

I servizi alla persona in Italia tra punti di forza e nodi da dipanare



Il Sistema sanitario italiano: dal medico della mutua all'universalismo della tutela della salute



www.youtube.com/watch?v=S2a20_ArVtQ

www.youtube.com/watch?v=FQ-ukgPpVDY

L.833/1978

Servizio Sanitario Nazionale



Università
degli Studi
di Ferrara



Le linee guida:

- **UNIVERSALISMO**
- **PREVENZIONE**
- **PROGRAMMAZIONE**
- **DECENTRAMENTO**
- **PARTECIPAZIONE**

L.833/1978

Servizio Sanitario Nazionale



- ❖ **Lo Stato** ha la supremazia assoluta nei servizi sanitari e li organizza **territorialmente** e funzionalmente.
- ❖ Tutti i servizi di base, con esclusione delle cliniche universitarie e di cliniche pubbliche di particolare eccellenza, vengono affidati per la loro gestione al **potere municipale** (Comune) → “Focus” della riforma, infatti, è la programmazione dei servizi sanitari per **area territoriale (Unità sanitaria locale – USL)** con consigli di amministrazione espressi da singoli comuni o da un consorzio di più comuni.
- ❖ Il **sindaco** è il responsabile della condizione di salute della popolazione del suo territorio.

L.833/1978

Servizio Sanitario Nazionale

... nodi organizzativi

Per la **raccolta** delle risorse finanziarie si è ricorsi al **massimo accentramento.**



**Istituzione del Fondo
Sanitario Nazionale**



Per la **distribuzione** delle risorse finanziarie si è ricorsi al **massimo decentramento.**

I finanziamenti dal **Fondo Sanitario Nazionale** arrivano, tramite le Regioni, alle Unità Sanitarie Locali (USL).

Quali problemi?

L.833/1978

Servizio Sanitario Nazionale

Quali problemi?

- Scarsa responsabilità nella gestione della spesa da parte delle USL;
- Carenze ed arretratezze nei controlli della spesa;
- Forti asimmetrie di applicazione delle norme nazionali.

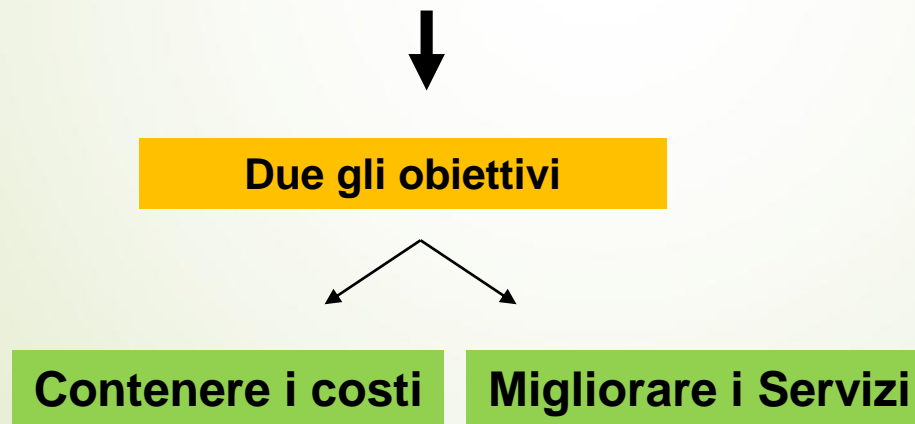


Alla fine anni '80 si apre la stagione dei controlli delle spese della Sanità pubblica per frenarne gli "sprechi" e introdurre correttivi

Riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Riforma bis:

- D.Lgs. 502/1992 - **Aziendalizzazione (Az.USL)**
- D.Lgs. 517/1993 - **Responsabilità regionale**



Azienda USL: organizzazione

Dipendono dalle Regioni

Ciascuna ASL è organizzata nelle seguenti strutture tecnico-funzionali complesse:

