



AZIENDA SPECIALE "TERRACINA"
ENTE STRUMENTALE DEL COMUNE DI TERRACINA
04019 Terracina Via G. Leopardi, 73
Tel. 0773 707409 fax 0773 707408
e-mail servizi.sociali@comune.terracina.lt.it
info@aziendaspecialeterracina.it
P.I. 02521420592

Acc. 20



L'ESPERIENZA DEI SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI TERRACINA AL BIVIO

Frammentare i bisogni della persona e le risposte del Welfare ai bisogni appartiene a una logica del passato. Una logica assistenzialistica che alimenta i fattori di disuguaglianza sociale e che, da tempo, non trova più rispondenza rispetto ai nuovi modelli organizzativi della società, della economia e del lavoro. [...] L'integrazione socio-sanitario-assistenziale è il principio cardine per garantire il passaggio da un Welfare assistenziale a un Welfare delle responsabilità condivise. Politiche integrate sulla vita agevolano il passaggio da una offerta settoriale a una offerta di interventi rivolti alla persona e alla famiglia, sostenendo le fragilità, favorendo lo sviluppo di capacità individuali e la promozione di reti di relazioni.¹

¹ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Libro Bianco sul futuro del modello sociale – La vita buona nella società attiva*, Roma, 2009:31-32; 34, www.lavoro.gov.it

Questo lavoro ha un obiettivo semplice e ambizioso, allo stesso tempo, contribuire a migliorare la conoscenza dell'evoluzione dei servizi sociali a livello nazionale e soprattutto a livello locale.

Conservare e valorizzare l'esperienza del passato, è quanto mai necessario per dare radici solide al presente e contribuire a tracciare le strade del futuro.

Oggi più che mai si pone per il Servizio Sociale la necessità di dare risposte alle crescenti richieste di aiuto provenienti dalla comunità locale. Oggi più che mai è necessario superare un impianto dei servizi storicamente orientato alla "presa in carico del caso" ed alla logica della "erogazione del servizio" per perseguire efficacemente il condivisibile obiettivo di "garantire un disegno unitario all'intervento sociale che, senza negare la specificità dei problemi che ogni cittadino può portare, mantenga una visione di insieme e una capacità di connettere risorse e che, mentre garantisce la presenza sul territorio, sappia produrre forti livelli di integrazione con tutti i servizi e le risorse informali²

Alla base di ogni agire e di ogni decisione deve assolutamente esserci un approccio multidisciplinare, in cui si affiancano livelli politici con quelli tecnici.

Il lavoro, che si suddivide in due parti, permette di analizzare e conoscere il modello strutturale dei Servizi Sociali partendo dagli elementi e dalle norme che lo hanno costituito e interrogarsi sulla sua evoluzione.

La prima parte del lavoro riguarda "L'evoluzione storica dei Servizi Sociali a livello nazionale e a livello locale".

La seconda parte del lavoro riguarda "La metodologia alla base del Servizio Sociale del Comune di Terracina, al bivio tra regressione ed evoluzione"

² Mauro Perino, (Direttore del CISP) Il ruolo degli operatori dei servizi socio-assistenziali, prospettive assistenziali, n.157

“L’evoluzione storica dei Servizi Sociali a livello nazionale e a livello locale”.

In questa prima parte del lavoro ritengo utile, percorrere un sintetico excursus di quelli che sono stati i passaggi importanti a partire dalla nascita dei servizi sociali a livello nazionale, e in ambito locale, nel lontano 1980.

In quegli anni eravamo ancora lontani da una logica globale di organizzazione e gestione dei servizi sociali .

*Con le leggi nazionali, come quelle del 1972 e del 1977, molte competenze in materia assistenziale erano state **decentrate**, il ruolo dei Comuni era già stato potenziato, seguendo una decisa politica territoriale di assistenza sociale basata sui bisogni e sulla domanda della collettività locale.*

*Il primo processo di politiche sociali innovative si è svolto sulla base di alcuni **presupposti e principi di fondo**, quali la riorganizzazione del territorio in ambiti territoriali adeguati, la programmazione degli interventi in base alle caratteristiche e ai bisogni della popolazione, l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e la partecipazione attiva nei servizi degli utenti e dei cittadini. Offre, sicuramente un contributo significativo all'attuale assetto organizzativo dei servizi socio-assistenziali, l'approvazione dei decreti legislativi 502 e 517 del 1992 e 1993.*

Si tratta di un passaggio molto importante che mise in discussione il sistema delle deleghe che poneva tanti dubbi rispetto alla gestione dei servizi sociali. In particolare, fu proprio l'ambito degli interventi rivolti ai minori quello su cui vi furono le prime e più generalizzate inversioni di tendenze, non senza difficoltà da un punto di vista organizzativo e gestionale.

In questo contesto, il ruolo dei Comuni è diventato sempre più importante: sono questi enti che realizzano, organizzano e gestiscono i servizi sociali, secondo le indicazioni elaborate a livello regionale. La "Carta europea delle autonomie locali", sottoscritta a Strasburgo il 15 ottobre 1985 e tradotta nella legge numero 439 del 1989, rappresenta la base fondamentale per lo sviluppo delle politiche sociali introducendo principi basilari quali la sussidiarietà, cioè la necessità di rispondere ai bisogni delle collettività locali; la cooperazione, intesa come la capacità degli enti locali di associarsi fra loro per la tutela e la promozione dei loro comuni interessi e per la gestione associata dei servizi; l'auto-organizzazione, nel senso di capacità propria nella scelta della struttura amministrativa più idonea allo svolgimento delle funzioni.

Questi punti sono stati concretizzati nel sistema integrato di interventi e di servizi sociali, definito con la legge quadro di riforma dell'assistenza (varata nel novembre 2000 dopo ben 110 anni dalla prima "legge Crispi") ed il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003. Gli interventi sociali devono garantire il miglioramento della qualità della vita, pari opportunità e non discriminazione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale derivanti da difficoltà economiche, sociali o fisiche. Le Regioni e i Comuni devono dunque monitorare i bisogni

le comunità locali e pianificare risposte adeguate che coinvolgano tutte le parti: le istituzioni, il terzo settore e la fitta rete di solidarietà sociale.

Con la modifica della legge costituzionale e l'introduzione del **federalismo**, le competenze nella gestione diretta dei servizi sociali sono stati affidati **in via esclusiva alle Regioni** per quel che riguarda la produzione di norme e agli **enti locali** per la concreta gestione dei servizi. Al **Ministero del lavoro e delle politiche sociali** rimangono le competenze in materia di definizione degli standard di soddisfacimento dei diritti sociali, attraverso il sistema dei livelli essenziali delle prestazioni, e una funzione di **monitoraggio e valutazione delle politiche sociali**. Dal 2004 sono state avviate attività di monitoraggio sullo stato di avanzamento nella costruzione dei **sistemi integrati dei servizi a livello regionale**, che si realizzano con la presentazione della mappatura delle norme regionali dei servizi sociali, dei piani sociali regionali, con il monitoraggio e la promozione di alcune innovazioni nell'organizzazione dei servizi, come quelle riguardanti la porta sociale.

La **spesa sociale** inoltre è monitorata da una banca dati gestita in collaborazione con l'Istat, relativa al sistema dei trasferimenti economici di natura assistenziale. Partecipano all'indagine sulla spesa sociale i comuni: anche qui in partnership con l'Istat, con il Ministero dell'economia e delle finanze e con le Regioni.

La legge 328/2000 ha introdotto un sistema complesso e articolato dei livelli di responsabilità.

La storia e la tradizione consolidata di tali politiche è stata caratterizzata dalla frammentarietà, talora dall'occasionalità, dalla difficoltà di fare sistema e di sapere se le attività socio-assistenziali in atto contribuiscono effettivamente alla soluzione dei problemi sociali e più in generale siano fattori di coesione sociale.

Il modello innovativo proposto con la l. 328/2000, propone un approccio integrato, che concentra l'attenzione sulla multidimensionalità dei bisogni sociali e sulle necessità di risposte intersettoriali da parte delle amministrazioni e dei servizi.

Tra i principi generali e le finalità indicate dall'articolo 1 della citata legge n. 328 del 2000, meritano una menzione particolare alcuni passaggi che affidano, infatti, in posizione paritaria, agli enti locali, alle regioni ed allo Stato la programmazione e l'organizzazione dei servizi e degli interventi sociali. Nell'intento di valorizzare al massimo grado il principio di sussidiarietà, le regioni dovranno riconoscere ed agevolare il ruolo di tutti i soggetti sociali, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, compreso quello degli enti riconosciuti dalle confessioni religiose, con cui lo Stato ha stipulato intese nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sociali.

Già il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 aveva definito i «**servizi sociali**» come il complesso delle «**attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di**

prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».

Il dettato normativo concentra l'attenzione sulla multidimensionalità dei bisogni sociali e sulle necessità di risposte intersettoriali da parte delle amministrazioni e dei servizi, che richiede il coordinamento degli interventi di diversi altri sistemi: la salute in primo luogo, ma anche l'istruzione e la formazione, la casa, il lavoro, i trasporti, l'ambiente, le comunicazioni, ecc...

