



PROVINCIA DI BERGAMO

SERVIZI SOCIALI

I CENTRI SOCIO EDUCATIVI IN PROVINCIA DI BERGAMO

**UNA RICERCA SUGLI ASPETTI
ORGANIZZATIVI**

a cura di
Maurizio Colleoni
Paolo Brevi
Matilde Gasparri

Torre Boldone - dicembre 1994

POLITICHE PER L'HANDICAP: IL NUOVO CONTESTO ISTITUZIONALE

dott. Paolo Ferrario - Comune di Milano, docente di Politica sociale

Con questo testo intendo contribuire alla riflessione che si apre attorno al tema dello sviluppo dei servizi sociali e sanitari nella attuale fase di transizione. I recenti mutamenti dei quadri normativi investono innanzitutto gli assetti istituzionali (regioni, comuni, Unità sanitarie locali, sistema del privato-sociale) ma i cambiamenti si ripercuotono necessariamente anche sui sistemi professionali che gli operatori si sono dati in questi anni per svolgere il loro lavoro.

Da molto tempo si sono andati definendo nelle regioni italiane dei veri e propri "circuiti di servizio", ossia delle organizzazioni centrate sulle specifiche aree di bisogno. In questa sede cercherò di mettere in evidenza alcuni momenti cruciali del cambiamento avendo come punto di attenzione l'area problematica dell'handicap.

L'occasione per circoscrivere l'analisi è offerta da una ricerca promossa dalla Provincia di Bergamo (¹). Da questo accurato studio sui processi organizzativi dei Centri socio educativi emergono, per così dire, in filigrana vari interrogativi sui cambiamenti dello scenario entro cui possono agire i soggetti programmatori e gestionali dei servizi. Dal rapporto di ricerca, il cui valore risiede innanzitutto nel fatto che è una auto-riflessione sul funzionamento dei C.S.E. in un preciso contesto territoriale, ho individuato i seguenti punti che fanno direttamente riferimento alle trasformazioni istituzionali:

- incertezza attorno alla riorganizzazione delle Unità socio-sanitarie locali, con particolare riferimento al ruolo dei servizi sociali all'interno della Azienda sanitaria,
- l'ampliamento degli ambiti territoriali, che comporterà la presenza di più C.S.E. nello stesso territorio,
- la diffusione delle cooperative sociali di servizio e di inserimento lavorativo e la significativa presenza di forme miste (pubblico e privato) nella gestione dei servizi.

Si tratta di questioni che hanno direttamente a che fare con la complessità delle istituzioni che promuovono le politiche sociali.

Quando si analizzano le politiche sociali spesso ci si rifà al modello della *domanda e offerta*. Si tratta di uno schema che ha la sua matrice originaria nell'analisi economica e che, tuttavia, può essere utilmente elaborato attraverso chiavi interpretative di carattere sociologico e psico-sociale. Tale modello è presente in tutte le costruzioni normative (leggi, piani e programmi). Infatti,

