

Il partenariato come risorsa: l'integrazione socio-educativa e sanitaria come prospettiva per far fronte ai bisogni dei minori d'età e le famiglie in situazione di fragilità

Partnership as a resource. Integration between social educational and health services to meet the needs of children and families in weak conditions

Martina Marchi (Università di Trieste / marchi.martina92@libero.it)

Elena Bortolotti (Università di Trieste / ebortolotti@units.it)

This research paper analyses the manner in which institutions work together in order to meet the educational and development needs of children and families. The contribution presents a survey regarding the ways that the Integrated University Health Authority of Trieste and the Municipality of Trieste work together to develop a partnership for the joint care of vulnerable children. The methodology used is intended to investigate how the above-mentioned services have worked to integrate themselves. We employed documentation produced by the two institutions as well as in-depth interviews with the relevant individuals. The interviewees have expressed the positive results obtained thus far and the critical issues still to be addressed.

Key-words: partnership, integration, services, documentation, survey

abstract

© Pensa MultiMedia Editore srl
ISSN 2282-5061 (in press)
ISSN 2282-6041 (on line)

3. Esiti di ricerca

85

Martina Marchi ha curato la parte di raccolta dati e stesura dell'articolo; Elena Bortolotti ha seguito l'impostazione della ricerca e ha curato la revisione dell'articolo

*“La frase più pericolosa in assoluto è:
abbiamo sempre fatto così.”*

Grace Murray Hopper

Introduzione

All'interno della società in cui viviamo si incontrano difficoltà che, per essere trattate, impongono uno sguardo sempre più complesso e multidimensionale, uno sguardo d'insieme che va utilizzato anche per le richieste di sostegno e di aiuto che coinvolgono i minori d'età e le rispettive famiglie, e che sempre più spesso approdano presso i servizi, siano essi sociali ed educativi o quelli sanitari.

Constatata l'utilità di procedere con un'ottica multidisciplinare, il seguente articolo vuole affrontare il delicato tema dell'importanza della collaborazione tra enti, al fine di promuovere quelle reti necessarie per rispondere ai bisogni di crescita dei bambini. Si vuole in particolar modo esaminare il difficile percorso che porta a equilibrare, di fronte a situazioni di fragilità e bisogni che stanno nel mezzo di problematiche diverse, l'ottica sanitaria con l'ottica socio-educativa.

A tal fine si presenta, in questo contributo, un'indagine sul percorso che l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (da qui in avanti, A.S.U.I.Ts) e il Comune di Trieste, stanno svolgendo al fine di far nascere, ed evolvere, una partnership che ha come obiettivo la definizione di una rete di supporto per la presa in carico congiunta di minori d'età in situazione di difficoltà e di disagio. Si tratta di due culture che, nonostante la loro diversità organizzativa, gestionale e valoriale, sono riuscite a trovare campo comune che ad oggi vuole arrivare a una gestione di corresponsabilità delle situazioni complesse. Prendendo dunque le mosse dalla teoria di E. Schein (1985) che definisce la cultura organizzativa come “[...] l'insieme coerente di assunti fondamentali che un dato gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato” (cit. in Bonazzi, 2006, p. 159), si andranno ad analizzare gli assunti presenti nei documenti comuni che le due organizzazioni hanno creato per condividere i percorsi di presa in carico e, attraverso alcune interviste, si approfondiranno le criticità incontrate nella co-costruzione di questo percorso di collaborazione.

86

1. La legislazione in merito ai diritti dei minori d'età

Nell'ampio quadro del tema dei diritti dei minori d'età non si possono ignorare i due anni più importanti: il 1924 e il 1989. Rispettivamente il 1924 è la tappa decisiva per la nascita della “Dichiarazione di Ginevra” (stilata dopo le conseguenze della Prima Guerra Mondiale), mentre il 1989 è l'anno in cui è stata emanata la “Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza”, che richiama i diritti dei bambini a crescere e vivere secondo prospettive adeguate al periodo di sviluppo, diritti che richiamano quindi l'importanza del gioco, dell'istruzione e della cura. Rimanendo a livello internazionale, inoltre, dobbiamo considerare anche il 2006, in quanto è l'anno in cui è stata approvata la “Convenzione sui diritti delle persone con disabilità”, una Convenzione che nuovamente ribadisce e richiama l'attenzione sui minori e, in particolar modo,



sui minori affetti da disabilità. Il 2006, però, è stata solo una tappa di un lungo percorso cominciato a partire dagli anni '80, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità decise di affiancare all'ICD-10 (International Classification of Diseases) un primo documento (l'ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) finalizzato a fornire, assieme alla diagnosi, informazioni riguardo al funzionamento delle persone sul piano corporeo, personale e sociale, riconoscendo quindi, al di là della patologia diagnosticata, la diversità insita in tutti gli individui. Vi è stata poi un'evoluzione concettuale che ha portato, nel 2001, alla pubblicazione dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), un documento che permette di affrontare alcune condizioni umane non solo secondo l'ottica della malattia o della menomazione, ma con uno sguardo al funzionamento generale della persona, tenendo presente anche i fattori contestuali che rappresentano le circostanze in cui vive (modello bio-psico-sociale). Nuovamente troviamo nella pubblicazione di questo documento un'attenzione ai minori d'età che porta alla pubblicazione, nell'anno 2007, della versione ICF-CY (Children and Young), dove viene ribadita l'attenzione rispetto alla dipendenza dei bambini e degli adolescenti dai contesti di nascita e di vita (Bortolotti, 2012).