Integrare significa fare sistema, evitare incoerenze, eccessi di duplicazione, riconoscere problemi emergenti ancora senza adeguata risposta istituzionale; permette di evitare sprechi di risorse, badare ad efficienza ed efficacia, focalizzare l'attenzione sul fruitore finale, nella cui esperienza alla fine si integrano, come stati di benessere, tutti gli apporti specifici dei servizi socio-sanitari.

In concreto, il compito consiste nel passaggio dalla frammentazione a una strategia di intrecci, miscele, ibridi convergenti verso i criteri guida dell'integrazione sociale, della coesione, del benessere o star bene individuale e collettivo.

L'integrazione è possibile a molti livelli e in molte forme; ne consegue che è preferibile intendere l'integrazione come un percorso, come un orientamento strategico, come una specifica cultura della formulazione e dell'implementazione delle politiche che conserva un carattere di approssimazione tendenziale ed incrementale, in altre parole come un processo socio-istituzionale più che un progetto compiuto da realizzare.

Il Piano socio assistenziale regionale (2001-2003) si pone come obiettivo il coordinamento con gli altri piani di settore b) L'intersettorialità delle politiche sociali è peraltro nella nostra società una condizione necessaria (ma non sufficiente) per l'efficacia delle risposte ai bisogni dei cittadini sul territorio, e deve informare e caratterizzare l'azione dei soggetti istituzionali non solo a livello locale.

*Un aspetto importante e innovativo è sicuramente rappresentato dai **LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI** , ancora in attesa di una definizione da parte dello Stato. Essi non possono prescindere dalla razionalizzazione e stabilizzazione dei servizi già posti in essere a livello locale.*

Nel settore delle politiche sociali, dove la dimensione personale e il contesto sociale di provenienza possono determinare significative modificazioni nel profilo del bisogno, le risposte devono essere caratterizzate da un elevato grado di differenziazione e pertanto devono essere standardizzabili soprattutto nei contenuti generali: le prestazioni, in cui tali risposte si sostanziano, devono a loro volta essere governate da principi di flessibilità, gradualità e progressività. I bisogni non possono dunque trovare risposte in singole prestazioni, ma in un mix di misure diverse, di servizi equivalenti

o alternativi, in un complesso di attività concernenti rapporti tra diverse amministrazioni e agenzie intermedie (del privato e del privato sociale).

La legge regionale n.38/96, ci offre a questo riguardo un panorama abbastanza ampio relativamente alle competenze dei comuni, stabilendo all'art.12 "i comuni provvedono:

- a) alla prevenzione di situazioni individuali e collettive di disagio ed emarginazione sociale attraverso l'individuazione precoce delle cause che le determinano e all'attivazione degli interventi volti al superamento delle cause stesse;*
- b) al sostegno della famiglia, alla protezione della maternità, all'assistenza e tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva;*
- c) al sostegno ed all'integrazione sociale dei cittadini anziani e di quelli disabili, soggetti a rischio di emarginazione;*
- d) all'informazione, rivolta sia alla collettività sia a gruppi omogenei per interessi e problemi, su tematiche generali e specifiche, al fine di promuovere una diffusa coscienza sociale ed attivare iniziative di sostegno e solidarietà;*
- e) a rilasciare l'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali, secondo le disposizioni dettate dalla legge regionale in materia, nonché a vigilare su tali servizi e sull'attività degli enti privati e delle organizzazioni di volontariato che prestano assistenza sociale;*
- f) a determinare la percentuale e definire le modalità del concorso degli utenti o delle persone tenute al loro mantenimento al costo delle prestazioni socio-assistenziali, nonché del rimborso agli stessi di spese sostenute in caso di ricorso autorizzato a prestazioni non convenzionate, sulla base dei criteri e dei parametri di reddito stabiliti dal piano socio-assistenziale.*

Volendo dare uno sguardo sullo sviluppo dei servizi sociali nell'ambito del territorio comunale terracinese, dobbiamo partire, appunto, dal lontano 1980 quando vennero istituiti il 20 marzo il servizio assistenza anziani e il 20 aprile i centri ricreativi.

Siamo lontani appunto, in quell'anno, ancora da una logica strutturata di politiche sociali e di servizi sociali. Anche per quanto riguarda gli interventi rivolti ai minori , gli interventi a livello nazionale , cominciano a prendere nuove forme dal 1975 in poi con l'approvazione di due leggi importanti quali il nuovo diritto di famiglia e successivamente nel 1977 il DPR 616 che sancisce lo scioglimento di grandi Enti nazionali come l'ONMI e l'ENAOLI, con il trasferimento delle loro funzioni ai Comuni. Se gli anni tra il 1975 e il 1983 furono gli anni che gettarono le basi dei grandi cambiamenti , gli anni 90 furono quelli che videro crescere l'attenzione delle leggi per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Si passa da una logica di interventi anche in questo ambito, prettamente legato alla settorialità, (si pensi alla legge 216/91 finanziamenti per

interventi in favore di minori coinvolti in attività criminose) all'Istituzione di Commissioni parlamentari di studio sull'infanzia, all'istituzione di Osservatori e la L.285/97.

In ambito comunale alla fine degli anni 80, appunto si inizia ad abbozzare l'avvio di un "sistema" dei servizi sociali e degli interventi sociali. L'organizzazione dei servizi sociali inizia ad assumere una definizione , un impianto organizzativo e regolamentare. Sono gli anni '90, gli anni di un proficuo dibattito politico a livello locale, che hanno rappresentato l'apertura e il coinvolgimento e concertazione con il terzo settore chiamato nella realizzazione e gestione dei servizi in ambito comunale. Sono di questi anni, l'implementazione sul nostro territorio comunale di importanti servizi , pensati, progettati dagli stessi operatori, che rispecchiano una visione avanzata rispetto al livello provinciale: assistenza domiciliare, centro di reinserimento per ex tossicodipendenti, centro di servizi per immigrati, centro diurno per minori, la consulta delle politiche sociali. Con l'approvazione della legge 285/97 il Comune di Terracina occupa un ruolo importante di comune capofila nell'ambito distrettuale ricevendo cospicui finanziamenti per la progettazione e realizzazione di due importanti progetti in ambito appunto distrettuale, rivolti ai minori e alle famiglie. Il riconoscimento del lavoro e del sistema organizzativo proprio del Servizio Sociale terracinese porta la Commissione provinciale a riconoscere a questo Comune un alto livello di competenza sul piano progettuale tale da riconoscere un finanziamento molto elevato.

Gli anni successivi sono quelli che vedono con l'approvazione della legge quadro di riordino dei servizi sociali.

Gli inizi degli anni 2000, sono stati abbastanza travagliati per la perdita del ruolo del comune di Terracina di ente capofila. L'Assessore alle politiche sociali, Dr. Isabella, profuse molto impegno nel ribadire la necessità e l'opportunità di riconoscere il ruolo del Comune di Terracina di trainer nell'ambito distrettuale di servizi sociali, ma le logiche politiche del momento non dettero il giusto riconoscimento a questo Comune favorendo quello di Fondi che in quel momento soprattutto non disponeva neanche di una struttura interna organizza di servizi sociali. Nonostante ciò quelli furono gli anni di sviluppo di politiche rivolte all'infanzia che portavano il nostro Comune da una logica esclusiva di tutela del minore in stato di disagio ad una visione globale delle condizioni di vita del minore e delle famiglie. Sono gli anni che videro la nascita di altri due asili nido sul nostro territorio: asilo nido Millecolori e l'ultimo che ha portato in sé l'ultimo estremo sforzo dell'amato assessore, l'asilo G.M.Isabella.

Gli anni successivi hanno visto il declino del sistema cooperativistico e la gestione dei servizi sociali dapprima attraverso l'Istituzione e successivamente con l'Azienda Speciale, entrambe le forme di gestione previste dal TUEL.

Siamo così giunti ai giorni nostri.

Il sistema di gestione costruito negli anni, sul territorio terracinese, costruito attraverso il coinvolgimento di diversi stakeholder nella gestione e organizzazione dei servizi sociali, si è azzerato con gravi ricadute sull'assetto sociale della città.

La legge 328 ha rilevato e implementato il carattere universalistico del diritto all'assistenza, auspicando il diritto all'assistenza e auspicando il raggiungimento del benessere per tutti i cittadini, mediante l'individuazione dei LIVEAS universali.

Si tratta di un nuovo concetto di benessere che si riferisce ad uno star bene multidimensionale (well-being).

Il diritto al ben-essere diventa la legittimazione alla richiesta di prestazioni e servizi che deve fare i conti con una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse e quindi la necessità di trasformarlo in " universalismo sostenibile" che poggia sull'idea di garantire l'essenziale a tutti (Zamagni 1998).

Il Comune di Terracina sta vivendo sicuramente una stagione difficile caratterizzata da una pesante carenza di risorse finanziarie che da diversi anni crea enormi difficoltà di gestione delle politiche e dei servizi sociali.

