

Cittadinanza sociale, la persona torna al centro dell'attenzione

Con la legge sulla "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale" si punta ad un maggiore coordinamento degli interventi di carattere sociale, socio-sanitario, socio-assistenziale, socio-educativo e socio-lavorativo. Le organizzazioni di volontariato reclamano il proprio spazio

Sara Lorusso

È una questione anche culturale, quella che abbraccia la riforma sanitaria, se ci si allunga con l'analisi sul settore del sociale, che pure ne è parte fondamentale e non separabile. E se il senso comune e la macchina amministrativa lentamente prendono possesso del principio di "integrazione" dei servizi, l'Organizzazione mondiale della sanità (l'agenzia dell'Onu istituita nel 1948) già da tempo definisce la salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". "Il punto adesso è rendere davvero concreto il principio secondo cui al centro va messa la persona, non più l'insieme dei servizi". Come tanti altri rappresentanti e operatori del settore sociale e del mondo del volontariato lucano, Giuseppe Grieco della Caritas ha sincere aspettative sulla riforma del sistema sanitario che investirà anche - adesso i due piani non sono più su binari separati - la diffusione delle politiche sociali.

Il percorso normativo è stato lungo e si compone di diversi step. Quattro sono le leggi regionali che hanno avviato o integrato la riforma del settore. Risale al 2005 la legge sulla "promozione della cittadinanza solidale", un insieme di misure che si proponevano l'obiettivo di contrastare la povertà e l'esclusione sociale di quelle fasce di popolazione più a rischio di emarginazione. Due anni dopo, nel 2007, la legge numero 4 costruisce la "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale" attraverso cui organizzare sul territorio - si legge nell'articolo 3 della normativa - interventi aventi contenuto sociale, socio-sanitario, socio-assistenziale, socio-educativo e socio-lavorativo. Nel 2008, arriva la macro-ristrutturazione territoriale, prima con le norme di riordino territoriale

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI POIS CANDIDABILI A FINANZIAMENTO SULL'ASSE VI DEL P.O. FESR 2007-2013



82,6 MILIONI DI EURO PER I POIS

Con i bandi dei Pois (Piani di offerta integrata di servizi), finanziati dalla Regione con 82,6 milioni di euro (21,9 milioni per i servizi sanitari, 22,9 per i servizi assistenziali, 12,9 per i servizi per la comunità e 24,9 per l'edilizia scolastica) sono stati delimitati sette ambiti territoriali ottimali (due in provincia di Matera e cinque in provincia di Potenza) per la costruzione di reti integrate di servizi alle persone, alle famiglie ed alla comunità. Ad oggi sono stati inoltre stipulati tutti gli accordi di partenariato fra le amministrazioni pubbliche territoriali interessate.

VULTURE ALTO BRADANO

Atella
Banzi
Barile
Forenza
Genzano di Lucania
Ginestra
Lavello
Maschito
Melfi
Montemilone
Palazzo San Gervasio
Rapolla
Rapone
Rionero in Vulture
Ripacandida
Ruvo del Monte
San Fele
Venosa

MARMO PLATANO MELANDRO

Balvano
Baragiano
Bella
Brienza
Castelgrande
Muro Lucano
Pescopagano
Picerno
Ruoti
Sant'Angelo Le Fratte
Sasso di Castalda
Satriano di Lucania
Savoia di Lucania
Tito
Vietri di Potenza

ELENCO DEI COMUNI PER SINGOLO P.O.I.S.

