

LAVORO, FRAGILITA' E VULNERABILITA'

Costruire l'integrazione tra i servizi per favorire l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale delle persone fragile e vulnerabili: approcci, strumenti e prospettive di sviluppo

Documento Tecnico

INDICE

Premessa	3
Gli utenti dell'integrazione.....	4
La valutazione della fragilità.....	9
La Specializzazione e l'integrazione dei Servizi	14
Le logiche di servizio e l'inserimento lavorativo	16
L'ambito territoriale locale.....	18
La rete dei Servizi	20
L'Integrazione istituzionale e gestionale	22
La presa in carico unitaria	25
L'Équipe multi-professionale e il responsabile del programma.....	27
I Sistemi Informativi	29
La Cultura dell'integrazione	30
Conclusioni	32

Premessa

Il presente documento descrive gli esiti di un percorso tecnico intrapreso dalla Regione Emilia-Romagna a partire dal 2014 relativamente alla tematica **“lavoro e svantaggio”** che ha portato nel luglio 2015 all’emanazione della legge Regionale 14/2015 **“Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari”**.

L’approccio adottato dalla Regione è stato quello di costruire un percorso metodologicamente rigoroso e ampiamente condiviso al fine di definire soluzioni, strumenti, modalità e processi che favoriscano la progettazione e la realizzazione di percorsi di inserimento lavorativo e inclusione sociale che risultassero insieme realistici e sostenibili.

Il percorso tecnico realizzato si è articolato su due livelli:

- Ad un primo livello è stata realizzata un’attività di analisi e progettazione all’interno di tre “cantieri” che, in diversi ambiti territoriali, hanno approfondito specifiche tematiche;
- Ad un secondo livello gli esiti delle analisi e progettazioni sono stati verificati all’interno di un “Tavolo Inter-istituzionale” composto da referenti dei tre Enti interessati dall’integrazione (Ausl-Comuni-Cpi-Province) identificati dalla Regione, e dai referenti regionali (Area Lavoro, Servizi Sociali e Servizi Sanitari, con il concorso di Attività produttive e Legislativo).

Questo documento presenta i principali risultati del lavoro svolto.

Il testo è organizzato come segue:

- Il primo paragrafo, introduttivo, è dedicato all’inquadramento dei principali riferimenti normativi riguardanti l’identificazione degli utenti disabili e in condizioni di svantaggio;
- I paragrafi successivi affrontano tutti gli aspetti salienti che sono alla base e di cui si dovrà tenere conto nel percorso voluto dalla Regione ai fine di costruire le condizioni per lo sviluppo dell’integrazione tra i servizi. Alcune tematiche trattate, quando si è ritenuto funzionale, sono state articolate in:
 - Una presentazione iniziale (“punto di partenza”) degli elementi assunti a riferimento in relazione al tema affrontato e ritenuti significativi per la formulazione delle successive proposte;
 - L’indicazione delle “proposte” che riguardano gli sviluppi del tema affrontato e che possono essere trattate all’interno di una legge;
- L’ultimo paragrafo, dedicato alle conclusioni, sintetizza infine gli elementi qualificanti e le implicazioni del percorso prefigurato.

Gli utenti dell'integrazione

Disposizioni regionali fondanti il "sistema integrato di interventi e servizi sociali" indicano tra i servizi previsti gli interventi a sostegno dell'"inserimento lavorativo" delle persone "disabili" ed in stato di "svantaggio" (LR 2/03 e ss.mm.).

L'utenza di riferimento di tali prestazioni sono quindi:

- I "Disabili"
- Gli "Svantaggiati"

Per entrambe le categorie si tratta di persone multi-problematiche in carico ad un servizio sociale e/o sanitario e/o per il lavoro per le quali viene valutata la possibilità di accedere al mercato del lavoro (nei modi e nei tempi compatibili con le caratteristiche dei singoli utenti), purché accompagnate-assistite in modo personalizzato ("mediazione al lavoro") nel percorso di inserimento lavorativo.

I riferimenti assunti per l'individuazione dei "disabili" sono generalmente univoci, mentre per l'individuazione degli "svantaggiati" i riferimenti sono/possono essere diversi.

Disabili

I "Disabili" sono identificati e definiti dalla Legge 68/99 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili).