- **Distretto sanitario (garante dei servizi, ruolo di committenza):**
- ogni Distretto è autonomo e si occupa di gestire le risorse finanziarie, realizzare le attività nel territorio di competenza, definire le priorità d'intervento e contribuire alla missione aziendale
- **Dipartimenti territoriali (erogatori dei servizi):**
- Sanità pubblica, Salute mentale, Prevenzione e Cure Primarie



Nodi da dipanare:

- ❖ **RUOLO “RESIDUALE” DEL COMUNE**
- ❖ **NUOVI BISOGNI DI SALUTE (cronicità e ruolo delle cure territoriali)**

Riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Riforma ter: (riforma Bindi)

Decreto legislativo n. 229/99



- si potenzia il ruolo dei Comuni nella programmazione sanitaria e nella valutazione dell'attività svolta dai direttori generali;
- si sottolinea il forte rilievo della integrazione sociosanitaria
- per quanto attiene la fissazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) si focalizza l'attenzione *sull'appropriatezza, qualità ed efficacia delle prestazioni.*
- erogazione dei servizi/prestazioni nei territori dove vivono i cittadini (***prossimità delle cure***)

Sistemi di «cura»: il ruolo dell'educatore



Sistemi di «cura»: il ruolo dell'educatore

***L. 205/2017 sull'attività dell'educatore
professionale socio-pedagogico prevede che:***

L'educatore professionale socio-pedagogico (come pure il pedagogista) opera nei servizi e presidi socio-educativi, socio-assistenziali nonché **socio-sanitari** per ciò che concerne gli aspetti socio-educativi.



..... e dunque?

..... e dunque?

«Salutogenesi»



Etimologia → parola latina: **salus** (salute) e parola greca: **genesis** (origine, inizio, divenire) → origine della salute.

Il termine è stato introdotto alla fine degli anni settanta da **Aron Antonovsky**, sociologo della salute, interessato alla teoria dello stress.

Salutogenesi:

«È quel processo che muove verso il polo salute nel continuum salute-malattia»

La salutogenesi è un **apprendimento** che si percorre durante tutto l'arco della vita, in cui l'equilibrio individuale si sviluppa tra il proprio sé e l'ambiente circostante;

..... e dunque?

«Resilienza»



Resilienza è la capacità di resistere e di adattarsi di fronte a situazioni difficili che si possono incontrare durante il percorso della vita (*Rutter, 1985*); tale termine è collegato a quello di *coping* elaborato qualche anno prima (*Antonovsky, 1979*)



Salutogenesi e resilienza: il ruolo dell'educatore

Potenziamento della resilienza e quindi di un miglioramento della qualità di vita individuale e sociale?

“ [...] ***la chiave sta nella società e nelle persone che si prendono cura l'una dell'altra***” Antonovsky (1993)



Quindi cura dell'altro da me, ma anche ***cura di sé***
per affrontare nel modo migliore i fattori stressanti
(presenti e futuri) che si possono incontrare



Bambini e adolescenti

È importante sviluppare capacità come il chiedere aiuto al proprio compagno oppure all'educatore, comunicare i propri stati d'animo e imparare a condividere le emozioni.

Il ruolo dell'educatore è quello di incoraggiare il bambino o adolescente nel credere nelle sue potenzialità, stimolarne l'autostima, il senso di autoefficacia ed essere figura di riferimento.

Educatore quale **facilitatore** per trasformare la sofferenza in «altro» di sopportabile tramite *il disegno, il gioco, il racconto, qualsiasi attività artistica, fisica ed espressiva*

Età adulta e senile

Lo sviluppo della resilienza e salutogenesi può risultare più complesso. In questa fase della vita, infatti, le persone hanno raggiunto uno completo sviluppo psichico, un approccio alla vita dovuto alle esperienze vissute.

L'educatore, in questo caso, deve essere in grado mettere in atto le proprie competenze del "saper fare" e, in particolare, del "***saper essere***", come l'empatia, la capacità di ascolto e accoglienza della sofferenza.

Per l'età senile è di fondamentale importanza attuare specifici progetti educativi e riabilitativi che siano rivolti al mantenimento, recupero e *valorizzazione delle potenzialità della persona anziana*.