**LAGONEGRESE
POLLINO**

Calvera
 Carbone
 Castelluccio Inferiore
 Castelluccio Superiore
 Cersosimo
 Chiaromonte
 Episcopia
 Fardella
 Francavilla in Sinni
 Lagonegro
 Latronico
 Lauria
 Maratea
 Nemoli
 Noepoli
 Rivello
 Rotonda
 San Costantino Albanese
 San Paolo Albanese
 San Severino Lucano
 Senise
 Teana
 Terranova di Pollino
 Trecchina
 Viggianello

ALTO BASENTO

Abriola
 Acerenza
 Albano di Lucania
 Anzi
 Avigliano
 Brindisi Montagna
 Calvello
 Campomaggiore
 Cancellara
 Castelmezzano
 Filiano
 Laurenzana
 Oppido Lucano
 Pietragalla
 Pietrapertosa
 Pignola
 San Chirico Nuovo
 Tolve
 Trivigno
 Vaglio Basilicata

VAL D'AGRI

Armento
 Castelsaraceno
 Castronuovo di
 Sant'Andrea
 Corleto Perticara
 Gallicchio
 Grumento Nova
 Guardia Perticara
 Marsico Nuovo
 Marsicovetere
 Missanello
 Moliterno
 Montemurro
 Paterno
 Roccanova
 San Chirico Raparo
 San Martino d'Agri
 Sant'Arcangelo
 Sarconi
 Spinoso
 Tramutola
 Viggiano

**METAPONTINO
COLLINA MATERANA**

Accettura
 Aliano
 Cirigliano
 Colobraro
 Craco
 Gorgoglione
 Montalbano Jonico
 Nova Siri
 Pisticci
 Policoro
 Rotondella
 San Giorgio Lucano
 San Mauro Forte
 Scanzano Jonico
 Stigliano
 Tursi
 Valsinni

**BRADANICA
MEDIO BASENTO**

Bernalda
 Calciano
 Ferrandina
 Garaguso
 Grassano
 Grottole
 Irsina
 Montescaglioso
 Miglionico
 Oliveto Lucano
 Pomarico
 Salandra
 Tricarico



In alto:
Adriano Abiusi

Sopra:
Giuseppe Grieco

Nella pagina accanto:
L'Hospice di Stigliano
(foto di Michele Morelli)



degli enti locali (provvedimento che cancella enti intermedi come le comunità montane e articola il territorio in comunità locali in cui l'assemblea di decisione e discussione collegiale è formata dai sindaci del territorio), secondo quello che l'articolo 3 indica come un necessario principio di "collaborazione", poi con la legge 12 che modifica l'assetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale. Questo senza dimenticare un precedente passaggio generale che si consuma con la modifica al titolo V della Costituzione e che rilancia, nel Paese, la forza delle autonomie locali. E' su questo percorso a passi di riorganizzazione che la Regione innesta anche la rimodulazione del sistema di welfare.

All'orizzonte, però, c'è sempre la spesa con cui fare i conti. Se l'integrazione potrà agevolare e migliorare l'inserimento della persona e dei suoi bisogni nelle politiche sanitarie, è altrettanto vero che la spesa per i servizi sociali deve confrontarsi con difficoltà diffuse su tutto il territorio nazionale: tagli a livello centrale, è vero, ma anche il vincolo del patto di stabilità e, più in generale, una tendenza generale che non "premia" questo capitolo di spesa. Già nella relazione di accompagnamento all'allora disegno di legge 4 del 2007, si leggeva come "resta anche in Europa alquanto diversa la percezione delle priorità delle politiche di protezione sociale, alle quali la Danimarca destina risorse pari al 33 del Pil (prodotto interno lordo) e l'Italia solo il 25 per cento, a fronte di una media europea che si attesta intorno al 26 per cento". Certo, "molto è stato fatto. La spesa per la gestione dei servizi e degli interventi nell'area sociale e socio-assistenziale - spiega Adriano Abiusi, dirigente dell'Ufficio Sviluppo servizi sociali e socio-sanitari del Dipartimento Salute della Regione - si è molto incrementata nel corso della presente legislatura passando da 5 milioni di euro a oltre 20, senza contare le risorse programmate sui Fondi Strutturali su specifici assi di "inclusione sociale". Per il potenziamento delle strutture nei settori della sanità territoriale, dei servizi sociali, e della scuola sono stati stanziati circa 100 milioni di euro per il periodo 2007/2013 ed altre risorse potranno essere disponibili attraverso il programma di interventi per le aree sottoutilizzate. "Con l'approvazione del primo Piano regionale socio-assistenziale - aggiunge Abiusi - si è superata la fase degli interventi di sola emergenza. La riforma dovrebbe completare questo processo creando l'infrastruttura gestionale basata sul servizio sociale professionale e individuando alcuni livelli essenziali di prestazioni e servizi".