Si fa pertanto riferimento a:

- Persone con "minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali" e "portatori di handicap intellettivo" (con una riduzione della capacità lavorativa "superiore al 45%");
- Persone "invalide del lavoro" (con un grado di invalidità "superiore al 33 %");
- Persone "non vedenti", "sordomute", "invalide di guerra", "invalide civili di guerra", "invalide per servizio" (con livelli di minorazione specificatamente indicati).

L'invalidità è accertata da apposite commissioni (in base a criteri e modalità definite dal DPCM 13/01/2000) che con apposita "diagnosi funzionale" individuano le capacità (residue) funzionali all'inserimento e collocamento lavorativo.

I datori di lavoro (pubblici e privati) sono tenuti ad assumere disabili in misura determinata in funzione del numero di dipendenti (assunzioni obbligatorie).

L'inserimento lavorativo avviene attraverso appositi servizi di "collocamento mirato" erogati dai Cpl (Centri per l'Impiego) provinciali.

Svantaggiati

Le disposizioni normative e i programmi e progetti riguardanti persone che possono essere considerati soggetti "svantaggiati" fanno riferimento a classificazioni e categorie di utenti differenti.

Tali dispositivi riflettono spesso esigenze e finalità che non hanno come oggetto persone in difficoltà di inserimento lavorativo, ma mirano a regolamentare altri ambiti, ed in particolare:

- Determinare le regole in materia di cooperazione sociale;
- Stabilire il regime degli aiuti economici di Stato alle imprese;
- Definire specifici programmi/progetti comunitari-nazionali-regionali-locali.

Il riferimento normativo prevalente è la Legge 381/91.

Tale legge riguarda la "disciplina delle cooperative sociali" che perseguono la "promozione umana" e l'"integrazione sociale" attraverso: a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi (cooperative di tipo A); b) lo svolgimento di attività diverse (agricole, industriali, commerciali o di servizi) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (cooperative di tipo B).

Nelle cooperative di tipo B si considerano "persone svantaggiate":

- Gli invalidi fisici, psichici e sensoriali;
- Gli ex degenti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico;
- I tossicodipendenti, gli alcolisti;
- I minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare;
- I condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione.

Si tratta di soggetti che hanno una "prevalente componente sanitaria" non certificati o non certificabili ai sensi della L.68/99 ("disabili") e/o che presentano problematiche di natura socio-assistenziale e difficoltà di accesso al mercato del lavoro in assenza di supporto-assistenza personalizzati.

Altro riferimento è dato dal Regolamento CE 800/08.

Questo riguarda gli "aiuti compatibili con il mercato comune" ed indica i "lavoratori svantaggiati" per i quali le imprese possono ottenere deroghe e/o vantaggi in relazione alla erogazione di aiuti economici pubblici senza incorrere nella condizione di "concorrenza sleale".

Nel Regolamento CE è considerato "lavoratore svantaggiato" chiunque rientri in una delle seguenti categorie:

- a) Chi non ha un impiego regolarmente retribuito da almeno 6 mesi (è considerato lavoratore "molto svantaggiato" chi è senza lavoro da almeno 24 mesi);
- b) Chi non possiede un diploma di scuola media superiore o professionale;
- c) Lavoratori che hanno superato i 50 anni di età;
- d) Adulti che vivono soli con una o più persone a carico;

- e) Lavoratori occupati in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25 % la disparità media uomo-donna;
- f) Membri di una minoranza nazionale che hanno necessità di consolidare le proprie esperienze in termini di conoscenze linguistiche, di formazione professionale o di lavoro.

Le categorie a) – b) – e) sono recepite dal DM Lavoro del 20 marzo 2013 che apporta ulteriori specifiche.

Tra gli "svantaggiati" si possono inoltre far rientrare le persone identificate come "fasce deboli" – "fragili" - "vulnerabili" – a "rischio di povertà" – utenti beneficiari di programmi/progetti comunitari-nazionali-regionali-locali di "inclusione sociale" - di "integrazione lavorativa"- di "cittadinanza attiva".

Rientrano, a titolo esemplificativo, in questo segmento di popolazione:

- Disoccupati over 50 anni;
- Persone con bassa scolarizzazione e bassa qualificazione;
- Madri sole con figli minori a carico;
- Soggetti con rete familiare-sociale debole;
- Persone con richieste diversificate di supporto/assistenza (pagamento utenze, anticipo affitto, certificazione per priorità di accesso ai servizi per l'infanzia, ecc.);
- Immigrati con lavori a termine, con competenze inadeguate, ecc.