Questa condizione però non può nascondere lo stato di bisogno e di disagio sociale che sempre più marcatamente sta segnando la nostra comunità terracinese. Si tratta quindi non di improvvisare risposte bensì di programmarle e strutturarle in maniera tale da garantire diversi ambiti di interventi tra loro integrati(sociale, abitativo, occupazionale).

Occorre, a mio avviso superare un approccio " tradizionale" che vede le politiche sociali come una sommatoria di progetti sedimentati di interventi categoriali, funzionanti e subordinate alle "esigenze della politica", per passare ad una visione ponderata e programmata a breve e lungo termine in un ottica di giustizia sociale tesa a recuperare e individuare gli equilibri tra le effettive esigibilità, i LEP , le esigenze differenziate, in un quadro concreto di sviluppo dei sistemi di offerta sul territorio.

In uno stato di criticità di diverse forme e consistenze che investono la comunità terracinese, riveste, a mio giudizio, ancora più importanza la definizione di politiche sociali fondati su alcuni presupposti:

1- Indirizzi definiti e condivisi

Che trovano ragione in una conoscenza del territorio;

2- Identificazione dei beneficiari delle politiche

Che vuol dire identificazione del target

3- Misurazioni di prestazioni

Che implica un duplice obiettivo da una parte la gestione contabile e l'impatto sul territorio delle politiche adottate.

Può essere utile a questo punto conoscere il sistema organizzativo e la metodologia che stanno alla base del lavoro dei servizi sociali gestiti dall'Azienda Speciale.

Dalla osservazione ed interpretazione dell'organigramma dell'Azienda Speciale si può comprendere come si passa dagli organi della government , rappresentati dal CDA e dalla direzione dell'Azienda stessa supportati nella loro azione da un sistema di gestione che deve tener conto della complessità della gestione delle diverse tipologie di servizi affidati all'Azienda stessa.

Scendendo si può osservare come la gestione stessa dell'Azienda si suddivida prevalentemente in due assi portanti quali quelli del Settore dei Servizi Sociali e quello dei servizi definiti manutentivi e tecnologici, entrambi in asse tra loro.

Soffermandoci prevalentemente sul settore dei servizi sociali possiamo osservare che esso si sviluppa su un unico albero portante che poggia la propria radice sul segretariato sociale e sul sistema informativo.

La " governante " espressa dall'immagine rappresenta la necessità di ricercare nuovi modelli di regolazione e di ricerca delle risposte da parte dei servizi sociali più adatti e rispondenti alla complessità sociale.

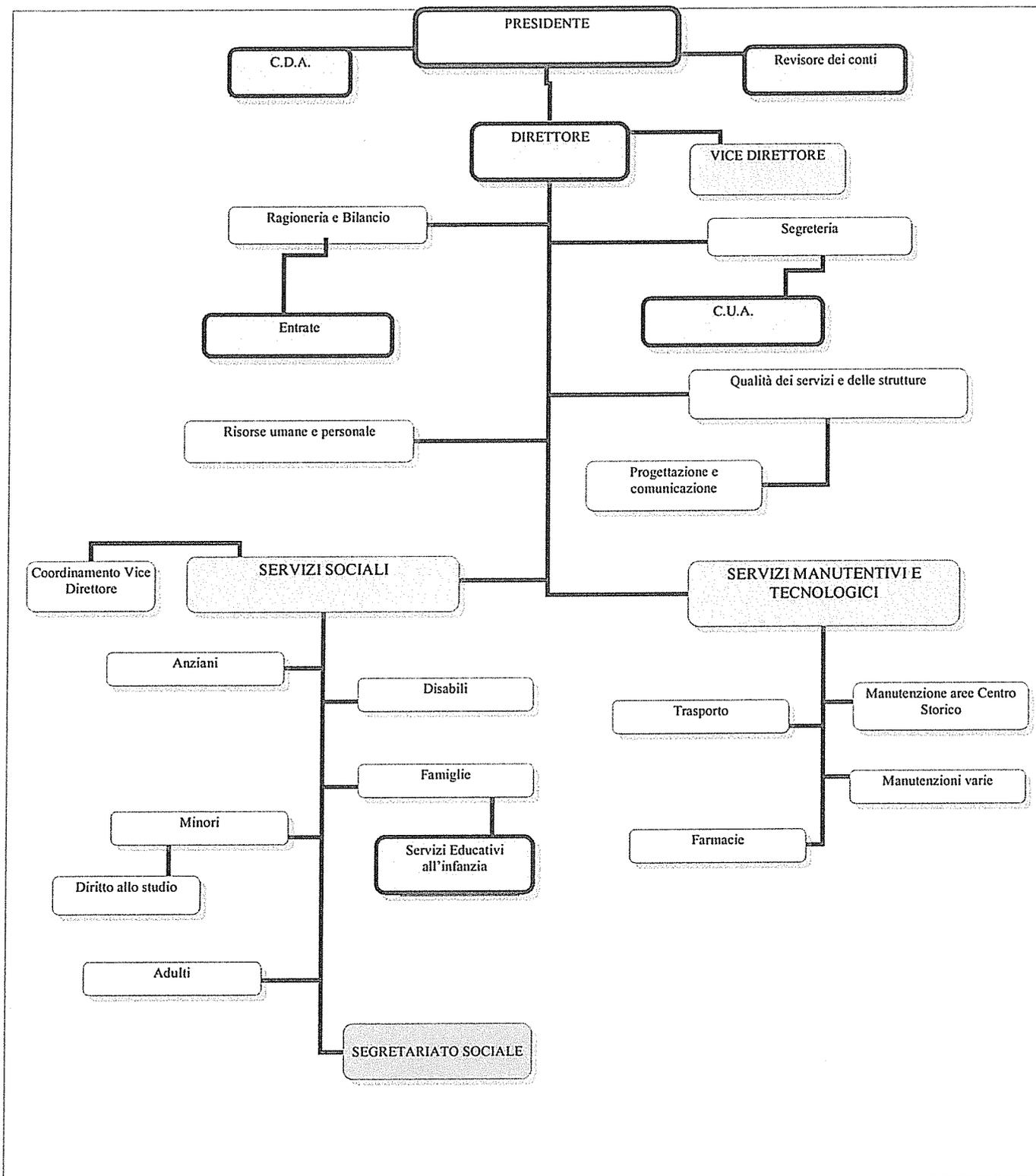
Scaturisce, quindi, dalla necessità che una materia di intervento pubblico è di competenza non di un singolo soggetto, di un singolo operatore , bensì di una pluralità di operatori, di soggetti, in un processo di collaborazione reciproche.

E' doveroso pretendere che i servizi alla persona e alla comunità siano omnicomprensivi. Infatti "se si vuole veramente una società a misura d'uomo, di tutti gli uomini, che tenga cioè anche conto delle esigenze dei bambini, degli anziani e degli handicappati è indispensabile che i servizi non siano predisposti per questa o quella categoria, ma siano aperti a tutti. Di qui anche la necessità di evitare ogni carattere selettivo".³

In un contesto sociale, caratterizzato dalla crisi dei modelli familiari, la precarietà dei posti di lavoro, l'introduzione di modelli culturali differenti, la riduzione del sentimento identitario e della condivisione di valori, sono di per sé " sintomi o forse cause di una società pervasa dall'idea di crisi", " i servizi sono chiamati a intervenire in relazione ai problemi, che attraversano un'area del disagio sempre più invisibile ma sempre più estesa e che non riguarda solo determinate categorie sociali"⁴

³ Alberto Dragone, Donata Micucci, Francesco Santanera, Interventi alternativi al ricovero assistenziale. Edizioni Controcittà, Torino, 1980. P.104

⁴ Mauro Perino,(Direttore del CISP) Il ruolo degli operatori dei servizi socio-assistenziali, prospettive assistenziali, n.157



E' così che delineiamo anche la metodologia che sottende al lavoro dei servizi sociali ovvero la concertazione e la negoziazione.

