzativo. Sono gli stessi colleghi a sottolineare in qualche caso questo fatto.

In un caso, quello della ASL di Viterbo, viene addirittura negata l'esistenza di uno sviluppo tout court.

Non mancano, peraltro, situazioni in cui, come nella RMA, si percepisce chiaramente lo sviluppo ragionato di un assetto organizzativo definito a monte.

Riporta il collega della RMA: «Nel 2003 l'azienda deliberò i primi servizi di comparto tra cui il Servizio Sociale, ma di fatto vennero attuati solo alcuni servizi sanitari con incarichi anche di PP.OO.. Nel 2005 l'azienda decise di attuare anche il Servizio Sociale prevedendo 6 PP.OO. di cui 1 con funzioni di caposervizio (1 P.O. formazione, 1 P.O. DSM, 1 P.O. SMI, 1 P.O. Distretti 1° e 2°, 1 P.O. Distretti 3° e 4°). Nel 2009, l'azienda, su richiesta della RSU, avendo previsto delle UOC, UOSA e UOS di comparto nell'atto aziendale approvato nel 2008, ha selezionato, con avviso pubblico, 5 dirigenti di comparto (sui 12 previsti nell'atto aziendale) di cui 1 per la UOSA Servizio Sociale. (...)».

3. LA PREDITTIVITÀ EVOLUTIVA.

Poniamo, a questo punto, alcune considerazioni sul principio di **isomorfismo**. Ricordiamo, ancora una volta, che il concetto a cui si fa riferimento prevede

2 Ricordiamo che il modello per processo si caratterizza per avere l'obiettivo esplicito di generare un beneficio ai destinatari di beni e prestazioni. Di conseguenza prevede una suddivisione e specializzazione delle funzioni in base al principio del risultato. L'integrazione e il coordinamento viene definita sulla base degli obiettivi prefissati. La costruzione dei processi organizzativi avviene così sulla base della doppia richiesta dell'utenza ed istituzionale. C'è un'attenta considerazione delle competenze specialistiche insieme a quelle, trasversali, di gestione dei processi.

Ricordiamo inoltre che elemento di forza del presente modello è considerata la trasversalità (che garantisce integrazione funzionale dei percorsi operativi), mentre elemento di debolezza è considerata la difficile applicabilità a contesti organizzativi di grandi dimensioni. Tale modello ricopre nelle Aziende Sanitarie una posizione marginale.



che l'isomorfismo istituzionale favorisce la riuscita e la sopravvivenza di quei cambiamenti con alti livelli di conformità agli ambienti istituzionali nei quali sono attuati.

Ne abbiamo preso in considerazione alcuni aspetti. Vediamoli.

3.1 Gestione della produzione.

Normalmente le organizzazioni sanitarie ricoprono funzioni nei tre principali ambiti: del governo strategico (dove si prendono le decisioni strategiche sull'organizzazione, aziendale o distrettuali), della gestione operativa (che riguarda la produzione di beni e servizi), dei processi operativi interfunzionali (che riguarda l'integrazione tra differenti servizi o istituzioni sugli ambiti d'intervento comuni). I tre aspetti si completano a vicenda e vedono normalmente il coinvolgimento di differenti soggetti istituzionali (con funzioni differenziate e qualche volta sovrapposte). Proprio il carattere di completamento reciproco fa sì che l'assenza di uno o più di questi aspetti possa compromettere la tenuta di un sistema/settore, rendendone l'azione difficoltosa.

Nelle risposte ricevute, registriamo una generale assenza d'investimento del Servizio Sociale nelle funzioni di *gestione strategica* aziendale, con l'importante eccezione della RMA³.

Tale assenza, invece, non ha corrispondenza sistematica a livello dei distretti. Le situazioni sembrano essere più sfumate a questo livello, con una ricorrente presenza di assistenti sociali chiamati a ricoprire, ad esempio, il compito istituzionale di coordinatore dell'integrazione socio-sanitaria distrettuale⁴.

Comunque, il criterio di attribuzione degli incarichi, per quanto riguarda i coordinatori dell'integrazione socio-sanitaria distrettuale, sembra spesso corrispondere ad una logica non omogenea, vedendo la selezione di figure professionali differenti.

Altro tipo di considerazione per quanto riguarda i *processi operativi interfunzionali*.

La loro attribuzione è correntemente riconosciuta dagli intervistati. La qualificazione di questa funzione trova principale collocazione al livello territoriale decentrato (distretti) e dell'operatività dei singoli servizi/aree.

Specifico per la nostra professione sembra essere l'attribuzione di questa fun-

3 Non è un caso che questa ASL sia l'unica nel Lazio in cui è stata attivata la funzione dirigenziale aziendale di Servizio Sociale.

4 Si segnala la situazione privilegiata di Viterbo, in cui l'attribuzione dell'incarico ai colleghi (coordinatori) è sistematica ed esaustiva.



zione nei rapporti con gli enti locali, almeno per quanto riguarda i piani di zona.

Infine la *gestione operativa*.

Qui si apre un discorso complesso e delicato.

Questa è una funzione basilare per la costruzione di qualsiasi organizzazione, è il livello organizzativo che identifica il fare, la produzione/fornitura di beni e servizi.

Ebbene, seppur con alcune interessanti eccezioni, questo aspetto organizzativo sembra sostanzialmente estraneo alle funzioni di responsabilità attualmente attribuite al Servizio Sociale Professionale nella Aziende Sanitarie del Lazio.

C'è, innanzitutto, una ricorrente confusione tra l'essere impegnati personalmente nelle attività di gestione operativa e l'averne responsabilità di gestione operativa.

Ci sono interessanti esperienze di gestione del personale (mobilità, ferie, ...) ma l'aspetto che certamente risulta prioritario è l'inesistenza di una 'unità operativa di Servizio Sociale' che gestisca direttamente un proprius professionale.

Un corollario di questa situazione è la ricorrente doppia dipendenza gerarchica degli operatori 'di base', chiamati a rispondere sia ai dirigenti delle singole unità operative che alle nuove funzioni di responsabilità interne alla professione.

La condizione di mancata gestione diretta dei processi produttivi rappresenta quindi una specificità del Servizio Sociale, almeno nella sanità pubblica del Lazio.

E', probabilmente, il risultato di una condizione strutturale particolare (l'esiguità della presenza professionale nel settore sanitario) ma, certamente, costituisce un punto di debolezza.

La sua assenza esclude, in buona sostanza, la possibilità di gestire processi produttivi autonomi, così come lo sviluppo di competenze professionali nella gestione del personale.

E', forse, anche per questo che laddove c'è da designare figure di direzione per il personale del comparto, il Servizio Sociale Professionale è sostanzialmente escluso. Spesso, difatti, nel servizio centrale di gestione del personale di comparto, la figura apicale dell'organizzazione è un infermiere.

3.2 Autonomia e capacità di autodeterminazione.

L'ambito di autonomia maggiormente riconosciuto, da chi ha risposto al questionario, è quello della gestione operativa seguito, a breve distanza, da quello della gestione dei processi interfunzionali.

Queste risposte, però, vanno necessariamente collegate all'osservazione già fatta: la gestione operativa viene confusa con l'impegno operativo quotidiano dei



collegli all'interno delle unità operative di appartenenza.

Emergerebbe in questo caso una considerazione differente dell'aspetto, legato più alla realtà individuale che non a quella professionale.

Sintomo di quanto affermato le parole del collega della RMG quando, in riferimento all'impegno nella gestione operativa, dice «Il S(ervizio) S(ociale) P(rofessionale) agisce con livelli alti di autonomia e responsabilità partecipando attivamente all'organizzazione delle Unità Operative. I servizi hanno, in genere una organizzazione multidisciplinare ed i colleghi agiscono con elevati livelli di autonomia e di partecipazione all'organizzazione. E' evidente che dipende anche dalla capacità professionali del singolo e dal modo di interpretare la professione.»

La dimensione del riconoscimento collettivo di competenza risulta così limitata ad una differenziazione dei ruoli significativamente legato a variabili di tipo personali.

3.3 Logiche organizzative di linea e di staff.

La situazione, per quanto riguarda i rapporti di sopra/sotto ordinazione (in linea) o di sola collaborazione (in staff) tra i differenti livelli organizzativi del Servizio Sociale Professionale è molto differenziata.

C'è prevalenza dei rapporti di linea nella RMA, RMG e Viterbo, c'è prevalenza dei rapporti di staff nella RMB, nella RME e nella RMD (definiti significativamente "informali" dalle colleghe).

Anche per quanto riguarda il rapporto di sopra/sotto ordinazione (in linea) o il rapporto di sola collaborazione (in staff) tra i differenti livelli organizzativi del Servizio Sociale Professionale e gli altri livelli/ambiti organizzativi aziendali, la situazione è molto differenziata.

C'è una leggera prevalenza dei rapporti in staff (RMA, RME, RMG) ma tale condizione sembra caratterizzare maggiormente i livelli di responsabilità più elevati (dirigenza e posizioni organizzative).

Se, invece, consideriamo le funzioni di coordinamento, in questo caso la prevalenza tocca ai rapporti in linea. Di più, alcuni intervistati riconoscono esplicitamente una condizione di doppia dipendenza (linea) dei coordinatori sia all'interno della professione che nei confronti della dirigenza delle unità operative in cui lavorano. Il discorso è ripetibile per quanto riguarda gli operatori 'di base'.

Quando, infine, i colleghi cercano forme organizzative al proprio interno (coordinamento) generalmente scelgono, come già rilevato, forme poco strutturate (quindi poco riconoscibili istituzionalmente) e sostanzialmente corrispondenti ai



modelli per processo o ad hoc⁵.

4. RIDUZIONE DELL'INCERTEZZA.

La riduzione dell'incertezza evidenzia la capacità di corrispondere alle esigenze dell'interlocutore.

Nel nostro caso i beneficiari sono, prioritariamente, l'azienda e gli utenti. Le risposte dovrebbe essere date dal loro punto di vista.

Le risposte dei colleghi avrebbero senso, pertanto, limitatamente alla capacità di prefigurazione delle esigenze altrui.

Ma qui si rileva un fatto interessante.

Nelle risposte i colleghi sembrano scegliere una logica sostanzialmente auto-referenziale.

I concetti più ricorrenti sono quelli dell'integrazione socio-sanitaria, del superamento della frammentazione degli interventi, dei rapporti con il territorio,...

Tali concetti possono essere considerati molto cari alla cultura professionale del Servizio Sociale, ma non è dato sapere quanto effettivamente condivisi da chi ha compiti di gestione aziendale o dagli utenti stessi dei servizi.

Certamente, non è detto che questi concetti siano patrimonio culturale esclusivo della nostra professione, ma il dubbio della autoreferenzialità sorge spontaneo.

Preso nella sua globalità, l'aspetto della predittività ci porta a dire che, pur nella differenziazione degli sviluppi aziendali, emergono alcuni aspetti significativamente limitativi dell'isomorfismo:

- il raro e limitato accesso alla gestione dei processi produttivi,
- lo scarso accesso alla gestione strategica dell'azienda,
- l'apparente scarsa richiesta delle aziende di assunzione di gestione delle incertezze,
- il riconoscimento di competenze collettive mediato da variabili di tipo personale,

⁵ Vale la pena ricordare che nel modello ad hoc: i processi decisionali ed informativi sono molto flessibili ed informali; le capacità di auto modificazione organizzative sono fortemente accentuate; le linee di autorità sono, congruentemente, continuamente aggiornabili; non è prevista una standardizzazione operativa, in quanto per natura il gruppo è teso all'innovazione; c'è necessità di un modello relazionale tra professionisti di tipo cooperativo; c'è assenza di supervisione e direzione, nella tradizionale accezione interindividuale e sovraordinata; il potere è fondato sulla competenza; le competenze manageriali sono prevalentemente impegnate nelle funzioni di mediazione interna e di interfaccia esterna; c'è una forte accentuazione sulla mission di risoluzione innovativa delle problematiche poste dai clienti.



- la predilezione di forme organizzative scarsamente strutturate.

Questi elementi fanno propendere per una difficoltà di affermazione professionale nel contesto istituzionale.

Ciò nonostante è indubbio che negli ultimi anni ci sono stati cambiamenti e che tali cambiamenti sono stati di carattere evolutivo.

E' un dato incontrovertibile che oggi ci si pone dei problemi organizzativi non affrontati ne affrontabili nel passato.

Il lavoro è cominciato, ma ... c'è ancora molto da fare.

5. VALUTAZIONE/AUTOVALUTAZIONE.

L'evoluzione dell'esperienza di Servizio Sociale, è valutata dai protagonisti in modo variegato e forse parzialmente contraddittorio.

Spesso è percepito un cambiamento nel lavoro quotidiano e altrettanto spesso tale cambiamento viene collegato alle novità organizzative.

La considerazione complessiva sull'organizzazione del Servizio Sociale in azienda risulta prevalentemente poco soddisfacente (5 su 7). Solo un intervistato la considera soddisfacente. Solo un intervistato la considera abbastanza soddisfacente (ovvero più che soddisfacente).

Probabilmente non è un caso che le valutazioni più positive vengano da due colleghi che sembrano aver raggiunto migliori traguardi di riconoscimento e legittimazione anche dal punto di vista personale.

Gli elementi positivi più frequentemente rilevati sono un miglioramento in termini di visibilità, autonomia e nelle possibilità formative.

Gli elementi maggiormente negativi più ricorrenti sono, invece, con la scarsità e continua riduzione di personale (sia nelle funzioni operative che di responsabilità), la contingenza ed incompletezza del quadro organizzativo.

Spesso ed esplicitamente queste lamentele sono legate alla condizione di crisi del lavoro, conseguenza della condizione generale di crisi economica corrente.

6. CONCLUSIONI.

Tentando, a questo punto, di tracciare delle conclusioni possiamo descrivere un quadro complessivamente in chiaro-scuro.

E' indiscutibile che negli ultimi anni ci sono state delle novità normative. E' altrettanto indiscutibile che queste novità normative hanno legittimato un'evoluzione positiva della professione.

E' pur vero, però, che tali novità normative sono state solo parzialmente im-



plementate nei contesti istituzionali.

Il quadro economico e sociale in cui attualmente ci troviamo, caratterizzato da crisi economica ed arretramento sia dei servizi che dello stato sociale, certamente non aiutano.

Ma questo stesso elemento può, solo apparentemente in modo paradossale, dinamizzare le realtà istituzionali, richiedendo più efficienza ed efficacia nella risoluzione di nuovi e più complessi problemi.

I colleghi stanno ponendosi problemi inusuali e stanno cercando di dare risposte non scontate a questi problemi.

I loro sforzi vanno incontro a differenti esiti di successo/insuccesso.

La differenziazione delle risposte è, per noi, premessa di una maggiore possibilità di successo.

C'è però bisogno di una più organica riflessione collettiva perché si eviti, nella diversificazione delle risposte, d'intraprendere percorsi che se eccessivamente localizzati o, peggio, personalizzati, possano essere ben presto riassorbiti da dinamiche contrarie.

Questo nostro lavoro speriamo possa essere considerato un tentativo di andare in questa direzione.



ALLEGATO 1 - NOTA METODOLOGICA.

Abbiamo elaborato un questionario a risposta aperta che è stata inviato direttamente dall'Ordine alla mail dei colleghi collocati in posizione apicale (dirigenza o posizione organizzativa). Sono state, quindi, incluse solo le aziende nelle quali fosse presente almeno una figura apicale. Questo è stato da noi considerato il parametro minimo significativo per l'esistenza di un modello organizzativo di Servizio Sociale nelle singole aziende.

Il questionario è stata pertanto inviata alle aziende: RMA, RMB, RMC, RMD, RME, RMG, Viterbo.

Grazie alla collaborazione dei colleghi contattati ne sono tornati compilati 6 su 7 (con l'unica eccezione della RMC).

Il questionario è stata somministrata alla figura apicale, nel caso in cui fosse unica e direttamente identificabile.

Nel caso in cui, invece, fosse riscontrabile la compresenza di più figure apicali, abbiamo chiesto ai colleghi di procedere alla compilazione previo accordo.

Il questionario è risultata composta di 21 domande.

Abbiamo ritenuto che le risposte libere, permettessero una maggiore ricchezza nei contenuti.

Nella costruzione dell'intervista, abbiamo utilizzato una logica, riassumibile nei seguenti criteri.

1. Domande tese ad ottenere un **profilo descrittivo** dell'esperienza (domande 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 18, 19, 20). L'intento di queste domande è stato quello di comprendere la specificità di ogni singola realtà istituzionale negli aspetti d'interesse.
2. Domande tese a conoscere l'**evoluzione storica** dell'esperienza organizzativa nelle singole realtà aziendali (domande 4, 16, 17). Il cammino per un'organizzazione del Servizio Sociale nelle ASL del Lazio è ancora ai primi passi, in una dimensione assoluta o quantomeno relativa alla storia organizzativa aziendale. In questo senso la ricostruzione della storia evolutiva risulta particolarmente significativa, perché permette di cogliere le logiche di continuità/discontinuità e costanza/contingenza del fenomeno.
3. La terza parte delle domande riguarda, invece, gli aspetti di **predittività evolutiva**. Come già visto, nella parte teorica del presente lavoro, ci sono alcune caratteristiche normalmente considerate predittivamente significative per l'affermazione di un modello organizzativo. Quelle da noi prescelte sono state sostanzialmente due: l'isomorfismo⁶ e la riduzione dell'incertezza⁷.
 - a. Per quanto riguarda l'**isomorfismo**, il concetto viene declinato sia nella *rilevanza interna* ('governo strategico', 'gestione operativa', 'processi operativi interfunzionali') che nei principi generalmente accettati di funzionamento di un'organizzazione produttiva (domande 1, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 18, 19, 20).
Tra questi ultimi annoveriamo:
 - i. la **gestione della produzione** (domande 10, 11),
 - ii. il livello di **autonomia** e la **capacità di autodeterminazione** (domande 9, 10, 14),
 - iii. la qualificazione delle logiche organizzative in funzione dei rapporti di **linea e staff** (domande 19, 20).