Il panorama che si è posto in questi ultimi quarant'anni a livello internazionale vede inoltre una continuità con l'ottica che si è sviluppata a livello nazionale. I diritti che troviamo all'interno della legislazione italiana possono essere, solo per fare alcuni esempi, il diritto al mantenimento, all'istruzione, all'educazione e di assistere moralmente il minore d'età nel rispetto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni (art. 147 del Codice Civile)¹. In letteratura troviamo i diritti che alludono alla necessità di avere una famiglia, quello di vedere riconosciuta e rispettata la propria identità e, infine, il diritto all'assistenza. Diritti, quelli sopra elencati, che sono contenuti all'interno della "Convenzione internazionale", ratificata in territorio italiano con 176/91. In materia di disabilità, i passi avanti che sono stati fatti vengono concretizzati, soprattutto, con la Legge 104/92. Per i minori d'età con disabilità si riferisce a indicazioni legislative e pedagogiche che vengono contestualizzate principalmente in ambito scolastico e, in particolar modo, avendo come obiettivo l'integrazione scolastica di alunni con disabilità (Galanti, 2017; Ianes e Canevaro, 2015). Ma i bisogni legati alla disabilità non si fermano qui, è da affrontare con attenzione il diritto a una progetto di vita che conferisca a tutti i soggetti disabili, che da bambini divengono adulti, quei percorsi che portano a garantire una vita percepita come dignitosa e di qualità. Ciò porta a ragionare in termini di servizi che siano sempre meno legati all'ottica sanitaria/assistenziale e sempre più legati all'ottica socio-educativa, che guardano, cioè, alle persone e alle loro potenzialità di crescita e di inserimento sociale. Tutto ciò obbliga dunque a "ripensare" anche i servizi e il ruolo che si devono assumere nel rispondere a queste nuove prospettive.

1 www.brocardi.it/codice-civile/libro-primotitolo-vi/capo-iv/art147.html.

2. La tutela dei diritti nei servizi

I diritti elencati sino ad ora mantengono inalterato il nocciolo celato delle Convenzioni, ovvero il rispetto dei minori d'età come soggetti in divenire che, nel percorso di crescita, necessitano di un supporto e di un affiancamento. Due aspetti che dovrebbero essere garantiti dalla prima agenzia di socializzazione con cui il bambino entra in relazione, la famiglia. In questo caso è necessario alludere alla possibilità che alcune famiglie non siano in grado di affrontare determinate situazioni, tra le quali, l'evoluzione della società che, a detta di Z. Bauman (1999), appare "liquida". Una società che cambia velocemente intaccando anche i valori di comunità che vengono sostituiti da valori utilitaristici. Le famiglie che subiscono questi cambiamenti possono ritrovarsi vessate da difficoltà economiche, ma anche sociali, per non aggiungere poi le complessità educative e gestionali che emergono quando si presenta la disabilità di un figlio. Complessità che si riverberano su questo gruppo primario e che ne svalutano il valore e la sua funzione principale, quella di essere il "punto di partenza", ovvero il luogo, lo spazio relazionale, in cui il bambino riceve l'"[...] imprinting culturale [che] segna gli esseri umani, fin dalla nascita, [...] con il sigillo della cultura familiare" (Morin, 2001, p. 27). La famiglia è punto di partenza per l'educazione e per la socializzazione, è il punto di partenza per la crescita e per la formazione dell'identità (Mancini, 2001). Nello spazio in cui manca un supporto, o esiste una condizione di vivere un disagio, intervengono i servizi, che devono attuare interventi secondo le modalità previste dalla legge, collaborare tra di loro secondo un'ottica reticolare, al fine di aiutare le famiglie e i minori d'età in difficoltà. Quali sono questi servizi?

- 1) I servizi sociali: secondo Galli D. (2005) per "[...] servizi sociali si intendono le dotazioni tramite le quali si sviluppano tutte le attività di Servizio Sociale, ivi comprese anche quelle del privato sociale orientate a farsi carico dei bisogni della collettività" (Galli, 2005, p.33). Il servizio sociale racchiude in sé numerose funzioni. Prendendo in considerazione l'analisi dell'autrice sopra citata, si possono riassumere in: funzione conoscitiva (il servizio sociale conosce e studia, ad esempio, il territorio di intervento, le potenziali risorse e le caratteristiche sociali), la funzione curativa (aiuta le persone attraverso la relazione di aiuto), quella organizzativa (attiva le risorse e le politiche sociali) ed, infine, quella di prevenzione e promozione (mira alla soluzione di problemi). In questo quadro generale, subentra quello che Bertotti T. chiama "dilemma strutturale". Esso "[...] riguarda la costante necessità di trovare un bilanciamento tra i bisogni del bambino e quelli dei genitori" (Bertotti, 2012, pp. 45-46).
- 2) I servizi educativi: si può qui affermare che quelli specializzati hanno lo scopo di affiancare i minori d'età e le loro famiglie durante la loro crescita, tutelarli da situazioni pregiudizievoli, garantendo loro un supporto in momenti delicati della loro vita. In generale si tende a ipotizzare che i servizi educativi si riducano alle mere strutture formative (si pensi, ad esempio alle scuole di ogni ordine e grado) dimenticando che un servizio socio-educativo, secondo l'analisi di Besozzi e Colombo (2014) va concepito anche in un'ottica più ampia, che coinvolge innanzitutto la famiglia, definita come una vera e propria istituzione e in complementarietà anche le agenzie extrascolastiche che in qualche modo offrono supporto educativo e istruttivo ai minori di età.