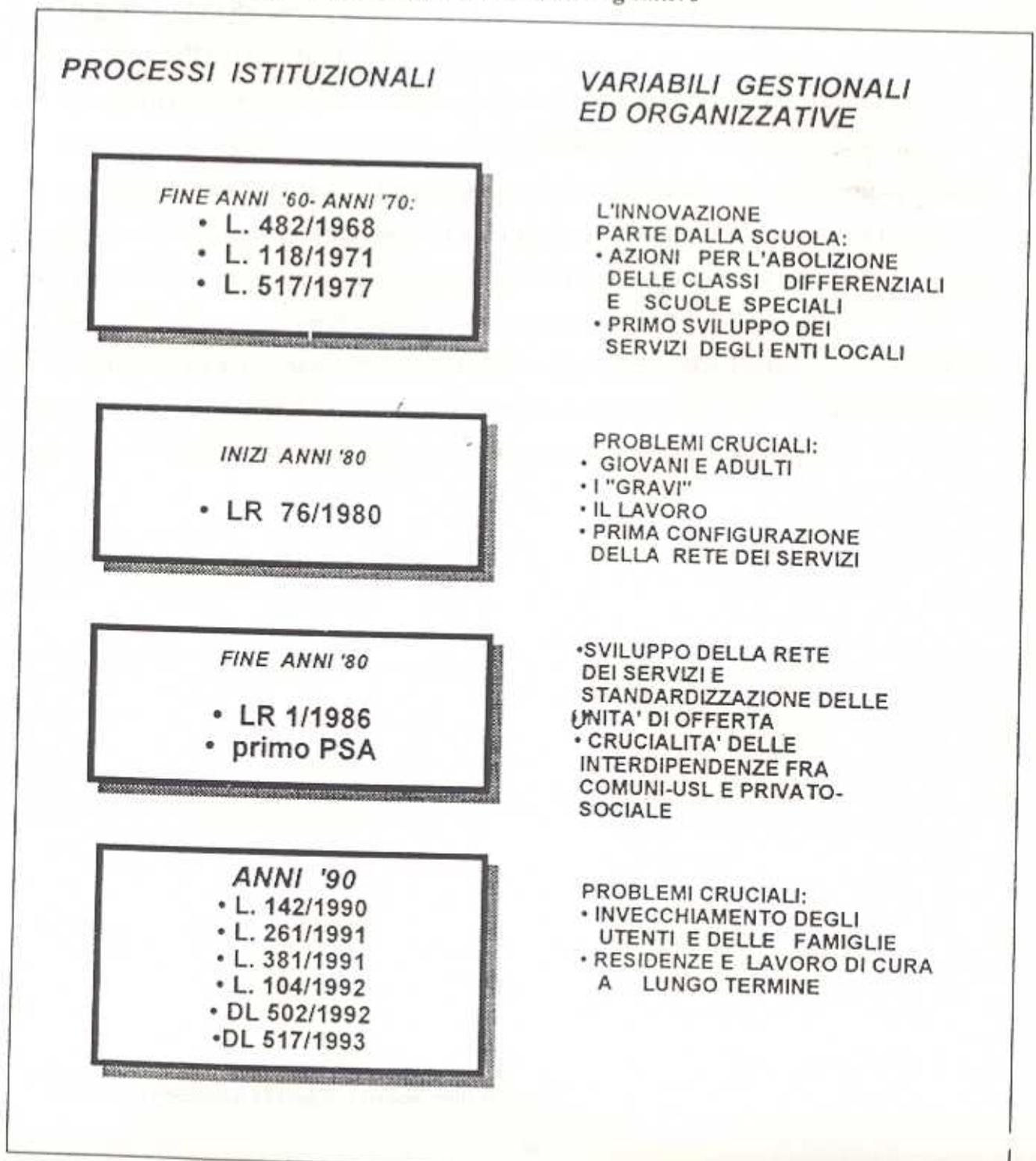
¹ M. Colleoni, P. Brevi, M. Gasparri, I centri socio educativi in Provincia di Bergamo: una ricerca sugli aspetti organizzativi e gestionali, Provincia di Bergamo - assessorato ai servizi sociali, 1994.

se esaminiamo sotto questo profilo la legislazione socio-sanitaria, vediamo che essa è lo strumento principale delle politiche sociali che si attuano attraverso le seguenti operazioni:

- **selezione della domanda** sociale che merita di essere affrontata con mezzi pubblici;
- **azioni amministrative** per il raggiungimento degli obiettivi;
- **promozione dell'offerta dei servizi**.

Questa sequenza di fasi è osservabile anche per quanto riguarda gli interventi di servizio connessi all'handicap. Lo scenario socio-legislativo in quest'area problematica può essere rappresentato attraverso il grafico 1.

Grafico 1. Politiche per l'handicap: scenario socio-legislativo



Negli anni '70 c'è stato un positivo intreccio di fattori, fra cui l'iniziativa delle regioni e la spinta collettiva dei soggetti portatori di bisogno, che ha favorito la costruzione della prima rete di servizi territoriali per l'handicap. In Lombardia, con la L.R. 76/1980, c'è stato uno sviluppo dei servizi educativi e la contemporanea creazione di nuovi gruppi professionali, come quello degli educatori. Nel corso del tempo le competenze professionali si sono misurate con i problemi ed è sempre più maturata l'esigenza di confrontarsi non solo sui modelli pedagogici, ma anche sulle impostazioni organizzative (²)