In questi casi il concetto di svantaggio tende ad estendersi talvolta in misura così ampia da ricomprendere persone che sperimentano la mancanza di lavoro per periodi anche relativamente brevi, e tali forse da rientrare nell'alveo delle dinamiche "fisiologiche" delle caratteristiche attuali del mercato del lavoro.

Le iniziative, anche di qualità, sperimentate nei confronti dell'utenza in condizioni di difficoltà (progetti "PARI" - "WELFARE TO WORK" - "EQUAL") risolvono il problema dell'identificazione degli "svantaggiati" attraverso la pre-costituzione "a monte" delle categorie sociali da assumere a riferimento (es. donne sole con figli a carico, over 50, ecc.).

Oltre a quanto identificato sinora, recentemente sono stati inclusi tra gli "svantaggiati" anche i "giovani" potenziali utenti-beneficiari del programma europeo "Garanzia Giovani".

Il programma "Garanzia Giovani", avviato nel 2014, prevede una serie di misure volte a facilitare la presa in carico dei giovani tra i 15 e i 29 anni per offrire loro opportunità di orientamento, formazione ed inserimento al lavoro.

In particolare ai giovani utenti si assicura, entro 4 mesi dall'uscita dal sistema di istruzione formale o dall'inizio della disoccupazione, una gamma di possibili percorsi, tra cui: l'inserimento in un contratto di lavoro dipendente, l'avvio di un contratto di apprendistato o di un'esperienza di tirocinio, l'impegno nel servizio civile, la formazione

specifica professionalizzante e l'accompagnamento nell'avvio di una iniziativa imprenditoriale o di lavoro autonomo.

Per stabilire in modo opportuno il livello e le caratteristiche dei servizi erogati e aumentarne l'efficacia, si è scelto di introdurre un sistema di profiling che tenga conto della distanza dal mercato del lavoro, in un'ottica di personalizzazione delle azioni erogate: una serie di variabili, territoriali, demografiche, familiari e individuali profilano il giovane permettendo così di regolare la misura dell'azione in suo favore.

In base a quanto illustrato precedentemente emerge quindi come l'area dello "svantaggio" si sia progressivamente estesa ed ampliata in ragione della crescente vulnerabilità e precarietà che caratterizza la vita di un numero sempre più consistente di persone ed in funzione delle caratteristiche dei contesti socio-economici attuali (e previsti) nei quali le potenzialità di rischio e di estromissione ed emarginazione sociale risultano sempre più elevate.

Specularmente si è assistito a un affievolimento dei criteri di identificazione dei soggetti "svantaggiati" da considerare e tutelare.

L'individuazione e la valutazione dello svantaggio risulta di fatto incorporata in culture organizzative e prassi professionali non sufficientemente allineate tra operatori di diversa appartenenza istituzionale implicati nel processo di inserimento lavorativo degli utenti.

Tale situazione può portare a:

- Rendere più controversa la cornice normativa-regolativa-istituzionale delle misure e degli interventi per soggetti svantaggiati;
- Aumentare il livello di difficoltà e/o discrezionalità nell'identificazione delle situazioni di svantaggio da tutelare;
- Aprire spazi di intervento che consentono di sviluppare progetti-interventi "creativi", forzando anche il quadro delle disposizioni in essere, per fornire risposte a situazioni di emergenza per utenze problematiche senza tutela o con tutele deboli;
- Determinare sovrapposizioni di obiettivi e destinatari negli interventi finalizzati all'inserimento lavorativo;
- Rendere meno chiara la titolarità-responsabilità ad operare sulle differenti situazioni di vulnerabilità e/o nelle diverse fasi di intervento.

Di fatto si assiste alla creazione di una "nuova e dinamica" utenza multi-problematica, rispetto alla quale non si dispone di un modello di intervento strutturato-consolidato (come per i "disabili") e non si è ancora in grado di predisporre risposte condivise ed integrate tra i servizi sociali – sanitari e per il lavoro.