6 Si intende con isomorfismo una condizione di conformità all'ambiente istituzionale nel quale un cambiamento è realizzato.

7 Si intende con riduzione d'incertezza, la capacità, singola o collettiva, di governare processi e situazioni problematici per l'azienda.



Già sappiamo che la logica dell'isomorfismo è un'arma a doppio taglio.

Più isomorfica sarà un'esperienza rispetto al contesto, maggiori saranno le possibilità che il cambiamento risulti stabile. Contemporaneamente, però, solo le esperienze 'rivoluzionarie' (poco isomorfiche) hanno la capacità di mutare profondamente il contesto e trarre da tale mutamento una legittimazione di particolare rilevanza.

- b. Per quanto riguarda, invece, la **riduzione delle incertezze**, il principio basilare è sostanzialmente riconducibile a quello dello scambio commerciale: io, organizzazione, sarò disponibile a cedere/delegare potere (attraverso espliciti riconoscimenti) a chi sarà in grado di risolvermi situazioni problematiche e di difficile gestione. In questo senso le organizzazioni hanno una predilezione per le funzionalità strategicamente rilevanti (domanda 12).
4. Una quarta parte delle domande riguarda, infine, il livello di soddisfazione/insoddisfazione dell'esperienza organizzativa maturata, da parte degli intervistati e una **valutazione** esplicita sull'esperienza in corso (9, 11, 12, 13, 14, 21).



ALLEGATO 2 - QUESTIONARIO

N.B. Qualora sia già stato approvato o proposto il nuovo atto aziendale ti preghiamo di fare riferimento sia all'organizzazione in essere sia a quella in fieri.

Domanda	1. Quali sono le possibilità di carriera per gli assistenti sociali nella tua ASL? Ti chiediamo di specificare se tali possibilità sono ipotetiche (solamente previste e non ancora realizzate) o effettive (fattivamente realizzate).
Risposta	
Domanda	2. Se, nella tua ASL, è attivata una figura apicale del Servizio Sociale Professionale di che tipo è (posizione organizzativa, dirigente, altro) e da quale figura professionale è ricoperta?
Risposta	
Domanda	3. Qual è l'organizzazione del Servizio Sociale Professionale della tua ASL nelle differenti articolazioni organizzative? Ti chiediamo di descriverla.
Risposta	
Domanda	4. Ci sono state tappe intermedie che hanno portato all'attuale situazione organizzativa del Servizio Sociale Professionale nella tua ASL? Se tappe intermedie ci sono state, puoi descriverle?
Risposta	
Domanda	5. Pensi che, nella tua ASL, il Servizio Sociale Professionale sia impegnato nel 'governo strategico' aziendale, ovvero in funzioni di supporto alla Direzione Aziendale (Generale, Sanitaria o Amministrativa)? Ne è un esempio la partecipazione alla definizione di atti di rilevanza aziendale sia di carattere interno che esterno. Ti chiediamo di specificare il tipo di attività svolta nonché nei confronti di quali delle differenti direzioni il rapporto si esplica.
Risposta	
Domanda	6. Pensi che, nella tua ASL, il Servizio Sociale Professionale sia impegnato nella 'gestione operativa', ovvero nella produzione diretta di servizi? Ne è un esempio il coinvolgimento nella organizzazione delle attività interne delle singole unità operative. Ti chiediamo di specificare il tipo di attività svolta nonché il livello organizzativo all'interno del quale si esplica.
Risposta	
Domanda	7. Pensi che, nella tua ASL, il Servizio Sociale Professionale sia impegnato nei 'processi operativi interfunzionali', ovvero nella integrazione della gestione operativa di servizi, interventi e progetti. Ne sono un esempio i protocolli operativi tra diversi servizi o tra differenti istituzioni. Ti chiediamo di specificare il tipo di attività svolta nonché il livello organizzativo all'interno del quale si esplica.
Risposta	
Domanda	8. Attualmente, nella tua ASL, è prevista la figura del coordinatore dell'integrazione socio-sanitaria del Distretto, come indicato nella Delibera di Giunta Regionale 433 del 2007? Questa funzione è stata effettivamente attivata? Se la risposta è affermativa, con quale ruolo (dirigente, posizione organizzativa, coordinatore, ...) e da quali figure professionali è ricoperta?
Risposta	



Domanda	9. Allo stato attuale in quali dei precedenti ambiti di attività (' governo strategico', ' gestione operativa', ' integrazione dei processi operativi interfunzionali') pensi si esplichino prevalentemente le funzioni di responsabilità (coordinamenti, posizioni organizzative, dirigenza) del Servizio Sociale Professionale nella tua ASL? Ti chiediamo di specificare detta valutazione sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.
Risposta	
Domanda	10. Esistono forme di coordinamento (tra servizi, all'interno dei singoli servizi a altro) della quotidiana attività lavorativa degli assistenti sociali nella tua ASL? Se sì con quali modalità e tempi si esplica, e chi ne ha la responsabilità?
Risposta	
Domanda	11. Pensi che il lavoro quotidiano degli assistenti sociali sia cambiato in funzione delle (eventuali) novità organizzative introdotte nella tua ASL?
Risposta	
Domanda	12. Quale pensi possa essere il contributo dell'attuale organizzazione del Servizio Sociale Professionale alla risoluzione di problemi presenti nella tua ASL? Nella descrizione, ti preghiamo di differenziare gli eventuali problemi interni all'Azienda da quelli di interfaccia con l'utenza.
Risposta	
Domanda	13. Quanto e per quali aspetti pensi che l'organizzazione del Servizio Sociale Professionale si differenzi da quella di altri ambiti organizzativi presenti nella tua ASL?
Risposta	
Domanda	14. In quale ambito ritieni che il Servizio Sociale Professionale abbia, nella tua ASL, maggiore autonomia? Ti chiediamo di far riferimento, al merito, alla già citata differenziazione tra 'governo strategico', 'gestione operativa' e 'integrazione dei processi operativi interfunzionali'.
Risposta	
Domanda	15. Quali sono i compiti operativi dei differenti livelli di articolazione del Servizio Sociale Professionale (coordinamento, posizione organizzativa, dirigenza) nella tua ASL? Più nello specifico in quali aspetti (fornitura servizi, integrazione intraistituzionale, integrazione interistituzionale, ...) sono impegnati i suddetti livelli di articolazione operativa?
Risposta	
Domanda	16. Quali sono stati gli atti formali (atto aziendale, delibere, ecc.) che hanno definito l'attuale assetto organizzativo del Servizio Sociale Professionale nella tua ASL?
Risposta	
Domanda	17. Quali sono state le procedure utilizzate per la designazione delle persone all'interno dell'attuale organigramma organizzativo del Servizio Sociale Professionale nella tua ASL?
Risposta	
Domanda	18. Esistono modalità esplicite di valutazione dell'operato e degli eventuali risultati raggiunti dai differenti livelli di responsabilità (coordinamento, posizione organizzativa, dirigenza) del Servizio Sociale Professionale nella tua ASL? Se la risposta è affermativa ti chiediamo di descriverli specificando almeno se sono strumenti di autovalutazione (di cui si è dotato il Servizio Sociale professionale) o strumenti valutativi definiti dall'azienda.



Risposta	
Domanda	19. Esiste un rapporto di sovra/sotto ordinazione (in linea) o un rapporto di sola collaborazione (in staff) tra i differenti livelli organizzativi del Servizio Sociale Professionale nella tua ASL? Ti preghiamo di darne una descrizione.
Risposta	
Domanda	20. Esiste un rapporto di sovra/sotto ordinazione (in linea) o un rapporto di sola collaborazione (in staff) tra i differenti livelli organizzativi del Servizio Sociale Professionale e gli altri livelli/ ambiti organizzativi nella tua ASL? Ti preghiamo di darne una descrizione.
Risposta	
Domanda	21. Come valuti, in una scala da 1 a 5, l'organizzazione di Servizio sociale della tua ASL? E quali consideri gli elementi maggiormente positivi o negativi nell'organizzazione di Servizio sociale della tua ASL?

PER NIENTE SODDISFACENTE	POCO SODISFACENTE	SODDISFACENTE	ABBASTANZA SODDISFACENTE	PIENAMENTE SODDISFACENTE

ELEMENTI POSITIVI	ELEMENTI NEGATIVI



AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA A. UNA SIGNIFICATIVA ESPERIENZA PER IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Paolo Marchetti

1. 2003 – 2012: EVOLUZIONE DI UN'ESPERIENZA.

Il percorso che porta alla situazione organizzativa attuale è lungo e graduale e può essere sostanzialmente fatto risalire al 2003.

Nel 2003 l'azienda A.S.L. RMA deliberò una nuova articolazione organizzativa delle qualifiche professionali di comparto istituendo alcuni servizi per il coordinamento di specifiche aree professionali, tra cui il Servizio Sociale Professionale Aziendale (da ora SSP).

A livello operativo furono implementati solo alcuni servizi del ruolo sanitario, quelli infermieristici e quelli tecnico-sanitari, secondo quanto previsto dalla Legge n.251/2000.

Il D.L. 250/2005, convertito dalla legge 27 del 2006,¹ inserì il SSP tra i servizi disciplinati dalla L. 251/2000. Questo fatto fu determinante. Infatti, a luglio 2005, l'azienda decise di istituire il SSP con sei posizioni organizzative².

Nel 2008, con l'approvazione dell'Atto Aziendale, l'Azienda istituì l'Unità Operativa Semplice Autonoma (U.O.S.A.)³ di SSP e nel 2009 selezionò un Dirigente Assistente Sociale per la sua direzione. L'incarico dirigenziale, con durata biennale rinnovabile, fu conferito a seguito di avviso pubblico, riservato agli

1 La Legge n. 27 del 3/2/06 (G.U. n. 29 del 4/2/2006) all'Art. 1-*octies*. SSP professionale *«All'articolo 7, comma 1, della legge 10 agosto 2000, n. 251, nel primo periodo, dopo le parole: «possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica» sono inserite le seguenti: «e il SSP professionale» e, nel secondo periodo, dopo le parole: «con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge» sono inserite le seguenti: «nonche' con un appartenente al SSP professionale».*»

2 Sei P.P.OO. di cui una con funzioni di caposervizio, una per la formazione, una per il DSM, una per il SMI, una per i Distretti 1° e 2°, una per i Distretti 3° e 4°.

3 Nell'Atto Aziendale dell'ASL Roma A sono state previste diverse articolazioni organizzative ordinate gerarchicamente in base all'importanza delle funzioni attribuite: Macro Aree (come i Dipartimenti e i Distretti), Unità Operative Complesse comprensive di Unità Operative Semplici, Unità Operative Semplici Autonome, come quella del SSP. Quest'ultima è stata posta, per le particolari competenze autonome trasversali a più Servizi, in una logica organizzativa di staff alla Direzione Sanitaria senza, quindi, dipendere né da Macro Aree né da Unità Operative Complesse.



AA.SS. in possesso di laurea specialistica, in applicazione dell'art. 15 septies della L. 502/92. Bisogna ricordare che contrattualmente fu possibile conferire l'incarico di cui sopra grazie ad una norma integrativa del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (C.C.N.L.) del personale dirigente⁴. L'U.O.S.A. SSP è attualmente composta da un Assistente Sociale Dirigente, da quattro Assistenti Sociali (da ora AA.SS.) Posizioni Organizzative⁵ (da ora PP.OO.), da 16⁶ AA.SS. Coordinatori e dagli Assistenti Sociali operanti nei servizi territoriali.

Il SSP dell'ASL RMA iniziò le sue attività all'inizio di Settembre 2005. La prima azione del Capo Servizio fu quella di costituire e dirigere un gruppo di lavoro composto dagli AA.SS. con PP.OO.. Suddetto gruppo avviò un'attenta e particolareggiata raccolta dei dati sul personale afferente al profilo di A.S., sulle linee di attività socio-sanitarie, sulle prestazioni sociali erogate, sui progetti integrati realizzati con i Municipi, sulle esigenze prioritarie dei servizi territoriali ed ospedalieri, sui bisogni dei cittadini e sul loro grado di soddisfacimento.

Il lavoro di analisi vide il coinvolgimento di tutti gli AA. SS., dei Dirigenti Sanitari dei Servizi e delle Macrostrutture. Dalle risultanze di questa prima fase conoscitiva e dal confronto con gli obiettivi strategici aziendali, emersero le prime proposte tecnico-professionali ritenute prioritarie, presentate poi alla Direzione aziendale per la determinazione degli obiettivi di Budget 2006.

Nello stesso periodo l'Azienda assegnò al SSP una sede centrale adeguatamente attrezzata.

2. IL CONTESTO NORMATIVO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI NEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

La normativa vigente impone l'obbligo di garantire le prestazioni sociali nei servizi socio-sanitari nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie a elevata inte-

⁴ Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Personale della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnico ed Amministrativa (SPTA) del Servizio Sanitario Nazionale – Quadriennio Normativo 2006-2009 e Biennio Economico 2006- 2007., all'**Art. 9** - Utilizzo della disciplina provvisoria di cui all'art. 42 del CCNL integrativo 10 febbraio 2004: *"In via provvisoria e a conferma di quanto stabilito nell'art. 24, comma 20, del CCNL 3 novembre 2005, l'incarico di cui all'articolo precedente può essere conferito dalle aziende anche al personale appartenente al profilo di Assistente Sociale, indicato nell'art. 7 della legge 251 del 2000, come integrato dall'art. 1-octies del D.L. 250/2005, convertito dalla legge 27 del 2006, per il coordinamento della specifica area professionale"*.

⁵ 1 per il DSM, 1 per il DMI, 1 per i Distretti I e II e 1 per i Distretti III e IV.

⁶ 5 DSM, 4 UOC Materno Infantili distrettuali, 1 RSA N.R.M., 1 UOS Residenzialità età evolutiva, 1 polo adozioni, 1 UOC Medicina Penitenziaria, 1 attività sociali delle 4UU.OO.SS. disabili adulti, 1 attività sociali 4 UU.OO.SS. CAD, 1 UOC SERT aziendale



grazione sanitaria⁷, con personale dipendente dal Servizio Sanitario in possesso dei requisiti di legge e inquadrato nella qualifica di Assistente Sociale, secondo i livelli dei contratti della sanità pubblica.

Quanto sopra è espresso in ottemperanza dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal D.Lgs. 30.12.1992, n°502 e successive modificazioni ed integrazioni.

I LEA sono definiti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 in termini di prestazioni e servizi, sia sanitari che socio-sanitari, da erogare ai cittadini coerentemente con le risorse programmate dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). I LEA sono la traduzione operativa del diritto costituzionale di tutela della salute e dell'universalità del S.S.N. e lo Stato svolge la funzione di garante di tale diritto verificandone l'effettiva ed efficace erogazione a livello regionale. Le normative principali che riguardano i LEA nella Sanità⁴⁸ vanno integrate con i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LIVEAS)⁸ previsti dalla "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" 328/2000 e con le norme

7 ... "Sono da considerare prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente **alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità** conseguenti a patologie cronico degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla **indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza** e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. **Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario.**" DPCM 14 Febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"

8 L'articolo 22 della stessa legge n. 328/00 elenca, al secondo comma, gli interventi che costituiscono "**i livelli essenziali delle prestazioni sociali**": 1) misure di sostegno alla povertà; 2) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio; 3) interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie; 4) misure per sostenere le responsabilità familiari; 5) misure di sostegno alle donne in difficoltà; 6) interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compreso la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza; 7) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali; 8) prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti; 9) informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto aiuto.



attuative della Regione Lazio⁹.

La normativa vigente assegna ai Comuni l'obbligo di garantire le prestazioni socio-assistenziali, attraverso le prestazioni professionali degli Assistenti Sociali e di altre figure professionali degli Enti Locali e il finanziamento degli interventi di competenza.

Tali competenze di legge sono differenti da quelle erogate dalle ASL e sono finanziate con fondi specifici.

La gestione socio-sanitaria integrata delle prestazioni di competenza ASL con quelle di competenza dell'Ente Locale, prevede, per garantire l'unitarietà degli interventi alla persona e alla sua famiglia, la compartecipazione alla spesa secondo le percentuali previste nelle tabelle del DPCM. 23-4-2008.

3 IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE: STRUTTURA E FUNZIONI.

3.1 Partecipazione, comunicazione e metodologia di budget

La costruzione, per la prima volta nel Lazio, di un'Unità Operativa di SSP in un'Azienda Sanitaria è stata, ed è ancora, un'impresa difficile e nello stesso tempo appassionante.

Al successo del SSP ha contribuito la gran parte della comunità professionale.

Abbiamo dimostrato in questi anni l'utilità di tale organizzazione, apportando un significativo miglioramento dei servizi all'utenza e creando una sinergia tra i servizi socio-sanitari. Siamo giunti a un loro funzionale coordinamento, affrontando, finalmente, in modo sistemico l'organizzazione del SSP nella Sanità.

È stato valorizzato il patrimonio di esperienze e di pensiero degli Assistenti Sociali e perseguita, tra gli obiettivi individuati, la promozione della crescita professionale.

Tutto questo a fronte della riduzione progressiva del personale sociale dovuta ai pensionamenti da un lato e dall'altro al blocco delle assunzioni al livello regionale.

La prima scelta di metodo e di valore deontologico del dirigente del SSP, è stata quella di favorire la compartecipazione alla costruzione del Servizio di tutti gli Assistenti Sociali e, in primis, di quelli con incarico di Posizione Organizzativa e di Coordinamento.

⁹ Decreti Giunta Regionale 325/2008 e 326/2008, approvati dai Ministeri competenti, sull'ADI Assistenza Domiciliare Integrata erogata dai CAD; Decreto del Presidente della Regione Lazio, in qualità di Commissario ad Acta (DPCA), del 10 Novembre 2010, n. 90 relativo agli standard minimi obbligatori per l'accreditamento regionale delle attività sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e convenzionate.



Lo strumento principale è stato quello del lavoro per gruppi su tematiche specifiche.

Uno degli obiettivi di miglioramento a cui si è teso è stato quello attinente allo sviluppo di flussi informativi.