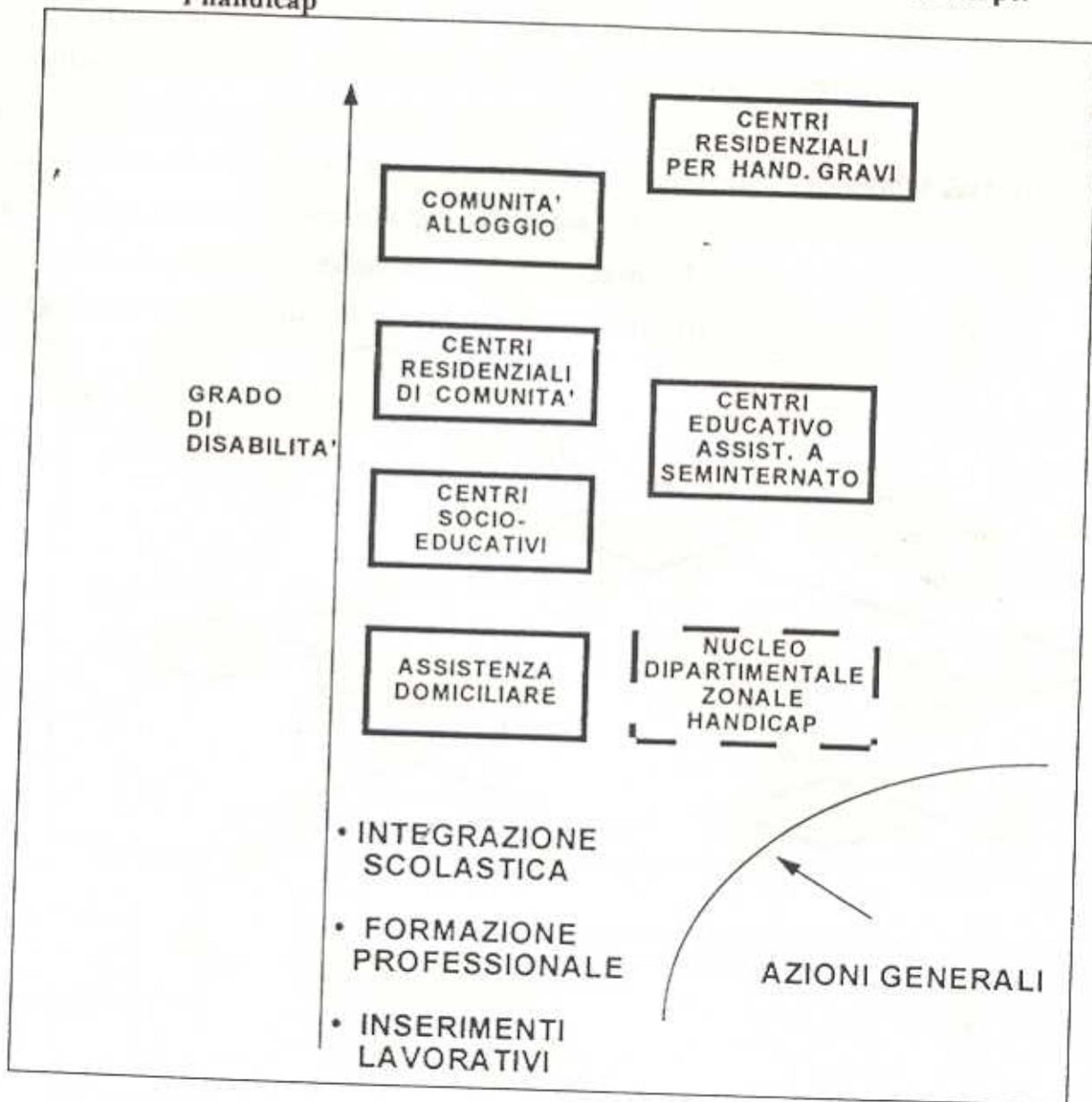
Negli anni '80 le regioni hanno ulteriormente consolidato propri modelli istituzionali attraverso le leggi di riordino dei servizi socio-assistenziali. In Lombardia la L.R. 1/1986 ha prodotto azioni di regolazione dell'intero sistema dei servizi attraverso i seguenti momenti chiave:

- riorganizzazione delle unità di offerta mediante il loro adeguamento agli **standard** di funzionamento, di convenzionamento e programmatori;
- programmazione regionale mediante il **piano socio-assistenziale** e programmazione zonale a livello sovracomunale (**programmi di zona** approvati dalle Unità socio-sanitaria locali);
- regolazione dei rapporti fra **settore pubblico e settore dei privato sociale** attraverso gli albi regionali e la promozione di convenzioni amministrative.