Lo svantaggio si trasforma in fragilità e tende a generare spesso una sorta di "zona grigia", composta da soggetti ritenuti meno complessi-problematici di quelli tipicamente presi in carico dai servizi sociali-sanitari, ma non assimilabili allo standard dell'utente medio in accesso ai servizi per il lavoro.

Questa si configura di fatto come "terra di nessuno" in cui gli utenti possono sperimentare passaggi e rinvii da un servizio all'altro senza trovare risposte adeguate,

o, tutt'al più, ricevendo prestazioni estemporanee (spesso supporti di tipo economico assicurati dai servizi sociali), non collocate in una prospettiva progettuale orientata all'effettivo cambiamento delle situazioni problematiche.

La valutazione della fragilità

La identificazione dell'utenza di riferimento (disabili e svantaggiati) si presenta come snodo essenziale e propedeutico rispetto alle possibilità e modalità di integrazione dei diversi servizi territoriali implicati nell'inserimento lavorativo.

L'assunzione di criteri "univoci-rigidi" può avere ricadute sul sistema di agevolazioni-tutele a supporto dell'inserimento lavorativo (incentivi, sgravi fiscali e contributivi, benefici assegnati da progetti specifici, ecc.), nonché sui diritti soggettivi acquisiti-acquisibili che potrebbero essere diversamente distribuiti in funzione della maggiore o minore ristrettezza dei criteri adottati.

Si rileva tuttavia un disallineamento tra ampiezza dei confini della "disabilità-svantaggio" e la sostanziale "rigidità" dei dispositivi normativi che scontano situazioni tutelate a fronte di aree di soggetti parzialmente o in nessun modo oggetto di riconoscimento-tutela.

Si è inoltre in una situazione di "risorse calanti" e di "bisogni crescenti", e pur a fronte di un universalismo dichiarato dei servizi di fatto si pratica (e si teorizza) un "universalismo selettivo".

Generalmente, l'appartenenza ad una specifica categoria sociale, per quanto possa rappresentare una "proxi" (indicatore di prossimità) della condizione di vulnerabilità sociale e professionale, da sola non è sufficiente a stabilire in modo equo e trasparente il livello complessivo di fragilità delle persone e le relative reali "chance" di inclusione lavorativa e sociale.

Le categorie di soggetti contemplate (e tutelate), spesso attraverso una "elencazione" degli utenti beneficiari, risultano di fatto non esaustive della pluralità di situazioni e/o "biografie" in cui la condizione di "disabile" e "svantaggiato" può manifestarsi e declinarsi. Inoltre, le categorie di utenza identificate sono spesso contigue-sovrapponibili e la stessa persona può transitare da una categoria all'altra, così come le situazioni di svantaggio possono essere transitorie.

Si può quindi concludere che le persone in condizione di disabilità e di svantaggio sono portatrici di bisogni che diventano sempre più individuali e di fragilità che derivano da condizioni diverse e molteplici.

Per queste ragioni è difficile individuare target di riferimento omogenei e pre-costituibili.

In quest'ottica la disponibilità di uno strumento condiviso in grado di "misurare" la fragilità delle persone può rappresentare un supporto conoscitivo essenziale-propedeutico per intercettare l'utenza "vulnerabile", ma non risolve tout court il problema della scelta.

La messa a punto di proposte-interventi specifici coerenti con la collocazione degli utenti nei possibili diversi range di prossimità all'occupazione richiede una apposita progettazione in funzione della disponibilità e delle caratteristiche quali-quantitative dei servizi-prestazioni erogabili.

Gli aspetti connessi alla "scelta" delle priorità di intervento, l'allocazione delle risorse e l'identificazione di quanti/quali strumenti-modalità di intervento, afferiscono specificatamente al piano delle decisioni "politicamente orientate", da assumere in sede di programmazione ai diversi livelli istituzionali previsti.

La proposta

Sulla base delle constatazioni indicate, negli approfondimenti progettuali svolti si è prefigurato un'ipotesi di lavoro che riguarda l'identificazione dell'utenza in condizioni svantaggio.

Si profila pertanto il passaggio da una rappresentazione delle persone per "categorie" codificate per elencazione ad una rappresentazione delle persone per condizione di difficoltà personale, sociale ed occupazionale.

Ciò significa considerare le persone in base non alla loro appartenenza ad una categoria predefinita, ma individuando la specifica "fragilità" attraverso parametri di valutazione dati.

