

## **CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO**

### **“METOLOGIA DEL SERVIZIO SOCIALE NEI DIVERSI CONTESTI LAVORATIVI E RELAZIONALI”**

TOTALE ORE: 60

DOCENTE: TANIA ATZENI

#### **PRIMA LEZIONE: ATTUALE EVOLUZIONE E CONCETTO DI OPERATORE DI AIUTO**

*Compito di ogni società moderna è garantire sicurezza, assistenza sociale e sanitaria.*

*La sicurezza è intesa come quel complesso di attività e iniziative sociali, pubbliche e private, dirette ad assicurare ai cittadini i mezzi necessari per soddisfare le proprie esigenze. Per assistenza sociale e assistenza sanitaria si intende quelle attività di carattere pubblico e privato dirette a prevenire o a eliminare gli stati di insufficienza e di bisogno al fine di garantire una vita dignitosa, prevenire e curare patologie, migliorare lo stato di salute e il benessere della persona.*

*Per operatore di aiuto si intende colui che mette in atto interventi di carattere assistenziale o sanitario, attraverso una metodologia specifica, al fine di rispondere alle problematiche di cui l'utente è portatore in un'ottica di potenziamento del suo benessere (economico, fisico, psicologico, sociale, sanitario ecc.).*

*Chi offre aiuto alla persona, offre un complesso processo interpersonale e non una semplice prestazione materiale o assistenziale o sanitaria.*

*L'operatore d'aiuto orienta, motiva, guida, aiuta, ascolta, previene, tutela, entra in empatia con chi deve essere aiutato.*

*Inoltre, chi opera nel sociale si trova a collaborare in e con una Rete Sociale, della quale fanno parte: famiglia, comunità, Asl, Comuni, scuole, volontari, professionisti; si ha a che fare con molte variabili, leggi che mutano di continuo, organizzazione e disorganizzazione della struttura presso la quale si lavora, collaborazione e non, competizione, rivalità, gratificazione personale ed economica e non; insomma si ha a che fare con la propria vita e quella degli altri, con gli aspetti politico-amministrativi e quelli emotivi.*

*Il prestatore di aiuto è un volontario o un professionista, cambia però la motivazione. Un volontario può avere come motivazione una passione per l'aiuto, una scelta legata al proprio credo religioso e ne consegue, dunque, che il bisogno inconscio che interviene nella reciprocità consiste nel soddisfacimento dei bisogni connessi ai motivi della sua scelta.*

*Un professionista, invece, ha un atteggiamento diverso dal volontario, per aiutare ha seguito un percorso di studi acquisendo conoscenze e competenze psico-socio-educative. (ma può anche avere bisogni connessi ai motivi della sua scelta).*

*In ogni caso, ogni prestatore, volontario o professionista che sia, deve cercare dentro di sé la motivazione all'aiuto: non basta voler aiutare occorre anche "saper aiutare".*

*Si potrebbero ripercorrere le tappe che hanno determinato la nascita, nel corso degli anni, delle varie figure professionali sino a quelle attuali.*

*In Italia, la storia del Servizio Sociale inizia all'indomani dell'ultimo conflitto mondiale, nel 1946, ovvero in occasione del convegno nazionale di Tremezzo (CO). Con esso si attiva un sistema di sicurezza sociale, fondato sull'uguaglianza, intesa come rimozione delle cause di disagio e di disuguaglianza. Il Servizio Sociale incomincia ad operare nelle fabbriche, negli ospedali, in carcere, nei riformatori etc... soddisfacendo bisogni ristretti alle esigenze primarie e di sopravvivenza.*

*Dalla metà degli anni '60, gli enti locali territoriali, ovvero province e comuni, introducono nel proprio organico la figura dell'**Assistente Sociale** con la finalità di affrontare la complessità dei bisogni emergenti nel territorio. Nasce così l'esigenza di comprendere il contesto sociale e i suoi bisogni.*

*Nel 1925 è nato l'ordinamento professioni infermieristiche. Due anni dopo (1927) viene deliberata la figura dell'**infermiere abilitato**.*

*Il cambiamento sociale, ha portato nella seconda metà degli anni '70, all'abolizione della formazione dell'infermiere perchè ritenuto generico e negli anni '80 si è pensato alla formazione dell'**infermiere professionale** capace di intervenire in tutte le situazioni assistenziali. Nel 1979 è nata la figura dell'**OSA - ausiliario socio sanitario** (di 1° e 2° livello) e nel 1984 l'**ausiliario socio sanitario specializzato** di 3° livello.*

*Nel 1990 con DPR 384 è stata istituita la figura dell'**OTA** – operatore tecnico addetto all'assistenza- figura assolutamente dipendente dall'infermiere per compiti di natura assistenzialistica. L'OTA che aveva una connotazione prettamente ospedaliera, lasciava scoperte tutte le necessità presenti nel territorio sia di carattere sanitario sia sociale. Le competenze di natura sociale erano dell'operatore **ADEST** – assistente domiciliare e dei servizi tutelari -. La carenze del legislatore venne quindi superata attraverso l'istituzione, da parte delle singole regioni, di un operatore di supporto per il settore sociale, con una preparazione specifica per soddisfare i bisogni di base delle persone che restano nel proprio contesto abitativo o residenze assistite.*

*L'aumento di operatori sanitari fece nascere l'esigenza di un riordino generale, e questo lavoro di riorganizzazione portò quindi all'istituzione di un nuovo operatore che racchiude in sé la possibilità di svolgere sia i compiti dell'OTA che quelli OSA, una mera fusione dei precedenti profili; un profilo professionale nuovo, nel quale le abilità di entrambi confluiscono ottimizzate e rese più efficaci, in quanto meglio rapportate ai contesti che esprimono il bisogno di assistenza (contesto ospedaliero e quello territoriale).*

*Infatti, prima con legge nazionale 328/2000 art. 12, poi con provvedimento del 22.02.2001 tramite accordo tra il ministro della salute, il ministro per la solidarietà le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, è stata istituita la figura **OSS – operatore socio sanitario** - dotato di qualifica conseguita con specifica formazione professionale ed esercita la propria attività di soddisfacimento dei bisogni primari, in ambito sia sociale che sanitario.*

## **SECONDA LEZIONE: 1) IL WELFARE, I NUOVI ATTORI SOCIALI E LE POLITICHE SOCIALI**

### **2) LA SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE NELLE REALTA' DI PRIVATO SOCIALE E DEL TERZO SETTORE NELLE POLITICHE E NEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI**