L'intreccio fra azioni amministrative, esercitate dai comuni e dalle Unità socio-sanitaria locali, e azioni professionali, esercitate dagli operatori dei servizi, ha portato alla creazione di una rete di servizi per l'handicap che possiamo rappresentare sinteticamente con il grafico 2.

² Si vedano i riferimenti bibliografici indicati nella ricerca.

Grafico 2. Piano socio-assistenziale della Regione Lombardia: rete dei servizi per l'handicap



Lo schema assume come ordinatore l'asse del grado di disabilità e vi associa le unità di offerta più significative. In questa rete le organizzazioni territoriali più forti sono certamente i C.S.E., ma nei prossimi anni, come la stessa ricerca su Bergamo testimonia, si porrà sempre più fortemente il problema degli handicappati adulti ed in particolare il problema dei loro luoghi di residenza (sviluppo delle comunità alloggio o riproduzione di nuove forme di ricovero istituzionale?)

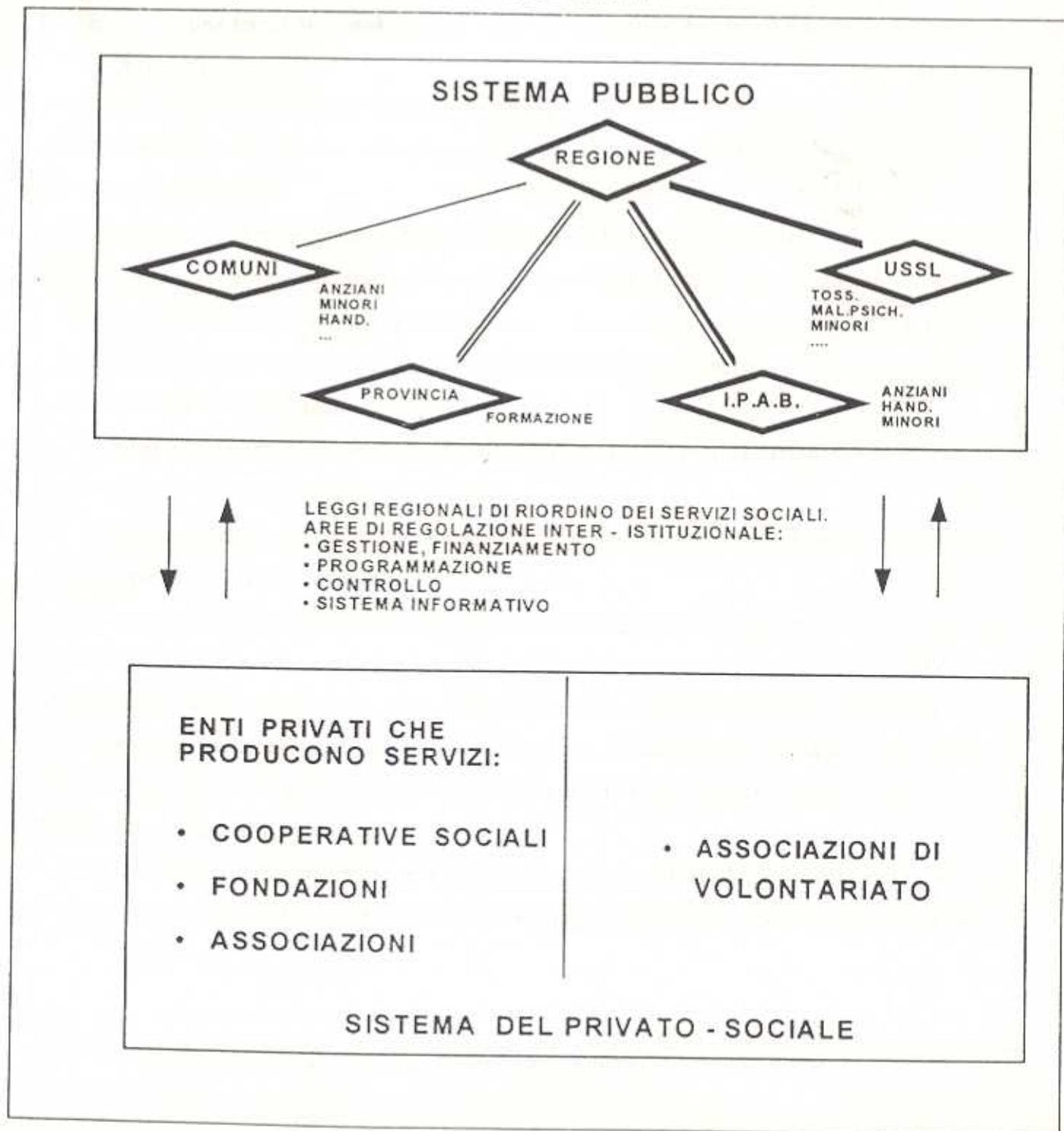
Gli anni '90 si aprono con alcune importanti leggi statali che vanno a mutare il contesto entro cui si sviluppa l'iniziativa legislativa e programmatica delle regioni. Fra queste ricordo:

- mutamento dei comuni (legge 142/1990);
- organizzazioni di volontariato (266/1991);
- cooperative sociali (381/1991);

- **handicap** (l. 104/1992);
- **le Unità sanitaria locali**, con i D.L. 502/1992 e D.L. 517/1993.

Si tratta azioni legislative che impongono significativi cambiamenti nel sistema amministrativo della Regione Lombardia e nelle relazioni fra i vari attori istituzionali delle politiche di servizio. Occorre ricordare che la nostra L.R. 1/1986 faceva riferimento alla rete dei comuni e delle Unità socio-sanitaria locali così come erano regolati nella fase pre-riforme: è del tutto evidente che essa dovrà essere fortemente rivista alla luce della nuova collocazione strategica degli enti all'interno del sistema che rappresento sinteticamente attraverso il grafico 3.

Grafico 3. Campo istituzionale dei servizi socio-sanitari



I punti chiave della nuova legge sulle **autonomie locali** sono i seguenti ⁽³⁾:

- i **comuni** sono titolari di tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio con particolare riferimento ai **servizi sociali**;
- i comuni, attraverso i loro **statuti e regolamenti**, possono darsi forme organizzative aderenti alle caratteristiche socio-demografiche dei territori;
- i comuni di dimensione demografica medio-piccola possono sviluppare **forme associative** volontarie od obbligatorie per la gestione dei servizi (**convenzioni inter-comunali; consorzi; comunità montane**);
- è prevista una forma amministrativa specifica per la gestione dei servizi sociali (le **"istituzioni"**).

In sintesi ai comuni è riconosciuto un forte protagonismo nella rappresentanza e tutela degli interessi delle comunità locali e nello stesso tempo possono scegliere le forme amministrative del sistema dei servizi sociali.

L'altro soggetto fondamentale a livello locale sono le **Unità socio-sanitarie locali**. In riferimento al problema dei servizi sociali i punti chiave della nuova legge sanitaria sono i seguenti:

- diminuisce il numero delle Unità sanitarie locali ed esse vengono configurate come **aziende autonome** direttamente governate sotto il profilo gestionale e finanziario dalla **regione** (che ne nomina i direttori generali);
- le aziende sanitarie possono assumere la **gestione di servizi socio-assistenziali** su delega dei comuni e con oneri interamente a loro carico;
- i direttori generali, nell'ambito dei loro poteri di gestione, devono procedere all'articolazione delle aziende sanitarie in **distretti**.

Nella sostanza è in atto un processo di separazione amministrativa del servizio sanitario dalle reti dei comuni. Nulla dovrebbe cambiare per quanto riguarda le competenze sociali a carico delle Aziende sanitarie (in ambito psichiatrico, tossicodipendenze, consultori familiari, anziani non autosufficienti). Più problematica mi sembra la situazione per tutte quelle attività di servizio che si trovano spesso ad essere svolte sia dai comuni che dalle Unità socio-sanitarie locali: minori ed adolescenti; anziani ed handicap.

Su quest'ultima area problematica è importante fare riferimento alla legge quadro sull'handicap, che fissa la tavola dei diritti ed individua la rete dei soggetti istituzionali che debbono promuovere

³ Per una analisi più sistematica su questo tema rimando a: P. Ferrario, "Comuni e rete dei servizi: il ruolo della legge 142/1990 di riordino delle autonomie locali", in *PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE* n.15 1992, p.4-8

gli interventi e le azioni di servizio. Con la Tavola 1 propongo un quadro sintetico che ha l'obiettivo di mostrare la complessità dell'articolazione dei soggetti operativi delle politiche per l'handicap.