Nello specifico, tali parametri consentirebbero di leggere la "vulnerabilità" in modo trasversale e dinamico, attingendo alle specifiche condizioni individuali e di contesto che caratterizzano il vissuto di ciascuna persona a prescindere da schemi precostituiti di collocazione "a priori" in determinate categorie sociali.

Si tratta quindi di prevedere uno strumento di valutazione del "profilo di fragilità" delle persone in condizioni di difficoltà personale, sociale e occupazionale rispetto al quale individuare (in un contesto di risorse scarse) priorità di intervento.

Tale approccio nell'identificazione dell'utenza si presenta più "trasparente" (perché esplicita i criteri di valutazione) e più "aperto", nella misura in cui risulta più coerente con le attuali dinamiche di accelerazione dei processi di cambiamento in atto a tutti i livelli e con le caratteristiche mutevoli e fluide dei contesti attuali.

Sviluppare le ipotesi assunte significa:

- Caratterizzare l'utenza destinataria della presa in carico unitaria attraverso la identificazione di item-parametri in grado di generare un "profilo di fragilità" delle persone;
- Prefigurare un sistema di "pesi" per ponderare le diverse dimensioni di fragilità, anche allo scopo di intercettare le situazioni più critiche e programmare gli interventi in funzione delle priorità di intervento rilevate;
- Definire il contributo che i diversi ruoli coinvolti esprimono per determinare l'indice di fragilità delle persone.

Assumere il "Profilo di fragilità" prospettato può consentire, inoltre, di:

- Definire il "livello di prossimità all'occupazione";
- Identificare la responsabilità di conduzione-gestione del progetto personalizzato;
- Determinare il livello quali-quantitativo di prestazioni necessarie e di risorse da impegnare.

Il livello di prossimità all'occupazione supporta il posizionamento dell'utente -"caso" sul mercato della lavoro, ovvero la sua "spendibilità" in termini di risorse personali (conoscenze, abilità, competenze, ecc.) disponibili e/o richieste per l'inserimento lavorativo in un determinato periodo e in un contesto specifico.

Ai diversi livelli di prossimità all'occupazione potrebbero quindi corrispondere delle proposte progettuali differenziate in funzione della distanza dell'utente dalla prospettiva del lavoro.

Nell'ambito dello stesso livello di prossimità all'occupazione potrebbero invece corrispondere percorsi o mix di prestazioni-attività diversi in funzione delle caratteristiche specifiche/dei profili dell'utenza suscettibile della presa in carico unitaria.

In tal modo si può determinare il livello quali-quantitativo di prestazioni necessarie e di risorse da impegnare.

Ai fini dell'adozione di un approccio alla presa in carico fondato sull'indice di fragilità è necessario definire processi-ruoli-strumenti adeguati.

In primo luogo pertanto, costruire uno strumento di valutazione del "Profilo di fragilità" significa valutare, in modo speculare-contestuale, anche il livello di "bisogno" di una persona.

Secondo una definizione operativa ed esauriente per "bisogno" si intende "ciò di cui un individuo necessita per essere in grado di acquisire, mantenere o recuperare un accettabile livello di indipendenza sociale (e, quindi, economica e professionale) e di qualità della vita".

In tale accezione il "bisogno" sussiste laddove è possibile identificare/"misurare" un livello minimo di "funzionamento" della persona, a partire dal quale possono essere identificate situazioni posizionate al di sotto di tale livello (e, quindi, suscettibili di particolari misure-interventi a supporto); in questa logica, il "bisogno" viene assunto come concetto "oggettivabile" e, in quanto tale, misurabile e compensabile (o potenzialmente compensabile).

Questa prospettiva è quindi assunta come riferimento utile, ma non esaustivo per la valutazione del bisogno, nella misura in cui al bisogno viene riconosciuta una connotazione "dinamica" ed evolutiva nonché "contesto-dipendente" per la cui valutazione è necessario tenere conto di diversi punti di vista e di un mix di elementi "oggettivi" e "soggettivi".

Con riferimento specifico ai principali servizi territoriali che possono intervenire nel caso di persone portatrici di fragilità multiple, è possibile identificare le seguenti macro aree di riferimento:

- Sociale
- Sanitaria
- Lavorativa

All'interno di ciascuna delle macro aree si possono identificare item significativi per la rilevazione-misurazione di bisogni tendenzialmente oggettivabili ai fini della determinazione del livello di "fragilità" (e della speculare "intensità di aiuto" riferibile alle persone in accesso ai servizi).