- 3) I servizi sanitari: per annoverare l'azione dei servizi sanitari è necessario citare il "Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari" (2015) un documento che, secondo Spadafora V. (Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza) "[...] rappresenta un notevole passo avanti verso la garanzia dei diritti dei minorenni in campo pediatrico sanitario"². Il Codice è risultato utile anche nell'ambito della disabilità e per ragazzi ospedalizzati infatti, analizzando il suo contenuto, troviamo due articoli di rilevanza, ovvero, l'art. 3 il quale si riferisce al "Diritto alla salute" e, nella parte III intitolata "Minori e assistenza sanitaria", troviamo l'art. 6, il quale annovera un aspetto che verrà trattato successivamente, ovvero quello della continuità assistenziale.

I servizi precedentemente citati possono attuare interventi o programmi innovativi di supporto come, per esempio, il programma P.I.P.P.I. (*Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione*) che qui merita un accenno in quanto può essere definito come il punto di inizio verso la rimodulazione del lavoro socio-educativo. Il progetto è nato nel 2010 dalla collaborazione tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università degli Studi di Padova e alcune città italiane che per prime hanno accettato di applicarlo. La strutturazione del programma non indugia su ciò che manca all'interno della famiglia o all'esercizio delle funzioni genitoriali, ma lavora sulle potenzialità presenti, valuta positivamente ciò che la famiglia possiede come risorse, affronta il dilemma che spesso l'assistente sociale e l'educatore incontrano, ovvero che riguarda la necessità di trovare un bilanciamento tra i bisogni del bambino e i bisogni dei genitori (Bertotti, 2012). L'obiettivo principale del programma P.I.P.P.I. è diminuire la percentuale di istituzionalizzazione all'interno di comunità di minori d'età, attuando interventi di supporto alla famiglia per una vera e propria educazione familiare.

3. L'obiettivo del seguente lavoro

Adottare un'ottica reticolare per la progettazione comune risulta una scelta vincente per la presa in carico congiunta di minori d'età (e la famiglia) in situazione di disagio e, in particolar modo, per dare attuazione alle disposizioni della L. 328/2000³ (diventa L.R. 6/2006 nel Friuli-Venezia Giulia). Comunemente l'ottica reticolare si concretizza secondo modalità usuali per cui il Servizio sociale comunale e l'Azienda Sanitaria collaborano con il Terzo Settore, mantenendo una separazione che si esaurisce secondo questa equazione: il Comune sta al sociale, come il sanitario sta all'Azienda sanitaria. Le due culture organizzative ineriscono principalmente, la prima, alla prevalenza di aspetti sociali ed educativi e l'altra alla prevalenza di aspetti sanitari. Tale visione si è evoluta, in territorio triestino,

2 Istituto Nazionale per i diritti dei minori, Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari, Roma, 2015, p. 7.

3 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

rompendo lo schema dell'equazione precedente e cercando l'"integrazione socio-sanitaria" rivolgendo l'attenzione sulle funzioni, prestazioni e servizi piuttosto che sulle rispettive identità organizzative. Si è cercato un nuovo livello gestionale che non preveda più la netta separazione degli ambiti professionali e disciplinari sanitario, sociale o pedagogico, ma prestazioni che, pur mantenendo le specificità proprie di ognuno di essi, sono connesse tra di loro per lasciare spazio a una *governance* integrata che consideri *in toto* le funzioni sanitaria, sociale e pedagogica per garantire unitarietà nell'erogazione di servizi per il cittadino.

La ricerca che qui viene presentata va ad indagare le modalità con le quali si è perseguito l'obiettivo di integrare i suddetti servizi. Nello specifico si è lavorato esaminando innanzitutto la documentazione che è stata prodotta dalle due organizzazioni per la collaborazione, che ha portato alla nascita di un protocollo comune denominato "Procedure Comuni per la presa in carico congiunta di minori d'età in situazione di disagio".

L'obiettivo prefissato era quello di indagare se la compartecipazione di questi due Enti storici fosse equilibrata nell'apporto alla documentazione nata da questa collaborazione, tale da poter parlare d'integrazione socio-sanitaria in forma paritaria.

In particolar modo, si è voluto comprendere se vi era parità nella presenza delle due culture prendendo in considerazione il linguaggio utilizzato, ovvero con l'ipotesi che un protocollo integrato debba rappresentare in modo paritario la cultura e il linguaggio proprio dell'ambito sanitario e dell'ambito socio-educativo.