Tavola 1. **Handicap: diritti e ruoli istituzionali** (legge 104/1992)

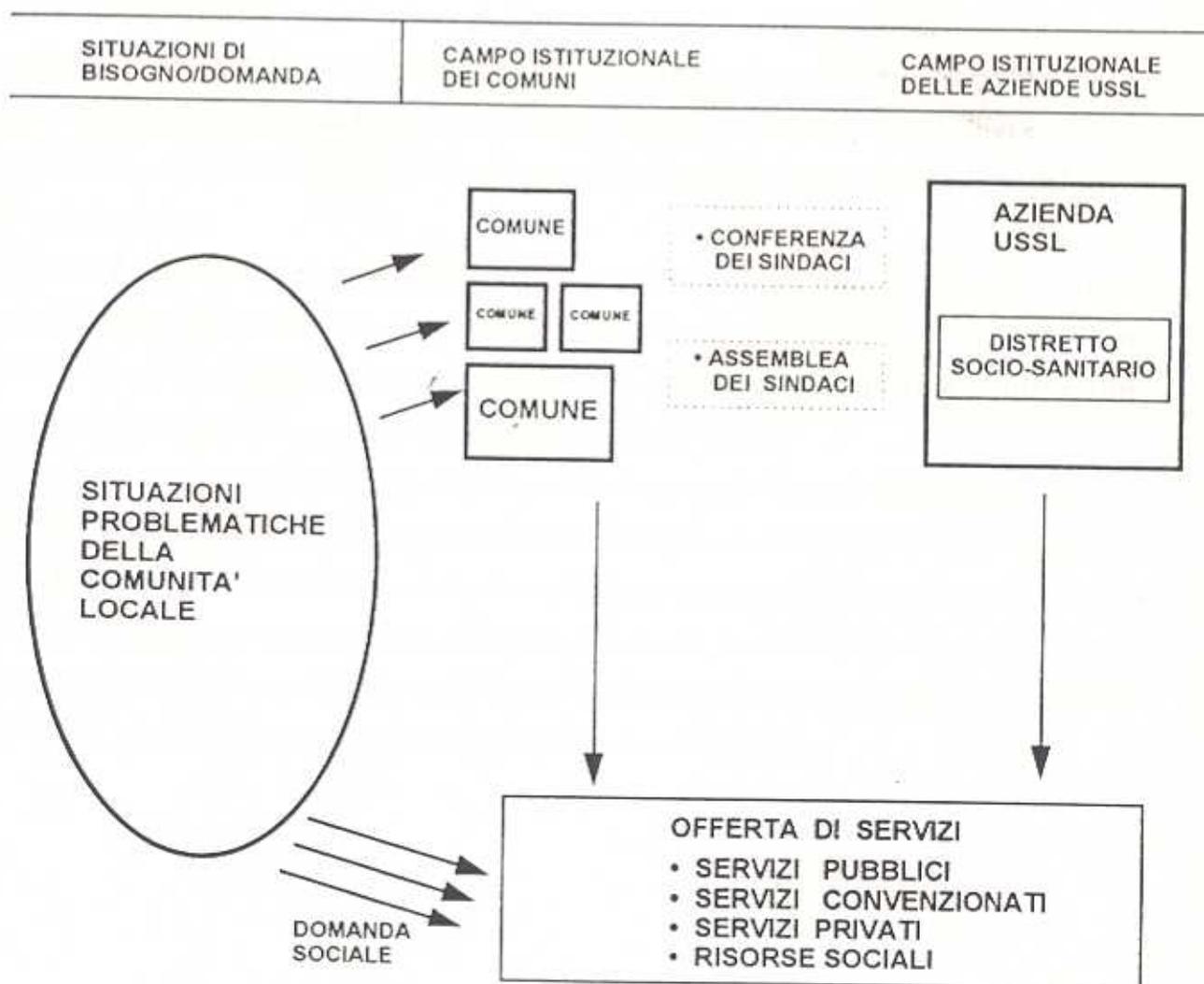
<i>Funzioni e diritti</i>	<i>Enti</i>
<ul style="list-style-type: none"> • servizi sanitari: cura, riabilitazione (ambulatoriale, domiciliare, nelle strutture); fornitura e riparazione di apparecchi, protesi, sussidi tecnici) 	Aziende sanitarie
<ul style="list-style-type: none"> • servizi sociali: <ul style="list-style-type: none"> • aiuto personale; comunità alloggio, centri socio-riabilitativi; • informazione/segreteria; • assistenza familiare 	comuni; Aziende sanitarie; cooperative sociali; volontariato; imprese, stato
<ul style="list-style-type: none"> • istruzione e servizi educativi: <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi funzionale • piano educativo individualizzato 	Aziende sanitarie; scuole; provveditorati agli studi
<ul style="list-style-type: none"> • integrazione scolastica 	scuole; comuni, province; Aziende sanitarie; gruppi di lavoro per l'integrazione scolastica
<ul style="list-style-type: none"> • formazione professionale 	regioni; enti gestori convenzionati
<ul style="list-style-type: none"> • diritto al lavoro: <ul style="list-style-type: none"> • collocamento al lavoro; • facilitazioni contrattuali 	ministero del lavoro; servizi locali di inserimento lavorativo
<ul style="list-style-type: none"> • vita quotidiana e fruizione dell'ambiente 	comuni; enti pubblici del territorio