Il settore sociale

*«Legge quadro» per la realizzazione
del sistema integrato
di interventi e servizi sociali :
328/2000*



LEGGE 328/00

IERI, OGGI, DOMANI:

UNA **S** FIDA ANCORA APERTA



- Partecipazione
- Co-progettazione
- Co-operazione
- Accordo di programma
- Rete
- Integrazione
- Governance -*Sussidiarietà*

Welfare delle (co)-responsabilità



Distinzione tra governo (*government*) e *governance*, due modalità effettivamente diverse di intendere **i processi decisionali**:

- nel primo caso, **government**, *processi verticali e gerarchici* e connessi all'esercizio diretto dell'autorità statale;
- nel secondo caso, **governance**, *processi orizzontali e non gerarchici*, che coinvolgono tutti gli attori del sistema → (**welfare mix, welfare community**)



SUSSIDIARIETÀ

SUSSIDIARIETÀ

Principio guida per il raggiungimento collettivo di un “ben-(d’) essere comune”

Priorità accordata ai soggetti non statali, alla famiglia e alla società civile, di essere protagonisti (e responsabili) del benessere delle persone, in un contesto in cui lo Stato non svolge il ruolo di “decisore e creatore” del benessere collettivo, ***ma garante della sua realizzazione.***



VERTICALE: principio guida secondo il quale, se un ente istituzionale inferiore è capace di svolgere bene un compito, l'ente superiore non deve intervenire in sua vece, ma può sostenerne l'azione.

ORIZZONTALE: le funzioni pubbliche, laddove è possibile e conveniente, devono poter essere svolte in via primaria dagli stessi cittadini, in particolare attraverso le loro formazioni sociali, adeguatamente sostenuti allo scopo dalle amministrazioni pubbliche.

Per questo si parla oggi più propriamente di "**sussidiarietà circolare**".

Il settore sociale: 328/2000

1) Rispetto alla definizione del Servizio Sociale dedicato storicamente a *“rimuovere e superare le situazioni di bisogno e difficoltà”* (DPR 616/77 , DLGS 112/98) , la Legge di riforma dell’assistenza mira alla **promozione dell’agio e del benessere per tutti**, al **superamento delle categorie**, allo sviluppo della partecipazione (**ruolo cardine del Terzo Settore**) ed alla crescita di responsabilità dei cittadini (**comunità competente, cittadinanza attiva**).

Punti di forza

2) In materia di governo del Sistema Integrato la novità positiva risiede nell’organizzazione **“federalista”**, ovvero, nella regionalizzazione del Welfare (**sussidiarietà verticale**) allo scopo di restare aderenti alla realtà locale per affrontare i temi cruciali del territorio, valorizzando e responsabilizzando le risorse in esso presenti (**governance** → **sussidiarietà orizzontale**).



FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI (ART. 20)

Punti di forza (2)

3) L'approccio "federalista" - **con il Comune, singolo o associato, al governo dell'intera reti di interventi e servizi** - riesce a garantire un adeguato controllo della qualità dei servizi erogati (**autorizzazione ed accreditamento**) nonché la verifica della loro efficacia anche ai cittadini/utenti (**Carta dei servizi**).

4) La riforma mira ad un Sistema Integrato capace di avviare un *processo assistenziale* di recupero ed inserimento della Persona nel circuito della vita sociale e quotidiana (**integrazione socio-sanitaria, integrazione scolastica e lavorativa, integrazione ricreativa, ecc.**).

Sistema integrato perché si compone di interventi non "settoriali", ma che accompagnano gli individui e le famiglie lungo tutto l'arco della vita (**diritto a star bene**).

5) **Flessibilità e personalizzazione** degli interventi, sempre più "**a domicilio**" e **de-istituzionalizzati**

Il settore sociale: 328/2000

Punti di debolezza

1) **La nuova formulazione dell'art.117 della Costituzione**, dopo la modifica nel 2001 del TITOLO V, pur ribadendo il sistema della concorrenza, riconosce alle Regioni una **potestà legislativa piena** per quanto concerne *l'assistenza sociale*.