Se da una parte non si nasconde la fatica di tale metodo, dall'altra se ne deve affermare l'enorme vantaggio, rappresentato dalla ricerca di una corretta interpretazione dei problemi e

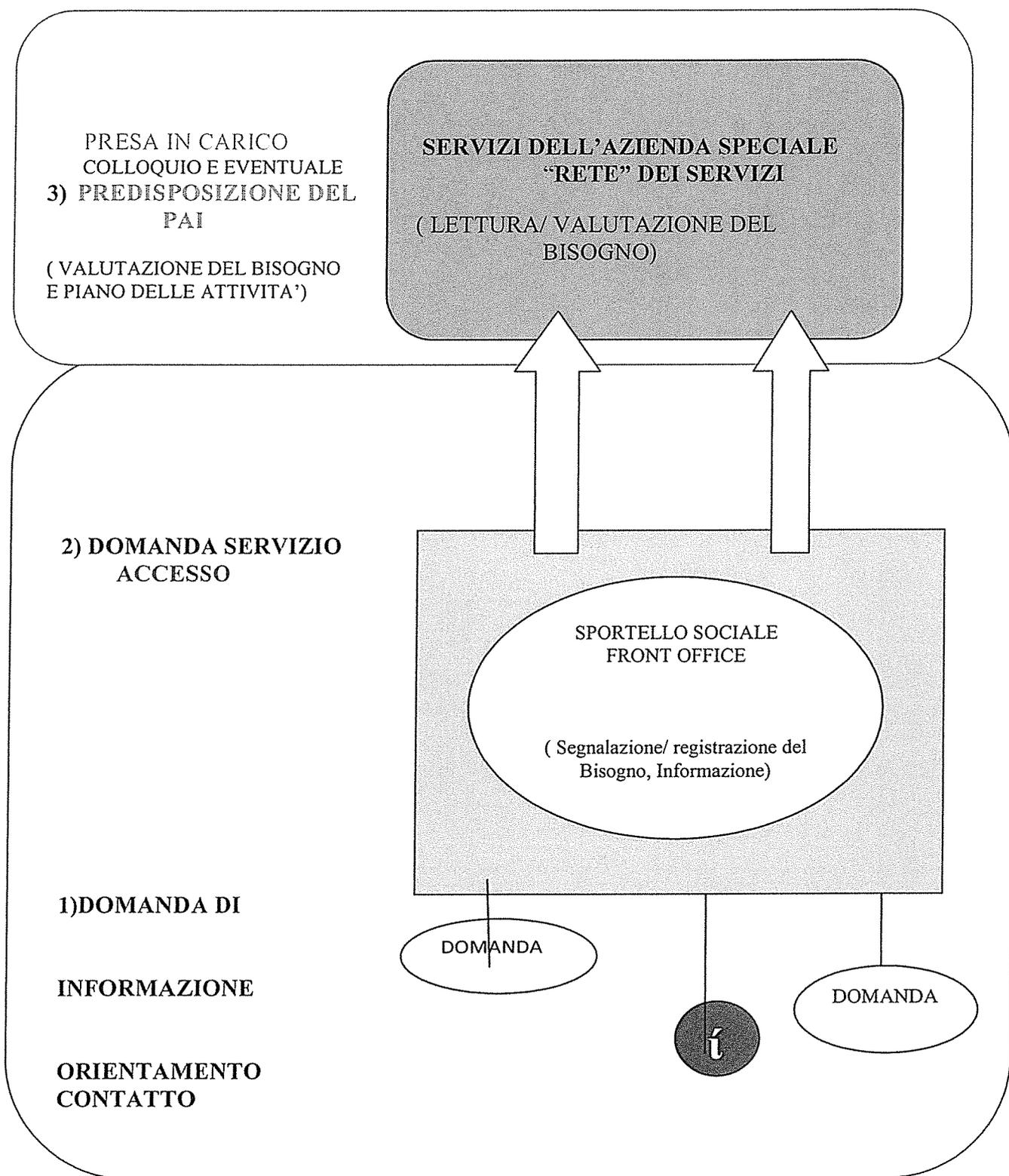
l'individuazione di soluzioni pensate, e condivise: con la riduzione di una rigidità dei ruoli, di un ampliamento della visuale arricchita dalle diverse visuali degli attori coinvolti.

Il sistema così pensato , genera un circolo virtuoso che dall'informazione e la conoscenza reale del o dei bisogni sviluppa l'orientamento delle politiche sociali o meglio contribuisce alle scelte di indirizzo delle politiche sociali.

La macroarea dell'accesso rappresenta il punto di forza del sistema, il punto di partenza e di convergenza dell'intera organizzazione, che attraverso l'accoglienza e l'ascolto della domanda , e un successivo lavoro di équipe degli operatori svolge il lavoro attento di lettura, decodifica anche del bisogno inespresso ovvero lettura attenta del disagio futuro.

Il modello raffigurato nella pagina successiva descrive, schematicamente, la condizione su cui si fondano i principi fondamentali dei Servizi Sociali, vale a dire l'obbligo di tutela a carico del sistema pubblico, l'accesso ai servizi garantito a tutti i cittadini. Questo presupposto, comporta la determinazione di un sistema di interventi caratterizzato da gradi di realizzazione successivi, in base a meccanismi di progressività, flessibilità, adeguamento dei livelli essenziali alle reali condizioni di bisogno .

3



MODELLO DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO

*La metodologia alla base del Servizio Sociale del Comune di
Terracina, al bivio tra regressione ed evoluzione”*

In questa seconda parte del lavoro , analizzeremo, partendo dai livelli di base, il processo su cui si costruisce il sistema dei servizi sociali gestiti dall'Azienda Speciale e il coinvolgimento progressivo di servizi di livello più specialistico.

Macroarea dell'accesso

Il punto di forza, nell'organizzazione dei Servizi Sociali, gestiti dall'Azienda Speciale, è costituito dalla macroarea dell'accesso che è appunto quella del primo ascolto e dell'accoglienza.

Si realizza attraverso l'attività di ascolto e analisi della domanda, orientamento e accompagnamento alla fruizione dei servizi pubblici e del privato sociale e delle relative prestazioni.

Si fonda sulla relazione iniziale che viene ad instaurarsi tra cittadini e servizio sociale:

l'accoglienza, che può anche prevedere più colloqui, può tradursi in un progetto di presa in carico (inteso come piano di azione coordinato posto in essere con e dal servizio sociale), o esaurirsi in un intervento di segretariato sociale.

Gli operatori necessariamente coinvolti sono:

In prima battuta quelli addetti all'accoglienza del cittadino (Front Office) che attraverso 1 o più colloqui analizza la domanda di aiuto nell'ambito di una equipe costituita da tutte le assistenti sociali e/o altri operatori .

La funzione dell'equipe è quella di valutare l'esistenza di condizioni tali da richiedere la presa in carico del caso (famiglia, anziani, minori, disabili)

Nel dettaglio si descrivono le prestazioni svolte:

- **Garantire e facilitare l' accesso alla rete delle offerte sociali e socio-sanitarie;**
- **Accoglienza di tutti i cittadini che si rivolgono al servizio**
- **Comunicazione di informazioni semplici, anche telefoniche all'utenza**
- **Informazioni concernente la sfera dei servizi sociali e quella dell'Integrazione socio-sanitaria, la modalità di accesso, funzionamento;**
- **Orientamento e accompagnamento alla " rete dei servizi ";**
- **Registrazione del contatto, domanda/ bisogno;**
- **Assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione del bisogno**
- **Provvede alla lettura e alla valutazione della domanda del singolo cittadino o di cittadini, organizzazioni, istituzioni, anche in integrazione con il sistema sanitario e secondo protocolli definiti tramite:**
 - a) *l'individuazione relativa alla necessità di presa in carico*
 - b) *la valutazione dei requisiti per la presa in carico*
 - c) *l'attività di triage per la valutazione della priorità e/o dell'urgenza*
 - d) *l'individuazione dell'area per la presa in carico secondo protocolli comuni (accoglienza / presa in carico)*
- **Assicura l'accoglimento e la valutazione delle emergenze;**
- **Gestisce le urgenze**
- **Segnala le situazioni complesse ai competenti uffici affinché sia assicurata la presa in carico.**

- *Raccoglie ed elabora dati, Statistiche.*

L'attività è organizzata in modo da garantire adeguata accessibilità, fruibilità.

Orari consoni alle esigenze del territorio, disponibilità di ambienti idonei e tempi appropriati.

personale qualificato.

All'interno della macroarea dell'accesso è inserito il segretariato sociale.

“La crescente complessità dei contesti, una domanda sociale sempre più articolata e specifica, e il fatto che quest'ultima non sia sempre chiara e consapevole sono tutti elementi che concorrono a definire un contesto organizzativo e professionale nuovo, dove il segretariato sociale deve ridefinire la propria identità e il proprio ruolo, elaborando strategie professionali e consolidando il quadro di una rete ampia di collaborazione interprofessionale e organizzativa”⁵

Macroarea della presa in carico

Il secondo punto di forza è rappresentato dalla macroarea della presa in carico che include la VALUTAZIONE DEL BISOGNO attraverso la metodologia del lavoro di equipe (valutazione multidimensionale del bisogno) e predisposizione del PAI (Piano Individuale di Assistenza e Cura).

La presa in carico è subordinata all'apertura della cartella sociale e successivamente alla predisposizione del PAI.

Struttura del PAI

Lo strumento del PAI è uno strumento di progettazione che fa riferimento ad un operatore, il CASE MANAGER o responsabile del caso che svolge funzioni di coordinamento tra la rete dei servizi, l'utente o la sua famiglia.