#### **DEFINIZIONE DI "WELFARE STATE"**

*Si definisce "Stato del benessere o Stato assistenziale" e viene utilizzato a partire dalla seconda guerra mondiale per indicare un sistema socio – politico – economico in cui la promozione della sicurezza e del benessere sociale ed economico dei cittadini, è assunta dallo stato nelle sue articolazioni istituzionali e territoriali. Esso è detto anche "Stato Sociale" per la sua presenza in settori pubblici importanti, come la previdenza, l'assistenza sociale, l'assistenza sanitaria, l'istruzione, l'edilizia popolare. Esso nasce con l'emergere dell'economia capitalistica, cioè si sviluppa in tutti i paesi industrializzati, ovvero con l'urbanizzazione, con l'emigrazione e con una serie di trasformazioni socio-economiche-politiche che fanno emergere nuove povertà con difficoltà crescenti per le famiglie. Elevati tassi di disoccupazione, la mancanza di risorse per vivere, fa nascere l'esigenza di un coinvolgimento diretto dello stato.*

*Lo stato in passato attuava solo interventi di beneficenza (ispirati dallo spirito di carità e non dal riconoscimento di diritti). Quindi, con la nascita del welfare la beneficenza evolve in assistenza e quindi in sicurezza sociale. Le persone non sono più considerate portatori di bisogni ma portatori di diritti.*

*La Costituzione italiana è la prima normativa di riferimento in materia di assistenza sociale. Essa fa riferimento a principi generali quali:*

- **Rispetto della dignità, libertà e sviluppo della persona**
- **Uguaglianza dei cittadini**
- **Riconoscimento dei diritti di tutti alla salute e a condizioni economiche che garantiscono un tenore di vita dignitoso**
- **Partecipazione di tutti i cittadini all'organizzazione politica, economica e sociale del paese**
- **Riconoscimento delle economie locali**

*Gli obiettivi della Costituzione sono:*

- **Favorire il pieno sviluppo della persona umana e la partecipazione di tutti ai vari livelli di vita**
- **Tutelare la salute e garantire cure gratuite agli indigenti**
- **Provvedere ad assicurare mezzi adeguati alle esigenze di vita di tutti i cittadini**

*La nostra costituzione lascia a Regioni, Province e Comuni il compito di legiferare allo scopo di raggiungere il benessere sociale.*

*Una delle normative nazionali in materia di politiche sociali è la legge 328/2000 “legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. Essa ha la finalità di garantire e migliorare la qualità di vita, garantire pari opportunità, senza alcuna discriminazione, ridurre le condizioni di disagio e di bisogno della persona e del nucleo familiare. Si dice “integrato” perché i servizi attraverso un lavoro di rete integrano le loro competenze attuando interventi unitari, cioè che rispettino l’unitarietà di ogni persona. ( esempio : siamo in un periodo di stress, soffriamo di mal di stomaco e ci rivolgiamo al nostro medico di base. Ci può dare un farmaco per calmare il dolore ma dal punto di vista psicologico non risolviamo. Sarebbe opportuno che ascolti il nostro disagio o che ci invii da uno psicologo).*

*Ogni intervento, per essere unitario, deve rispondere contemporaneamente a bisogni fisici, psicologici e sociali. Infatti, la suddetta legge si riferisce a prestazioni socio sanitarie proprio perché integrano prestazioni sociali con prestazioni sanitarie. Inoltre, precisa che lo Stato non può farsi totalmente carico del benessere sociale per ovvie ragioni economiche. Pertanto si afferma un modello di welfare mix in cui il benessere totale viene perseguito da tre settori: ambito informale (famiglie – rete sociale); mercato; sfera pubblica.*

**La sfera pubblica** comprende: Stato, Regioni, Province, Comuni, Aziende Sanitarie Locali

**Il mercato** comprende: le imprese e i professionisti

**Ambito informale:** comprende **La rete sociale** ossia: il terzo settore, cioè il privato “no profit” che a sua volta comprende le organizzazioni di volontariato, IPAB, cooperazione sociale, associazione ed enti di promozione sociale, fondazioni, onlus, enti riconosciuti dalle confessioni religiose.

**TERZO SETTORE:** (si chiama terzo perché sta tra stato e mercato ma non è riconducibile né a l’uno né all’altro). Sono soggetti organizzativi di natura privata volti alla erogazione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva (cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, onlus, fondazione,...). Sono diverse le denominazioni del terzo settore: privato sociale, settore no profit e terzo sistema.

**IPAB:** istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Istituite alla fine dell’800 con la legge Crispi per provvedere ai bisogni della popolazione. Negli anni ’70 furono abolite e i loro beni trasferiti agli enti locali. La legge quadro prevede la trasformazione delle IPAB in aziende pubbliche di servizi alla persona o in enti morali di diritto privati.

**COOPERATIVE SOCIALI:** gestiscono servizi sociali, socio-sanitari ed educativi (cooperative di tipo A), e attività finalizzate all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate, quali disabili, tossicodipendenti... (cooperative di tipo B)

*VOLONTARIATO: attività spontanea e gratuita. Esse operano a stretto contatto con altre realtà presenti nel territorio. Possono farne parte persone svantaggiate e qualificate.*

*LE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE: esempio le ACLI, ARCI, LEGA AMBIENTE... sono associazioni che si differenziano dal volontariato perché promuovono attività di utilità sociale a favore degli stessi associati, senza finalità di lucro.*

*FONDAZIONI: persone giuridiche private senza fini di lucro, con piena autonomia statutaria e di gestione (ad es. attività culturali, ricerca scientifica...)*

*ONLUS: organizzazione non lucrative di utilità sociale. Possono godere di agevolazioni fiscali e per questo devono adempiere ad obblighi formali e contabili. Per poter diventare Onlus deve svolgere una delle attività previste: assistenza sociale e socio sanitaria, istruzione, beneficenza, ... deve comunque perseguire finalità di solidarietà sociale.*

## **IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA'**

*L'art. 118 della costituzione attribuisce la titolarità delle funzioni amministrative ai comuni, ciò in base al principio di sussidiarietà, secondo la quale le funzioni amministrative devono essere svolte dall'ente più vicino al cittadino (e quindi in primo luogo ai comuni). Successivamente, la legge costituzionale 3/2001 ha costituzionalizzato il principio di sussidiarietà verticale e orizzontale. Per **principio di sussidiarietà verticale** si intende lo spostamento delle funzioni dallo stato agli enti locali territoriali, i centri più vicini ai cittadini che sono i destinatari dei servizi. Per **principio di sussidiarietà orizzontale**, si intende che gli enti territoriali possono avvalersi nell'esercizio delle loro funzioni, della collaborazione di soggetti privati, prevedendo la promozione del privato sociale. Perno centrale del principio di sussidiarietà è la famiglia, intesa come società naturale che deve essere supportata nell'adempimento dei propri compiti, e il volontariato ossia i privati che perseguono finalità di assistenza sociale. Gli enti locali, Regioni e Stato riconoscono e agevolano il ruolo dei soggetti no profit nella programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ma anche nella fase di monitoraggio e valutazione degli esiti.*