Infatti, partiti da una situazione di parziale isolamento e di mancanza di informazioni aggiornate, siamo riusciti, promuovendo soprattutto l'uso della posta elettronica, a far fluire le informazioni in modo sistematico agli Assistenti Sociali dei Servizi aziendali.

Il SSP ha, infatti, individuato due Assistenti Sociali Referenti della Comunicazione¹⁰ che si occupano di trasmettere alla mailing list tutte le disposizioni aziendali, le normative, le circolari, le novità editoriali, i testi di aggiornamento professionale, le notizie contrattuali, le informazioni su corsi di formazione e convegni.

Nel 2009 i Referenti della Comunicazione hanno elaborato le pagine web del SSP nel sito internet aziendale.

Di grande aiuto, specie nella fase iniziale, è stata la contrattazione degli obiettivi di budget annuali con il Comitato budget aziendale. Le proposte in merito agli obiettivi da perseguire, le azioni e i tempi necessari per raggiungerli, sono state poi oggetto di confronto con tutti gli Assistenti Sociali dell'Azienda.

Partendo dall'analisi degli obiettivi aziendali e di quelli del Piano Sanitario Regionale, il SSP ha individuato e proposto i suoi obiettivi specifici, i relativi tempi di attuazione e gli strumenti di verifica e valutazione dei risultati ottenuti.

L'istituzione di un'Unità Operativa di SSP ha, infatti, permesso in questi anni di avere una conoscenza più approfondita del sistema dei servizi socio-sanitari dell'A.S.L. RMA, delle sue esigenze di gestione e dei suoi equilibri.

Pertanto, risulta più facile oggi orientare l'organizzazione verso lo scopo individuato, programmare i processi di erogazione delle prestazioni, misurarne l'efficacia/efficienza e la qualità percepita dalla popolazione. È, quindi, ora possibile un governo dei processi organizzativi del SSP; tutto questo permette, altresì, di valorizzare le competenze professionali del personale, di facilitare i flussi informativi e di curare l'immagine stessa del SSP, affinché diventi anche più fruibile per la popolazione.

In merito alla gestione del personale, la nostra organizzazione si esprime con un approccio *multifocale*, che tiene cioè conto delle diverse competenze degli Assistenti Sociali nei diversi servizi specialistici "storici" (Ser.T., T.S.M.R.E.E., D.S.M., Consultorio familiare, C.A.D., Disabili adulti, Servizio Sociale ospedaliero) e nei Servizi di nuova istituzione da parte dell'azienda, come, ad esempio:

10 AS Coord. dott.ssa Stefania Ricci, AS dott.ssa Carla Porziani



la UO Residenzialità per Età Evolutiva con problematiche psicopatologiche¹¹, la UO Immigrati¹² e la UOC Medicina Penitenziaria con Regina Coeli¹³ e le nuove Comunità Terapeutiche nel DSM.

Il SSP è anche impegnato a sviluppare collaborazioni inter/pluri-professionali nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria.

Partecipa, inoltre, all'elaborazione ed attuazione dei Piani di Zona e dei relativi progetti di integrazione socio-sanitaria¹⁴. Infine, relativamente agli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali integrati, il SSP interviene nelle seguenti linee di attività:

- Assistenza domiciliare minori con disagio psicosociale (SISMIF);
- Punto Unico di Accesso (comprensivo di Segretariato Sociale Integrato e del CAUD);
- Gruppi Integrati di Lavoro (GIL) per i rapporti con la Magistratura e la U.I.M.¹⁵ (Unità Interdistrettuale Minori quadrante RMA con i 4 municipi afferenti);
- Gruppi Integrati di Lavoro per le Adozioni¹⁶ 17;
- Assistenza domiciliare disabili minori e adulti (SAISH);
- Borse lavoro e inserimenti lavorativi;

11 Le attività sociali sono rilevanti, tenuto conto che, in particolare, il Centro Diurno terapeutico è aperto all'utenza cittadina. Le attività sono coordinate dall'AS Coordinatrice dott.ssa Rosaria Mansi Difrancesco

12 Il SSP ha ritenuto di sostenere, anche se solo per una quota oraria, le attività preventive nei confronti degli immigrati e in particolar modo rispetto alle donne immigrate. Promotrice del progetto è l'AS dott.ssa Stefania Tonetti.

13 Il SSP ha incaricato del delicatissimo lavoro dentro il carcere con i detenuti e fuori, con la rete dei servizi e con le famiglie, l'AS Coordinatrice dott.ssa Rosa La Porta.

14 C. CAPRINI, *La progettualità e il lavoro di rete*, in, *L'Assistente Sociale e i suoi campi di intervento*, a cura di, M. CORTIGIANI Phoenix, Roma, 2001

15 Gli AA.SS. dell'Area Assistenza Materno-Infantile hanno dato un notevole contributo ai lavori del gruppo interdisciplinare UIM. Il SSP ha nominato, come rappresentanti del Servizio presso la UIM, dal 2007 al 2010, la P.O. AS dott.ssa Eleonora Gangere e dal 2011, l'AS Coordinatore dott. Paolo Savoirdi. Entrambi, su proposta del SSP, hanno poi ricoperto l'incarico semestrale di collegamento tra i Magistrati del Tribunale per i Minorenni, quelli della Procura della Repubblica e gli AA.SS. del territorio nell'ambito del progetto del Comune di Roma Area Minori.

16 Il Gruppo Integrato di Lavoro per le Adozioni ha visto, fin dalla sua costituzione, una fortissima e motivata partecipazione di AA.SS. dell'Area Materno-Infantile. Tale impegno, continuo e crescente, negli anni, è stato riconosciuto con la nomina, in qualità di Coordinatore del GIL, dell'AS dott.ssa Graziella Pianu, a cui è subentrata, dal 2011, l'AS dott.ssa Simonetta Cavalli.

17 G. PIANU, S. CAVALLI, S. NEUDAM, a cura di, *Famiglie in mutazione: la famiglia adottiva*, Franco Angeli, Milano, 2008



- Aiuti economici;
- Dimissioni protette;
- Strutture residenziali (case famiglia, strutture psichiatriche, ecc.);
- Soggiorni estivi;
- Attività di riabilitazione psicosociale;
- Progetto preventivo sulle donne immigrate in raccordo con la competente U.O. aziendale.

Il SSP contribuisce significativamente allo sviluppo degli obiettivi d'integrazione socio-sanitaria sia a livello aziendale sia in ambito distrettuale, promuovendo progetti a valenza sociale che riducono i rischi di sanitarizzazione degli interventi.

Il SSP ha dato, altresì, grande importanza allo sviluppo dell'integrazione multiprofessionale ed interdisciplinare, in quanto elemento portante delle strategie operative dei servizi socio-sanitari e risposta congruente alle sollecitazioni dell'utenza. Solo attraverso una buona "integrazione interna", infatti, sarà possibile accrescere anche "l'integrazione esterna", ossia il raccordo funzionale con i servizi dei Municipi e del Terzo Settore. Inoltre, una buona integrazione interna ed esterna, limita i rischi di conflitti di competenza professionale e di derive corporative.

In tale direzione il SSP ha realizzato importanti iniziative formative coinvolgendo più figure professionali (medici, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione, educatori) e diversi servizi pubblici e del Terzo Settore (Servizi Sociali Municipali, Ministero di Giustizia, Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, Università e studenti universitari tirocinanti presso i servizi), al fine di rafforzare una comune cultura.

Il governo strategico (dove si prendono le decisioni strategiche sull'organizzazione), la gestione operativa (che riguarda la produzione di servizi) e i processi operativi interfunzionali (che riguardano l'integrazione tra differenti servizi o istituzioni sugli ambiti d'intervento comuni),¹⁸ sono funzioni del SSP estremamente complesse che richiedono ampie concertazioni e una precisa azione di governance tra i diversi enti.

Occorre stimolare analisi condivise e supportare la costruzione e la realizzazione del sistema integrato di servizi e di politiche sociali, per porre sempre più l'accento, come anche la L.328/2000 richiede, su una programmazione di sistema

18 Vedi articolo "Work in progress. Una ricerca sulla costruzione del Servizio Sociale nelle Aziende Sanitarie Locali del Lazio." paragrafo 3.1 "Gestione della produzione" di M.P. Favali e F. Poleselli.



volta all'integrazione non solo tra le politiche sociali e quelle sanitarie, ma anche con le politiche abitative, del lavoro e dell'istruzione.

Pertanto, il SSP ha il compito di governare anche i processi di consultazione e di progettazione partecipata a livello territoriale.

3.2 Metodologia: gruppi di lavoro.

Le due tipologie di gruppi di lavoro attivati sono state:

- Gruppi di lavoro istituiti dal Dirigente per specifiche attività professionali. La loro durata è legata al tempo necessario per elaborare report sugli obiettivi, sulle procedure e sulle modalità metodologico-operative. I gruppi sono coordinati dal Dirigente coadiuvato da una P.O. o da un Assistente Sociale esperto su quello specifico campo d'intervento. Ai gruppi partecipano gli Assistenti Sociali competenti sulla tematica (ad es.: gruppo commissioni l.104/92 – gruppo attività consultoriali – gruppo UIM settore minori Autorità Giudiziaria – gruppo attività case manager – gruppo PUA, etc.).
- Gruppi di lavoro stabili con incarico di referente a un Assistente Sociale (ad es.: gruppo lavoro progetti Servizio Civile – gruppo lavoro supervisione tirocini universitari, etc.).

3.3 Qualificazione del ruolo dirigenziale

Il Dirigente del SSP deve garantire le prestazioni sociali comprese nei LEA d'intesa con la Direzione Sanitaria, i Direttori delle macrostrutture aziendali e i Dirigenti delle Unità Operative.

La gestione delle risorse umane, data l'attuale grave carenza, è organizzata prevalentemente attraverso gli strumenti della mobilità interna e dell'utilizzo di quote orarie in servizi diversi.

Va rilevato che solo l'alta motivazione professionale orientata al benessere del cittadino ha spinto gli Assistenti Sociali ad accettare carichi di lavoro gravosi, complessi e a volte rischiosi, senza alcun riconoscimento né economico né contrattuale.

Entrando più nel merito delle funzioni, in collaborazione con la Direzione Sanitaria e con quella Amministrativa, il Dirigente del SSP svolge le seguenti attività¹⁹:

19 Le funzioni e i compiti indicati fanno parte degli obiettivi dirigenziali concordati con la Direzione al momento della firma del CCNL Area III SPTA (Sanitaria, professionale, tecnica e



- contratta gli obiettivi di budget annuali con la Direzione;
- elabora le linee di indirizzo legate agli obiettivi di budget e ne supervisiona la fase di attuazione²⁰;
- coordina le PP.OO. per il perseguimento degli obiettivi del SSP aziendale;
- gestisce la mobilità interna del personale, l'organizzazione e la gestione delle risorse umane in base alla valutazione dei fabbisogni assistenziali;
- gestisce l'assegnazione delle PP.OO., dei coordinamenti e degli incarichi di servizio alle Assistenti Sociali;
- promuove, presso la Direzione Sanitaria, proposte per l'acquisizione di personale sociale ed esprime pareri di competenza in merito alle richieste inoltrate alla Regione di deroghe alle assunzioni, di realizzazione di avvisi pubblici e gare per appalti di servizi sociali;
- valuta i fabbisogni formativi del personale dell'area professionale sociale in accordo con l'U.O. Formazione aziendale; promuove e coordina le attività formative coadiuvato dalle PP.OO.;
- coordina la linea di attività aziendale del Servizio Civile;
- esprime pareri tecnici sulle materie di competenza; inoltra proposte sull'integrazione interistituzionale e presta consulenze alla Direzione Sanitaria;
- promuove e seleziona i progetti elaborati dagli Assistenti Sociali per la loro attuazione;
- valuta le sintesi dei dati sulle prestazioni sociali erogate nei servizi al fine di individuare criticità e proporre azioni migliorative;
- sovrintende ai flussi informativi e autorizza le comunicazioni pubblicate sulle pagine web del SSP sul sito aziendale;
- si occupa del monitoraggio, verifica e valutazione dei progetti integrati socio-sanitari in raccordo con l'U.O. Integrazione Socio-Sanitaria aziendale.
- partecipa all'elaborazione ed attuazione dei Piani di Zona e dei relativi progetti di integrazione socio-sanitaria.
- coordina l'attività formativa Tirocini Universitari per i corsi di Laurea in Servizio Sociale triennale e specialistica, secondo le convenzioni stipulate tra l'Azienda e le Università;

Partecipa, inoltre, alla stesura di linee guida e protocolli, in collaborazione

amministrativa).

20 M. CORTIGIANI, *La supervisione nel lavoro sociale*, Editore Minotauro, Roma, 2005



con le PP.OO., con i Direttori delle macrostrutture e con i Dirigenti dei Servizi territoriali, sulle linee di attività socio-sanitarie integrate con i Municipi.

La dirigenza viene valutata con strumenti definiti dall'Azienda e suddivisi in due tipologie:

1. valutazione annuale del Nucleo di Valutazione aziendale sul raggiungimento degli obiettivi di budget;
2. valutazione annuale del Direttore Sanitario sui seguenti indicatori:
 - grado di raggiungimento degli obiettivi affidati;
 - valutazione modelli organizzativi adottati;
 - valenza strategica del management;
 - capacità dimostrata nella gestione delle risorse umane.

3.4 Ruolo delle Posizioni Organizzative e dei Coordinatori.

Le PP.OO., a livello dei Distretti e dei Dipartimenti, hanno il compito di sovraintendere alla funzionalità complessiva delle attività sociali ed alla loro integrazione con le altre competenze professionali e istituzionali interne ed esterne all'Azienda.

A tal fine, si raccordano con le Direzioni e con le PP.OO. Infermieristiche e Riabilitative. Partecipano, inoltre, ai consigli di Distretto e di Dipartimento e curano, in raccordo con i Coordinatori, l'attuazione delle linee operative indicate dal Dirigente.

I Coordinatori hanno l'incarico di coordinare gli Assistenti Sociali e le attività sociali dei servizi di appartenenza, occupandosi della funzionalità, continuità e qualità delle prestazioni sociali erogate (compresi turni, orari, sostituzioni funzionali, etc.). Devono altresì garantire la migliore integrazione con le altre prestazioni sanitarie, rapportandosi con il Dirigente del servizio di appartenenza e con la P.O. di competenza. Inoltre, effettuano il monitoraggio e la verifica delle linee di attività integrate con i Municipi (es. GIL, inserimenti lavorativi, amministratore di sostegno, commissioni L.104/92, etc.). Hanno la responsabilità della raccolta dati in merito alle prestazioni sociali erogate e della loro immissione nel programma RECUP aziendale.

4. LE SCELTE STRATEGICHE DELL'U.O.S.A. DI SERVIZIO SOCIALE.

4.1. Strategie formative come promozione e sostegno delle funzioni programmatiche del Servizio Sociale Professionale.



L'U.O. di SSP conduce una gestione delle risorse umane volta a sostenere le aspettative degli Assistenti Sociali che operano nell'organizzazione, compatibilmente agli investimenti economici messi in campo. Tutto ciò viene perseguito ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili e creando condizioni interne di funzionamento che valorizzino, motivino e riconoscano il contributo delle risorse umane.

La formazione è un importante campo d'intervento del SSP. Siamo partiti dalla nostra esperienza professionale per promuovere e sostenere importanti cambiamenti metodologici e organizzativi del SSP.

La prima fase ha coinvolto tutti gli Assistenti Sociali per una rilevazione dei bisogni formativi, nella cornice degli obiettivi aziendali e di quelli specifici del SSP.

Le azioni programmatiche promosse dalla dirigenza del SSP nel campo della formazione aziendale e poi nell'ambito della formazione continua, hanno portato a un processo di cambiamento: si è passati da una formazione prevalentemente individuale e, quindi, disomogenea, a una formazione professionale trasversale ai servizi di appartenenza e, pertanto, maggiormente omogenea e coerente agli obiettivi strategici individuati.

Le iniziative formative individuate si sono arricchite, altresì, del confronto con le iniziative dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Lazio, dell'Ordine Nazionale e con le attività accademiche di alcune Università romane.

Le tappe principali del processo formativo hanno visto la realizzazione di apprezzabili corsi, approvati e finanziati nei Piani Formativi annuali dell'azienda. Il primo ciclo formativo, con la supervisione scientifica del Dirigente del SSP, ha avuto avvio nel 2007 con i corsi di seguito indicati:

- ▲ “La famiglia: le problematiche connesse alla sua trasformazione nella società attuale. Le funzioni ed il ruolo della professione di Assistente Sociale nel contesto socio-familiare”²¹.
- ▲ “L'implementazione dei PUA (Punti Unitari d'Accesso) e Segretariati Sociali”²².
- ▲ “La diagnosi sociale e la cartella sociale”²³.
- ▲ “Apprendere dall'esperienza. La supervisione dei tirocini universitari

21 Corso dicembre 2007 – marzo 2008 Coordinatore AS dott.ssa Mariadele Blasi, Co-coordinatore AS Dott.ssa Simonetta Cavalli, gruppo lavoro: AS dott.ssa Cristina Lauricella, AS dott.ssa Lucia Mastroianni.

22 Corso coordinato dall'AS Coord. dott.ssa Stefania Ricci

23 Corso coordinato dall'AS dott.ssa Giuseppina Mostardi



degli studenti in Servizio Sociale²⁴.

▲ “Il case manager sociale e infermieristico”²⁵.

E’ in preparazione nell’anno 2012 il corso “*Il trattamento nel Servizio Sociale Professionale e la valutazione d’esito*”.