Le fasi di costruzione del PAI possono essere schematicamente descritti:

⁵ Il Segretariato Sociale tra il dire e il fare, di De Ambrogio e Casartelli in PSS n.9/2009

1.TARGET	ANZIANI,DISABILI,MINORI,FAMIGLIE,ADULTI	
2. VALUTAZIONE TECNICA	ANALISI DEL CONTESTO	Condizione abitativa, lavorativa,economica,rete familiare/convivenza,rete sociale
	VALUTAZIONE ANALITICA DEI BISOGNI	DESCRIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI BISOGNI
	CARTELLA SOCIALE	
3.DEFINIZIONE OBIETTIVI	INDICATORI E LIVELLI	
4.PIANO DELLE ATTIVITA'	INTERVENTI/SERVIZI PROGRAMMATI, ENTITA', FREQUENZA,DURATA... ..	PROGETTO
5.PIANO DI MONITORAGGIO E VERIFICA DEGLI OBIETTIVI	MONITORAGGIO: STATO AVANZAMENTO	VERIFICA: LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO
6.VERIFICA/REVISIONE O CHIUSURA		

La macroarea della presa in carico si articola nelle seguenti aree:

1. *Anziani*
2. *Disabili*
3. *Adulti*
3. *Minori*
4. *Responsabilità familiare*

E' necessario precisare che la suddivisione delle aree per categorie è utile solo al fine dell'individuazione dei livelli di responsabilità e degli ambiti di azione.

E' necessario, a mio giudizio, sottolineare la trasversalità di due LIVEAS rappresentati da:

- *“ Contrasto alla povertà” che per la sua intrinseca problematicità non interessa una specifica area ma il contesto sociale , la comunità tutta;*
- *”Assistenza domiciliare” altro servizio trasversale a tutte le aree (minori, anziani, adulti, disabili);*

*Si sottolinea, inoltre, l'importanza della **Formazione**, trasversale a tutte le aree, che ha lo scopo di garantire un livello alto di competenze sul piano professionale e relazionale.*

AREA ANZIANI

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, legato all'allungamento della vita media delle persone, nonché la contemporanea tendenza alla riduzione delle nascite (denatalità) rappresenta, per tutto il cosiddetto Occidente industrializzato, un cambiamento sociale "epocale" che, al pari dei processi migratori dalle aree povere del Mondo, pone la necessità di una profonda ridefinizione dei sistemi di welfare e della loro sostenibilità.

La problematica interessa anche il nostro territorio comunale dove si registra un aumento del livello di invecchiamento della popolazione.

Le ricadute nel breve e medio periodo del rafforzamento di questa tendenza all'aumento di utenza, non autosufficiente, determinerà un impatto sulla richiesta di servizi socio-sanitari di rilevante consistenza e produrrà una criticità importante sulla sostenibilità del sistema integrato dei servizi e degli interventi.

Tale criticità è ulteriormente aggravata da altri fenomeni sociali, economici e culturali, che riguardano sinteticamente:

- La trasformazione del modello familiare, per effetto del quale cresce il numero degli anziani soli, di ultrasessantacinquenni soli che a loro volta accudiscono ultraottantenni e specularmente diminuisce il ruolo di cura della famiglia;*
- La considerazione della persona anziana relegata ai margini della società in quanto non inserita in un circuito produttivo;*
- L'aumento statistico della correlazione tra vecchiaia e povertà.*

Le risposte offerte dalla politica sociale locale sono insufficienti o meglio sempre più carenti e non adeguate alle trasformazioni descritte.

Al fine di strutturare un piano di interventi rispondente alle necessità delineate, vengono indicati i seguenti obiettivi:

- Il sostegno alla domiciliarità (scelta trasversale alle diverse aree) che ha l'obiettivo di supportare le risorse proprie di ogni persona, della rete familiare, della comunità, per mantenere quanto più possibile la persona anziana o in generale la persona non autosufficiente nel suo contesto abituale.*
- Promuovere programmi ed azioni per il tempo libero e forme di aggregazionismo, al fine di mantenere vive le capacità relazionali e promuovere un ruolo attivo.*

1. *Prevedere attività di coinvolgimento delle persone anziane a favore dei minori (quali ad esempio l'assistenza nelle ore di doposcuola, sugli scuolabus, l'animazione con racconti di esperienze del passato o del racconto della fiaba nei servizi alla prima infanzia), di altri anziani (accompagnamento a visite mediche o a commissioni, animazione nelle case di riposo, nei centri semiresidenziali).*
- *Promuovere azioni di cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer e di supporto verso le famiglie, patologia sempre più diffusa con ricadute sulle famiglie caricate di maggiori responsabilità della cura e dell'assistenza;*
 - *Promuovere azioni di sensibilizzazione e formazione per la costituzione di un elenco di "amministratori di sostegno"*

Le attività svolte a favore dell'area si realizzano attraverso il contributo e la sinergia di una equipe, costituita dalla scrivente, con il ruolo di coordinatore, una assistente sociale (per la presa in carico) e da un amministrativo (con funzioni di cura del segretariato sociale e di coordinamento dei centri sociali presenti sul territorio comunale).

AREA DISABILI

La forte spinta culturale, supportata dagli stessi cittadini in forme associative e di tutela, che ha visto l'Italia tra i soggetti più sensibili ed attivi degli ultimi decenni, è alla base della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite, ratificata dal Parlamento con la legge 3 marzo 2009, n. 18, che è un evento storico la cui portata sarà possibile valutare soltanto nei prossimi decenni.

Tale convenzione riconosce che le persone con disabilità sono discriminate e hanno mancanza di pari opportunità a causa di molteplici fattori, ostacoli e barriere che la stessa società frappone loro e mette in evidenza come la disabilità sia un concetto in evoluzione riconducendola al rapporto tra le caratteristiche delle persone e la società in cui si vive.

La consapevolezza che la disabilità è una condizione "ordinaria" che ogni essere umano potrà vivere nel corso della propria esistenza comporta che i contesti territoriali la considerino in tutte le decisioni legate allo sviluppo e all'organizzazione sociale.

Occorre inoltre rilevare che rispetto al passato, dove la disabilità alla nascita era ricondotta a malattie e malformazioni genetiche con una registrazione in età scolare di disabilità mentali, il presente registra un forte incremento nella fascia adolescenziale e nell'età adulta di disabilità

motorie derivanti da incidenti sulle strade, sul lavoro, nella pratica sportiva e domestica, che richiedono risposte più flessibili ed articolate.

A supporto del percorso evolutivo e di inclusione sociale è l'approccio scientifico dato dall'OMS universalmente conosciuto con l'acronimo ICF, che rappresenta il nuovo approccio culturale alla disabilità.

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2001, permette di comprendere, studiare e promuovere lo stato di salute delle persone, utilizzando un linguaggio standard ed unificato, a livello non solo nazionale ma mondiale, che permette la comunicazione tra operatori di diversa professionalità e facilita l'afflusso di informazioni, confrontabili tra loro, da differenti servizi e territori.

Il nostro territorio comunale che negli anni ha accompagnato e promosso azioni rivolte alle persone disabili (vale la pena ricordare alcuni degli organismi che nel corso del tempo hanno svolto sicuramente un ruolo importante in questo campo: La Comunità 21 Marzo, la Coop. Mosaico, la Coop. Le Ali della Fenice), ha attivato solo parzialmente programmi di inclusione sociale.

Le attività messe in atto fino ad ora riguardano prevalentemente un livello assistenziale (tra l'altro parziale) sarebbe necessario ed opportuno avviare un processo evolutivo che garantisca azioni di inclusione sociale.

Centro Diurno “ Il Melograno ”

La struttura semiresidenziale, distrettuale, accoglie attualmente 13 persone.

Il programma di azione prevede attività laboratoriali ideate sulla base delle competenze e delle abilità residuali e/o potenziabili degli utenti.

Il centro attualmente risente ancora di una fragilità causata da alternanze di periodi di funzionamento, a periodi di chiusura che ha generato incertezza e un diffuso senso di sfiducia generalizzato. Anche il turnover (in entrata e in uscita di alcuni operatori) ha generato non pochi disagi agli utenti e all'organizzazione della struttura.

*La struttura intende offrire a queste persone uno spazio che sia rispettoso dei tempi, delle modalità di espressione di ciascuno, uno spazio che si configuri come un “**Centro di vita**”, agito da ogni ospite e dove sia possibile sperimentare la “**normalità**” del quotidiano che è il volto conosciuto delle cose, fatto di azioni semplici ed è fonte di sicurezza. Il Centro Diurno nasce con l'impegno di essere un piccolo centro di **vita quotidiana** dove l'aspetto assistenziale si integra con il diritto a vivere una quotidianità il più normale possibile. Se l'assistenza è il soddisfacimento dei bisogni immediati, come il lavare, il mangiare, il vestire, non possiamo limitarci a questo, che*

*significherebbe abbandonare la persona ad un destino di povertà. E' infatti necessario integrare a questa visione di assistenza anche un'idea di riabilitazione, intesa nell'accezione più profonda del termine, ossia ottimizzazione delle potenzialità residue e minimizzazione delle difficoltà legate alla cronicità della malattia. Quello che si vuol fornire è quindi un **intervento riabilitativo che passa attraverso la cura assistenziale.***

Il Centro è pensato come luogo aperto al territorio al fine di favorire l'inserimento nella rete sociale territoriale di appartenenza.