In riferimento a questo quadro appare del tutto chiaro che lo sviluppo dell'offerta di servizi per l'handicap è affidato ad una pluralità di attori: lo sviluppo dell'offerta può avvenire all'interno di un campo inter-organizzativo ed inter-istituzionale che va amministrato. Nessuno degli attori individuati è portatore in sé di tutti gli obiettivi e delle risorse: piuttosto è necessario agire con atteggiamento strategico e con spirito collaborativo favorendo la crescita dei singoli "pezzi" del sistema. Per esempio è interessante sottolineare, nella Regione Lombardia, l'esperienza della Provincia di Bergamo, che pur essendo titolare di alcune parzialità di compito (audiolesi e non vedenti; formazione in campo socio-assistenziale su delega della regione) ha tuttavia espresso azioni di

supporto, consulenza, promozione, sviluppo di iniziative che rendono possibile la **connessione** tra le risorse presenti sul territorio.

Queste operazioni non sono certamente facili e richiedono tempo, cura ed attenzione continua. Particolarmente cruciale mi sembra, nel nuovo contesto, la relazione fra i comuni ed il servizio sanitario locale. L'entrata in attività delle nuove Aziende sanitarie (o Aziende socio-sanitarie locali, come ridefinite dalla Regione Lombardia) e la loro separazione giuridica, finanziaria ed operativa dalla rete dei comuni rende necessario identificare e valorizzare fortemente gli strumenti istituzionali di collegamento fra i due sistemi. Il grafico 4 propone una rappresentazione della nuova situazione amministrativa che è non più affrontabile con gli strumenti a suo tempo previsti dalla L.R. 1/1986.

Grafico 4. Relazioni inter -istituzionali fra Comuni e Aziende socio-sanitarie locali



Lo scenario dei soggetti preposti alla programmazione delle politiche locali è cambiato. La separazione del sistema sanitario dalla rete locale dei comuni è piuttosto evidente: oggi la regione finanzia, programma e nomina gli organi amministrativi monocratici delle Aziende socio-sanitarie

locali (i direttori generali, che a loro volta nominano i direttori sanitari i direttori amministrativi e, in Lombardia, i direttori sociali).

Si pongono problemi di riorganizzazione delle relazioni sia sul piano tecnico-professionale che su quello amministrativo. L'integrazione fra servizi pubblici comunali e servizi sanitari può essere favorita, oltre che dalle interazioni professionali fra gli operatori dei due sistemi di servizio, da due soggetti amministrativi che presidiano l'area intermedia fra gli enti gestori (⁴):

- la rappresentanza della **conferenza dei sindaci** che ha il compito di contribuire alla programmazione delle attività della Aziende socio-sanitarie locali e di "definire la programmazione zonale dei servizi socio-assistenziali";
- l'**assemblea dei sindaci**, istituita in ogni distretto socio-sanitario, che "concorre alla programmazione ed al controllo delle attività socio-sanitarie di livello distrettuale".