Le caratteristiche metodologiche che hanno segnato tutti i percorsi formativi sono state le seguenti:

- ▲ riferimento ai principi, metodi²⁶ e modelli²⁷ del SSP ripensati alla luce dell’esperienza professionale maturata dagli Assistenti Sociali nei diversi servizi;
- ▲ prevalente formazione sul campo, sempre legata ad azioni di cambiamento, con ricadute operative nell’agire professionale e nell’organizzazione dei servizi;
- ▲ costante riferimento all’impostazione dell’integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento degli Assistenti Sociali dei Municipi e del Terzo Settore;
- ▲ confronto sistematico sulle tematiche che accomunano le professioni sociali con quelle sanitarie (infermieri, medici, terapisti, psicologi, educatori, ecc.) al fine di tenere aperto un canale di scambio e arricchimento tra le diverse realtà professionali; tutto ciò anche attraverso la promozione di :
 - tavole rotonde interprofessionali;
 - corsi di formazione integrati con le professioni sanitarie (es. Punto Unico d’Accesso, Case Manager, Assistenza Domiciliare);
- ▲ coinvolgimento nelle iniziative formative dell’Ordine della Regione Lazio e dell’Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali, di Assistenti Sociali di altre Aziende sanitarie, di docenti delle Università convenzionate con l’ASL RMA.
- ▲ accreditamento presso l’Ordine degli Assistenti Sociali di tutte le iniziative formative, secondo il Regolamento dell’Ordine Nazionale per la formazione continua.

24 Corso coordinato dall’AS Coord. dott.ssa Stefania Ricci

25 Corso co-gestito dal SSP e dal SAI (Servizio Assistenza Infermieristica) ottobre 2011 coordinato dal Dirigente del SSP, A.S. dott. Paolo Marchetti e dall’Inf. Dirigente Dott. Claudio Angeloni

26 P. MARCHETTI, *Il processo metodologico, La Riforma Sanitaria e lo Stato Sociale*, in M. Cortigiani, (a cura di) *L’Assistente Sociale e i suoi campi di intervento*, Editore Phoenix, Roma, 2002

27 F. FERRARIO, *Le dimensioni dell’intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996



La collaborazione con l'Ordine Regionale ha permesso di far conoscere i nostri lavori alla comunità professionale più estesa. Infatti, l'Ordine ha pubblicato sulla propria rivista gli atti del corso "*La famiglia. Le funzioni ed il ruolo della professione di Assistente Sociale nel contesto socio-familiare*"²⁸. Inoltre, ha dato il proprio assenso alla pubblicazione del manuale sulla *diagnosi sociale* su cui stiamo lavorando.

4.1.1. Diagnosi sociale

La Dirigenza del SSP ha individuato tra gli obiettivi formativi prioritari per gli Assistenti Sociali, l'approfondimento degli strumenti di diagnosi psicosociale²⁹ in un'ottica sia di omogeneizzazione delle pratiche professionali che d'integrazione nel lavoro mono/pluridisciplinare. A tal riguardo il SSP ha realizzato un corso di approfondimento sull'applicazione degli strumenti diagnostici in ambito sociale³⁰.

I contenuti delle giornate formative hanno riguardato:

- ▲ le tecniche diagnostiche dell'area sociale (previste nel DSM IV, ICD10, ICF Scale di valutazione, questionari, genogramma, check list etc.) con focus sui fattori di rischio e fattori protettivi;
- ▲ esercitazioni pratiche attraverso laboratori con tutor di riferimento;
- ▲ monitoraggio di gruppo in sede distrettuale con tutor di riferimento;
- ▲ valutazione delle tecniche diagnostiche sperimentate in un'ottica di diagnosi multidimensionale a tutela dell'unitarietà della persona.
- ▲ miglioramento delle capacità relazionali e comunicative in tema di confronto professionale interdisciplinare.

Collegata con gli obiettivi di cui sopra è la catalogazione e revisione dei criteri diagnostici psicosociali utilizzati dalle Unità Valutative Multidimensionali e nelle équipe multidisciplinari dei servizi aziendali (es. Commissioni L.104/92 e L. 68/99, Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) Centri di Assistenza Domiciliare (CAD), U.V.M. Centri di riabilitazione, Dipartimento Salute Mentale (DSM), Disabili Adulti, Consultori, Tutela Salute Mentale e Riabilitazione

28 BLASI M., CAVALLI S., LAURICELLA C. (a cura di) *La Famiglia*, Rivista Ordine Assistenti Sociali del Lazio "Composizioni Sociali", N. 5 - luglio 2009

29 MARCHETTI P., MANSI DIFRANCESCO R. *Primo colloquio di accoglienza di Servizio Sociale. Valutazione degli indicatori di rischio psicosociale. Diagnosi: l'asse cinque psicosociale dell'ICD 10*, in Rivista Ordine Assistenti Sociali del Lazio "Risorse", n° 1 Marzo/Aprile, Roma, 2001

30 Corso novembre 2010- febbraio 2011 Coordinatore AS dott.ssa Giuseppina Mostardi, curato dagli AA.SS. dott.ssa Antonella Valentini, dott.ssa Cristina Lauricella, dott.ssa Rosaria Mansi Difrancesco, dott.ssa Lucia Mastroianni, dott.ssa Francesca Piccolo, dott.ssa Antonella Cristella.



in Età Evolutiva (TSMREE), Servizi per le Tossicodipendenze (SERT), Medicina Penitenziaria e delle valutazioni effettuate all'interno di linee di attività integrate con i Municipi: Gruppi Integrati di Lavoro (GIL) Minori, GIL Adozioni, Assistenza domiciliare per minori e per disabili, commissioni aiuti economici, etc.).

Nel 2008, ad esempio, di concerto con la U.O.C. Medicina Legale, sono state catalogate e ridefinite le procedure e la scheda sociale diagnostica utilizzate dalle Commissioni per il riconoscimento della condizione di handicap L. 104/92 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e L. 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"³¹.

4.1.2. Supervisione tirocini universitari

IL SSP ha ritenuto prioritario conoscere, riorganizzare e sviluppare l'area della supervisione dei tirocini, superando la prassi individualistica e colmando l'assenza di una programmazione aziendale. Si è cercato, così, di definire nuovi contenuti e metodologie professionali partendo dall'esperienza operativa, al fine di valorizzare l'alta competenza professionale, metodologica e relazionale dei Supervisoristi Assistenti Sociali e allo scopo di favorire e promuovere un più proficuo scambio tra il mondo dei servizi e quello accademico e di ricerca delle Università⁷¹.

Tale finalità è stata perseguita attraverso una revisione e uno sviluppo delle convenzioni tra l'Azienda e le Università, in collaborazione con la U.O. Formazione aziendale.

Questo lavoro in progress ha avuto un primo momento di sintesi nel 2011 con il corso sulla supervisione dei tirocini³². Quest'ultimo ha visto la partecipazione di Docenti delle Università, dell'Ordine Professionale Regionale e Nazionale, degli Assistenti Sociali dei Municipi, del III Settore, del Ministero di Giustizia Area Minori e del Policlinico Umberto I.

Le principali proposte operative emerse alla conclusione del corso per il miglioramento delle metodologie e dei contenuti professionali nelle supervisioni agli studenti dei corsi di laurea di base e magistrale, sono in corso di sperimentazione a partire dall'anno accademico 2011-2012.

Inoltre, si stanno sviluppando i rapporti con le Università per incentivare le collaborazioni di ricerca e di scambio tra le esperienze accademiche e quelle pro-

31 L. BRIZZI, C. CANNONI, *Servizio Sociale Professionale e Medicina Legale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2010

32 Il corso coordinato dall'AS Coord. dott.ssa Stefania Ricci, curato dagli AA.SS. dott.ssa Natalina Angius, dott.ssa Lucia Mastroianni, dott.ssa Antonella Palmieri, dott.ssa Carla Porziani, dott.ssa Stefania Tonetti, dott. Alfredo Varone, è stato realizzato a cavallo degli anni 2010-2011.



fessionali sul campo, anche attraverso laboratori sperimentali (ad es. i laboratori sulla diagnosi sociale e sul trattamento sociale, etc.), in collaborazione con la U.O.C. Formazione.

4.2. Flussi informativi sulle prestazioni sociali.

Da una prima analisi effettuata dal SSP sui flussi informativi delle prestazioni sociali professionali, è emersa una serie di definizioni talvolta disomogenee tra i diversi Servizi Socio-Sanitari. Mancavano definizioni comuni persino per le prestazioni più importanti, mentre alcune voci erano generiche e poco significative.

Il problema più rilevante è che le prestazioni sociali non sono presenti nel nomenclatore sanitario della Regione Lazio³³, per cui non sono né rilevate né tantomeno remunerate.

I dati raccolti relativi alle prestazioni sociali erogate da alcuni servizi A.S.L. (es. SERT, DSM, Consultori, CAD, Ospedali, ecc.), e trasmessi periodicamente all'Agenzia di Sanità Pubblica (A.S.P.) della Regione Lazio, hanno un valore epidemiologico parziale e non rendono la complessità degli interventi socio-sanitari integrati.

Per tali motivi, in accordo con la Direzione Sanitaria, il SSP ha effettuato un riesame analitico di tutte le prestazioni sociali erogate nei servizi aziendali. Sono stati individuati sei aspetti critici:

- a) la disomogeneità nelle definizioni di stesse prestazioni professionali erogate in diversi servizi, che rendeva difficile una loro sistematizzazione, confrontabilità ed utilizzo a fini epidemiologici;
- b) la presenza di prestazioni riconducibili all'A.S. ma effettuate anche da altre figure professionali (es. riabilitazione psicosociale, accoglienza, colloquio);
- c) il rischio di genericità delle macro voci riassuntive, veri e propri calderoni con dentro voci diverse ed indistinte³⁴;
- d) la mancanza di parametri qualitativi delle prestazioni sociali e di pa-

33 MARCHETTI P., *Proposta di tariffario delle prestazioni professionali sociali nelle AUSL*, in Rivista Ordine Assistenti Sociali del Lazio "Risorse", n° 1, Gennaio/Febbraio, Roma, 1998

34 Ad esempio: molti servizi riassumono le voci delle diverse prestazioni sociali in due grandi categorie: 1) numero colloqui sociali (suddivisi in: struttura e extra struttura); 2) altro, esclusi colloqui sociali. Appare evidente che nella macro-voce "altro" possono essere compresi sia il numero "colloqui telefonici con utente a fini informativi" che il numero delle "indagini psicosociali sui minori, richieste dall'Autorità Giudiziaria". E' come se, per le prestazioni mediche ci fossero due voci riassuntive: numero "visite mediche" e "altro", dove potrebbero sommarsi il numero dei certificati a fini sportivi e il numero di operazioni al cuore.



- rametri relativi ai tempi necessari per erogare determinate prestazioni;
- e) la difficoltà ad incrociare il numero e la tipologia delle prestazioni sociali erogate con il numero degli utenti ed i loro bisogni;
 - f) la mancata rilevazione delle attività sociali attinenti ai progetti d'integrazione socio-sanitaria³⁵.

Il SSP ha iniziato, pertanto, attraverso l'individuazione di un gruppo di lavoro³⁶, una revisione attenta di tutte le prestazioni sociali e una definizione precisa di ciascuna attività professionale. Tale lavoro, considerato tra le azioni prioritarie, è stato inserito negli obiettivi di budget 2007.

È stato effettuato sia un lavoro di ridefinizione delle prestazioni di base comuni agli AA.SS. di tutti i servizi (ripercorrendo le fasi del processo d'aiuto - *accoglienza*³⁷, *diagnosi sociale*³⁸, *trattamento*³⁹-) che una loro articolazione specifica legata alle diverse competenze istituzionali di ogni singolo servizio (prestando una particolare attenzione alla fase trattamentale).

Nell'anno 2008, nell'ambito degli obiettivi di budget concordati, è stata effettuata la sperimentazione di schede cartacee per la rilevazione delle prestazioni sociali in ciascun servizio.

Nel 2009 il SSP ha proposto di informatizzare il proprio prontuario delle prestazioni sociali e di inserirle nei flussi informativi aziendali. L'Ufficio RECUP aziendale ha presentato il prospetto al RECUP regionale; quest'ultimo ha confe-

35 Solo nel 2003-2004, su richiesta della Regione Lazio, è stata effettuata la rilevazione sistematica dei progetti integrati socio-sanitari raccogliendo i dati riguardanti gli AA.SS. referenti, gli operatori partecipanti ai progetti, il n° di utenti coinvolti, i costi delle risorse umane e strumentali ed i risultati raggiunti.

36 Composto dal Dirigente del Servizio dott. Paolo Marchetti e dalle P.P.OO. Assistente Sociale. dott.ssa Graziella Pianu e dott.ssa Silvana Mazzoni.

37 Comprende attività informativa e/o di orientamento non necessariamente finalizzata alla presa in carico; può essere rivolta a utenti, familiari, gruppi, colleghi e altri servizi.

38 Individuale, di coppia, familiare. Comprende: apertura della cartella sociale; anamnesi personale e familiare; analisi e lettura della domanda, con valutazione della rete relazionale e sociale dell'utente attraverso la conoscenza diretta del contesto di vita. Strumenti: protocolli diagnostici psicosociali; visita domiciliare. Obiettivi: verifica delle prime ipotesi; individuazione delle risorse individuali e sociali; formulazione del piano di trattamento sociale.

39 Intervento strutturato volto ad affrontare situazioni di disagio psicosociale e a ridurre i rischi di emarginazione ed esclusione. Finalità: superamento delle difficoltà d'integrazione nel contesto relazionale, familiare e sociale; apprendimento di capacità autonome di migliore uso delle risorse personali e sociali disponibili; attivazione del sistema di rete tra i servizi potenzialmente coinvolti. Strumenti: "contratto terapeutico" con l'utente, con definizione di obiettivi, durata del trattamento, frequenza degli incontri e delle verifiche periodiche; colloqui con tecniche specifiche; riunioni di équipe.



rito la valutazione di congruità al documento ed ha proceduto alla codifica delle prestazioni sociali per il loro inserimento nel programma regionale. L'ASL RM A è stata la prima Azienda nella Regione Lazio ad ottenere questo importante riconoscimento.

E', inoltre, allo studio la costruzione d'indicatori psicosociali⁴⁰ per valutare i bisogni emergenti e verificare l'appropriatezza delle prestazioni sociali e il loro grado di efficacia.

Per raggiungere l'obiettivo di cui sopra, a settembre 2009 il Dirigente del SSP ha previsto che il "gruppo di lavoro" di AA.SS.⁴¹, partecipasse al corso di formazione organizzato dal Recup aziendale.

Nel biennio 2010/2011, in collaborazione con il RECUP aziendale, è stata portata avanti la sperimentazione attraverso l'informatizzazione delle prestazioni sociali erogate ad ogni singolo utente ed il trattamento dei relativi dati nei flussi informativi.

Negli stessi anni, attraverso la realizzazione del corso sulla diagnosi sociale, è iniziata la sperimentazione della *scheda sociale informatizzata* che andrà a far parte della cartella clinica individuale.

La prossima fase prevede la tariffazione delle prestazioni sociali e la richiesta del loro inserimento nel prontuario sanitario regionale.

4.3. Gestione e prevenzione del rischio nei servizi socio-sanitari ASL. Tra tutela dell'utente e del professionista.

L'esigenza di affrontare il problema del rischio nei servizi sociosanitari nasce dalla sempre maggiore responsabilità e complessità dell'intervento professionale degli Assistenti Sociali in tutti gli ambiti in cui opera.

Manca a tutt'oggi uno studio sistematico sul rischio collegabile direttamente o indirettamente all'attività degli Assistenti Sociali.

Pertanto, la Dirigenza del SSP, nell'ottica di favorire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, dedica un'attenzione concreta e specifica alla sicurezza nelle organizzazioni socio-sanitarie. A tal fine, il Dirigente ha pro-

40 P. MARCHETTI, *Rapporto 2001 sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza nella Regione Lazio*, Osservatorio Regionale sull'Infanzia e l'Adolescenza, Assessorato alle Politiche per la Famiglia e i Servizi Sociali Regione Lazio, Dipartimento Interventi Socio-Sanitari Educativi, 2001;

41 Distretti 1-2-3-4 Assistente Sociale dott.ssa Eleonora Gangere, dott.ssa Stefania Tonetti, dott.ssa Valeria Poloni, dott. Paolo Savoirdi e per il DSM Assistente Sociale dott.Gianni Panzieri, dott.ssa Cristina Lauricella, dott. Alfredo Varone, dott.ssa Carla Porziani.



mosso la partecipazione di un proprio delegato⁴² alla Commissione Rischio Clinico aziendale.

Si vuole, quindi, incoraggiare lo sviluppo di una cultura professionale orientata all'apprendimento dall'errore, alla prevenzione degli incidenti, all'adozione di buone pratiche tecnico-professionali nei vari ambiti di espressione del rischio per il cittadino-utente⁴³.

Il processo di gestione del rischio passa attraverso la sua identificazione, analisi (studio dell'incidente e delle sue cause), monitoraggio, trattamento e prevenzione. Quest'ultima viene realizzata attraverso l'utilizzo di specifici strumenti (es. raccolta dati, mappe di frequenza dell'evento negativo, strumenti di progettazione, ecc.). A tal fine, tutti gli Assistenti Sociali sono periodicamente chiamati a inviare report di situazioni valutate dagli stessi ad alto/medio/basso rischio.

Nell'ambito della tutela delle risorse umane, dalle verifiche effettuate dal SSP nei diversi servizi, sono emerse numerose e significative situazioni di rischio, a volte anche grave, che gli AA.SS.⁴⁴ si trovano ad affrontare nel normale esercizio della propria attività professionale; in particolare:

- aggressioni di utenti verbali e/o fisiche con conseguenti danni fisici e/o psicologici all'operatore;
- minacce personali o alla propria famiglia;
- danneggiamenti di autovetture di proprietà degli operatori;
- denunce penali per l'attività professionale svolta.

È emersa predominante la condizione d'isolamento degli operatori coinvolti nelle suddette situazioni ed, in particolare, quando si vedono implicati in procedimenti penali e/o civili nell'ordinario svolgimento della propria attività. Essi, infatti, si trovano ad affrontare in prima persona tali difficoltà come se si trattasse di problemi di carattere personale anziché di servizio.

I rischi professionali sono talmente elevati che rappresentano una delle principali cause di stress e burn out per gli AA.SS.