*Il principio di sussidiarietà si articola in tre livelli:*

- a) Non faccia lo Stato ciò che i cittadini possono fare da soli: le varie istituzioni statali devono creare le condizioni che permettano alla persona e alle aggregazioni sociali (famiglia, associazioni, gruppi, in una parola i cosiddetti "corpi intermedi") di agire liberamente e non devono sostituirsi ad essi nello svolgimento delle loro attività. Questo perché la persona e le altre componenti della società vengono "prima" dello Stato: l'uomo è principio, soggetto e*

*fine della società e gli ordinamenti statali devono essere al suo servizio. Per questo motivo lo Stato deve fare in modo che i singoli e i gruppi possano impegnare la propria creatività, iniziativa e responsabilità, impostando ogni ambito della propria vita come meglio credono, risolvendo da soli i propri problemi. In questo modo, si uniscono insieme il massimo di libertà, di democrazia e di responsabilità, sia personale che collettiva.*

- b) Lo Stato deve intervenire (sussidiarietà deriva da subsidium, che vuol dire aiuto) solo quando i singoli e i gruppi che compongono la società non sono in grado di farcela da soli: questo intervento sarà temporaneo e durerà solamente per il tempo necessario a consentire ai corpi sociali di tornare ad essere indipendenti, recuperando le proprie autonome capacità originarie.*
- c) L'intervento sussidiario della mano pubblica deve comunque essere portato dal livello più vicino al cittadino: quindi in caso di necessità, il primo ad agire sarà il comune. Solo se il comune non fosse in grado di risolvere il problema deve intervenire la provincia, quindi la regione, lo Stato centrale e infine l'Unione Europea. Questa gradualità di intervento garantisce efficacia ed efficienza, libera lo Stato da un sovraccarico di compiti e consente al cittadino di controllare nel modo più diretto possibile. Applicando questo principio, lo Stato si mette davvero al servizio dei cittadini, aiutando la formazione di un cittadino attivo e autonomo, che non sia un suddito passivo e sempre bisognoso di assistenza.*
- d) Sussidiarietà nel diritto costituzionale: viene indicato come quel principio sociale e giuridico amministrativo che stabilisce che l'intervento degli enti pubblici territoriali (Regioni, Province e Comuni) sia nei confronti dei cittadini sia degli enti debba essere attuato esclusivamente come sussidio (ovvero come aiuto) nel caso in cui il cittadino o l'entità sottostante sia impossibilitata ad agire per conto proprio.*

*Nella sanità, l'orientamento a considerare le organizzazioni dei cittadini e degli utenti una risorsa, è stato il DLGS 502/92 che prevede forme di partecipazione nella tutela del diritto alla salute, alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari.*

*Successivamente, questa impostazione è stata confermata con DLGS 229/99 "norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" che promuove l'integrazione socio sanitaria, coinvolgendo i cittadini e le associazioni nei processi di valutazione.*

*Anche la legge 285/97 ha aperto la possibilità al terzo settore di partecipare alla progettazione integrata.*

*Infine, con la legge 328/2000, il terzo settore è chiamato ad essere partner degli enti pubblici. Il piano di zona diventa lo strumento di programmazione che vede la partecipazione di tutti i soggetti attivi del territorio.*

*Le politiche sociali prevedono dunque la “centralità” della persona, cioè una presa in carico globale e personalizzata. Si lavora con le persone e non per le persone, aiutandole a conseguire una migliore qualità di vita.*

*Le politiche sociali sono : scelte di interesse collettivo che un soggetto politico adotta e attua, utilizzando le risorse a sua disposizione. Esse possono essere riferite a fenomeni sociali (handicap, esclusione sociale, dipendenze,...) o a gruppi di popolazione (minori, anziani, donne...).*

*Tra le varie politiche sociali previste nella legge 328/2000 ricordiamo:*

- 1. Interventi per contrastare la povertà;*
- 2. Favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone non autosufficienti (es. programma ritornare a casa);*
- 3. Sostenere le responsabilità familiari;*
- 4. Garantire assistenza ai profughi;*
- 5. Sostenere i familiari con detrazioni fiscali, per le spese sostenute a favore di componenti non autosufficienti.*

*Tra le varie misure adottate dai vari attori pubblici, vi sono i servizi sociali che hanno il compito di rimuovere o superare le situazioni di bisogno che la persona può incontrare nella vita. Essi possono essere : servizi (gratuiti o a pagamento), o sotto forma di prestazioni economiche (contributi).*

*I servizi socio assistenziali possono essere : affidamento familiare, consultorio familiare, segretariato sociale, servizio di alcologia, centro anti violenza, centro di salute mentale, centro socio educativo, centro diurno...etc*



## **TERZA LEZIONE: 1) IL CAMBIAMENTO DEI BISOGNI**

### **DEFINIZIONE DI BISOGNO**

*Concettualmente e teoricamente non è facile dare una definizione del bisogno. Da un lato vi è chi sostiene che il bisogno sia semplicemente quanto viene manifestato e si possa desumere dai comportamenti e dalle aspettative di singoli, famiglie e imprese. Dall'altro vi sono quelli che sostengono l'esistenza di un livello minimo di bisogno non contrattabile ed essenziale per la sopravvivenza dignitosa di un individuo. Se provassimo a dare una definizione di bisogno, si potrebbe dire: che è la necessità di un bene o servizio atto a soddisfare un'esigenza della vita, che può o meno tradursi in una domanda. Potremmo anche dire che il bisogno è "una mancanza" che comporta una serie di rischi reali nella vita della persona.*