Il punto attorno a cui ruota l'intera rimodulazione resta l'integrazione dei servizi costruita su un unico livello di pianificazione, che comprende persino le misure dedicate alla formazione. Superando così quell'assetto "disomogeneo" che, ante riforma, comprendeva diverse Asl, svariati distretti sanitari, altrettanti ambiti sociali di zona. A questo scenario si aggiungevano gli enti locali e gli enti intermedi, come le comunità montane. Gestione, e prima ancora coordinamento, non semplice. Adesso, a riforma avviata, si dovrebbe creare una coincidenza della perimetrazione dell'ente intermedio, le comunità locali, con i distretti della salute e gli Ambiti socio-territoriali, e avere, di conseguenza, un unico piano della salute di ambito. Una prima applicazione di questo modello si sta sperimentando con la programmazione degli investimenti del Po Fesr Basilicata 2009/2013 dedicati all'inclusione sociale. Per questo la Regione ha varato una delibera di giunta dello scorso maggio con cui, nelle more di costituzione delle Comunità locali, ha perimetrato sette ambiti territoriali in cui gli enti locali (comuni e province) e le aziende sanitarie di Potenza e di Matera dovranno progettare congiuntamente gli interventi da candidare ai finanziamenti.

I servizi, con la riforma, avranno uguale base operativa e saranno sviluppati da unità di valutazioni unitarie, ponendo al centro la persona. Perché l'idea è quella

di non lasciare che un problema sia affrontato per settore e competenze, ma da un sistema integrato di strutture che possano fare una diagnosi e costruire soluzioni. L'esempio è davvero quotidiano. "Oggi - spiega Grieco - basta pensare che per l'assistenza domiciliare gli interlocutori e gli erogatori di servizi sono molteplici sulla stessa persona: così se l'Azienda sanitaria locale si fa carico delle cure mediche, il riassetto dell'abitazione, per esempio, spetta al Comune. L'interlocuzione è complicata e anche per il volontariato non è facile gestire quelle che spesso si propongono come situazioni di emergenza. Sono servizi che spettano al pubblico che, però, ha anche limiti logistici. Capita spesso che un caso di necessità si presenti in tarda serata e, banalmente, tutto si complica.

Se con la riforma davvero si realizzerà l'integrazione del sistema sociale, ci sarà un punto unificato - aggiunge - di accesso alla rete dei servizi territoriali".

Contemporaneamente, però, proprio dal volontariato - che delle politiche sociali è, in Basilicata come nell'intero Paese, parte fondamentale - si leva una richiesta di maggiore compartecipazione. "Non si deve disperdere il patrimonio che si è costruito negli ultimi anni. Ai volontari va dato spazio, ma non solo nell'emergenza". Piuttosto, "serve avviare un dialogo nell'ordinarietà, con la costituzione di una conferenza di servizi o uno spazio qualunque di monitoraggio e confronto tra tutti gli attori legati al settore delle politiche sociali e sanitarie. A patto che la cabina di regia - conclude - sia operativa e non solo burocratica, con analogo ripartizione di responsabilità e impegno. Allo stesso modo, anche il volontariato deve fare un salto di qualità".

Ecco che torna il tema "culturale", secondo l'idea che stare insieme è meglio, più vantaggioso. Soprattutto se il passaggio che si consuma è quello dall'assistenzialismo all'inclusione, dalla salute al benessere.