Si è voluto dare importanza a questa collaborazione in quanto, come sostiene Santamaria (2013, p. 192), è necessario "[...] avviare un processo di rivisitazione e di ripensamento [...], facendo investimenti collettivi sulla conoscenza e su esperienze diverse, costruendo alleanze inedite, promuovendo collaborazioni parziali, piccole sperimentazioni che mettono insieme più sguardi per riconoscere i problemi". Una posizione sostenuta anche da Moretti M. (2014, p. 37), secondo la quale "[è necessario] superare il tradizionale principio della netta separazione dei poteri, trovare nuove forme di collaborazione tra istituzioni che hanno sì funzioni diverse, ma che debbono necessariamente coordinare la loro azione per attuare nel modo più pieno possibile il diritto di un soggetto non in grado di autotutela e di autopromozione". Contestualizzando tali principi nell'ambito dei servizi, bisogna tener conto del fatto che gli operatori si trovano di fronte a una moltitudine di strumenti utili a inquadrare una situazione, ma che la grande quantità di schede di segnalazione diverse, rischia di mettere in difficoltà gli operatori stessi. Ed è a questo punto che sembra utile, se non indispensabile, standardizzare la segnalazione in modo tale che possa andare bene a tutti i servizi che sono coinvolti (Giamberardino, Stradi, 2008). Una decisione che ha coinvolto i due servizi presi in esame e che ha previsto la nascita di una scheda di segnalazione che viene utilizzata congiuntamente.



4. La metodologia della ricerca

Per analizzare come i due enti si sono organizzati sono stati utilizzati due metodi di analisi:

- 1) l'analisi di contenuto di documenti prodotti congiuntamente dai due enti;
- 2) le interviste semi-strutturate a testimoni qualificati (o soggetti di indagine esperti).

L'analisi del contenuto, metodologicamente parlando, permette di “[...] prendere un documento verbale, non quantitativo e di trasformarlo in dati quantitativi” (Bailey, 2006, p.77), ed è stata utilizzata per tredici protocolli di “Procedure comuni” (tra revisioni e documenti ufficiali). Dopo una iniziale lettura dei protocolli sono state definite le categorie utili per poter perseguire l’obiettivo della ricerca. In questo caso le “categorie” sono le seguenti:

- 1) “sanitario”;
- 2) “socio-educativo”;
- 3) “partenariato”.

Per ogni “categoria” sono state valutate le “unità di analisi” (per esempio per la categoria “Sanitario”, sono state conteggiate parole come diagnosi, prognosi, assistenza ecc.; per la categoria “Socio-educativo”, parole come sociale, educatore, progetto ecc.; per la categoria “Partenariato”, parole come condivisione, collaborazione, scambio ecc.). Come divisore è stata utilizzata la somma di tutte le “unità di analisi” presenti in tutto il documento. La media finale di tutti i dati raccolti analizzando i documenti (sempre per “Categoria”) è stata effettuata per verificare se esiste una situazione di parità tra le due culture organizzative. I dati sono stati inseriti in una matrice e, in un successivo momento, in un grafico (istogramma) che riassume il valore percentuale presente nei protocolli. La validità, in tal caso, è dimostrata dal fatto che tutti i documenti sono simili tra di loro, infatti, se “[...] i materiali, la lingua, la grammatica, lo stile e l’uso delle parole sembrano tutti coerenti per di un certo periodo, [si può] andare in cerca di indicazione che gli consentano di determinare la validità apparente esaminando il contenuto del documento” (Bailey, 2006, p. 93).

La seconda parte della ricerca si è basata sul concetto già citato di cultura organizzativa data dallo psicologo statunitense E. Schein (1985) il quale cita “l’insieme coerente di assunti fondamentali che un dato gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato imparando ad affrontare i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna, e che hanno funzionato abbastanza bene da poter essere considerati validi [...]” (cit. in Bonazzi, 2006, p. 159). In questa sede, però, è necessario un approfondimento. La definizione non si riduce alla mera descrizione di cosa sia l’oggetto preso in analisi. Lo psicologo aggiunge che, in ogni cultura organizzativa, ci sono tre livelli fondamentali per l’identità dell’organizzazione stessa:

- 1) gli artefatti, ovvero “[...] i prodotti immediatamente osservabili di una data organizzazione [...]” (cit. in Bonazzi, 2006, p. 160);

- 2) i valori espliciti “[...] creati e fatti circolare dalla leadership con l’intento di rafforzare il senso di appartenenza [...]” (cit. in Bonazzi, 2006, p. 160);
- 3) gli assunti di base che sono “[...] le convinzioni profonde e inesprese, date talmente per scontate da non attrarre l’attenzione e di cui spesso i membri non sono nemmeno del tutto consapevoli” (cit. in Bonazzi, 2006, p. 160).