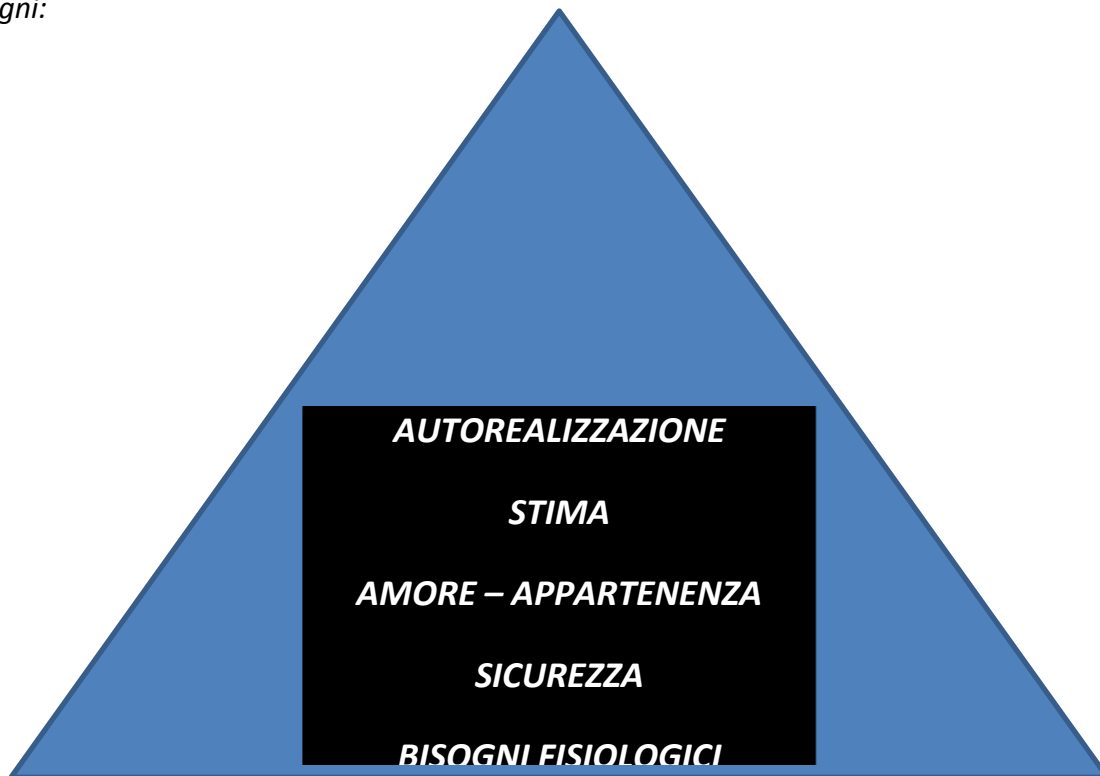
*Definizione di bisogno data Piaget, valida ancora oggi:*

*Il bisogno è la manifestazione di uno squilibrio: si ha bisogno quando qualcosa al di fuori di noi e dentro di noi, una nostra struttura fisica o mentale, si è modificata. Si tratta di riadattare la condotta in funzione di questo cambiamento. L'azione si esaurisce quando si è ristabilito l'equilibrio tra il fatto che ha provocato il bisogno e la nostra organizzazione mentale, quale si presentava anteriormente ad esso.*

*Nell'analisi dei bisogni, occorre precisare che i bisogni :*

- 1. Non sono desideri*
- 2. Dipendono dal contesto o dalla circostanza*
- 3. Vanno riferiti a persone o a gruppi specifici (es. disabili)*
- 4. Esistono bisogni consapevoli e bisogni inconsapevoli (non sempre è riconosciuto dalla persona che ne è portatore)*
- 5. Esistono bisogni che richiedono prestazioni specifiche*
- 6. Possono essere connessi ad altri bisogni*
- 7. Si manifesta o cambia in base all'età, ambiente sociale, ambiente familiare, ambiente lavorativo*

Di solito i bisogni scaturiscono da: esigenze umane, da condizioni di necessità, dalla mancanza di benessere, dalla carenza di qualcosa. **Maslow** (anni '60/'70) ha ideato una scala gerarchica dei bisogni:



**BISOGNI FISIOLGICI:** FAME, SETE, RIPOSARE, COPRIRSI DAL FREDDO...

**BISOGNO DI SICUREZZA:** PROTEZIONE E TRANQUILLITA'

**BISOGNO DI AMORE – APPARTENENZA:** SENTIRSI AMATO E PARTE DI UN GRUPPO, AMARE

**BISOGNO DI STIMA:** BISOGNO DI ESSERE RISPETTATO E APPREZZATO

**BISOGNO DI AUTOREALIZZAZIONE:** ESIGENZA DI REALIZZARE LA PROPRIA IDENTITA' E PORTARE A PROPRIO COMPIMENTO LE PROPRIE ASPETTATIVE E OCCUPARE UNA POSIZIONE SODDISFACENTE NEL GRUPPO O NELLA SOCIETA'

Secondo la piramide di Maslow, le persone tendono a soddisfare prima i bisogni fisiologici necessari per la sopravvivenza. Quando l'uomo si è assicurato di bisogni primari si sente protetto e al sicuro e può concentrarsi su bisogni legati all'amore, seguito dal bisogno di rispetto per se stessi e per gli altri. L'ultimo bisogno è l'autorealizzazione. Avere sufficiente cibo, sicurezza e rispetto non è sufficiente per arrivare all'autorealizzazione. Infatti, secondo Maslow, solo poche persone riescono ad autorealizzarsi, perché molti si fermano alla semplice realizzazione dei bisogni primari.

**Henderson Virginia**, a differenza di Maslow, afferma che il bisogno è una necessità. Essa ha individuato 14 bisogni fondamentali:

1. *Respirare normalmente*
2. *Mangiare e bere in modo adeguato*
3. *Eliminare i rifiuti dal corpo*
4. *Muoversi e mantenere una posizione desiderata*
5. *Dormire e riposare*
6. *Vestirsi e svestirsi*
7. *Mantenere la temperatura corporea ad un livello normale*
8. *Tenere il corpo pulito, i capelli, la barba e i vestiti ben sistemati*
9. *Evitare i pericoli ed evitare di ferire gli altri*
10. *Comunicare con gli altri esprimendo emozioni, bisogni, paure o opinioni*
11. *Seguire la propria fede*
12. *Lavorare e raggiungere risultati*
13. *Partecipare ad attività ricreative*
14. *Imparare a soddisfare le curiosità per un normale sviluppo e usare tutti i mezzi disponibili per la salute*

*Si tratta di bisogni che se soddisfatti tutti, portano all'indipendenza delle persone. Diversamente, l'individuo non è completo e indipendente.*

*La legge quadro 328/2000 pone l'attenzione su diversi fenomeni sociali da prevenire, ridurre ed eliminare, che sono in linea con i bisogni attuali: 1) inadeguatezza del reddito; 2) difficoltà sociali; 3) condizioni di non autonomia.*

*Sicuramente l'inadeguatezza del reddito, riguarda sia persone che famiglie. Tra i bisogni primari, troviamo la povertà e dunque l'impossibilità di soddisfare i bisogni primari (o fisiologici) come nutrirsi, vestirsi, avere una casa. La povertà è inevitabilmente legata ad altri bisogni insoddisfatti, come la mancanza di un lavoro, o un'attività lavorativa precaria, stipendi minimi o dalla perdita, improvvisa o meno, del lavoro. La mancanza di un reddito sufficiente, e quindi la nuova condizione di povertà, genera l'indebitamento delle persone e delle famiglie, per riuscire a soddisfare i propri bisogni o pagare le tasse. Il disagio economico, può generare in alcuni casi, un progressivo deterioramento delle motivazioni, il crollo delle speranze, e il diradarsi delle capacità relazionali e di adattamento. Sono in notevole aumento le richieste di contributi economici per far fronte all'acquisto di alimenti, pagamento di tasse e bollette, rata mutuo... le difficoltà economiche portano a maggiori sfratti e all'indebitamento con le banche.*