La questione del burn out, ovvero del "bruciare" le energie psico-fisiche, è stata analizzata con grande attenzione, in particolare nei lavori di assistenza e di interfaccia diretta con il pubblico (Assistenti Sociali, infermieri, medici, ecc.) Il disagio è così riconosciuto all'interno di queste categorie di lavoratori che due

42 Dal 2009 l'A.S. dott.ssa Giuseppina Mostardi ha partecipato ai lavori della Commissione elaborando proposte e percorsi nel campo delle metodologie e delle prassi di SSP. Nel 2012 è stata sostituita dall' AS dott.ssa Stefania Tonetti.

43 A. BUSCEMI, a cura di, *Il risk management in sanità*, Franco Angeli, Milano, 2009

44 MARCHETTI P., QUERCIA P., LO GIUDICE E., *Sicurezza e Assistenti Sociali*, in Rivista Ordine Assistenti Sociali del Lazio "Risorse", n° 1 Marzo/Aprile, Roma, 2001



Società scientifiche (quella di Psicologia e Psicoterapia Relazionale e quella di Terapia Comportamentale e Cognitiva) chiedono l'approvazione di un disegno di legge per inserire queste professioni fra quelle usuranti.

Il SSP ha promosso azioni di tutela e sostegno agli Assistenti Sociali coinvolti nelle "situazioni di rischio", seguendo direttamente anche le pratiche di tutela legale presso l'Avvocatura dell'Azienda e adottando le decisioni di propria competenza a difesa degli operatori.

4.4. PUA-Segretariato Sociale integrato⁴⁵

Anticipando gli obiettivi della Delibera regionale 433/2007 rispetto alla costruzione dei **Punti Unici di Accesso integrati** tra Distretti ASL e Municipi, il SSP nel 2006, in attuazione di uno degli obiettivi di budget, ha elaborato un primo progetto di **segretariato sociale**⁴⁶ integrato da attuare con i **quattro Municipi** e con i rispettivi **Distretti**.

Il progetto precursore⁴⁷ prevedeva l'apertura di uno sportello di ascolto e orientamento ai cittadini nelle sedi distrettuali, in rete con i Servizi Sociali dei Municipi e con le "Porte sociali" del Comune di Roma. Era prevista la costruzione di un sistema informativo con un data base integrato contenente prestazioni codificate, procedure e modulistica per l'accesso ai servizi. Si voleva rendere maggiormente fruibile il sistema dei servizi socio-sanitari, socio-assistenziali pubblici, privati e del Terzo Settore per rispondere in modo appropriato agli specifici bisogni della cittadinanza.

Tale progetto ha avuto avvio dapprima nel III Distretto/Municipio, poi, è stato sviluppato nei laboratori di co-progettazione dei Piani di Zona degli altri tre Municipi sino ad evolversi negli attuali P.U.A.

Il progetto aziendale d'implementazione dei P.U.A. nei Distretti ha preso avvio nel 2008. Ha previsto un lavoro preliminare di analisi e revisione qualitativa dell'organizzazione del sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Fondamentale è stata l'organizzazione, da parte del SSP, di un corso sul campo⁴⁸

45 Secondo la L. 328/2000, la Delib.G.R. Lazio 433/2007, come previsto dal DPCA 18/2008, recepito dal Piano Attuativo Locale aziendale e confermato dalla Delibera Regione Lazio 165/2011 sulle direttive per l'attuazione dei PUA..

46 V. FABBRI, A. LIPPI, *Il segretariato sociale. Storia e modelli organizzativi*, Roma, Carocci, 2007

47 A cura degli AA.SS. dott.ssa Stefania Ricci e dott.ssa Mariadele Blasi.

48 Corso 2008 coordinato dall'AS Coord. dott.ssa Stefania Ricci, curato dagli AA.SS. dott.ssa Lucia Mastroianni, dott.ssa Antonella Valentini, dott.ssa Rosaria Mansi Difrancesco, dott.ssa Cristina Lauricella.



con la partecipazione di AA.SS., Infermieri e Terapisti e, successivamente, la nomina, in accordo con i Direttori dei Distretti, di un Coordinatore Sociale⁴⁹ per l'organizzazione stessa dei PUA. Le azioni programmatiche sono state sempre orientate al raggiungimento di un funzionale raccordo con la U.O.C. Servizio Infermieristico.

L'obiettivo che abbiamo voluto perseguire è stato quello di superare la cultura dei servizi settorializzati e legati a logiche prestazionali e di individuare percorsi socio-sanitari integrati tra i diversi servizi territoriali (dell'ASL, dei Municipi, ospedalieri, dei Medici di Medicina Generale, delle Associazioni e del volontariato) al fine di ricomporre l'unitarietà bio-psico-sociale della persona e tutelare i suoi diritti di salute.

Il P.U.A. si propone come un nuovo modo di intendere il sistema dei servizi e delle risorse del territorio e della comunità. Promuove la continuità assistenziale ospedale-territorio-rete dei servizi e la valutazione unitaria multidimensionale dei bisogni del cittadino-utente.

La costruzione dei P.U.A. è stata una opportunità per ripensare ai servizi, alle prestazioni ed ai rapporti con i cittadini nel loro contesto di vita; si è pensato ad un P.U.A. pro-attivo, "mobile" che possa essere presente anche nei punti di aggregazione sociale e non solo nelle sedi istituzionali.

4.5. Servizio civile.

Il coordinamento delle attività attinenti al Servizio Civile è stato affidato dall'Azienda al SSP che fin dalla procedura di accreditamento ne aveva promosso l'attivazione aziendale.

Il gruppo di lavoro "Servizio Civile"⁵⁰ seleziona i progetti presentati dai servizi e ne cura, in collaborazione con gli operatori e con i Dirigenti dei servizi interessati, la specifica elaborazione secondo le complesse metodologie progettuali⁵¹ previste nei manuali di partecipazione ai bandi regionali. I progetti selezionati ed condivisi dal Dirigente del SSP, vengono infine presentati alla Direzione Aziendale per l'approvazione conclusiva, ottenuta la quale vengono trasmessi alla Regione per la partecipazione ai bandi.

Inoltre, il SSP promuove la partecipazione degli AA.SS. impegnati nei proget-

49 Distretto 1°AS Coord. dott.ssa Rosaria Mansi Difrancesco, D.2° AS Coord. dott.ssa Cristina Lauricella, D. 3°AS Coord. Dott.ssa Stefania Ricci, D.4° AS Dott.ssa Antonella Valentini.

50 2009/2010 responsabile progetti AS dott.ssa Antonella Palmieri e per il 2011 responsabile AS dott.ssa Antonella Valentini, con la collaborazione dell'AS Dott.ssa Lucia Mastroianni.

51 L. LEONE, M. PREZZA, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999



ti di servizio civile ai corsi di aggiornamento organizzati dalla Regione sul tema in questione.

4.6 Case Manager

Una qualificata assistenza sanitaria e sociale integrata nel territorio centrata sulla persona è oggi un obiettivo irrinunciabile per il nuovo assetto sanitario, previsto nel Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010-2012 della Regione Lazio e per il rispetto dei Livelli Essenziali d'Assistenza.

Il PSR 2010/12 pone come obiettivo delle Asl la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per la gestione delle cronicità e la presa in carico di soggetti portatori di bisogni socio-assistenziali. Tali modelli sono pensati per facilitare l'accesso delle persone ai servizi appropriati, in particolare delle persone con fragilità psicosociali (es. Punto Unico d'Accesso, ecc.). E in tal senso la funzione di case manager è stata individuata come una delle modalità operative più efficaci per il perseguimento degli obiettivi innovativi del PSR.

Il ruolo di case manager è ben conosciuto nella teoria e nella prassi del SSP: dall'evoluzione storica dei modelli di case management inserita nel Dizionario di Servizio Sociale diretto dalla Prof.ssa Dal Pra Ponticelli⁵² a una delle definizioni aggiornate (2009) della Società Americana di Case Management (CMSA)⁵³.

Gli assistenti sociali svolgono spesso questa funzione all'interno dei propri servizi. Tale ruolo è più conosciuto con il nome di "Referente del caso", o meglio, della persona e della sua famiglia. frequente

Nell'esperienza dei servizi socio-sanitari le funzioni di case manager sono state affidate, dall'equipe dei servizi, primariamente all'Assistente Sociale. Ma, va detto che generalmente tale funzione non è mai stata formalizzata come una delle specifiche attività professionali dell'assistente sociale. Inoltre, vi è la consapevolezza che il ruolo di case manager può essere affidato anche ad altre professioni d'aiuto, secondo le situazioni e in base alla prevalenza delle competenze rispetto agli interventi contenuti nel PAI (Piano Assistenziale Individuale).

Il fatto che le normative regionali nel promuovere tale importante e innovativa funzione la ascrivono prevalentemente alla figura dell'infermiere, se da una

52 BORTOLI B., *Case Management*, in, DAL PRA PONTICELLI M. (diretto da), Dizionario di Servizio Sociale, Roma, Carocci, 2005

53 La definizione approvata nel 2009 dalla Società Americana di Case Management (CMSA) è la seguente: " *il case management è un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione, coordinamento, valutazione e cura, advocacy per opzioni e servizi per soddisfare i bisogni di salute globale dell'individuo e della sua famiglia attraverso la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere la qualità costo-efficacia dei risultati*".



parte rischia di disconoscere esperienze e competenze dell'assistente sociale per l'esercizio della funzione di case manager, dall'altra parte rischia di indurre l'errore di considerare, automaticamente, tutti gli infermieri preparati a svolgere tale delicata e complessa funzione.

A livello aziendale, il SSP ha aperto un confronto con la dirigenza del Servizio Infermieristico sul come gestire tale competenza ed evitare il rischio di conflitti interprofessionali. Dal confronto sono emerse analisi e azioni condivise.

Abbiamo condiviso l'esigenza che per avere figure professionali competenti in grado di rilevare e valutare il bisogno di assistenza, di personalizzare e umanizzare il processo di cura attraverso la costruzione di relazioni di fiducia, di orientare e garantire percorsi equi ed efficaci nei vari snodi della rete dei servizi, di perseguire la continuità assistenziale, è necessario realizzare un percorso formativo, per promuovere la cultura del Case Manager.

La riflessione tra i due Servizi ha creato le premesse per l'organizzazione di un primo corso integrato⁵⁴ promosso dal Servizio Infermieristico insieme al SSP che ha visto la partecipazione di assistenti sociali e infermieri e della Direzione Sanitaria.

Inoltre, il confronto ha stimolato anche l'approfondimento e la definizione più precisa dei contenuti e delle metodologie del case manager in ambito sociale, con specifico riferimento al lavoro di comunità.

Partendo, da alcune considerazioni di base che riguardano il professionista con funzioni di case manager⁵⁵ e la sua collocazione, si evidenzia che il case manager:

- ▲ è inserito in un servizio
- ▲ è "espressione" del servizio
- ▲ è individuato nel PAI dall'équipe del servizio
- ▲ lavora in sinergia con il care manager e l'équipe

La dirigenza del SSP ha poi promosso la costituzione di gruppo di lavoro⁵⁶ nell'area dove la problematica era più emergente: il Dipartimento di Salute Mentale.

Il gruppo ha prodotto una prima proposta di schema di attività sociali per

54 Corso ottobre 2011 coordinato dal Dirigente del SSP, assistente sociale, dott. Paolo Marchetti e dall'infermiere Dott. Claudio Angeloni, con la partecipazione, in qualità di relatori, degli assistenti sociali dott.ssa Stefania Ricci, dott.ssa Antonella Valentini.

55 Dalla relazione dell'assistente sociale Dott.ssa Valentini al corso sul case manager sociale e infermieristico.

56 Gruppo di lavoro coordinato dalla P.O. DSM AS dott. Gianni Panzieri con gli AA.SS. dott. ssa Cristina Lauricella, dott.ssa Antonella Palmieri, dott. Giorgio Rosini, dott. Alfredo Varone



aree di intervento che, associate tra loro, in tutto o in parte, possono identificare, a nostro parere, l'esercizio delle funzioni di case manager sulla specifica situazione di aiuto alla persona:

- ▲ *Area Lavorativa*: centri per l'impiego, providers/fornitori di servizi; municipi per le borse lavoro, cooperative sociali, collocamento aziende;
- ▲ *Area Di Tutela*: amministratore di sostegno, tribunale penale, tribunale civile Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
- ▲ *Area Reinserimento Sociale*: riabilitazione diffusa, soggiorni, gruppi auto mutuo aiuto, associazioni volontariato, inserimento corsi Università Popolare di Roma (UPTER);
- ▲ *Area Residenzialità*: Municipi, CAD, strutture assistenziali, Esercito della Salvezza, etc;
- ▲ *Area Socio-Economica*: Commissione sussidi, Enti previdenziali, Patronati, Municipi
- ▲ *Area Emergenza Sociale*: Nuclei Assistenza Emarginati (NAE) della Polizia Municipale, Autorità giudiziaria, Sala operativa sociale S.O.S. per le emergenze sociali Comune di Roma , Caritas.

Il gruppo ha ribadito l'importanza della funzione del case manager come strumento di ottimizzazione e attivazione di tutte le risorse interne ed esterne necessarie a favorire il reinserimento sociale dei pazienti in carico.

Tale funzione, ricordiamolo, è rivolta prevalentemente a situazioni multiproblematiche individuali, familiari e di gruppo.

L'assistente sociale che assume il ruolo di case manager deve conoscere la persona, aver effettuato una valutazione diagnostica sociale, aver condiviso il progetto con l'equipe all'interno del PAI, aver concordato un contratto con la persona sul PAI e deve mantenere un costante rapporto con gli altri operatori dell'equipe.

5. CONCLUSIONI

L'istituzione dell'U.O. di SSP e le iniziative intraprese anche nell'ambito formativo, hanno rafforzato il senso dell'identità professionale, hanno ridotto l'isolamento di molti colleghi e hanno permesso, attraverso l'informazione e la partecipazione, maggiori opportunità di scambio e crescita professionale.

La ridefinizione, ad esempio, delle prestazioni sociali in tutti i servizi, ha contribuito a migliorare la consapevolezza del proprio ruolo professionale nel lavoro



d'equipe e ha consolidato l'autostima professionale.

Inoltre, le iniziative del SSP hanno conferito maggiore visibilità interna ed esterna al servizio stesso portando a conoscenza le attività professionali complesse svolte dagli Assistenti Sociali a favore della popolazione più fragile e multiproblematica.

Nei confronti dei cittadini-utenti il SSP ha contribuito a sviluppare il miglioramento della qualità delle prestazioni nei servizi a partire dall'accoglienza e dall'ascolto al cittadino ad esempio facilitando il suo accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali e sanitarie attraverso i P.U.A.

Inoltre, ha promosso lo sviluppo di progetti integrati socio-sanitari a favore della popolazione più disagiata di concerto con i servizi sociali municipali e le associazioni di volontariato.

L'Assistente Sociale svolge un ruolo di "ricognitore" dell'esistenza di reti e "attivatore continuo" delle reti conosciute e potenziali:

1. della rete di relazioni, anche all'interno della stessa equipe e tra le diverse professioni, al fine di mantenere la visione unitaria dell'utente e del progetto;
2. della rete dei servizi, sia pubblici sia del privato sociale;
3. della rete delle risorse, sia della comunità sia delle reti sociali primarie: familiari, parentali, amicali, di lavoro, di vicinato ⁵⁷ e anche della rete di risorse dei singoli individui e delle loro capacità autonome, pur nei limiti e nelle potenzialità della interdipendenza ⁵⁸.

La presenza della figura dell'Assistente Sociale nei servizi socio-sanitari delle ASL,

messa a dura prova dal blocco pluriennale delle assunzioni, arricchisce i servizi all'utenza della socializzazione e concorre alla riduzione del rischio di una loro medicalizzazione, cioè di un ritorno al concetto di cura inteso prevalentemente come trattamento clinico psicoterapico e farmacologico, in assenza del contesto di vita ⁵⁹.

Ci piace concludere con una citazione di Saraceno, direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'OMS il cui significato può valere per tutte le aree assistenziali della sanità e non solo per la salute mentale:

"Moltissime psicosi croniche migliorano grazie a interventi di riabilitazione psicosociale, ivi compreso l'avvio ad esperienze di lavoro o il passaggio da ricoveri in istituzioni alla residenza in strutture abitative protette. L'accompagnamento

57 FOLGHERAITER F., *Operatori sociali e lavoro di rete*, Trento, Erickson, 1990, p. 135.

58 SPINELLI E., *Se il matto non sparisce...*, Milano, Franco Angeli, 1995, p. 43.

59 SANICOLA L., a cura di, *La salute mentale e il SSP*, Napoli, Liguori, 1997, p. 13.



sociale di molti pazienti psichiatrici ha, inoltre, un effetto positivo sulle famiglie, in quanto ne alleggerisce il carico emotivo e fisico. Dunque il sociale non è un corollario o una dimensione susseguente temporalmente o parallela al trattamento medico. E' parte integrante del trattamento. Non ha senso la "querelle" tra la cura sanitaria e l'assistenza sociale, senza la dimensione sociale si avrà semplicemente una "cattiva cura", una "terapia inadeguata".⁶⁰

60 SARACENO B., *Salute mentale fra sanitario e sociale: un'inutile querelle*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n° 7, 1999, p. 1-3.