Pensato in questi termini , le azioni sulle quali si rende necessario focalizzare la programmazione futura, dovranno riguardare:

- *Un piano strutturato di formazione rivolta agli operatori finalizzato alla omologazione dei linguaggi e degli obiettivi;*
- *La definizione di un piano di valutazione, ed elaborato un progetto individuale che deve tener conto delle sue potenzialità, dei suoi bisogni e di quelli della sua famiglia con l'obiettivo di raggiungere un buon livello di integrazione di questi due aspetti ;*
- *Una particolare attenzione alla partecipazione delle famiglie alla vita del Centro. Si pensa ad incontri plenari, di confronto e di scambio , con i genitori o familiari degli ospiti con cadenza trimestrale. A questi dovranno assolutamente aggiungersi incontri individuali;*
- *Strutturare percorsi di supervisione rivolti al gruppo operativo per migliorare il livello di competenze, le dinamiche relazionali tra gli operatori stessi, tra essi e gli utenti, tra operatori- utenti e famiglie;*
- *Programmare percorsi finalizzati al miglioramento del livello di autonomia attraverso l'accompagnamento verso la gestione attiva di momenti di vita quotidiana.*
- *Programmare incontri con le strutture presenti sul territorio (Monte San Biagio, Fondi, Fossanova) e altre strutture e/o organismi presenti sul territorio;*
- *Programmare soggiorni/campi presso strutture adeguatamente organizzate allo scopo di offrire spaccati di vita "in autonomia", delle persone disabili;.*
- *Avviare percorsi di inserimenti lavorativi per quelle persone che presentano capacità di autonomia in tal senso.*
- *Programmare attività laboratoriali collegate alla vendita dei prodotti realizzati dagli stessi utenti;*
- *Avviare percorsi di costruzione del " dopo di noi".*

Le attività si realizzano, attualmente, attraverso il contributo e la sinergia di una equipe, costituita dalla scrivente, con il ruolo di coordinatore, una assistente sociale e un gruppo operativo costituito, attualmente da n. 5 animatori, n. 3 educatori, n. 4 assistenti domiciliari, un autista.

Contribuiscono alla realizzazione del servizio anche n.5 ex LSU i quali svolgono diverse mansioni che vanno dalla assistenza al trasporto, al confezionamento dei pasti, alla conduzione di due laboratori: motorio e pittorico.

Gruppo Appartamento “ Domus Carminia”

La struttura ha origine negli anni ‘ 90, quando si venne a creare la condizione per alcune persone e per anni erano state ricoverate presso Santa Maria della Pietà, di dover essere dimesse, a causa della chiusura delle strutture di ricovero, e che in assenza della rete familiare furono assistite dal Comune grazie all’istituzione di una Comunità residenziale, inizialmente ubicata presso il vecchio ospedale di Terracina.

Con la chiusura del vecchio nosocomio, fu individuato all’interno dei Piani di Zona distrettuale la nascita , inizialmente di due strutture (ubicate nei Comuni di Fondi e Terracina), successivamente ridotte ad una presso il nostro Comune. La struttura residenziale accoglie n.6 ospiti.

L’organizzazione è ancora in fase di verifica e pianificazione dal momento che da Dicembre è gestita direttamente dall’Azienda Speciale.

Il personale occupato con lavoro accessorio sta concludendo la dotazione oraria e la questione oltre a costituire un problema ai fini occupazionali costituisce un ulteriore disagio per gli ospiti a causa del turnover del personale stesso.

L’organizzazione risente di una ristrettezza di tempi e di una programmazione “statica” messa in atto dalla cooperativa che in precedenza gestiva il servizio. Questa tra l’altro ha sempre favorito una comunicazione unilaterale verso il Dipartimento di salute mentale , dove tra l’altro è impiegata la Presidente stessa della cooperativa svolgendo il ruolo di Assistente Sociale. A conferma di ciò sono gli ultimi episodi verificatosi di gite programmate senza il minimo coinvolgimento e/o informazione dell’Azienda Speciale.

I turni di lavoro del personale sono prevalentemente svolti nell’arco della mattina lasciando scoperte la maggior parte delle ore pomeridiane.

In questo modo l'azione prevalente si svolge sul piano assistenziale e non dell'autonomia e/o integrazione sociale. Infatti la mattina si svolgono tutti gli interventi di cura e igiene, la preparazione del pasto, e l'accompagnamento presso studi medici o presso negozi.

Attualmente, è stata richiesta all'animatrice , di elaborare un programma di attività che tenga conto anche di orari serali (vista la stagione estiva) e/o di altre strutture sociali dove eventualmente favorire l'integrazione sociale degli ospiti.

E' stato modificato l'orario dell'animatrice che sarà impegnata almeno un giorno la settimana di pomeriggio o in orario serale (Sabato).

Si sta approntando un menù di base sul quale poter orientare le persone , tenendo conto delle difficoltà individuali di ciascuno.

Anche per questa struttura, ritengo sia indispensabile, svolgere un lavoro di avvicinamento al territorio e viceversa.

La presenza della ASL è ridotta all'approvvigionamento dei medicinali, mentre per alcuni degli ospiti, pur in assenza di decreti di tutela, viene esercitato un controllo / gestione delle pensioni direttamente dalle assistenti sociali del Dipartimento di salute mentale.

Il Servizio Sociale, nonostante le numerose sollecitazioni, non dispone di informazioni attinenti alla sfera sanitaria di nessuno degli utenti. Pertanto si rende necessario la elaborazione di una cartella sociale.

AREA MINORI

Il Servizio Sociale esercita le funzioni di tutela dei minori e di promozione della cultura dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'assistente sociale è sicuramente la figura professionale preposta, alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza. Il servizio sociale , come più volte affermato, opera secondo la metodologia del lavoro di équipe, che consente l'integrazione delle professioni sociali, educative e sanitarie: assistente sociale, educatore, psicologo, neuropsichiatra ed altre figure richieste dal caso. Il servizio sociale opera a favore di bambini e adolescenti anche attraverso il sostegno alla genitorialità.

Fatti salvi gli obblighi di segnalazione e di denuncia previsti dalla legislazione statale, i servizi si fanno carico delle situazioni di pregiudizio o rischio psicofisico e sociale dei minori perseguendo in modo privilegiato, ove possibile, l'accordo e la collaborazione della famiglia.

Il servizio sociale persegue l'integrazione gestionale e professionale attraverso la costituzione di équipe multiprofessionali che garantiscono la presa in carico, progettazione individualizzata e valutazione dell'esperienza.

Il Servizio Sociale , grazie agli interventi legislativi, ha superato nell'ambito di lavoro rivolto ai minori il concetto esclusivo di tutela svolgendo una funzione di prevenzione del disagio sociale, favorendo la crescita del minore in ambiente familiare idoneo e favorevole al suo sviluppo psico-fisico, favorendo la crescita di una cultura della città a misura dei bambini.

Il passaggio significativo che la Politica, prima e i Servizi Sociali in particolare, dovrebbero fare, è di promuovere tutti i diritti dei bambini superando la logica che l'intervento deve essere assicurato solo in presenza di disagio bensì deve garantire lo sviluppo armonico della propria identità personale e sociale a tutti i bambini.

Il numero dei bambini presi in carico i dal Servizio Sociale, sono stati n.160.

L'incremento registrato, sul nostro territorio, negli ultimi anni del numero complessivo degli interventi in questa area , trovano alcune significative motivazioni:

- una maggiore attenzione ai segnali di disagio, con la conseguente attivazione di interventi di prevenzione e di presa in carico precoce;*
- una maggiore diffusione di situazioni di rischio e disagio sociale;*
- una maggiore multiproblematicità dei nuclei familiari che determina anche un allungamento temporale della presa in carico;*
 - un aumento delle evasioni e abbandoni scolastici segnalati dalle scuole;*
 - un incremento della presenza di minori stranieri non accompagnati.*

Il servizio è svolto da una equipe multiprofessionale , costituita da due assistenti sociali e due psicologhe, con il coordinamento a cura della scrivente.

La necessità, in particolare, per questa area, di intervenire in un contesto di collegialità è supportato dalla molteplice letteratura scritta e pubblicata negli ultimi venti anni.

In particolare, nell'esperienza del Servizio Sociale del Comune di Terracina, è prassi consolidata quella di attuare attraverso un lavoro costante di concertazione e di project work, una omologazione nel metodo di lavoro in questa come del resto anche in altre aree.

Questo processo di costruzione ha un duplice obiettivo: far acquisire maggiore sicurezza agli operatori rispetto all'agito (che inserito in un contesto come quello descritto, non è mai prettamente personale) e al mandato assegnato dal Tribunale.

La necessità di adottare la metodologia descritta trova, inoltre, ragioni nell'investimento da parte dei Tribunale per i Minorenni, dell'incarico di affidamento del minore al Servizio Sociale, quale struttura legalmente riconosciuta e incaricata di poteri e responsabilità.