*A volte la povertà è collegata ad altri bisogni, ad es. problemi di salute della persona o di un componente familiare. I problemi di salute possono impedire alla persona di svolgere una determinata attività. Sorgono inoltre difficoltà nell'acquisto dei farmaci e nel pagamento delle*

*visite mediche. Alcuni problemi di salute, impongono alla persona, a volte lo stesso capofamiglia, di non poter più lavorare. Ne consegue che il familiare è a carico della famiglia per quanto concerne l'assistenza. Nella fattispecie, è inevitabile rivolgersi al servizio sociale per attivare un lavoro di rete per una presa in carico globale della persona e della famiglia.*

*In altri casi, le famiglie hanno in carico un familiare anziano non autosufficiente. In questi casi, è presente una rete parentale attiva e la pensione percepita dal disabile, può essere di notevole aiuto alla famiglia.*

*La povertà colpisce anche le famiglie numerose, soprattutto se monoparentali, e gli anziani ultra 65 anni. I movimenti demografici in Italia, hanno portato a due nuove tendenze: l'aumento delle persone anziane e la diminuzione del tasso di natalità. Le famiglie stanno diventando molto piccole e instabili a causa dell'aumento di separazioni e divorzi. L'immigrazione è cresciuta negli anni, con un numero crescente di clandestini e rifugiati politici. La crisi socio-economica ha aumentato i livelli di disoccupazione e crescono anche le spese e la sicurezza sociale (provvidenze e assistenza sanitaria).*

*E' vero anche che si è persa nel tempo, da parte delle persone o delle famiglie, l'individualità dei bisogni, perché spinti da un mercato prepotente, attraverso i mass media o altre forme di pubblicità. Le persone spendono oltre le pure necessità, anche per bisogni che sono tutt'altro che primari, e gli individui vivono l'apparenza che i propri bisogni siano risolti e il benessere sia diffuso. In questo modo sembra che la società di massa abbia creato bisogni "fittizi", ovvero sembra che i bisogni non siano più guidati dall'individuo e dalle sue necessità, ma da leggi di mercato che fanno sì che la soddisfazione di alcuni bisogni avvenga con più facilità rispetto ad altri.*

## **QUARTA LEZIONE: 1) I PRINCIPALI MODELLI ORGANIZZATIVI**

### **2) LA GESTIONE ORIENTATA AI RISULTATI**

### **3) IL LEARNING ORGANIZATION**

#### **DEFINIZIONE DI ORGANIZZAZIONE:**

*Insieme di persone e di risorse orientate al raggiungimento di specifiche finalità istituzionali.*

*Insieme delle risorse al fine del raggiungimento di un obiettivo comune esplicito mediante la divisione del lavoro e delle funzioni e mediante una gerarchia di autorità e responsabilità.*

*Insieme delle modalità con cui le Amministrazioni restituiscono le loro competenze istituzionali in scelte, prestazioni e interventi.*

*E' un servizio aperto che trasforma in servizi e prestazioni, i bisogni del cittadino e le risorse (economiche, materiali, umane) che servono per soddisfarli.*

*L'organizzazione del lavoro deve rispondere all'esigenza di rispettare la dignità dell'utente e consentire all'operatore di dedicarsi con metodo. Si individuano tre metodi nell'attività pratica dell'operatore:*

- a) Assistenza operatore/utente: un metodo che prevede un operatore per ogni singolo utente (o anche due o tre assistiti contemporaneamente). Questo garantisce sicurezza per l'utente perché vede personalmente soddisfatti i propri bisogni, ma ciò soddisfa anche l'operatore sotto il profilo professionale;*
- b) Assistenza per équipe: l'équipe è un gruppo di lavoro, composto da diverse figure professionali (es. l'infermiere, la caposala, l'educatore, il medico....) Esso prevede la figura di un coordinatore . Tutti partecipano alla formulazione del piano di assistenza e ciascuno prende in carico il paziente rispondendo ad un obiettivo comune;*
- c) Assistenza per compiti: ad ogni operatore corrisponde una propria competenza, e quindi uno stesso operatore svolgerà la stessa tecnica per più utenti e il compito diventerà meccanico (cure igieniche, pesatura...). Ad ogni compito corrisponde un operatore.*

*Qualunque sia il tipo di organizzazione, bisogna tener conto di tre elementi: il posto di lavoro. Il compito, la funzione dell'operatore.*

*DEFINIZIONE DI POSTO DI LAVORO: Il luogo in cui l'operatore svolge l'attività in quel dato momento (l'ambiente domestico, il pulmino per il trasporto, il letto dove il malato è allettato....)*

*DEFINIZIONE DI COMPITO: insieme di operazioni volte al raggiungimento di uno scopo*

*DEFINIZIONE DI FUNZIONE DELL'OPERATORE: insieme delle attività svolte dall'operatore che rientrano nell'ambito delle sue competenze, e affidategli attraverso un mandato dalla stessa organizzazione alla quale appartiene.*

*Ogni organizzazione possiede una sua forma organizzativa che ne consente il funzionamento. Il mutamento di abitudini, di cultura, il processo di globalizzazione, possono imporre alla stessa organizzazione un cambiamento verso un modello più consono alle attuali esigenze socio-economiche. I principali **modelli di organizzazione del lavoro** sono: **il modello tayloristico, il modello delle relazioni umane, il modello di analisi sistemica**. L'applicazione di uno di questi modelli è utile per comprendere l'adattabilità e la rispondenza dell'organizzazione alle esigenze specifiche dell'ambiente. Sono i modelli più attinenti all'ambiente socio sanitario.*

*I modelli sono "rappresentazioni semplificate di realtà complesse, create ai fini di una loro più facile comprensione e gestione".*

*Prima di dare una definizione di ciascun modello, bisogna tener conto che nella scelta del modello organizzativo più consono, è necessario che per tutti ci sia la consapevolezza che è necessario risolvere una condizione che non risponde più alle esigenze dell'azienda o dell'utenza. Si dovrà tener conto sia delle esigenze dell'utenza che della tipologia delle richieste. Dopo la scelta del modello, a ciascuno verrà assegnato il proprio ruolo e compito e dovrà rispondere alla mission istituzionale. Seguirà un periodo di prova e dunque di monitoraggio degli aspetti positivi e negativi. Il cambiamento di modello non può essere repentino altrimenti fallirebbe, dal momento che è necessario per tutti una fase di adattamento alla novità.*

**MODELLO TAYLORISTICO:** *modello nato negli anni '50. Secondo Taylor, l'azienda non può lasciare discrezionalità agli operatori, ma questi devono semplicemente eseguire ciò che gli è stato assegnato. Si basa pertanto sulla specializzazione di compiti ben precisi. Il punto debole di questo modello è che in questo modo non può rispondere alla variegata necessità di un'utenza sempre più esigente.*