BIBLIOGRAFIA

1. A. BARTOLOMEI, A.L. PASSERA, *L'Assistente Sociale. Manuale di Servizio Sociale Professionale*, CicRe, Roma, 2000
2. A. BATTISTELLA, U. DEAMBROGIO, E.RANCI ORTIGOSA, *Il piano di zona*, Carocci, Roma, 2004
3. B. BORTOLI, *Case Management*, in , M. DAL PRA PONTICELLI, diretto da, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005
4. A. BUSCEMI, a cura di, *Il risk management in sanità*, Franco Angeli, Milano, 2009
5. L.BRIZZI, C.CANNONI, *Servizio Sociale Professionale e Medicina Legale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2010
6. A. CAMPANINI, F. LUPPI, *Servizio Sociale e Modello Sistemico*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988
7. C. CAPRINI, La progettualità e il lavoro di rete, in, *L'Assistente Sociale e i suoi campi di intervento*, a cura di, M. CORTIGIANI Phoenix, Roma, 2001
8. L. LEONE, M. PREZZA, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999
9. CESARONI, R. SEQUI, *Sistema informativo e servizi sociali*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997
10. M. CORTIGIANI, a cura di, *L'Assistente Sociale e i suoi campi di intervento*, Editore Phoenix, Roma, 2002
11. M. CORTIGIANI, *La supervisione nel lavoro sociale*, Editore Minotauro, Roma, 2005
12. M. CORTIGIANI, *Ripensare alla programmazione*, Editore Aracne, Roma, 2010
13. M. DAL PRA PONTICELLI , a cura di, *I modelli teorici del Servizio Sociale*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1985
14. M. DAL PRA PONTICELLI, diretto da, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005.
15. V. FABBRI, A. LIPPI, *Il segretariato sociale. Storia e modelli organizzativi*, Roma, Carocci, 2007
16. F. FERRARIO, *Il lavoro di rete nel Servizio Sociale*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992
17. F. FERRARIO, *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996
18. F. FOLGHERAITER, *Operatori sociali e lavoro di rete*, Erickson, Trento, 1990.
19. K. FORD, A. JONES, *La supervisione dei tirocini nel servizio sociale*, Erickson, Trento, 1991
20. L. LEONE, M. PREZZA, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999
21. P. MARCHETTI, *Il processo metodologico, La Riforma Sanitaria e lo Stato Sociale*, in, *L'Assistente Sociale e i suoi campi di intervento*, a cura di Cortigiani M., Editore Phoenix, Roma, 2002
22. P. MARCHETTI, *Rapporto 2001 sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza nella Regione Lazio*, Osservatorio Regionale sull'Infanzia e l'Adolescenza, Assessorato alle Politiche per la Famiglia e i Servizi Sociali Regione Lazio, Dipartimento Interventi Socio-Sanitari Educativi, 2001
23. P. MARCHETTI, *Proposta di tariffario delle prestazioni professionali sociali nelle AUSL*, in Rivista Ordine Assistenti Sociali del Lazio "Risorse", n° 1, Gennaio/Febbraio, Roma, 1998.



24. P. MARCHETTI, R. MANSI DIFRANCESCO, *Primo colloquio di accoglienza di Servizio Sociale. Valutazione degli indicatori di rischio psicosociale. Diagnosi: l'asse cinque psicosociale dell'ICD 10*, in Rivista Ordine Assistenti Sociali del Lazio "Risorse", n° 1 Marzo/Aprile, Roma, 2001.
25. P. MARCHETTI, P. QUERCIA, E. LO GIUDICE, *Sicurezza e Assistenti Sociali*, in Rivista Ordine Assistenti Sociali del Lazio "Risorse", n° 1 Marzo/Aprile, Roma, 2001.
26. E. NEVE, M. NIERO, a cura di, *Il tirocinio. Modelli e strumenti*, Franco Angeli, Milano, 1990
27. Ordine Assistenti Sociali Lazio, Rivista Composizioni Sociali, *La Famiglia*, a cura di, BLASI M., CAVALLI S., LAURICELLA C., N. 5- luglio 2009.
28. M. PAYNE, *Case management e servizio sociale. La costruzione dei piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità*, Erikson, Trento, 1998
29. G. PIANU, S. CAVALLI, S. NEUDAM, a cura di, *Famiglie in mutazione: la famiglia adottiva*, Franco Angeli, Milano, 2008
30. L. SANICOLA, a cura di, *La salute mentale e il Servizio Sociale Professionale*, Napoli, Liguori, 1997.
31. B. SARACENO, *Salute mentale fra sanitario e sociale: un'inutile querelle*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n° 7, 1999.
32. E. SPINELLI, *Se il matto non sparisce...*, Milano, Franco Angeli, 1995.
33. E. SPINELLI, *Immigrazione e Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005
34. M.T. ZINI, S. MIODINI, *Il colloquio di aiuto. Teoria e pratica nel Servizio Sociale*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997



QUALE FUTURO PER IL SERVIZIO SOCIALE IN SANITÀ

M. Patrizia Favali e Fausto Poleselli

Come ci ricordano Diomede Canevini e Neve, il Servizio Sociale può essere considerato disciplina, professione, metaistituzione, arte. Infatti è disciplina all'interno delle scienze sociali, professione esercitata dagli assistenti sociali, arte in quanto necessita di capacità innovativa e creatività e infine metaistituzione.

“In quanto metaistituzione il Servizio Sociale costituisce una delle risorse, inserita nel sistema organizzato e integrato dei servizi sociali (...), che la società predispone per aiutare persone, famiglie, gruppi, comunità in difficoltà (...) . In questa prospettiva il s.s. diviene uno strumento fondamentale di osservazione e di rilevazione della domanda e del bisogno umani, ne consente l'interpretazione per orientare le scelte di politica sociale, la programmazione, la pianificazione e la valutazione dei servizi sociali, specie su scala locale.”¹

Abbiamo analizzato finora il Servizio Sociale nelle ASL del Lazio, considerando appunto una metaistituzione, abbiamo esaminato l'attuale strutturazione organizzativa e il processo di istituzionalizzazione di cui sono protagonisti gli assistenti sociali delle ASL del Lazio.

Contemporaneamente, però, ci è apparsa chiara la necessità di considerare anche il significato etimologico opposto del termine 'meta'.²

Questo termine, difatti, sta ad indicare una certa propensione per il futuro e, nelle sue varie accezioni può essere identificato con concetti quali: mutamento, modificazione, posteriorità, successione, trasposizione, superamento dei limiti.

Troviamo, allora, opportuno coniugarlo con un termine di segno complementare, quello che tende a valorizzare l'attuale, cioè l'istituzionalizzazione, come punto di partenza per il futuro.

Bisogna, in altri termini, sforzarci nel tenere insieme i due aspetti evolutivi della realtà per evitare proiezioni e slanci futuristici in assenza di solide radici.

La presenza degli assistenti sociali nella Sanità pubblica può essere fatta risalire a quando, in base all'art. 38 della Costituzione,³ lo Stato iniziò ad organizzarla

1 M.Diomede Canevini, E. Neve, Servizio Sociale, in M.Dal Pra Ponticelli (diretto) *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma, 2005, pg 593.

2 F. Sabatini, V. Colletti, *Dizionario Italiano*, Firenze, Giunti Gruppo Editoriale, 1997.

3 La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.



come risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Ma nonostante tutte le modifiche intervenute e il processo attivato, in cui ci eravamo per lo più riconosciuti, conclusosi idealmente con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, il punto di vista di cui siamo portatori non ha trovato per anni pieno riconoscimento.

Molti sono stati i fattori intervenuti, una preponderante medicalizzazione, la nostra collocazione contrattuale nel comparto, solo per citarne alcuni.

La risposta a questa marginalizzazione l'abbiamo individuata appunto in un Servizio Sociale organizzato, che potesse sinergicamente contrastare la parcellizzazione della nostra collocazione in tanti diversi contesti di lavoro e che ci garantisse l'autonomia rispetto alla dirigenza, non solo per operare con quell'autonomia tecnico-professionale e di giudizio, che le leggi ci riconoscevano con sempre maggiore chiarezza, ma anche per orientare le scelte di politica sanitaria e la programmazione almeno a livello locale.

Alle intuizioni dei primi anni '90 sono poi seguite delle esperienze, che pur tra luci ed ombre hanno rafforzato la nostra convinzione che questa fosse la strada giusta da perseguire.

La legge 251/00 e le successive modifiche, che ci hanno riguardato, hanno riconosciuto anche agli assistenti sociali, come alle altre professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, la possibilità di essere dirigenti e hanno dato un forte impulso alla costituzione del Servizio Sociale in Sanità, confermando e ratificando le esperienze che da più parti erano state intraprese.

In questo quadro il documento prodotto dal Tavolo tecnico istituito presso il Ministero della Salute nel 2010 (che purtroppo è ancora in attesa di essere ratificato dalla Conferenza Stato-Regioni) sancisce in modo chiaro l'esistenza del Servizio Sociale Professionale, quale struttura organizzativa e funzionale della Sanità.

Analizzare e documentare le esperienze fatte è l'intento esplicito di questo numero monografico; ciò ci consente ora di poter cercare e tracciare delle direttive per il futuro. Le indicazioni non possono essere complete e non devono essere definitive, ma speriamo di poter individuare il nostro nord, quello che guardando la bussola aiuta l'esploratore a trovare la via.

Per questo è utile ripartire dagli elementi emersi dalla ricerca effettuata, elementi, lo ricordiamo, emersi se pur in maniera più o meno accentuata in tutti i contesti analizzati e che possiamo considerare delle invarianti dell'attuale organizzazione di Servizio Sociale nelle ASL Laziali.

Sul versante delle criticità si è potuto riscontrare:



- ▲ il raro e limitato accesso alla gestione dei processi produttivi,
 - ▲ lo scarso accesso alla gestione strategica dell'azienda,
 - ▲ l'apparente scarsa richiesta delle aziende di assunzione di gestione delle incertezze,
 - ▲ il riconoscimento di competenze collettive mediato da variabili di tipo personale,
 - ▲ la predilezione di forme organizzative scarsamente strutturate.
- Accanto a questi elementi critici è possibile però enucleare aspetti positivi che è utile non sottovalutare
- ▲ il quadro normativo relativamente favorevole, di cui abbiamo già accennato
 - ▲ la generale situazione di crisi riorganizzativa a livello istituzionale/aziendale, con il conseguente incentivo al cambiamento,
 - ▲ la maturazione e la crescita delle esperienze e delle sperimentazioni in ambito professionale,
 - ▲ una più organica e condivisa riflessione sui temi organizzativi, che pensiamo e speriamo di aver evidenziato con la pubblicazione di questo numero.

La generale crisi che interessa l'intera Sanità pubblica potrebbe lasciar spazio a delle proposte innovative da mettere in campo, come professione, a partire, per esempio, da una attenta riflessione e valorizzazione delle sperimentazioni professionali in atto.

Proprio l'attuale quadro organizzativo e la situazione, per certi versi confusa e controversa in cui tutta la Sanità pubblica si trova, potrebbero allargare paradossalmente la nostra possibilità di contribuire, da protagonisti, a una diversa visione delle politiche sanitarie e sociosanitarie.

In questo senso, con l'attenzione a costruire utili alleanze e sinergie, potrebbe risultare valorizzato il nostro apporto, si potrebbe implementare l'accesso alla gestione strategica dell'azienda (però anche direttamente collegandola alla strutturazione organizzativa raggiunta) nonché modificare la scarsa richiesta delle aziende di assunzione di gestione delle incertezze.

Questi aspetti meritano un'ulteriore approfondimento che ci dovrebbe consentire di individuare priorità in cui la nostra professione possa contribuire in modo peculiare e qualificante.

Tali ragguionamenti ci conducono a prendere in considerazione il fatto che la ricerca ha messo in luce il raro e limitato accesso alla gestione dei processi produttivi da parte del Servizio Sociale.

I nostri modelli operativi e i processi produttivi messi in atto sono nei fatti

già messi in discussione, ad esempio, dall'estrema scarsità di risorse umane, o dal fenomeno sempre più diffuso che vede assistenti sociali operanti su due o (addirittura) più ambiti di intervento.

Ripensare la nostra operatività come la nostra collocazione diventa una priorità dettata dalla crisi, ma anche prelude ad una possibile innovazione organizzativa in cui il Servizio Sociale avoca a sé la gestione diretta di processi produttivi. Questo non sarebbe sicuramente possibile in tutti gli ambiti di intervento, ma se non ci apriamo ad orizzonti nuovi, abbandonando in parte la nostra tradizionale cultura organizzativa, rischiamo di precluderci opportunità, che da una parte rafforzerebbero la nostra autonomia organizzativa e dall'altra ci consentirebbero, ottimizzando le risorse in campo, di offrire risposte più adeguate alla popolazione.

Per quanto riguarda la rilevanza delle variabili di tipo personale, che sappiamo importantissime, possiamo ipotizzare che stereotipi e immagine negativa legata agli assistenti sociali possano spingere a considerare capacità e competenze maggiormente personali più che professionali.

La consapevolezza di tali meccanismi dovrebbe giurarci ad un agire che non mortificando i talenti individuali, tenda a sottolineare ripetutamente e con convinzione l'appartenenza professionale. L'obiettivo dovrebbe essere la ricerca di un meccanismo virtuoso che pur valorizzando i singoli in un certo qual modo li trascenda: non è il singolo che dovrebbe essere inteso capace, ma la competenza e la cultura del gruppo professionale.

Per quanto riguarda infine la predilezione di forme organizzative scarsamente strutturate, fatti salve l'alta flessibilità e le migliori possibilità di integrazione funzionale, sembra necessario giungere a una strutturazione più definita, in cui, accanto a rapporti di collaborazione, siano previsti con chiarezza rapporti di dipendenza e stratificazione professionale. Ciò al fine di garantire e garantirci migliori visibilità ed interlocuzioni istituzionali.

In questo quadro, se condivideremo i miglioramenti messi in atto a partire dalle criticità evidenziate, potremmo definire proposte operative più puntuali, realizzabili e credibili.

Speriamo che il lavoro presentato possa essere considerato, come è nelle intenzioni dei curatori e dell'ordine, un'efficace premessa ad un necessario percorso di approfondimento e condivisione delle scelte di politica organizzativa che potranno consentire l'individuazione di modalità di implementazione nelle diverse realtà aziendali.

A questo punto lo sforzo deve diventare maggiormente collettivo e alimentarsi di esperienze ed intelligenze diffuse, avendo sempre più un occhio al processo comune più che alle sia pur apprezzabili fughe personalistiche.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

“FUNZIONI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN SANITÀ”

(Documento approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti il Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, per esaminare le problematiche connesse alla realizzazione nelle Aziende Sanitarie del Servizio Sociale Professionale in relazione a quanto previsto dalla Legge 251/00 e dalla normativa regionale di attuazione della stessa).

PREMESSA

La SALUTE è uno stato di pieno ben-essere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità. Il godimento di livelli il più possibili elevati di salute è uno dei diritti fondamentali d'ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, credo politico, condizione economica o sociale. (World Medical Association Bull. 1949/1- OMS)

Il bisogno di salute/benessere è complesso, necessita di interventi “curativi”/cure ed interventi “assistenziali/cure”: nel garantire l’appropriatezza dell’intervento tecnico sanitario e la continuità tra le cure primarie ed intermedie è necessario attivare un progetto individualizzato integrato di presa in carico, a predisposto a livello multidimensionale e multiprofessionale, in particolar modo per le persone “fragili”, appartenenti alle aree senescenza, disabilità, materno infantile, patologie psichiatriche e dipendenze, patologie ed infezioni HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie croniche - degenerative.

L’assistente sociale nella sanità è previsto dalla riforma ospedaliera del 1968 (legge 132/1968) – anche se si possono elencare molte esperienze “pilota” già dai primi anni ’60 - e la sua presenza strutturata è sancita dalla riforma sanitaria (legge n. 833/78), preceduta a sua volta da importanti leggi di settore, come la legge n. 405/1975 sui consul-



tori, la legge n. 685/1975 sulle tossicodipendenze, la legge n. 194/1978 sulla maternità ed interruzione di gravidanza, la legge n. 180/1978 sull'assistenza ai malati psichiatrici, a cui si aggiungerà successivamente la legge n. 104/1992 sull'assistenza e l'integrazione sociale delle persone disabili, legge in cui sono previste prestazioni sanitarie e sociali integrate fra loro che *“valorizzino le abilità di ogni persona e che agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità”*.

La legislazione più recente (il Dlgs n. 229/1999, seguito dai DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001, istitutivi dei LEA) introduce il concetto di prestazioni sociosanitarie (art. 3 - septies del Dlgs. 229/1999), definite come *“tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”*. Tale normativa coinvolge a pieno titolo la professione dell'assistente sociale, laddove si stabilisce che l'erogazione dei servizi e delle prestazioni avviene in seguito alla valutazione multidisciplinare, nel cui ambito la rilevazione e valutazione del bisogno emergente e sotteso è di stretta competenza dell'assistente sociale, finalizzata alla realizzazione di un piano di lavoro integrato che deve produrre il Progetto Assistenziale Individuale (PAi), come specificato dalla legge n. 328/2000, legge quadro, che individua i LIVEAS, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per la persona/ famiglia.

Con quest'ultima legge quadro lo Stato conferma la volontà di perseguire l'obiettivo della salute dei cittadini già dichiarato nella legge 833/1978, disponendo che gli interventi di natura sociale avvengano a forte integrazione con quelli sanitari. La legge n. 328/2000, all'art. 22, stabilisce che, tra i servizi essenziali che lo Stato è obbligato a garantire ai cittadini, vi è il Servizio Sociale Professionale. Servizio che riconosce la centralità delle competenze e delle funzioni dell'Assistente Sociale, professionista che si prende cura del disagio dell'individuo, della famiglia e/o della comunità e coniuga il mandato professionale, stabilito dalla legge e dal codice deontologico, con il mandato istituzionale di contribuire ad assicurare la salute della persona mediante l'individuazione e l'attuazione di azioni di protezione sociale tese a prevenire o a limitare i rischi connessi al disagio sociale che possano pregiudicare il pieno successo dei trattamenti sanitari o favoriscano l'instaurarsi della malattia.

La figura dell'Assistente Sociale è presente nei Servizi pubblici e privati accreditati del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nei servizi per la Salute Mentale, per le Dipendenze e le patologie correlate, per la Salute della donna e del bambino, per la Senescenza, la Disabilità e la riabilitazione negli adulti, nelle commissioni della medicina legale, negli ospedali e nelle altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate rivolte alle famiglie, ai minori ed agli adolescenti, alle persone adulte che per ragioni socio-economiche, culturali, sanitarie si trovano in situazione di difficoltà o a rischio di esclusione sociale ed emarginazione, alle persone disabili ed anziane.



A tale riguardo lo scopo di questa iniziativa è quella di individuare percorsi e azioni condivise per promuovere e valorizzare il Servizio Sociale Professionale nel Servizio sanitario nazionale, finalizzato ad una concreta riorganizzazione dei servizi nella logica di una corretta integrazione socio sanitaria nel territorio.