Date le caratteristiche organizzative e gestionali delle unità di offerta socio-assistenziali più complesse, fra cui i C.S.E., è del tutto evidente che occorre agire in quell'area intermedia fra il campo istituzionale dei comuni (rappresentanti degli interessi generali dei loro cittadini) e quello delle Aziende socio-sanitarie locali (titolari dei compiti sanitari). Diventa cruciale il tema del governo delle reti di servizio.

Si tratta dunque di sviluppare processi cooperativi fra i vari enti istituzionali. Gli amministratori locali sono messi nella condizione di amministrare indirettamente servizi che possono venire offerti da altri soggetti istituzionali: il loro problema sarà quello del **coordinamento delle politiche** e del riavvicinamento delle azioni sanitarie alle specificità dei territori.

Per gli operatori professionali diventa necessario sviluppare strategie di "**consulenza**" nei confronti degli amministratori e trovare le più idonee forme di comunicazione capaci di rendere visibile il lavoro di servizio che viene compiuto nei sistemi organizzativi. La ricerca sui C.S.E. nella Provincia di Bergamo è un forte esempio di come un'auto-riflessione sui propri contesti di azione professionale comporta un allargamento dei quadri di riferimento e la necessità di interconnettere la varietà delle situazioni istituzionali ed operative presenti nei territori.

⁴ Faccio qui riferimento al progetto di legge "Norme per il riordino del servizio socio-sanitario regionale" approvato dalla III commissione regionale il 6 dicembre 1994 e, nel momento in cui scrivo, non ancora approvato dal Consiglio regionale della regione Lombardia.

Della competenza relativa ai servizi pubblici sono titolari gli Enti Pubblici e poichè parliamo del C.S.E., un servizio riabilitativo, educativo e assistenziale, ci riferiamo in particolare ai comuni.

La recente Legge 142/90 dal titolo "Ordinamento delle autonomie locali", individua nel comune l'Ente Locale che rappresenta la propria comunità, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo.

Per trarre criteri di valutazione per definire strategie operative ci richiamiamo costantemente a questa titolarità di competenza quando parliamo delle risposte da erogare al fine di rendere esigibili i diritti delle persone non autosufficienti di cui parliamo e della funzione di rappresentanza, di cura e di promozione della comunità locale.

LA GESTIONE DEI CENTRI SOCIO-EDUCATIVI

Occorre aver chiaro che una cosa è parlare di titolarità di competenza, una cosa è parlare di Ente gestore.

Delle competenze assistenziali a favore delle persone è titolare il comune che esprime questa funzione attraverso la gestione diretta o attraverso altre forme previste all'articolo 22 della Legge 142/90.

Tra queste forme troviamo:

- * la concessione a terzi,
- * l'azienda speciale;
- * l'istituzione;
- * la società per azioni.

In Regione Lombardia con la Legge Regionale 1/86 è prevista la forma della gestione in capo all'USSL di servizi assistenziali di competenza comunale, facendo così coincidere, come afferma il D.P.R. 616/77, l'ambito della gestione dei servizi assistenziali con quelli sanitari.

Questa scelta si colloca in una strategia che ha origine agli inizi degli anni '70 e che prevedeva: risposte integrate (sanità e assistenza), erogate da un unico ente (il comune singolo o associato), in un ambito adeguato per territorio e per popolazione (la nostra USSL).

Senza soffermarsi troppo su quest'aspetto possiamo concludere affermando che la gestione in capo all'USSL oggi diventa sempre più problematica perchè l'Azienda USSL è altra cosa rispetto ai comuni singoli o associati.

Certamente il legislatore regionale dovrà affrontare e risolvere il nodo del rapporto Comune-Azienda e della coincidenza degli ambiti per la gestione dei servizi oltre che sanitari anche assistenziali.

La realtà gestionale dei Centri socio-educativi in provincia di Bergamo si presenta quanto mai variegata e sarà giocoforza definire nuove modalità dopo l'entrata in vigore della L.R. 28/93 dal titolo "Ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità Socio Sanitarie Locali" che accorpa le USSL.

Al di là del nodo istituzionale di cui si occuperà il legislatore, crediamo che, qualunque sia la scelta che verrà fatta, debba essere salvato il ruolo forte del comune in ordine alla salvaguardia, promozione, tutela, dei soggetti deboli, in questo caso le persone non autosufficienti che frequentano i predetti servizi, e di "gestore" del processo che fa ruotare bisogni, risorse, soggetti, anche in funzione della promozione di una comunità locale solidale.

con esclusione di M1 e Campione