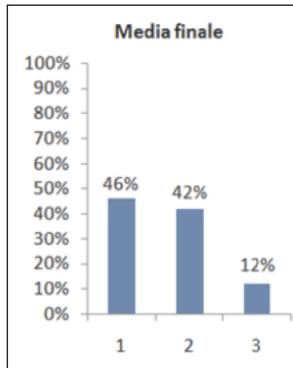
Basandosi su questa definizione è stata creata la traccia dell’intervista che, in un successivo momento, è stata somministrata a sei soggetti di indagine esperti (tre dell’ A.S.U.I.Ts e tre del Servizio sociale comunale) coinvolti, in primo piano, nella stesura del “Protocollo” e della nuova “Scheda di segnalazione”. La traccia dell’intervista (in allegato) è stata suddivisa in tre passaggi, il primo volto a esplorare l’organizzazione di appartenenza dell’intervistato e il ruolo che svolge (o svolgeva) all’interno dell’organizzazione. Si è voluto sondare l’appartenenza dell’intervistato alla rispettiva organizzazione, per poi inquadrarne la posizione e il punto di vista. È possibile infatti che il punto di vista di un responsabile dell’Azienda Sanitaria possa essere diverso, ad esempio, dal punto di vista di un responsabile del Servizio Sociale Comunale.

Il secondo e terzo passaggio hanno affrontato invece rispettivamente:

- “La storia delle Procedure comuni”. Si è voluto indagare il punto di vista dell’intervistato ponendo il *focus* su alcuni aspetti importanti quali le tappe significative che hanno contribuito alla stesura dei Protocolli e delle Schede di segnalazione, nonché le difficoltà riscontrate (da parte degli operatori) nell’utilizzo della documentazione che è scaturita dalla collaborazione tra Azienda Sanitaria e Servizio Sociale Comunale;
- “La cultura organizzativa”. In questo caso si è voluto indagare quali siano, a parere degli intervistati (previa spiegazione a livello teorico di cosa si intende per “cultura organizzativa”), i valori dell’organizzazione di appartenenza, le criticità rispetto alla collaborazione con la cultura organizzativa diversa da quella di appartenenza, quali gli aspetti che creano le differenze tra l’Azienda Sanitaria e il Servizio Sociale Comunale, nonché suggerimenti che ciascun intervistato apporterebbe alla propria organizzazione e all’altrui organizzazione.

5. Gli esiti della ricerca

In prima istanza sono stati analizzati i dati complessivi ricavati dall’analisi del contenuto effettuata sulla documentazione prodotta nel periodo che va dal 2007 al 2017. La Tabella n.1 riporta il dato finale delle presenze percentuali delle categorie analizzate (1. sanitaria, 2. socio-educativa, 3. di partenariato).



Tab. 1 – Presenze percentuali delle categorie analizzate

Come si evince dalla tabella non vi è effettiva parità nel linguaggio utilizzato. Il riferimento agli aspetti sanitari prevale con una presenza del 46%, la dimensione socio-educativa presenta una percentuale lievemente più bassa, che si attesta al 42% che, seppure vicina agli aspetti sanitari, mostra ancora una certa subordinazione dell'area socio-educativa rispetto a quella sanitaria. Va ancora peggio quando s'indaga il linguaggio che fa riferimento alla collaborazione/partenerariato, qui infatti si identifica solo il 12% di presenza di categorie concettuali che riferiscono a questa prospettiva.

Per quanto riguarda le interviste, si può affermare che in linea generale sono emerse situazioni di conflitto dovute principalmente a linguaggi e mandati diversi. Queste, non solo non hanno impedito la definizione di prassi, procedure e standard condivisi, bensì hanno dato luogo a nuovi spazi di intesa. Tali spazi, oltre a mantenere vivo l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria, permettono di lavorare conoscendo sia i difetti delle culture organizzative di appartenenza, sia quelli dell'altra cultura. Il confronto permette però di comprendere e moderare gli aspetti meno positivi, evidenziare i pregi, per valorizzarli e mantenerli vivi e, infine, consolidare e estendere, oltre i confini delle professioni e delle discipline, il campo aperto dell'integrazione socio-sanitaria, proponendosi a beneficio dei cittadini.

Quanto segue è una esposizione degli estratti più rilevanti delle interviste.

Per quanto riguarda la prima dimensione che andava a indagare *l'appartenenza dell'intervistato e il ruolo che svolge (o svolgeva) all'interno dell'organizzazione*, possiamo classificare i ruoli degli intervistati nel seguente modo:

- 1) per l'Azienda Sanitaria: una/un direttore, una/un responsabile e una/un collaboratore.
- 2) per il Servizio Sociale Comunale: una/un responsabile di posizione organizzativa, una/un ex responsabile di posizione organizzativa (arrivata/o all'età pensionabile) e una/un ex dirigente;

La seconda dimensione andava ad indagare *“La storia delle Procedure comuni”*.

La storia delle Procedure comuni è una storia abbastanza lunga. Gli intervistati alla domanda “Mi racconti, dal Suo punto di vista, la storia delle Procedure comuni” hanno espresso il loro vissuto e il loro punto di vista rispetto alla nascita di questo lavoro condiviso. Tutti e sei gli intervistati hanno alluso sia alla necessità di applicare la legge nazionale 328/2000, sia all’esigenza di trovare punti in comune per strutturare interventi per l’area *target* sino a qui presa in considerazione. Le difficoltà nel superare alcuni conflitti sono state ridimensionate grazie ad un aiuto esterno che ha mediato rispetto ai due enti.