OBIETTIVI E PROPOSTE

Il Servizio Sociale Professionale assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione. Permette di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell'Assistente Sociale ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare.

Il Servizio Sociale Professionale nel Sistema Sanitario Nazionale ha il compito di mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e socio sanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, forma continuativa, anche con gli organismi del terzo settore e del volontariato, in conformità agli obiettivi di integrazione tra ospedale e territorio del vigente Piano Sanitario.

Il Servizio Sociale Professionale deve essere una struttura organizzativa e funzionale degli enti sanitari prevista nel Piano Sanitario Nazionale, nel Piano sanitario regionale, nel Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (Prr) e nel Piano organizzativo aziendale; il Servizio Sociale Professionale opera in sinergia con la Direzione Sanitaria ed Amministrativa per realizzare gli obiettivi del Piano sanitario regionale e della pianificazione strategica aziendale.

Il mandato del Servizio Sociale Professionale in Sanità è di attivare e prendersi cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione interna all'Azienda (Ospedale -Territorio) che esterna (EE.LL., privato convenzionato/accreditato, III e IV settore). La presa in carico della persona/famiglia deve essere effettuata nel suo territorio (Distretto Socio-Sanitario) per evitare che problemi sociali, culturali ed economici esistenti ostacolino il raggiungimento dell'obiettivo salute-benessere: la persona, con il sostegno dei servizi e della rete familiare e sociale in cui è inserita, potrà così attivare ogni risorsa utile, in riferimento al concetto di *empowerment*.

Il Servizio Sociale Professionale, come prevedono gli artt.1 e 7 della legge 251/00 va istituito e posto in staff alla Direzione di Azienda, Aziende sanitarie locali (Asl), Aziende ospedaliere, altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Aziende Universitarie, Policlinici Universitari, Strutture Pubbliche equiparate-Fondazioni, Istituti di



Ricerca etc.), nell'Atto di Autonomia Aziendale, in rapporto alla tipologia dell'Ente, attraverso la costituzione di strutture dirigenziali operative di Servizio Sociale Professionale, qualificate come unità organizzative, complesse o semplici. In queste strutture afferisce il personale appartenente al profilo della professione e personale di supporto. A tale proposito diventa strategico prevedere la figura dirigenziale dell'assistente sociale nell'ambito del Servizio Sociale professionale.

Da molti anni gli assistenti sociali della sanità collaborano coi colleghi dell'Ente Locale, convinti per primi che l'integrazione indispensabile fra sociale e sanitario generi salute/benessere: in alcune situazioni si tratta di consultazione reciproca, in altre di vera e propria collaborazione tecnica su casi multiproblematici, in altre ancora sono presenti tavoli di consultazione e protocolli operativi fra servizi, in genere promossi proprio dagli Assistenti Sociali. In quasi tutte le regioni si hanno livelli di integrazione *istituzionale, gestionale e professionale e partecipativa*, anche se con forme e gradi diversi.

Un contesto di integrazione sociosanitaria è operativo già da tempo, soprattutto in una cornice di rapporti informali, di codici condivisi, di buone pratiche, efficaci ma a livello professionale personale, non sempre regolamentato da norme specifiche nelle diverse regioni. E anche laddove le leggi vi sono, si fa fatica ad applicarle, considerato che nessuna legge regionale riconosce come essenziale ed obbligatoria l'istituzione del Servizio Sociale Professionale, lasciandolo troppo spesso alla discrezionalità delle Aziende.

Pertanto con questa iniziativa avanziamo sostanziale e concreta richiesta di: Inserimento a pieno titolo del Servizio sociale Professionale nel nuovo Piano Socio Sanitario, definizione della normativa di accesso alla dirigenza professionale, e diffusione del documento condiviso, nelle realtà regionali, sia in ambito istituzionale che sindacale, per essere di stimolo alla realizzazione di un nuovo modello organizzativo.

Detto ciò, entriamo nel merito su alcuni aspetti della integrazione socio sanitaria, sottolineando schematicamente anche alcuni riferimenti normativi già operativi.

L'emanazione contestuale della riforma sanitaria ter Decreto Dlgs n. 229/99 e della legge di riforma del Sistema Integrato dei Servizi Sociali n. 328/2000 hanno introdotto una modalità programmatica e di realizzazione di sistema integrato a rete, pertanto il servizio sociale professionale, che ha sempre rivestito un ruolo di garante degli aspetti sociali della persona con problemi sanitari, ha assunto sempre più una configurazione di snodo tra sistema sanitario e sistema sociale.

L'integrazione, nella sua declinazione ai diversi livelli, è un mezzo ed una condizione necessaria per raggiungere traguardi che richiedono una gestione condivisa e finalizzata di risorse disponibili ed è una condizione necessaria per passare dall'affermazione della centralità della persona a prassi operative, in grado di dare senso operante a questo



valore e a questa centralità. Pertanto l'integrazione di responsabilità e risorse si devono declinare ai diversi livelli:

- ❖ Istituzionale: si basa sulla necessità di promuovere collaborazione tra istituzioni diverse (in particolare le Aziende sanitarie, gli Enti Locali le Scuole, i Centri per l'impiego, il Ministero di Giustizia ecc), che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute; può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni, gli accordi di programma, i protocolli fra enti;
- ❖ Gestionale: si colloca a livello di struttura operativa, in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;
- ❖ Professionale: le condizioni necessarie sono.
 - Costituzione di Unità Valutative Integrate,
 - Gestione unitaria della documentazione,
 - Valutazione dell'impatto economico,
 - Definizione delle responsabilità nel lavoro integrato,
 - Continuità terapeutica ospedale-territorio,
 - Collaborazione tra strutture residenziali e territoriali,
 - Predisposizione di progetti assistenziali individualizzati ;
- ❖ Partecipativa: componente sempre più emergente nella Comunità Locale, mossa da istanze di solidarietà, di aiuto e di auto aiuto secondo il principio di sussidiarietà orizzontale, che ha saputo incontrarsi e collaborare con i decisori istituzionali, gestionali e professionali, garantendo risposte efficaci a bisogni complessi non solo delle persone e delle famiglie, ma anche delle stesse Comunità Locali.

Il Servizio Sociale Professionale in sanità lavora nei diversi livelli di integrazione: dalla predisposizione di protocolli d'intesa tra enti istituzionali, ai protocolli operativi di diversi percorsi di presa in carico per determinati bisogni di salute, alla predisposizione dei progetti individualizzati di presa in carico (ad esempio il PAI), il lavoro diretto con i cittadini, sino alla stretta promozione/collaborazione con l'associazionismo per favorire la presentazione delle istanze ai livelli precedenti.

E' evidente che si tratta di una riorganizzazione funzionale e operativa atta a garantire una risposta unitaria e globale che eviti soprattutto "sprechi sovrapposizioni e percorsi inutili", attraverso una razionalizzazione delle risorse, l'individuazione di percorsi assistenziali idonei e personalizzati con la corretta programmazione dei servizi.



Il Servizio Sociale Professionale, nella rete dei servizi sociali, sanitari e socio assistenziali, assume funzioni di accoglienza e orientamento, e in riferimento all'art. 22 della Legge quadro n. 328/00 la presa in carico della persona, della famiglia, del gruppo sociale, l'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, l'accompagnamento e l'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. L'assistente sociale, quindi, rappresenta la figura professionale titolata per promuovere garantire l'esigibilità dei diritti sociali, in grado di effettuare una diagnosi sociale e valutazione del bisogno.

Una ricerca del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali del 2004) sulla "Porta Sociale", individua alcuni nodi irrisolti tra: competenze del segretariato sociale, connessioni con URP e attività di programmazione del servizio sociale professionale. Ciò nasce dalla mancata consapevolezza che il segretariato sociale è una funzione del servizio sociale professionale, che va ben oltre la semplice informazione e invio.

"Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria" (P.S.N .2003-2005)



ALLEGATO “ A”

RICOGNIZIONE DEI SERVIZI SOCIALI NELLA SANITA’ NEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Dai dati raccolti dal Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali è possibile fornire una fotografia della situazione del Servizio Sociale nella sanità di tutte le regioni del Paese. Si rileva innanzitutto, ma era nei presupposti, una notevole e importante diversità fra le regioni, relativamente sia all’emanazione di normativa inerente il Servizio Sociale Professionale, sia alla percentuale di Assistenti Sociali che operano in sanità, sia all’utilizzo di deleghe da parte dei Comuni alle Asl. Di seguito riassumiamo schematicamente i dati regionali raccolti sui diversi argomenti.

Normativa regionale che disciplina il Servizio Sociale Professionale nel Servizio sanitario nazionale.

Attuata: (8 regioni) Friuli, Lazio, Piemonte, Toscana, Puglia, Veneto, Calabria, Marche;

da attuare ma normata: (5 regioni) Basilicata, Campania, Liguria, Sicilia, Sardegna;
non prevista nelle rimanenti: (7 regioni) Abruzzo, Emilia, Lombardia, Umbria, Val d’Aosta, Molise, Trentino.

In molte realtà regionali, pur essendovi normative e piani sanitari nei quali è previsto il Servizio Sociale, non vi è stata attuazione dello stesso o è stata avviata una attuazione parziale (Veneto).

In altre, la normativa è di recente approvazione e non ancora applicata (Sicilia) ma si evidenziano leggi più che soddisfacenti, dal punto di vista professionale ed organizzativo, in cui viene riconosciuto e sostenuto il ruolo del servizio Sociale come parte integrante del Sistema Sanitarie.

Regioni in cui è disciplinata la delega da parte dei Comuni alle ASL.

Si evidenzia uno scarso ricorso alla delega, in via di ulteriore diminuzione, ed una situazione nazionale anche in questo caso alquanto disomogenea. Pare prevalere l’applicazione dei principi di sussidiarietà e di governance locale, cui si sono ispirate la legge n. 328/2000 e le leggi regionali che l’hanno recepita ed attuata, che individuano nella gestione associata dei Comuni, in ambiti territoriali/Distretti sociali integrati con i Distretti sanitari, il processo da seguire.

Si rilevano prassi di particolare interesse, come nel Veneto.

Buone prassi di integrazione socio-sanitaria.



Si evidenziano, nella maggioranza delle regioni, buone prassi di integrazione socio sanitaria, sia come realizzazione della normativa in cui è inserito il Servizio Sociale Professionale, sia nelle realtà prive di normativa specifica ma con accordi di programma, protocolli applicativi dei piani di zona, etc.

ESEMPI di alcune Regioni: Piemonte, Lazio, Veneto

PIEMONTE: Organizzazione in consorzi

Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1. *Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento.*

Art. 9

(Forme gestionali)

5. *Le attività sociali a rilievo sanitario per la tutela materno-infantile e dell'età evolutiva nonché per adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, le attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali e quelle relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture sono obbligatoriamente gestite in forma associata o dai comuni capoluoghi di provincia o dalle ASL delegate. I soggetti gestori assicurano le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle ASL.*

Art. 14

(I metodi della programmazione)

2. *La Regione, le province e i comuni adottano come metodo della programmazione i seguenti criteri operativi: (...) b) la concertazione con le ASL per la programmazione dei processi di tutela della salute e, nell'ambito di questi, per le prestazioni socio-sanitarie integrate, specialmente quelle ad alta integrazione.*

Art 18

(fra le prestazioni essenziali è elencato alla lettera a) il servizio sociale professionale

Art. 20

(Integrazione sociosanitaria)

1. *In attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento(...) ed al fine di rispondere ai bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, il benessere delle persone, la Giunta regionale,(...) fornisce indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria,*



determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento. 2. L'accordo di programma di cui all'articolo 17 regola le attività socio-sanitarie integrate, realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale. 3. Le attività sono realizzate con modalità operative condivise dai settori sanitario e sociale e, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi, viene nominato il responsabile del procedimento. 4. L'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati, sulla base di indirizzi e protocolli emanati dalla Giunta regionale al fine di rendere omogenei sul territorio i criteri di valutazione.

LAZIO:

L'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, nell'esercizio delle proprie funzioni amministrative, di indirizzo, di programmazione e controllo, per dare attuazione alla L.251/00 (e successive modifiche) riconoscendone le funzioni individuate dal DPR 5 giugno 2001 n 328, ha predisposto una **Circolare** indirizzata ai Direttori delle AUSL che prevedeva l'istituzione di specifici SERVIZI, diretti da Dirigenti provenienti dalle stesse aree, al fine di "assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività, mediante l'ottimizzazione, il coordinamento e il controllo di qualità delle prestazioni delle professioni sanitarie e sociali".

I servizi sono così individuati:

- servizio per l'assistenza infermieristica e ostetrica e delle connesse funzioni di supporto
- servizio professionale di diagnostica strumentale e tecnico assistenziale
- servizio professionale di riabilitazione
- servizio professionale di prevenzione
- servizio professionale sociale.

"... i compiti dei Dirigenti di cui sopra, che non sono sostitutivi dei compiti dei dirigenti medici e degli altri profili sanitari, tecnici e professionali, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, alla individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla D.G. dell'Azienda per la programmazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale legate alla promozione della salute, prevenzione cura e riabilitazione..."

L'articolazione organizzativa prevede che il servizio sociale professionale sia, di norma, articolato nelle seguenti aree:

- ❖ area distrettuale
- ❖ area della salute mentale
- ❖ area della formazione.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale 14 luglio 2006 n°424, "Requisiti minimi



per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie", in riferimento alla l.r. 3marzo2003 n°4 "norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività socio-sanitarie" a seguito di tavolo di concertazione con gli Ordini Professionali è stato previsto l'inserimento nell'organico di tutte le strutture/servizi sanitari e socio-sanitari di assistenti sociali con contratto "a tempo pieno" e "a tempo parziale" in relazione al numero dell'utenza servita: le strutture/servizi sanitari e socio-sanitari che presentano diversificate aree di intervento (Lungodegenza, RSA, Riabilitazione post-acuzie, Hospice, comunità terapeutiche etc.) sono obbligate alla presenza di assistenti sociali deputati a favorire la presa in carico integrata, garantendo l'appropriatezza degli interventi in continuità assistenziale.

Nell' "atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della regione Lazio" l'Assessorato ha individuato nella gestione della cronicità (dovuta alla progressiva evoluzione del quadro clinico epidemiologico imputabile ai cambiamenti demografici, alle problematiche ambientali dello sviluppo e all'evoluzione dell'assistenza sanitaria nel mondo industrializzato), l'area di massimo impegno: dalla presa in carico alla definizione di percorsi assistenziali in continuità assistenziale.

I servizi del territorio dovranno essere potenziati (trasferimento di risorse umane ed economiche dall'area ospedaliera all'area territoriale).

Il Distretto svolgerà il " ruolo di erogatore di prestazioni e servizi" sarà "dotato di una configurazione organizzativa costituita da unità operative semplici e complesse di coordinamento funzionale interdistrettuale per il governo clinico".

"Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio e responsabile in particolare delle attività del Distretto.....della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi nonché, della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Il Direttore di Distretto supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della legge n°328/2000."

"Nel caso in cui l'Azienda USL assuma per delega dai Comuni la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali, il Direttore di Distretto ha anche la responsabilità organizzativa e gestionale di dette attività e servizi, fermo restando la loro direzione funzionale in capo al Coordinatore Socio-Sanitario di Distretto"

...."Nell'ambito dell'organizzazione delle funzioni del direttore del Distretto si collocano l'Ufficio di coordinamento del distretto e le attività di supporto amministrativo."

Il Coordinamento delle Attività Sociali di Distretto, anche per i rapporti tra le unità operative del distretto, del distretto, i comuni e/o i municipi, avviene tramite la figura del Coordinatore Sociale Di Distretto che si rapporta per tale funzione al direttore di



Distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento di distretto.

Per quanto riguarda l'ufficio di coordinamento del distretto, (rappresentativo delle professionalità presenti nel Distretto), del quale fanno parte, in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, i Medici di medicina generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato, è necessario evidenziare il suo ruolo di supporto al direttore di Distretto nel definire le modalità di attuazione delle politiche distrettuali, laddove gli apporti professionali devono favorire la condivisione degli obiettivi e dei processi produttivi. Peraltro, tale organismo va integrato con il responsabile del Centro di salute mentale (delegato dal direttore del Dipartimento di salute mentale) e con il responsabile del Dipartimento di prevenzione (o suo delegato) con riferimento all'elaborazione e all'attuazione dei Programmi delle attività territoriali (PAT).”

Il Piano Di Zona si inserisce nel governo della rete dei servizi, deve essere definito dai COMUNI ASSOCIATI di un ambito territoriale, d'intesa con l'azienda Sanitaria Locale e individua:

- gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento, nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione
- le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali
- le modalità per garantire l' integrazione tra servizi e prestazioni
- le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con altre risorse della comunità
- le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo
- le forme di concertazione con l'azienda sanitaria locale, le ONLUS, le cooperative, associazioni

Il sistema integrato dei servizi, viene programmato a livello dell'ambito territoriale, superando l'impatto storica del *frazionamento comunale*.

Il Direttore di Distretto, su delega del Direttore Generale dell'AUSL, partecipa alla Conferenza dei Sindaci del Distretto e il Coordinatore Socio-Sanitario di Distretto è presente nell'Ufficio di Piano; Si programma con il metodo della concertazione: i Comuni associati nell'ambito territoriale programmano in modo congiunto anche con la ASL, non nella logica della delega, ma in quella dell'integrazione operativa a livello territoriale. Gli assistenti sociali, come cittadini e come professionisti, con mandato istituzionale derivante dall'ente pubblico di appartenenza, sono impegnati alla definizione e costruzione dei Piani di Zona, definiti quali *“sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili”*. Partecipano ai Tavoli di Concertazione (per area di intervento: minori e famiglia, disabilità, anziani etc.) apportando informazioni quantitative e qualitative specifiche sui bisogni rilevati nel territorio, proponendo soluzioni operative tese ad ottimizzare i servizi esistenti o a strutturarne dei nuovi, più rispondenti ai bisogni emergenti.