**MODELLO DELLE RELAZIONI UMANE:** *modello flessibile, che persegue l'obiettivo di impegnare le persone giuste al posto giusto, tenendo conto di variabili sociali e psicologiche degli operatori che operano nel servizio. In questo modo si avrà un operatore sempre motivato.*

**MODELLO DI ANALISI SISTEMICA:** *considera l'organizzazione del lavoro come un sistema aperto, in cui tutte le parti hanno relazione e dipendenza reciproca. Esso richiede un'analisi organizzativa sistemica della realtà per procedere all'organizzazione del lavoro e quindi all'erogazione di un servizio di qualità (ad es. considera la tipologia dell'utenza, le varie normative...)*

*Tenendo conto del ruolo e delle competenze degli operatori, si possono distinguere tre diversi modelli organizzativi :*

**MODELLO ORGANIZZATIVO DI TIPO TECNICO:** *il ruolo degli operatori è limitato ad eseguire ordini e devono aderire ad uno schema prefissato. Questo modello è particolarmente indicato nei*

*processi industriali dove è possibile standardizzare il processo di produzione. In questo modello appare difficile offrire un servizio che aderisca il più possibile all'esigenza della persona o dell'utenza.*

**MODELLO ORGANIZZATIVO DI TIPO PROFESSIONALE:** *in questo modello è richiesta la professionalità dell'operatore per il raggiungimento dei risultati. L'operatore ha un ruolo attivo e propositivo, sempre orientato al miglioramento. Questo è il modello più indicato nell'erogazione dei servizi alle persone. Nella pratica presenta alcune difficoltà, nel senso che chi dirige o organizza, trova difficoltà ad accettare modelli professionali non direttamente scelti e per questo non condivisi. Si deve sempre tenere conto della mission istituzionale.*

**MODELLO ORGANIZZATIVO DI TIPO COMUNITARIO:** *questo modello presuppone una posizione di centralità assoluta da parte dell'utente nella presa di decisioni. Si tratta quindi di organizzazioni di un'estrema complessità gestionale che rischiano di discostarsi dalle reali esigenze della popolazione, comportando un dispendio maggiore di risorse che non incontrano l'interesse dell'utenza. Considerata la complessità gestionale, l'ideale sarebbe applicare dei canali di comunicazione preferenziali tra la direzione aziendale e gli operatori. E' importante anche mantenere aperto un canale di comunicazione tra l'istituzione e l'ambiente sociale al fine di poter cogliere le abitudini del bacino d'utenza e poter quindi adeguare le risposte e offrire servizi a misura di utenti. In tal modo l'istituzione potrà (attraverso gli operatori che ne fanno parte) interagire con i sistemi esterni e adattare degli specifici interventi, compatibilmente con le risorse dell'istituzione. In un modello di questo tipo, il ruolo degli operatori va oltre il puro esercizio dell'attività professionale, ma devono aver ben chiaro che ricoprono un ruolo all'interno di una istituzione orientata alla produzione di servizi rivolti alla persona*

#### **LA GESTIONE ORIENTATA AI RISULTATI:**

*Nel tempo le organizzazioni (sia nel settore pubblico, sia nel privato) , hanno acquisito la consapevolezza che la qualità dei risultati è frutto della qualità dell'organizzazione e hanno quindi focalizzato l'attenzione su quest'ultima estendendo il concetto di qualità, ovvero intendendo per qualità dei prodotti e servizi l'adeguatezza di questi all'uso che devono farne coloro ai quali sono rivolti , e per qualità dell'organizzazione l'adeguatezza ai fini prefissati . Ciò implica la capacità di individuare gli obiettivi giusti e raggiungere tali obiettivi con il minor uso di risorse.*

*Per gestire un'organizzazione e renderla sempre più adeguata ai propri fini, è utile fare ricorso a "modelli" .*

*I modelli aiutano a capire i meccanismi organizzativi e le relazioni causa/effetto fra azioni organizzative e risultati . L'uso dei modelli si sta estendendo nel settore pubblico per rendere i sistemi più efficaci (migliorare la qualità di vita delle persone e razionalizzare i rapporti fra organizzazioni profit e non profit) ed efficienti (contribuire all'economicità del sistema).*

*La direzione per obiettivi o management by objectives significa che cosa la direzione si aspetta da ogni singola persona coinvolta nell'organizzazione. Le persone non possono agire in maniera efficace ed efficiente se non conoscono con chiarezza gli scopi che l'organizzazione, per la quale lavorano, si vuole prefiggere. Ciò è possibile attraverso tre ipotesi: se dal vertice vengono stabiliti dei macroobiettivi chiari e precisi che devono essere recepiti dai dirigenti e dai collaboratori (approccio top down); oppure se sono gli stessi dirigenti che propongono gli obiettivi da raggiungere alla direzione. La terza ipotesi è rappresentata dalla negoziazione delle due modalità. O con l'uno o con l'altro approccio, è auspicabile che si realizzi un vero e proprio lavoro di squadra. Gli obiettivi devono essere realistici, specifici, quantificabili, coerenti, controllabili.*

*Qualora manchi una gerarchia che agisca con coerenza e responsabilità, gli operatori sono spinti a fare scelte discrezionali e volontarie, soprattutto se si tratta di personale che lavora a contatto con l'utenza. Il rischio potrebbe essere di non garantire prestazioni di qualità.*

*Lo strumento attraverso il quale un servizio o un'unità operativa stabilisce gli obiettivi da raggiungere è " il piano di lavoro". Nello specifico, esso deve contenere gli obiettivi , le attività, le condizioni organizzative, gli indicatori di verifica. Gli obiettivi devono essere sia in linea con la mission istituzionale, sia di realizzazione nella pratica (es. informazioni alle famiglie che hanno minori con handicap per l'inserimento a scuola..) . gli obiettivi ci ricordano in quale direzione andare e possono essere modificati o se ne possono introdurre nuovi.*

## **IL LEARNING ORGANIZATION**

*Sono modalità di organizzazioni che apprendono attraverso l'azione e l'esperienza dei suoi membri. Le persone che ne fanno parte cercano di incrementare le loro capacità per conseguire i risultati. E' una strategia che facilita l'apprendimento di tutti i suoi membri, attivando molteplici risorse destinate alla crescita delle competenze e dell'apprendimento. Questo tipo di modello favorisce un ruolo partecipativo ai lavori di gruppo per la messa in comune delle competenze e dell'apprendimento.*

*La Learning Organization è un modello di organizzazione che sviluppa modalità che permettono di migliorare conoscenze e competenze, che assicurano alla struttura organizzativa una migliore capacità di adattamento al cambiamento, allo sviluppo e alla crescita.*