[...] era previsto che ci fosse un’area comune in cui non era possibile differenziare ma era possibile delineare le prestazioni sanitarie ad alta integrazione, o prestazioni sociali ad alta componente sanitaria, quest’area doveva essere affrontata in modo congiunto. Int. 2 (A.S.U.I.Ts)

Come precedentemente ribadito la storia delle Procedure comuni è una storia lunga, ma anche molto complessa. Una storia che ha alcune tappe significative che meritano attenzione in quanto hanno permesso di muovere i primi passi verso il lavoro condiviso, di comprendere le modalità di lavoro dell’Ente opposto e di avere una “consapevolezza organizzativa” che si concretizza nella necessità di confrontarsi con un punto di vista professionale che, nella quotidianità, non si trova all’interno dell’organizzazione di appartenenza. Ecco che alla domanda “Quali sono, a Suo parere, le tappe più significative della nascita delle P.c.?” gli intervistati hanno espresso pareri concordi della condivisione di risorse umane (ad esempio l’educatore che lavora all’interno del Comune di Trieste ha prestato le sue conoscenze presso l’A.S.U.I.Ts e, viceversa, lo psicologo che lavora all’interno dell’A.S.U.I.Ts ha collaborato all’interno del Comune di Trieste). Anche le situazioni di conflitto, però, sono risultate costruttive anziché portare alla disgregazione del gruppo di lavoro.

[...] l’azienda ha dato la possibilità [...] alla figura del psicologo [...] di svolgere delle ore proprio all’interno del Gruppo Affidi del Comune [...] questo è stato un [...] aspetto che ha aiutato moltissimo anche la relazione tra servizi. Int. 1 (Comune di Ts)

sicuramente la formazione [...] i momenti di conflitto anche piuttosto aspri [...] ma che hanno aiutato a capire [...] Int. 6 (A.S.U.I.Ts)

A opinione degli intervistati che hanno risposto alla seguente domanda “Quali strumenti avete utilizzato per trovare un accordo che andasse bene alle culture organizzative dell’A.S.U.I.Ts. e degli Ambiti⁴?”, gli strumenti utilizzati per trovare un accordo tra le due organizzazioni variano da strumenti oggettivi/pratici (i gruppi di lavoro o le normative) a strumenti meno concreti ma che di per sé svolgono un ruolo non meno importante come, ad esempio, il dialogo.

sono stati strumenti a più livelli [...] si è cercato di trovare degli strumenti che venissero utilizzati e riconosciuti da ambedue i servizi. Int. 5 (Comune di Ts)

4 Ambiti del Comune di Trieste.



*Abbiamo parlato. Nel senso che abbiamo molto discusso e dialogato...ten-
tando di trovarci di tanto in tanto in qualche terra di nessuno. Int. 4 (Co-
mune di Ts)*

*[...] la riflessione degli strumenti è stata quella che dovrebbe progressiva-
mente portare ad una maggiore consapevolezza dei gruppi di lavoro [...] abbiamo molto curato questa necessità di comunicare in modo esplicito
formale e non interlocutorio. Int. 2 (A.S.U.I.Ts)*

Infine, andiamo ad analizzare l'ultima dimensione: "La cultura organizzativa".

Indagando sulla parte valoriale della cultura organizzativa di appartenenza, gli intervistati che hanno espresso un'opinione rispetto alla domanda "Come definisce la cultura organizzativa di appartenenza? Quali valori?", hanno ribadito punti di vista diversi sia che appartenessero alla stessa organizzazione, che ad un'organizzazione diversa. In entrambe le organizzazioni i punti in comune sono la centralità della persona e il rispetto dei diritti.

*[...] un valore è quello di continuare furiosamente di mantenere la persona
al centro...in questo caso il bambino e la famiglia al centro [...] l'altra cosa
è la questione dell'integrazione [...] cioè all'aumentare della complessità
del bisogno deve aumentare l'integrazione e la multiprofessionalità [...].
Int. 2 (A.S.U.I.Ts)*

*[...] l'attenzione a non perdere mai di vista che si sta lavorando con delle
persone...questa [...] sembra scontata, ma non è così scontata nei servizi
sociali dove la pressione della domanda sociale aumenta tantissimo [...].
Int. 5 (Comune di Ts)*

Nonostante le differenze riscontrabili a livello operativo, a livello finanziario o di mandato queste due culture organizzative sono state "[...] in grado [,per un obiettivo comune,] di dialogare con operatori interni ed esterni alla propria organizzazione [...]" (Orefice, 2001, p.200). Un aspetto, quello della collaborazione, che trova terreno fertile nell'opinione degli intervistati i quali, alla domanda "Come considera la collaborazione con una cultura organizzativa diversa?", rispondono ritenendola faticosa, ma positiva perché le due organizzazioni si sono confrontate portando così ad una maggior consapevolezza delle modalità di lavoro e una maggiore fiducia l'una nei confronti dell'altra.