VENETO

Il Modello proposto dalla Regione Veneto

Il modello veneto di welfare si configura come un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria, attraverso la gestione unitaria di tali servizi in ambiti territoriali omogenei. La gestione dei servizi stessi viene delegata da parte dei Comuni all'Azienda Unità locale Socio Sanitaria o, in alternativa, vengono stipulati accordi di

programma tra gli enti interessati.

Sin dalla Legge Regionale del Veneto n. 5 del 3 febbraio 1996 "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998" e successivamente con la Legge Regionale V. n. 11/2001, nei territori sono state distinte le competenze per gli Enti Locali e quelle delle ULSS. Molte altre leggi e delibere regionali hanno poi regolamentato le azioni in diversi settori specifici, in linea con la Legge Nazionale sul Sistema Integrato n. 328/2000.

Per favorire l'integrazione nella Delibera di Giunta Regionale del Veneto n. 4588 del 28/12/2007, relativa al funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVDM) viene individuato fra i componenti necessari per lo svolgimento dell'attività di tale nucleo di valutazione, oltre al Direttore del Distretto o suo delegato, l'Assistente Sociale dell'Azienda ULSS o del Comune di residenza della persona e altre eventuali specialisti individuati in base alle necessità specifiche. Tale Delibera coglie una esperienza di integrazione pluridisciplinare indispensabile e ormai consolidata nei servizi territoriali.

I Piani di Zona dei Servizi alla Persona

Il Piano di Zona è lo strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa tra attività sociali e socio sanitarie. Tale documento viene approvato dal Sindaco,

qualora l'ambito territoriale dell'Azienda ULSS coincida con quello del Comune o dalla

Conferenza dei Sindaci, nel caso i Comuni coinvolti siano più di uno.

Nell'ambito del Sistema Socio Sanitario veneto, al Piano di Zona viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, in quanto strumento condiviso per individuare i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni di valutazione sociale dei risultati.

I diversi soggetti istituzionali (Regione, Enti locali, Aziende ULSS, Amministrazioni periferiche dello stato, Ipub) e i soggetti sociali (Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Enti con finalità religiose e altre Organizzazioni private), pur nel rispetto delle specificità, dei ruoli e delle competenze, condividono un modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi.



Considerate le caratteristiche che il Piano di Zona ha assunto nella nostra Regione, esso si configura come piano dei servizi alla persona, e ha assunto pertanto la denominazione di “Piano di Zona dei servizi alla persona”. La programmazione che così si esplicita è un processo continuo che accompagna, costantemente, le azioni di sviluppo locale dei servizi e le linee di indirizzo prodotte a livello regionale.

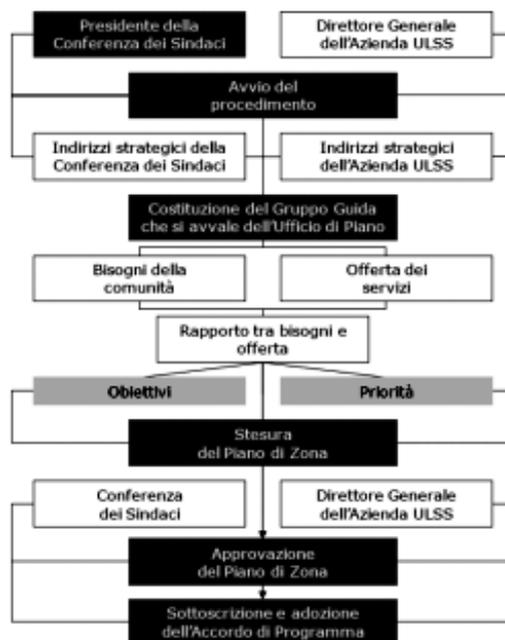
Nella Regione del Veneto, i Piani di Zona dei servizi alla persona, che hanno come ambito di applicazione il territorio dell’Azienda ULSS, sono giunti alla quarta triennialità di

approvazione. In particolare, sono stati approvati, da parte delle Conferenze dei Sindaci e

recepti dalle Aziende ULSS, tutti i Piani di Zona dei servizi alla persona 2007/2009.

Il Piano di Zona come processo di programmazione partecipata Dopo l’approvazione del Piano di Zona vi è l’adozione da parte della Conferenza dei Sindaci e del Direttore Generale dell’Azienda dell’*Accordo di programma*, che da attuazione al Piano di zona stesso (art. 19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 e art. 34 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267). Tale accordo è sottoscritto, per espresso mandato della Conferenza dei Sindaci, dal Presidente della Conferenza e dal Direttore Generale dell’Azienda ULSS e da eventuali altre istituzioni pubbliche interessate.

Il Piano di Zona come processo di programmazione partecipata





Presenza del Servizio Sociale Professionale a favore dell'integrazione e della continuità assistenziale.

In molti Tavoli territoriali dei Piani di Zona sono presenti Assistenti Sociali in rappresentanza di Enti Locali, Servizi dell'Azienda ULSS ed anche delle Cooperative Sociali, che in diverse situazioni gestiscono servizi e strutture di accoglienza in convenzione con gli enti pubblici, contribuendo ai processi di Programmazione Partecipata.

Gli Assistenti Sociali sono presenti nei servizi Distrettuali e facilitano il lavoro di integrazione degli interventi sociali e di quelli sanitari: nei Consultori Familiari, Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva, Servizi Domiciliari per anziani e pazienti fragili, ed anche nei servizi per le Dipendenze e nei Dipartimenti di Salute Mentale per attivare interventi di sostegno ai percorsi di recupero e reinserimento sociale e lavorativo, e di prevenzione del disagio.

Il Servizio Sociale Professionale opera per favorire la continuità assistenziale anche tra gli interventi ospedalieri, quelli territoriali, domiciliari e di accoglienza in strutture residenziali, quando necessario.

c. esempi di buone prassi integrazione ed una sorta di "modello",

Distretto n. 5 Viterbo: sin dal primo piano di zona il Servizio Sociale è stato definito Servizio Sociale Professionale Integrato e tutti i professionisti delle Aziende ULS e degli Enti Locali, svolgono le funzioni di accoglienza, informazione, decodifica della domanda, eventuale presa in carico e/o invio ai servizi preposti (integrazione professionale-organizzativa ed istituzionale).

Il gruppo professionale territoriale, con i due coordinatori AUSL Distretto/ Comune capofila (presenti ambedue in Ufficio di Piano presso l'Ufficio Integrazione socio-sanitaria), lavora in stretta collaborazione ed ha prodotto protocolli d'intesa operativi (integrazione organizzativa) sulle aree minori –disabili adulti- residenzialità anziani- recepiti dalla Conferenza dei Sindaci e con Delibera dall'AUSL(integrazione istituzionale), nonché giornate formative di studio su temi specifici (Affidamento Familiare, Amministratore di Sostegno, S.S.P. e medicina legale). Inoltre gli assistenti sociali del Distretto dell' Azienda USL, su richiesta dei singoli Sindaci nei casi di impossibilità di presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale comunale, per eccessivo carico di lavoro o evidente incompatibilità, effettuano su delega, la diretta presa in carico (famiglie multiproblematiche con minori).

Asp di Cosenza: Progetto di scrittura professionale. Il Servizio Sociale Professionale dell'Azienda ASP di Cosenza ha realizzato un Progetto Depliant Social Workers, che ha coinvolto l'Università degli Studi della Calabria, Corso di Servizio Sociale, e la Direzione Sanitaria- Servizio Sociale Professionale/Area ISS e l'Ufficio URP dell'Azienda ASP di Cosenza, evidenziando le competenze dell'Assistente Sociale necessarie per interventi integrati e che rispondano in maniera più adeguata ai bisogni sempre più complessi delle persone e delle famiglie.



**ALCUNI DATI DALLA RICOGNIZIONE SVOLTA DAL CNOAS –
AGOSTO 2010**

**- Numero, ruolo e appartenenza assistenti sociali collocati nel socio-sanitario
(con e senza delega) con indicazione servizio di appartenenza.**

Regione	Occupati in sanità	Tot. Iscritti Albo al 31/12/09	%	note
Abruzzo	192	1141	17%	
Basilicata	99	381	26%	4 P.O.
Calabria	395	2024	20%	15 P.O.
Campania	584	3810	15%	4 P.O.
Emilia R.	408	1964	21%	
Friuli	101	772	13%	2 P.O.
Lazio	646	2857	23%	1 direttore
Liguria	140	936	15%	
Lombardia	1000	4456	22%	
Marche	174	1098	16%	13 P.O.
Molise	60	408	15%	2 P.O.
Piemonte	289	2152	13%	9 P.O.
Puglia	(dato parziale)	2957	/	
Sardegna	122	1139	11%	
Sicilia	725	5233	14%	2 dirig-
Toscana	458	1843	25%	
Trentino	45	672	7%	
Umbria	100	539	19%	10 P.O.
Val d'Aosta	9	65	14%	
Veneto	603	2373	25%	



ALLEGATO “B”

RIFERIMENTI NORMATIVI E CONTRATTUALI

Assistente Sociale collaboratore, un professionista che opera in accordo funzionale con l'Assistente Sociale coordinatore di area, per il raggiungimento degli obiettivi del Servizio sociale in accordo, con gli obiettivi individuati a livello aziendale e garantisce le funzioni proprie della professione. (livello contrattuale D)

Assistente sociale collaboratore esperto; (livello contrattuale DS)

Assistente sociale con indennità di coordinamento

Assistente Sociale con Posizione organizzativa

Assistente Sociale coordinatore, un professionista che coordina all'interno di un'unità operativa o di un dipartimento territoriale o ospedaliero, tutte le figure degli Assistenti Sociali con un ruolo intermedio tra professionista e dirigenza strategica aziendale.

Assistente sociale Dirigente

Requisiti formativi: laurea specialistica/magistrale classe 57/s e iscrizione sezione A dell'Albo professionale

Il Direttore del Servizio Sociale, un professionista assistente sociale dotato di autonomia organizzativa professionale e gestionale con responsabilità del servizio di competenza.

Requisiti formativi: laurea specialistica/magistrale classe 57/s e iscrizione sezione A dell'Albo professionale

Quadro normativo

La legge n. 84 del 23 marzo 1993 disciplina la professione di Assistente Sociale e istituisce l'Albo professionale, prevede che per l'esercizio della professione sia necessario il possesso del diploma universitario sancito secondo le caratteristiche dell'articolo n. 2 delle legge 341 del 19 novembre 1990. Queste norme hanno condotto alla soppressione delle scuole dirette a fini speciali introducendo la professione nel nuovo sistema universitario. Il DM n. 590 del 2000 trasforma il diploma universitario in laurea triennale in scienze del servizio Sociale e istituisce la laurea specialistica anche per gli Assistenti Sociali. Il DM n. 270 del 2004, pur tenendo la suddivisione dei corsi di laurea su due livelli, trasforma i titoli precedenti in “laurea” e “laurea magistrale”.



Percorso normativo e contrattuale

- 20/09/2001 Ccnl comparto sanità 1998 – 2001 (secondo biennio 2000-2001)

Assistente Sociale: ruolo tecnico - categoria D/Ds Inoltre l'art 10 introduce l'indennità di coordinamento per gli assistenti sociali anche se la legge n. 84 del 23 marzo 1993 aveva già previsto, la possibilità per l'assistente sociale, di svolgere compiti di attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali.

- 10/04/2008 Ccnl comparto sanità 2006-2009 (primo biennio 2006-2007)

Ai fini dell'affidamento dell'incarico di coordinamento l'art 4 richiede la necessità per gli appartenenti alle professioni sanitarie (il riferimento è alla legge 43/06 ed al relativo accordo in sede di Conferenza Stato/Regioni) - del possesso del master del primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato all'università dall'università con un'esperienza professionale complessiva nella categoria D e/o Ds di almeno tre anni. Questo articolo, però, non abroga e/o sostituisce il precedente art. 10 del Ccnl comparto sanità 1998 – 2001 (secondo biennio 2000-2001) del 20/09/2001, che prevede la possibilità dell'indennità di funzione di coordinamento anche ai collaboratori professionali - assistenti sociali.

- 17/10/2008 Ccnl dell'area della dirigenza Stpa del Ssn - 2006-2009 (biennio 2006-2007)

Più recentemente, questo contratto, all'art. 9, conferma “in via provvisoria quanto stabilito nell'art. 24, comma 20, del Ccnl 3 novembre 2005, l'incarico di cui all'articolo precedente può essere conferito dalle aziende anche al personale appartenente al profilo di assistente sociale, indicato nell'art. 7 della legge 251 del 2000, come integrato dall'art. 1 - octies del DLgs. 250/2005, convertito dalla legge 27 del 2006 per il coordinamento della specifica area professionale”.

Profilo professionale Assistente Sociale:

- Regioni dove è prevista la dirigenza
Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia, Liguria.
- Regioni dove è prevista la posizione organizzativa
Marche, Piemonte.
- Regioni dove non sono previste funzioni dirigenziali
Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sardegna



Ruolo Professionale

Percorso normativo e contrattuale che parte dai superati “ruoli professionali” per arrivare agli attuali “profili e declaratorie”: il superamento del “ruolo” per valorizzare il percorso contrattuale, normativo e professionale sviluppato, negli ultimi dieci anni, delle professioni che operano nel servizio sanitario nazionale.

- *Dpr 20 dicembre 1979, n. 761* – “Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali”.

L'art. 1 prevede che il personale addetto ai servizi sanitari è inquadrato in *ruoli* nominativi regionali: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo (vedi poi art. 2, 3, 4 e 5).

- *Legge 23 ottobre 1992, n. 421* – “Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale”.

- L'art. 2, paragrafo c), punto 5, per le controversie di lavoro riguardanti i pubblici dipendenti prevede l'affidamento al giudice ordinario ma chiarisce che tra le materie regolate con legge rientrano i *ruoli* e le dotazioni organiche.

- *Dpr 27 marzo 2001, n. 220* – “Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del servizio sanitario nazionale”. Sono citati i termini di figura e profilo professionale ma mai i *ruoli*.

- *01/09/1995 - Ccnl comparto sanità - parte normativa 1994/1997 e parte economica 1994/1995*

I *ruoli* del personale sono confermati, ad esempio art. 45 (Indennità di qualificazione professionale e valorizzazione delle responsabilità)

- *7 aprile 1999 - Ccnl comparto Sanità - parte normativa 1998/2001 e parte economica 1998/1999*

Con l'art. 12 parte la nuova classificazione del personale intesa a superare il precedente sistema di inquadramento basato sulle posizioni funzionali di cui Dpr 761/1979 e del Dpr 384/1990 con nuove declaratorie e profili definiti precisamente nel testo contrattuale.

L'art. 17, *criteri e procedure per i passaggi all'interno di ciascuna categoria*, supera la rigida ripartizione dei *ruoli* prevedendo, in possesso dei requisiti, il passaggio orizzontale tra profili diversi indipendentemente dal ruolo di provenienza. Procedura assolutamente impraticabile al tempo dei *ruoli* regionali, quando per cambiare professione, oltre ai requisiti, era d'obbligo affrontare un concorso pubblico mentre, in caso di eventuale selezione interna, il candidato veniva escluso a priori se non appartenente allo stesso ruolo previsto nel bando.

L'art. 44, *disapplicazioni e sostituzioni*, prevede che, per effetto del presente contratto, quali norme risultano sostituite o disapplicate. Con riguardo al sistema classificatorio del personale dalla data di entrata in vigore del presente contratto *sono inapplicabili tutte le norme previgenti incompatibili* e, in particolare, le seguenti disposizioni: a) articoli 1,



comma 4, 63, comma 9 e allegato 1 del DPR 20 dicembre 1979, n 761;

Nell'art. 44 è citato *“in particolare”* la disapplicazione del comma 4 dell'art. 1 del Dpr 761/1979 ma la norma prevede che *“sono inapplicabili tutte le norme previgenti incompatibili”*, quindi si potrebbe sostenere che tutta la normativa sui ruoli, dopo l'entrata dei profili e declaratorie, non ha più ragione di esistere. Questo è confermato soprattutto dalla progressione interna prevista dall'art. 15 che sarebbe stata impossibile con i ruoli.

- 20 aprile 2001 – *Ccnl integrativo del Ccnl comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999*

L'art. 52, *disapplicazioni*, prevede che dalla data di stipulazione del presente Ccnl sono disapplicate tutte le norme contenute: d) nel DPR 761/1979, ivi compreso il rinvio alle disposizioni del T.U. del 3 gennaio 1957 degli impiegati civili dello Stato, espressamente menzionate nei Ccnl citati nelle precedenti lettere e nel presente contratto.

Inoltre, lo stesso contratto riporta all'Allegato 1 le declaratorie delle categorie e profili che sostituisce i precedenti dove di fatto si conferma, oltre il superamento dei ruoli, il nuovo percorso classificatorio dei contratti di sanità pubblica. E' opportuno sottolineare ancora due aspetti: il primo che il *Dpr 27 marzo 2001, n. 220* – “Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del servizio sanitario nazionale” prevede i termini figura e profilo professionale senza mai citare parola ruolo. Secondo, la riforma costituzionale ha assegnato organizzazione e responsabilità sanitaria alle regioni, importante novità rispetto alle normative precedenti.

Si sottolinea, in fine, che l'art 15 septies, comma 2 del “testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, prevede che “le aziende unità sanitarie e le aziende ospedaliere possono stipulare, oltre a quelli previsti dal comma precedente, contratti a tempo determinato, in numero non superiore al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, a esclusione della dirigenza medica nonché della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, a esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico.*”

Firmato e condiviso da:

Ministero della Salute

Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali

FP-CGIL, FP-CISL, FPL-UIL, SUNAS, FIALS, FSI

Edito da:

Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio Regionale del Lazio
Redazione e Amministrazione:

Via Ippolito Nievo, 61 - 00153 Roma - Tel. 06.58.82.213 - Fax 06.58.33.43.57

Email: oas.lazio@tiscali.it - Sito web: www.oaslazio.it

Stampa:

LITOS ROMA srl - Via Veronese, 34 - Roma

Finito di stampare nel mese di Maggio 2012