Di contro, *la tutela della salute* rimane nella sfera delle **materie concorrenti** (Stato e Regioni)



Come conciliare tale innovazione con le indicazioni della L.328/00, le cui disposizioni si conformano con quello che era il vecchio art.117?



Punti di debolezza

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE (LivEAS)

2) Il problema dei livelli essenziali si pone nel momento stesso in cui aumentano le competenze delle Regioni in campo sociale a seguito del rinnovo della riforma costituzionale del 2001 (TITOLO V).

Le Regioni hanno funzioni legislative essenziali e non sottoposte ai principi statali.

Tuttavia, allo scopo di garantire l'eguaglianza dei livelli essenziali su tutto il territorio nazionale si riconosce allo Stato la competenza esclusiva di stabilirli con legge statale (come per i LEA in Sanità).



ancora oggi non si sono definiti i LivEAS, senza i quali non è possibile parlare di diritti sociali esigibili.

Punti di debolezza

(LIVEAS)

L'art. 22 della L. n. 328/2000 identifica due gradi di livelli essenziali;

1. È rappresentato dagli **interventi** che «costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi».

Interventi quali: *misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito; interventi di sostegno a favore di minori, disabili, anziani, tossicodipendenti e altre categorie vulnerabili.*

2. È costituito dalle **prestazioni** la cui erogazione le leggi regionali devono comunque prevedere, come ad es: «*servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; assistenza domiciliare; strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario*».

Divergenze legislative

Regioni che hanno promulgato dopo il 2001 leggi di riordino dei servizi socioassistenziali

- BASILICATA L.R. n. 4/2007
- CAMPANIA L.R. n. 11/2007
- EMILIA ROMAGNA L.R. n. 2/2003
- FRIULI VENEZIA GIULIA L.R. n. 6/2007
- LIGURIA L.R. n. 12/2006
- LOMBARDIA L.R. n. 3/2008
- PIEMONTE L.R. n. 1/2004
- PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO L.R. n. 13/2007
- PUGLIA L.R. n. 19/2006
- SARDEGNA L.R. n. 23/2005
- TOSCANA L.R. n. 41/2005
- UMBRIA L.R. n. 26/2009

Punti di debolezza

Piano sociale nazionale (2001 -2003)

Da allora non ci sono state revisioni né successivi Piani a livello nazionale. La cornice rispetto alla quale garantire i livelli essenziali di assistenza sociale è stata di fatto lasciata alle Regioni, da cui una forte disomogeneità tra nord e sud Italia, e una sostanziale discrezionalità rispetto ai diritti esigibili.

Piano “sociale e sanitario” regionale (es. ER 2017-2019)

Fondo Sociale Nazionale

VS

Fondo Sanitario Nazionale

Regionalizzazione delle politiche sociali

Stato e Regioni concorrenti

Quali strumenti per la messa in pratica della riforma?

Ambiti territoriali e piani di zona



Per essere in grado di riconoscere e accogliere la complessità dei bisogni odierni, utilizzare le risorse secondo criteri di economicità e pianificare interventi sociali efficaci è ampiamente condiviso il progetto ***dell'organizzazione dei Comuni su territori più ampi di quelli definiti dai confini comunali.***



La legge 328/200 ha previsto che i Comuni si uniscano in zone territoriali, definite dalla Regione e denominate **Ambiti Territoriali sociali (o Distretti)**, per elaborare il **Piano Sociale di Zona**.

Ambiti territoriali / Distretti



Ciascun Ambito Territoriale/Distretto comprende un certo numero di Comuni, fra i quali viene prescelto il Comune capofila.

Il **Comitato dei Sindaci** è l'organo politico di **governo** degli Ambiti ed è costituito dai Sindaci dei Comuni stessi o da Assessori delegati.

Piano di zona – PDZ (1)



È un “piano” relativo al territorio compreso nell’ambito, costituito dall’aggregazione di più Comuni e serve a costruire un sistema integrato di interventi e servizi → la **rete dei servizi**, responsabilizzando tutti gli attori.