Sarebbe importante recuperare la progettualità che punti a implementare strutture di aggregazione impostate come spazi di vita “ leggeri” di gioco, di qualificazione del tempo libero e , nello stesso tempo, strutture di secondo livello a carattere semiresidenziali dove con interventi qualificati si riesca a coinvolgere il minore e la famiglia in un progetto generale di recupero e sostegno.

AREA ADULTI

Anche per questo ambito di azione il Servizio Sociale esplica la sua azione in un contesto sociale dove per diverse ragioni, alcune delle quali legate all'impoverimento scaturito dalla perdita e/o precarietà del lavoro, dallo condizione di disagio ed emarginazione proveniente dall'incremento dei casi di alcoldipendenza e tossicodipendenza, si registra un avanzamento del livello di disagio. La carenza di politiche di inclusione sociale presenti sul nostro territorio terracinese limitano ogni intervento ad una prevalente azione di assistenza interrotta da spontanei azioni di volontariato che da anni lavorano in questo campo.

Collaborano infatti due associazioni di volontariato: “ Arcobaleno” rivolta ad ex tossicodipendenti e “ Maison Babele” rivolta agli stranieri presenti sul nostro territorio.

Anche per questa area particolare sarebbe necessario:

- ampliare lo spettro di intervento con l'investimento in campi di ricerca finalizzati ad una conoscenza approfondita e analitica del tessuto sociale terracinese e delle nuove problematiche.*
- investire l'imprenditoria locale attuando protocolli d'intesa per borse lavoro/ tirocini lavorativi.*
- aprire un tavolo di concertazione con le etnie presenti sul territorio comunale;*
- aprire un tavolo progettuale che in collaborazione con il settore patrimonio e case per poter sviluppare un piano di contrasto al fenomeno dei senza fissa dimora e/o di gravi ed urgenti problemi abitativi.*

L'equipe che interviene in questa area è costituita da un amministrativo coordinato dalla scrivente.

AREA RESPONSABILITA' FAMILIARE

Gli importanti cambiamenti che da qualche decennio interessano tutta la società stanno modificando, anche sul nostro territorio comunale, la struttura e le dinamiche delle famiglie, determinando sia profonde modificazioni all'interno di essa sia l'emergere di bisogni non solo derivati da situazioni di disagio conclamato ma anche dalla difficoltà di assolvere ai compiti di cura, educazione, socializzazione e solidarietà nei confronti dei propri membri.

In questi ultimi anni è cresciuta la consapevolezza che proprio il rapporto tra famiglia e salute, intesa nella sua accezione più ampia, debba essere affrontato a partire dal ruolo ricoperto dalla famiglia nei confronti dei suoi componenti e nella società senza dimenticare come la famiglia possa costituire per i suoi membri sia una risorsa che un vincolo.

La famiglia è dunque uno dei centri intorno al quale ruota l'idea stessa di integrazione di politiche e di servizi, in particolare quelli che riguardano i minori, le fasce deboli e gli anziani.

Essa deve e può essere riconosciuta come risorsa e per tale ragione è opportuno che da parte della politica ci sia adeguate risposte in relazione ai bisogni espressi, valorizzandone la centralità e le responsabilità familiari.

A questo proposito possono essere focalizzati i seguenti obiettivi:

- Sostenere le famiglie assicurando un concreto supporto di informazione e formazione per favorire la condivisione delle responsabilità familiari nelle diverse fasi del ciclo vitale;*
- assicurare una diffusione capillare, aggiornata ed efficace presso le famiglie che si formano di tutte le informazioni disponibili sui servizi e le opportunità del proprio territorio;*
- sostenere le famiglie che si rendono disponibili ad accogliere minori, sia in affidamento che a scopo di adozione;*
- promuovere gli interventi volti al coinvolgimento ed all'integrazione delle famiglie straniere;*
- sostenere e rafforzare l'autonomia per i nuclei monoparentali, divenuti tali anche a seguito di episodi di violenza intrafamiliare, maltrattamenti e/o abusi;*
- sostenere le famiglie che si formano ed intendono avere figli con un'offerta differenziata di servizi accessibili ed adeguati alle esigenze di natura educativa, organizzativa e culturale delle famiglie stesse;*
- potenziare le iniziative per la conciliazione dei tempi di lavoro/di cura e per la condivisione delle responsabilità familiari.*

Le azioni messe fin'ora in campo sul nostro territorio riguardano :

Servizio di assistenza specialistica nelle scuole

Le difficoltà che affronta quotidianamente una famiglia in cui vive una persona con disabilità, soprattutto se minore, portano a lungo andare all'esaurimento delle sue potenziali risorse: proprio per evitare che ciò accada è necessario non solo attivarsi con sempre più adeguati interventi sanitari ma anche sostenere la famiglia potenziando le politiche sociali finalizzate a migliorare la qualità della vita della persona disabile e del suo nucleo familiare.

Negli ultimi due anni è stato riorganizzato il servizio di assistenza specialistica nelle scuole, con discreti risultati sul piano della competenza dimostrata dalla maggior parte degli operatori impegnati.

L'azione seppure valida non è sicuramente sufficiente, bisognerebbe riuscire ad andare oltre un mero intervento assistenziale. Il passaggio dovrebbe riguardare un innalzamento della qualità di vita dei bambini e delle loro famiglie, promuovendo azioni che riguardano il progetto di vita di ciascun bambino disabile, attraverso:

- azioni di integrazione scolastica attraverso laboratori socio- pedagogici che promuovano e facilitino l'integrazione socioeducativa;*
- azioni di intervento extrascolastico per facilitare percorsi di autonomia attraverso anche periodi di campi-vacanza;*
- realizzare laboratori di musicoterapia integrati;*
- promuovere la partecipazione a laboratori motori.*
- Promuovere percorsi formativi rivolti al personale in collaborazione con l'Università della Sapienza di Roma, finalizzato alla conoscenza dell'autismo e di altre disabilità;*
- Promuovere percorsi di informazione-formazione rivolti alle famiglie dei bambini disabili.*

Servizi educativi per l'infanzia e a supporto della genitorialità

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana.

Il contesto sociale del Comune di Terracina evidenzia sempre più, anche sul nostro territorio terracinese, una presenza rilevante di nuclei familiari composti soltanto da genitori e figli, con tempi ed orari di lavoro, di studio, di vita non facilmente conciliabili, in contesti dove, sempre più spesso, è difficile trovare supporto continuativo nell'ambito della rete familiare (i nonni sono

troppo anziani, vivono lontano, oppure, ancora giovani, lavorano, o sono a loro volta impegnati in compiti di cura degli anziani della famiglia) o delle risorse informali del territorio.

E' quanto mai opportuno valorizzare l'esistente tenendo anche conto della forte valenza, assunta dalle strutture rivolte all'infanzia, di prevenzione del disagio infantile.

Attualmente funzionano sul nostro territorio tre asili nido di cui uno a tempo part-time.

Dal momento che gli asili nido sono entrati nella gestione dell'Azienda Speciale, si è potuto constatare la frammentarietà delle azioni e la mancanza di uniformità dell'offerta. Basti pensare che i progetti educativi elaborati dal personale, venivano elaborati separatamente da ogni singola sezione presente nei vari asili.

Sulla base di questa constatazione, basata, da parte della scrivente, attraverso la lettura specifica anche di testi pedagogici, e attraverso il confronto diretto con pedagogisti che da anni sono impegnati nel campo, ho potuto mettere a fuoco e attuare un programma formativo che in tempi diversi ha impegnato tutto il personale.

Il programma formativo ha riguardato in particolare: la costruzione del progetto educativo di ogni asilo, l'elaborazione di un modello di inserimento del bambino, l'elaborazione di schede di osservazione del bambino stesso e di un progetto globale che riguarda in generale tutti i servizi educativi funzionanti: Millecolori, Isabella, Fantaghirò.

Nello stesso tempo è stato stravolto il sistema di approvvigionamento degli asili che da una gestione improvvisata, è passata ad una attenta valutazione del "necessario", con inventari aggiornati dei magazzini, e affidamenti mediante ricerche di mercato, a ditte.

Anche la ASL ha dato il suo contributo autorizzando un nuovo menù distinti per stagione invernale ed estivo, e articolato su quattro settimane.

Il lavoro è stato sempre condotto attraverso un costante coinvolgimento del personale, rappresentato da tre referenti e/o con il coinvolgimento delle cuoche, la scrivente, la responsabile del CUA dell'Azienda. Nel fase dell'inserimento dei bambini e della elaborazione del progetto globale è stata investita anche una psicologa.