*La Learning Organization è una strategia utile per vitalizzare una determinata struttura organizzativa, in quanto facilita l'apprendimento di tutti i suoi membri e continuamente trasforma se stessa.*



*Si tratta quindi di un'organizzazione che, nell'ambito di una struttura aziendale:*

- *promuove l'apprendimento tra i suoi componenti, e che apprende essa stessa da tale processo;*
- *propone processi culturali adatti a creare il clima e i sistemi necessari per assicurarsi un apprendimento continuo;*
- *è in continuo cambiamento e promuove l'apprendimento focalizzato sull'individuo, sul gruppo e sulla struttura;*
- *è dotata delle capacità necessarie per creare, acquisire e trasferire in maniera efficiente e veloce la conoscenza.*

*L'apprendimento organizzativo parte dal sapere collettivo, dalla messa in comune delle singole competenze, nonché dal saper comunicare efficacemente con l'interno e con l'esterno. Si punta dunque a stimolare le singole risorse perché mettano a disposizione il proprio sapere, trasformandole in conoscenze organizzative, ovvero unire il saper fare con il dover fare.*

*Le organizzazioni che apprendono sono quelle nelle quali le persone aumentano continuamente la loro capacità di raggiungere gli obiettivi, nelle quali si stimolano nuovi modi di pensare, orientati alla crescita.*

*La prospettiva è rappresentata da una continua socializzazione, intesa come messa in comune delle conoscenze, che si sviluppa parallelamente alla de-gerarchizzazione dei ruoli. Infatti le imprese che si ispirano alla Learning Organization promuovono il lavoro di gruppo, in un'ottica di responsabilizzazione sia individuale che collettiva e secondo una logica partecipativa e non di obbedienza.*

**QUINTA LEZIONE: 1) LE FINALITA' STRATEGICHE RESPONSABILIZZANTI, CONCERTATIVE E COMUNICATIVE**

**2) LA TIPOLOGIA DEI SERVIZI PER MINORI, ANZIANI, DISABILI, SOFFERENTI MENTALI, TOSSICODIPENDENTI, MALATTI TERMINALI**

*Il pluralismo istituzionale e sociale e il principio di sussidiarietà sanciti dalla legge quadro richiedono che il piano nazionale assuma la logica e la metodologia della **programmazione strategica e partecipata**.*

*Al fine di considerare la persona nella sua globalità, la legge 328/2000 prevede il superamento della settorializzazione delle risposte, incentivando la cooperazione e l'integrazione tra sociale e sanitario a livello istituzionale, organizzativo e professionale. Le linee guida che le regioni inviano ai comuni, provvedono a consolidare un sistema di welfare cosiddetto "a responsabilità condivise" che si basa sui principi della "centralità del territorio" e della "sussidiarietà".*

*Il sistema integrato di interventi e servizi sociali non può che realizzarsi con il concorso di una pluralità di attori, istituzionali e non, pubblici e privati, rispetto ai quali sono distribuiti ruoli e responsabilità, competenze e risorse. Dunque, l'intero impianto di riforma dei sistemi sociali si basa sulla PARTECIPAZIONE, RESPONSABILITA' DIFFUSA, SCELTA CONDIVISA, CO-FINANZIAMENTO. Ciascuna parte coinvolta nella programmazione contribuisce parzialmente al raggiungimento dei fini comuni. Ad esempio, a volte un intervento di semplice supporto o di assistenza economica, può non essere sufficiente. il disagio può riguardare altri aspetti e sfere di vita, può essere multidimensionale e per affrontarlo è necessario costruire un percorso, coinvolgere diversi soggetti e mettere insieme le risorse.*

*Nella gestione dei servizi sociali, la legge quadro prevede la concertazione (in forma associata) tra comuni, tra comuni e province, tra comuni e regione, tra province, tra province e regione, prevedendo anche la partecipazione attiva del terzo settore e dei diversi livelli istituzionali e le aziende sanitarie locali. A livello locale spetta ai comuni e le asl attivare i piani di zona che dovranno collaborare con i soggetti che operano nell'ambito della solidarietà sociale. Il piano sociale di zona (come il piano nazionale e regionale) è uno strumento strategico per governare le politiche sociali. La legge 328/2000 specifica le finalità strategiche del piano di zona:*

- *esso deve prevedere l'attivazione di azioni responsabilizzanti, concertative e comunicative che coinvolgono tutti gli attori locali;*
- *l'attenzione va concentrata sui bisogni e sulle opportunità da garantire;*
- *valorizzare le risorse di ogni comunità locale;*
- *garantire i livelli essenziali di assistenza*

*Il processo di concertazione è orientato alla lettura condivisa dei bisogni sociali grazie al coinvolgimento di tutti gli attori del territorio. L'aspetto più interessante è il metodo: concertare i comportamenti dei vari attori che investono impegno e risorse. Vi è una ripartizione di responsabilità e di risorse, di condivisione delle scelte e di maggiore individuazione dei bisogni.*

*La programmazione partecipata si realizza attraverso:*

*a livello provinciale:*

- *un tavolo politico provinciale*
- *un tavolo tecnico provinciale*

*a livello di zona:*

- *la conferenza dei sindaci, oppure un comitato cittadino in caso di unico Comune componente la zona*
- *l'ufficio di programmazione composto dai referenti tecnici dei comuni, asl e provincia*

*L'ambito territoriale di programmazione è determinato dalla regione e dovrebbe coincidere con il distretto sanitario. Ad esempio, il distretto di Quartu comprende: Quartu S. Elena, Dolianova, Sinnai, Soleminis, Maracalagonis, Burcei, Serdiana e Donori. Il comune capofila è Quartu S.E. dove è presente anche l'ufficio di programmazione. A sua volta, è stato formato un sub ambito composto dai comuni di Burcei, Sinnai e Maracalagonis che insieme a due cooperative sociali (alle quali sono state affidate la gestione integrata dei servizi assistenziali, socio sanitari ed educativi), hanno dato vita ad una fondazione di partecipazione, gestore unico dei servizi alla persona.*

*Il titolo IV della legge quadro, definisce i livelli essenziali delle prestazioni sociali, ovvero quelle prestazioni e servizi di cui tutti hanno diritto e ne possono usufruire. Sono misure adottate dai soggetti che hanno il potere di decidere per contrastare un fenomeno sociale o per aiutare specifiche categorie di persone o gruppi di popolazione.*

*I principali ambiti di intervento sono:*

1. *minori*
2. *anziani*
3. *disabili*
4. *sofferenti mentali*
5. *tossicodipendenti*
6. *malati terminali*

questi e altri ambiti di intervento sono previsti nella legge 328/2000 recepita dalla Regione Sardegna con L.R. 23/2005.