*[...] la considero faticosa ma interessante [...] devi concentrarti e prendere
atto che esiste una visione diversa dalla tua [...]. Int. 4 (Comune di Ts)*

*un'altra cosa positiva è che nella maggior parte delle situazioni [...] c'è una
fiducia [...] reciproca [...] non è che le situazioni sono le mie o le tue, sono
nostre. Int. 6 (A.S.U.I.Ts)*

Durante l'intervista sono stati indagati anche gli aspetti che creano differenze tra le due culture organizzative. Gli aspetti emersi dall'opinione degli intervistati che hanno risposto alla domanda "Quali sono gli aspetti che, a suo dire, creano una differenza tra il Servizio sociale comunale e l'A.S.U.I.Ts. al di là dell'aspetto sociale e sanitario?", sono riconducibili ad aspetti oggettivi e concreti quali la burocrazia e i finanziamenti. Una burocrazia, quella del Comune, che risulta molto

più complessa e granitica rispetto a quella dell'A.S.U.I.Ts mentre, per quanto concerne i finanziamenti, una minor difficoltà da parte dell'A.S.U.I.Ts ad ottenere risorse finanziarie in quanto strumento della Regione.

[...] forse la nostra burocrazia cerca di essere un po' più vicina alla persona [...]. Int. 6 (A.S.U.I.Ts)

[...] la gente di una città [...] sceglie una politica con la quale essere amministrato [...] che piano sociale avere, quindi quali politiche sociali; l'Azienda Sanitaria, invece, non ha questa dimensione [...] è un ente strumentale della Regione quindi questo è proprio una differenza sostanziale [...]. Int. 4 (Comune di Ts)

Ovviamente non mancano le criticità.

Al quesito “Quali cambiamenti introdurrebbe nel gruppo di lavoro di appartenenza per migliorare l’interazione con gli operatori dell’A.S.U.I.Ts./dei Servizio sociale comunale ed educativi?” gli intervistati che rappresentano il Comune ribadiscono posizioni diverse ma che, di per sé, hanno come tema comune le risorse umane cioè cercare, ad esempio, di diminuire il *turn over*; l’A.S.U.I.Ts, invece, allude sia alla gestione diversa del carico di lavoro ma anche la creazione di un *équipe* multidisciplinare che gestisca esclusivamente l’area delle Procedure Comuni.

[...] stabilità del personale, perché il grosso problema è il turn over...tu hai situazioni che hanno visto dieci assistenti sociali nel giro di tre, quattro anni di dispersione. Int. 1 (Comune di Ts)

il carico di lavoro [...] l'altra è che forse dovremmo predisporre delle modalità di gestione delle risorse che riguardano i minori che fossero comuni, cioè non solo le Procedure, ma anche forse l'utilizzo di alcune risorse. Int. 2 (A.S.U.I.Ts)

Ogni organizzazione, inoltre, ha espresso un proprio parere rispetto ai cambiamenti che introdurrebbero nella cultura organizzativa di non appartenenza. Alla domanda “Quali cambiamenti organizzativi e operativi suggerirebbe per i gruppi di lavoro dell’A.S.U.I.Ts./ dei Servizio sociale comunale ed educativi per migliorare l’interazione con il gruppo di lavoro di appartenenza?” gli intervistati che rappresentano il Comune ribadiscono che l’A.S.U.I.Ts, oltre ad attuare interventi a livello gestionale, dovrebbe destrutturare l’impronta aziendalistica per poi così avvicinarsi più facilmente al cittadino mentre l’A.S.U.I.Ts, rispetto al Comune, ribadisce che dovrebbe diminuire o ammorbidire le pratiche burocratiche, oltre a diminuire il *turn over* del personale (opinione condivisa anche da alcuni intervistati del Comune stesso).

[...] penso anche che sia un po' una complicazione la caratterizzazione aziendalistica dell'Azienda Sanitaria [...] c'è un distacco nell'immediatezza tra il popolo italiano e la salute che, alla fine, porta ad alcune aberrazioni che rischiano di farci avvicinare agli Stati Uniti [...]. Int. 4 (Comune di Ts)



[...] una maggiore apertura [...] il turnover del personale [...] [in quanto] per situazioni che hanno bisogno di continuità, questo è un dato che non funziona. Int. 2 (A.S.U.I.Ts).

Conclusione

A oggi possiamo affermare che, se dal punto di vista legislativo vi è ampio consenso e attenzione ai diritti della persona, il passaggio dai diritti alla loro fruizione è ancora un percorso in salita, che richiede ampio sforzo da parte del contesto sociale, degli enti del territorio e di chi lavora ogni giorno per erogare servizi alla persona. Il passaggio “dall’ideale al reale” non è dunque semplice, immediato e scontato e lo studio di cosa accade nella realtà può aiutare chi fa ricerca a meglio comprendere, e sostenere, le azioni che vengono messe in campo per perseguire gli obiettivi di intervento e di sostegno mirati a coloro che sono portatori di specifiche fragilità.

Il lavoro qui portato vuole essere un piccolo contributo che aiuti a comprendere il cammino che gli enti, e coloro che li popolano, devono fare per co-costruire percorsi condivisi.

Da un lato vediamo come sia fondamentale superare lo “scollamento” tra enti che erogano servizi alla persona, e in questa analisi si è potuto individuare nella scelta di trovare “Procedure comuni” per la presa in carico e la progettazione degli interventi un primo tentativo di risposta organizzativa.