Il **Piano di Zona** è lo strumento di programmazione in ambito locale della **rete d’offerta sociale**, che ha il compito di definire le priorità di intervento e gli obiettivi strategici nonché le modalità, i mezzi e le professionalità necessari per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Ha validità triennale e prevede piani annuali di attuazione.

Piano di zona (2)

Quali sono quindi gli attori coinvolti nei Piani di Zona?

❖ **I soggetti istituzionali:**

Comuni (*in primis*),

ASL

Amministrazioni territoriali (es. scuola, carcere, giustizia minorile)

Province

Regione

❖ **I soggetti sociali:**

La cooperazione sociale

Il volontariato

L'associazionismo

Le organizzazioni sindacali

Le Aziende Servizi alla Persona (ASP)

Assetto organizzativo di un Piano di Zona



L'ufficio di piano

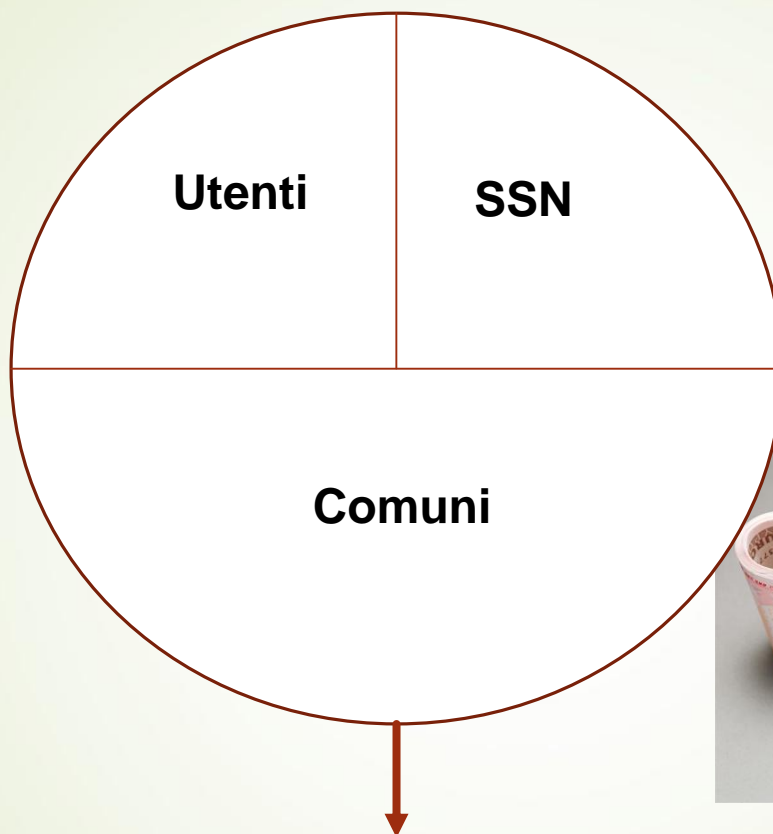
Cos'è

È la struttura tecnica **inter-comunale**, per la **predisposizione, l'elaborazione e la gestione degli strumenti tecnici** di pianificazione sociale → (Piani di zona triennali e Programmi attuativi annuali)

Cosa fa

- cura i rapporti con i soggetti pubblici e privati del contesto sociale territoriale e ne promuove la comunicazione e lo scambio di informazioni;
- gestisce le risorse finanziarie destinate annualmente al territorio dallo Stato e dalla Regione;
- progetta e valuta i servizi e gli interventi di attuazione del Piano di Zona;
- garantisce il costante collegamento tra i Comuni dell'Ambito, i servizi dell'Azienda Sanitaria Locale e le realtà della cooperazione sociale e dell'associazionismo.

Il finanziamento dei servizi socio-assistenziali



FNPS (+) →
REGIONE (++)
Risorse proprie del Comune (+++)

Regioni meridionali
(maggiore dipendenza dalle risorse statali)