E' necessario ancora affrontare alcune problematiche organizzative delle strutture:

- Articolazione degli orari con massima flessibilità rispetto alle esigenze delle famiglie;*
- Diversificazione dell'offerta : asilo nido- baby parking- ludoteca;*
- Trasformazione dell'asilo Fantaghirò in asilo full-time.*

Tra gli obiettivi:

- *La Formazione permanente*
- *La realizzazione di un convegno con il coinvolgimento del Prof. Borghi, pedagogista, docente universitario;*
- *Il coinvolgimento delle famiglie nel processo formativo-informativo.*

Il lavoro portato avanti nel corso dell'anno ha visto coinvolti:

- *la scrivente, in qualità di coordinatrice*
- *una psicologa*
- *due amministrativi*
- *un referente per l'approvvigionamento.*

Afferiscono inoltre all'area responsabilità familiare tutte le azioni rivolte all'assistenza alle famiglie affidatarie, mononucleari, le leggi di categoria ecc.

In particolare vorrei rilevare la grave assenza che da qualche anno si registra di erogazione di contributi economici, che rende difficile in alcuni casi la possibilità di trasformare i programmi in atti concreti in grado di dare certezze alle persone che si trovano a vivere gravi disagi di vita.

La riduzione delle richieste, registrate negli ultimi anni, non è ovviamente indice di assenza di problematiche. Esiste sicuramente un sommerso che non emerge, e le ragioni in parte vanno ricercate nella sfiducia verso le istituzioni.

CONCLUSIONI

Il ruolo dei Comuni è diventato nel corso del tempo sempre più importante: sono questi enti che realizzano, organizzano e gestiscono i servizi sociali, secondo le indicazioni elaborate a livello regionale. A partire dall'inizio degli anni '80 si configura anche per il nostro Comune un processo di trasformazione che vede la nascita dei Servizi Sociali, dapprima come risposta frammentata e settoriale, consolidarsi intorno agli anni 90 in un sistema integrato e coeso di servizi rivolti al benessere individuale e collettivo.

L'esperienza insegna che l'integrazione è possibile a molti livelli e in molte forme; ne consegue che è preferibile intendere l'integrazione come un percorso, come un orientamento strategico, come una specifica cultura della formulazione e dell'implementazione delle politiche che conserva un carattere di approssimazione tendenziale ed incrementale, in altre parole come un processo socio-istituzionale più che un progetto compiuto da realizzare.

L'innovazione introdotta dalla legge 328/2000, rappresentato dai LIVEAS, oggi più che mai deve fare i conti con un processo in atto di razionalizzazione delle risorse che non può prescindere, però, dalla stabilizzazione dei servizi già posti in essere a livello locale.

Nel settore delle politiche sociali, dove la dimensione personale e il contesto sociale di provenienza possono determinare significative modificazioni nel profilo del bisogno, le risposte devono essere caratterizzate da un elevato grado di differenziazione e pertanto devono essere standardizzabili soprattutto nei contenuti generali: le prestazioni, in cui tali risposte si sostanziano, devono a loro volta essere governate da principi di flessibilità, gradualità e progressività. I bisogni non possono dunque trovare risposte in singole prestazioni, ma in un mix di misure diverse, di servizi equivalenti o alternativi, in un complesso di attività concernenti rapporti tra diverse amministrazioni e agenzie intermedie (del privato e del privato sociale).

La metodologia adottata dai Servizi Sociali di Terracina, è ripercorribile attraverso l'organigramma dell'Azienda Speciale che li gestisce.

Alla base dell'agire sociale c'è la consapevolezza che l'intervento pubblico è di competenza non di un singolo soggetto, di un singolo operatore, bensì di una pluralità di operatori, di soggetti, in un processo di collaborazione reciproche.

E' doveroso pretendere che i servizi alla persona e alla comunità siano omnicomprensivi. Infatti "se si vuole veramente una società a misura d'uomo, di tutti gli uomini, che tenga cioè anche conto delle esigenze dei bambini, degli anziani e degli handicappati è indispensabile che i servizi non siano predisposti per questa o quella categoria, ma siano aperti a tutti. Di qui anche la necessità di evitare ogni carattere selettivo".

I punti di forza del sistema organizzativo, dei Servizi Sociali di Terracina, sono rappresentati dalla macroarea dell'accesso e quella della presa in carico.

Entrambe mettono in evidenza la metodologia del lavoro di equipe, finalizzata alla valutazione multidimensionale e multiprofessionale del bisogno.

L'individuazione di soluzioni pensate, e condivise: con la riduzione di una rigidità dei ruoli, di un ampliamento della visuale arricchita dalle diverse visuali degli attori coinvolti.

Il sistema così pensato, genera un circolo virtuoso che dall'informazione e la conoscenza reale, del o dei bisogni, sviluppa l'orientamento delle politiche sociali o meglio contribuisce alle scelte di indirizzo delle politiche sociali.

Riconoscere l'importanza, oggi più che mai, del ruolo delle politiche sociali, quelle vere, proiettate in avanti, in una ricerca continua del benessere collettivo, significa soprattutto cercare, attraverso l'atteggiamento di ascolto e di servizio, di non subordinare le stesse ad una mera ricerca di conferme personali o a logiche individualistiche. In un contesto sociale tendente sempre più allo sgretolamento e alla rarefazione, dove i livelli di incertezza aumentano quotidianamente, è quanto mai necessario che la classe dirigente sappia fornire risposte chiare e certe, che punti alla valorizzazione dei servizi in essere, e alla loro interezza.

Il Vice Direttore
Dott.ssa Angela Altobelli



In allegato il report sintetico dell'utenza relativa all'anno 2011.

REPORT ANNO 2011

SERVIZI SOCIALI**MINORI N.3589**

TUTELA	N. 162 (DI CUI N.18 IN CASE FAMIGLIE)
ASSISTENZA PER REFEZIONE SCOLASTICA	N. 46
PASTI EROGATI	N. 2646
ASSISTENZA ALUNNI DISABILI	N. 37
MINORI IN ASSISTENZA CONTRIBUTIVA L.448 /1998	N. 485
MINORI IN ASSISTENZA SOCIALE (CONTRIBUTI)	N. 28
ASILI NIDO (ISCRITTI FREQUENTANTI)	N. 165
ATTIVITA' ESTIVE	N. 13
INDENNITA' DI FREQUENZA PRATICHE	N. 7

ADULTI – DISABILI- NUCLEI FAMILIARI- ANZIANI N. 4.399

L. 431/1998	N.85
RICOVERI IN RSA L.41/93	N. 9
RICOVERI IN STRUTTURE DI MANTENIMENTO	N.4
RICOVERO IN COMUNITA' ALLOGGIO	N.1
RICOVERO IN "DOMUS CARMINIA"	N.6
PROGETTI CONTRASTO POVERTA' L.13/89	N.5
	N.2
CONTRIBUTI ECONOMICI ADULTI/ANZIANI	N.18
ASSEGNO DI INCOLLOCABILITA'	N.1
SPESE FUNERARIE	N.8
NUCLEI FAMILIARI L.448	N.113
ASSEGNI DI MATERNITA' L 448	N136
FAMIGLIE AFFIDATARIE	N.8
NUCLEI MONOPARENTALI	N.6
CONTRIBUTI ECONOMICI NUCLEI FAMILIARI UNA TANTUM	N.11

<i>ADULTI IN DISAGIO INTERVENTI SOCIALI</i>	<i>N.45</i>
<i>CONTRIBUTI BONUS ELETTRICO E GAS</i>	<i>N.1.193</i>
<i>ASSISTENZA DOMICILIARE AUTOGESTITA</i>	<i>N.20</i>
<i>CENTRO DIURNO DISABILI " IL MELOGRANO"</i>	<i>N.17</i>
<i>TRASPORTO Siset</i>	<i>N. 913</i>
<i>TRASPORTO COTRAL</i>	<i>N.13</i>
<i>DELEGHE E PENSIONI</i>	<i>N.436</i>
<i>CENTRI SOCIALI</i>	<i>N. 1140</i>
<i>CASA DI RIPOSO</i>	<i>N.9</i>
<i>FAMIGLIE RICHIEDENTI SERVIZI PER L'INFANZIA</i>	<i>N.200</i>

SERVIZI MANUTENTIVI

ARENILI	N. TOTALI RICEVUTE 10.546	N. 724 effettuate presso l'azienda speciale	n. 1157 Via Campania	N. 921 Via piegarello	N. 6.846 Piazzale Lido	N. 898 Via Sicilia
MONTAGGIO/SMONTAGGIO PALCHI	N. 118 RICHIESTE ED INTERVENTI EFFETTUATI					
AREA MONUMENTALE	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
TEMPIO DI GIOVE	Incassi 20.345	39.556	11.080	5.486,50	5.805	4.651
RICEVUTE FISCALI EFFETTUATE DALL'UFF. RAGIONERIA	Visitatori 6.782	13.185	3.693	1829	1.935	1.550
		N. 1.205				
				TOTALI	Incassi 86.923,50	Visitatori 28.974 *

*Il numero totale dei visitatori non comprende i residenti. Secondo una stima solamente nel mese di Agosto il numero dei visitatori residenti dovrebbe essere circa 7/8.000.

Inoltre il calcolo totale dei visitatori è stato effettuato sulla base di un costo medio del biglietto di ingresso valutato in 3 euro.