Bisogna ricordare che l'attivazione di un servizio è strettamente legato a delle variabili: alle risorse disponibili, ai servizi già presenti sul territorio (per evitare di offrire servizi già presenti), e dai bisogni emergenti.

#### **MINORI:**

1) Nell'ambito dei **minori** è inclusa la famiglia. Essa assume una funzione di estrema rilevanza, sia come fonte di risorse, sia come luogo di espressione di un bisogno o di un disagio. Le politiche sociali hanno quindi la finalità di sostenere e valorizzare i molteplici compiti che le famiglie assolvono. Esso è l'ambito prioritario di crescita dei minori e pertanto deve essere tutelato il loro diritto alla salute psicofisica, all'educazione e alla socializzazione. La regione deve prevedere degli interventi mirati, rivolti sia alla prima infanzia sia all'adolescenza.

Gli interventi possono essere attuati dai comuni, ASL, province e terzo settore.

Nell'ambito dei minori, i servizi offerti possono essere rivolti a favorire:

- la scolarizzazione e la formazione scolastica (ad es. nel caso delle famiglie che non sono in grado di sostenere tale spesa);
- l'attività di educativa territoriale, volto al superamento di problematiche legate al minore o al contesto familiare;
- L'affidamento familiare nei casi in cui la famiglia sia temporaneamente impossibilitata a farsi carico del minore. In tal caso si attiva un affido presso una casa famiglia o presso famiglie affidatarie formate. L'affido è temporaneo e comunque sino al superamento del disagio presente nell'ambito familiare. Qualora non si presentino le condizioni per un ritorno in famiglia, in alcuni casi è prospettabile l'adozione;
- L'assistenza domiciliare attivata per minori con difficoltà fisiche o mentali, utile per alleggerire il carico familiare; oppure utile per sostegno nelle attività scolastiche, o per accompagnamento a scuola.
- Centri di aggregazione per attività socio-educative, culturali, ricreative, sportive per favorire la socializzazione;
- Case famiglie : i comuni pagano tali strutture nei casi di allontanamento di un minore al fine di garantirgli accoglienza, mantenimento, vigilanza e custodia, educazione e istruzione;
- Contributi economici offerti alle famiglie finalizzate all'acquisto di beni di prima necessità;
- Centri anti violenza e antiabuso, consultori familiari e centri di pronta accoglienza per minori (e donne).

## **TOSSICODIPENDENZA:**

*La regione deve impegnarsi in azioni di sostegno alle persone a rischio mirate anche al sostegno e al coinvolgimento del contesto familiare.*

*Il servizio che prende in carico i soggetti "dipendenti da sostanze o dal gioco" è il SERD (servizio per le dipendenze). In alcuni casi, l'uso di sostanze, potrebbe generare anche un disturbo psichiatrico, preso in carico al centro di salute mentale. Tutti i servizi coinvolti possono collaborare con il servizio sociale territoriale per la stesura di un piano personalizzato per una presa in carico globale. I servizi che si possono attivare sono:*

- *incontri con i familiari;*
- *contributi economici previsti all'interno di un progetto individualizzato;*
- *inserimenti lavorativi;*
- *assistenza domiciliare qualora sia presente nella persona l'incapacità nella gestione delle attività quotidiane;*
- *supporto psicologico ed educativo;*
- *servizi di prevenzione e contrasto alle tossicodipendenze (alcool e sostanze stupefacenti). Si tratta di incontri delle scuole per informare i minori sulle conseguenze dell'abuso.*
- *Lavoro in rete con i servizi e gli operatori*

## **ANZIANI:**

*Gli interventi agli anziani sono finalizzati alla logica della domiciliarità e del sostegno alla vita di relazione. La normativa a favore dell'handicap è : L. 104/92 – L.R. 162/98 - L.R. 20/97 – L.R. 13/89 – L.R. 9/2004 – L.R. 27/83*

*Tipologia dei servizi offerti:*

- *assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti per l'espletamento delle normali attività quotidiane;*
- *assistenza economica per sostenere le spese familiari (pensioni minime);*
- *centri sociali e attività di socializzazione per favorire l'integrazione e gestire il tempo libero;*
- *affidamento familiare: (da attivare nel caso non sia possibile attivare una rete parentale) inserire la persona anziana presso una famiglia disponibile che possa prendersi cura sotto tutti i versanti della vita quotidiana;*
- *strutture residenziali per anziani non autosufficienti, in grado di garantire prestazioni assistenziali e sanitarie;*
- *finanziamenti per abbattimento barriere architettoniche.*

## **DISABILI:**

*Le politiche per la tutela dei disabili sono indirizzate a favorire la piena integrazione nel tessuto sociale, sviluppando l'autonomia delle persone attraverso la valorizzazione delle abilità e capacità.*

*L'handicap è una condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che impedisce o limita il soggetto nell'adempimento delle attività quotidiane. La disabilità può essere fisica o mentale. La normativa a favore dell'handicap è : L. 104/92 – L.R. 162/98 - L. 68/99 - L.R. 20/97 – L.R. 13/89 – L.R. 9/2004 – L.R. 27/83*

*Tipologia dei servizi offerti:*

- *assistenza domiciliare;*
- *assistenza economica ( per far fronte alle spese quotidiane);*
- *inserimento lavorativo;*
- *assistenza specialistica rivolta ai disabili minori che frequentano la scuola e hanno diritto all'insegnante di sostegno per garantire il diritto allo studio;*
- *assistenza extrascolastica (per lo svolgimento dei compiti);*
- *servizio di educativa territoriale;*
- *attività di aggregazione e di socializzazione;*
- *finanziamenti per abbattimento barriere architettoniche ;*
- *finanziamenti per inserimenti in RSA o case protette;*

*Nell'area disabili sono compresi i **SOFFERENTI MENTALI**. Essi sono tutelati dalla stessa normativa dei disabili e a loro sono offerti la stessa tipologia di servizi. Sono seguiti da un'équipe multiprofessionale presso il centro di salute mentale che si raccorda con il servizio sociale territoriale per la stesura dei piani personalizzati finalizzati a migliorare la qualità di vita della persona.*

*I **MALATTI TERMINALI** sono tutelati dalla L. 104/92 – L.R. 162/98 – L.R. 13/89 - L.R. 9/2004 – PROGRAMMA RITORNARE A CASA*

*Tipologia dei servizi offerti:*

- *assistenza domiciliare per consentire alla persona la sua permanenza a domicilio, che preveda l'attivazione di un servizio integrato di interventi assistenziali e sanitari e possa alleggerire il carico familiare;*
- *assistenza economica per far fronte a spese di gestione familiare;*
- *finanziamenti per l'inserimento in strutture idonee e accreditate;*
- *supporto psicologico alla persona e alla famiglia;*
- *attivazione servizio ADI (assistenza domiciliare integrata);*
- *raccordo con il medico di base.*