Vediamo anche la necessità di riconoscere pari dignità professionale a tutti gli enti e a coloro che operano all’interno di essi, in particolar modo il tema delle fragilità e dei bisogni speciali chiede un riequilibrio tra gli aspetti sanitari e quelli socio-educativi. L’integrazione socio-sanitaria si pone, infatti, come una direzione possibile per garantire tutte quelle risposte necessarie ai soggetti in difficoltà, senza perdere di vista due diritti fondamentali: il diritto alla salute e il diritto a essere innanzitutto persona.

Allegati

Traccia dell'intervista

L'organizzazione di appartenenza dell'intervistato e il ruolo che svolge (o svolgeva) all'interno dell'organizzazione
Per quale organizzazione lavora/ ha lavorato?
Quale funzione ha/ ha avuto all'interno dell'organizzazione?
La storia delle Procedure comuni
Mi racconti, dal Suo punto di vista, la storia delle Procedure comuni.
Quali sono, a Suo parere, le tappe più significative della nascita delle P.c. ⁵ ?
Quali strumenti avete utilizzato per trovare un accordo che andasse bene alle culture organizzative dell'A.S.U.I.Ts. e degli Ambiti?
Pensa di aver contribuito ad aggiungere elementi di novità durante la strutturazione delle P.c.? Se sì, quali?
Ha riscontrato difficoltà con gli operatori per l'utilizzo della scheda?
La cultura organizzativa
Come definisce la cultura organizzativa di appartenenza? Quali valori?
Come considera la collaborazione con una cultura organizzativa diversa?
Quali difficoltà per Lei sono spesso riscontrabili?
Ritiene che la collaborazione con l'A.S.U.I.Ts./il Servizio sociale comunale abbia portato a qualcosa di nuovo al di là delle P.c.?
Quali sono gli aspetti che, a suo dire, creano una differenza tra il Servizio sociale comunale e l'A.S.U.I.Ts. al di là dell'aspetto sociale e sanitario?
Quali cambiamenti introdurrebbe nel gruppo di lavoro di appartenenza per migliorare l'interazione con gli operatori dell'A.S.U.I.Ts./dei Servizio sociale comunale ed educativi?
Quali cambiamenti organizzativi e operativi suggerirebbe per i gruppi di lavoro dell'A.S.U.I.Ts./ dei Servizio sociale comunale ed educativi per migliorare l'interazione con il gruppo di lavoro di appartenenza?

Riferimenti bibliografici

- Bailey K. D. (2006). *Metodi della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Bauman Z. (1999). *Modernità liquida*. Roma-Bari: Laterza.
- Bertotti T. (2012). *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*. Roma: Carrocci Faber.
- Besozzi E. & Colombo M. (2014). *Metodologia della ricerca sociale nei contesti socio educativi*. Milano: Guerini e Associati.
- Bonazzi G. (2006). *Come studiare le organizzazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Borgnolo G. et. al. (2009). *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l'inclusione*. Trento: Erickson.
- Bortolotti E. (2012). *Percorsi inclusivi per la disabilità. Temi, problemi e opportunità*. Roma: Aracne.
- Galanti M.A. (ed.). 1977-2017: la 517 e il cammino verso l'inclusione scolastica. *L'Integrazione Scolastica e Sociale*, numero monografico 16/4, 333-427.
- Galli D. (2005). *Il servizio sociale per minori. Manuale pratico per assistenti sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Giamberardino G. & Stradi N. (2008). Ripensare la relazione tra servizi alla persona e popolazione. In F. Lazzari (ed.), *Servizio sociale trifocale. Le azioni e gli attori delle nuove politiche sociali* (pp. 76-96). Milano: FrancoAngeli.

5 Acronimo di Procedure comuni.



- Ianes D. & Canevaro A. (eds.) (2015). *Buone prassi di integrazione e inclusione scolastica. 20 realizzazioni efficaci*. Trento: Erickson.
- Mancini T. (2001). *Sé e identità. Modelli, metodi e problemi in psicologia sociale*. Roma: Carocci.
- Moretti M. & Dossetti M. (2014). I diritti del minore e la loro tutela. In A.C. Moro, *Manuale di diritto minorile* (pp. 33-90). Bologna: Zanichelli.
- Morin E. (2001). *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaello Cortina.
- Orefice P. (2011). *Pedagogia sociale. L'educazione tra saperi e società*. Milano: Bruno Mondadori.
- Santamaria F. (2013). *Dalla parte dell'educazione e dalla parte dei bambini, degli adolescenti, degli adulti che se ne occupano. Percorsi operativi e riflessivi che intrecciano le tematiche dell'educare riguardanti bambini e ragazzi con le responsabilità degli adulti*. Concordia Sagittaria (VE), Polo Universitario Fondazione Portogruaro Campus.

Sitografia

- <https://www.brocardi.it/codice-civile/libro-primotitolo-vi/capo-iv/art147.html>
- Istituto Nazionale per i diritti dei minori (2015). *Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari*. Roma. In Internet: <http://garanteinfanzia.S3-eu-west-1.amazonaws.com/S3fs-public/document/Codice_diritto_alla_salute_dic15.pdf> (Ultima consultazione 26/03/2018).
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*” (G.U. n. 265 del 13 novembre 2000 – supplemento ordinario n. 186). In Internet: <www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm> (Ultima consultazione 26/03/2018).