A titolo esemplificativo item trattabili in termini di attribuzione di valori-"punteggi" possono essere:

- Nella macro-area "sociale": la condizione economica (reddito personale-familiare, altri eventuali sussidi); la situazione abitativa (proprietà, affitto, sfratto in corso per morosità...); la fruizione (attuale e/o passata) di servizi-prestazioni sociali (per sé e/o per propri familiari: bambini, anziani...); la rete familiare, amicale, sociale, ecc.;
- Nella macro-area "sanitaria": la percentuale di invalidità; le funzionalità fisiche e/o sensoriali; l'utilizzo di ausili, ecc.;
- Nella macro-area "lavorativa": il livello di scolarizzazione; la qualificazione posseduta (a prescindere dal titolo di studio); le abilità trasversali e le competenze tecnico professionali, ecc.

Esistono inoltre, e dovrebbero essere considerate, una serie di dimensioni personali e sociali difficilmente "oggettivabili" in modo rigido-predefinito, la cui sostanziale "intangibilità" richiede uno specifico "trattamento".

A titolo esemplificativo, rientrano tra queste dimensioni: il livello di "sofferenza" psicologica e/o relazionale; la solitudine e le difficoltà ad organizzare la propria vita e/o quella della propria famiglia; le implicazioni che queste stesse condizioni possono determinare in termini di comportamenti conflittuali e/o pericolosi, condizioni di malessere consolidato, demotivazione, disadattamento, ecc.

Con riferimento agli aspetti "intangibili", difficilmente riducibili a "parametri" oggettivi, il criterio più efficace-opportuno cui ricorrere nel processo di valutazione integrato è quello "professionale".

Si tratta di una valutazione professionale tecnicamente-orientata (e, quindi, tutt'altro che "discrezionale") guidata dalle competenze proprie delle figure-ruoli professionali che a diverso titolo hanno avuto modo di conoscere e approfondire (ciascuno per il proprio ambito di intervento) l'utente e il suo specifico profilo "multi-problematico".

E' quindi il singolo professionista (l'assistente sociale, l'operatore socio-sanitario, l'educatore, l'operatore dei servizi per il lavoro) che, per la propria area di presidio, concorre a definire il "Profilo di fragilità" sulla base del proprio "vissuto professionale" e degli esiti delle attività (eventualmente) già realizzate con l'utente.

Tecnicamente, il professionista di riferimento, nell'ambito di ciascuna macro-area, potrebbe avere a disposizione una quota parte di un punteggio complessivo da assegnare (una determinata percentuale sul totale), riferibile all'area di propria competenza, da attribuire esclusivamente in ragione di una "valutazione professionale".

Si può infine considerare l'opportunità di integrare ulteriormente la valutazione professionale con una "quota di punteggio" a carico dell'insieme degli operatori (ovvero l'équipe professionale che concorre alla presa in carico unitaria) che realizzano in modo condiviso la valutazione complessiva del "caso".

Per l'identificazione delle persone da considerare è risultato necessario pervenire ad una definizione di "svantaggio" che identificasse un "costrutto" di riferimento

uniformemente condiviso a partire dal quale "misurare" l'intensità-livello dello svantaggio stesso.

La definizione prospettata, individua nella persona in svantaggio come:

colui/colei che si trova per motivazioni diverse in una condizione tale da non poter autonomamente accedere ad un accettabile livello di indipendenza sociale (e, quindi, economica e professionale) e di qualità della vita e necessita, pertanto, di un supporto adeguato nella definizione di un progetto/percorso personale-professionale in ragione dell'intensità-livello di svantaggio identificato-valutato.

La specializzazione e l'integrazione dei Servizi

Il punto di partenza

I servizi tendono, nella loro evoluzione e sviluppo, a differenziarsi ed a specializzarsi.

La progressiva differenziazione-specializzazione dei servizi è ineludibile, spesso anche auspicata.

In generale i servizi pubblici si differenziano a livello macro secondo criteri politico-istituzionali, tecnico-funzionali e/o amministrativo-burocratici, mentre la loro specializzazione è caratterizzata a livello micro in base alle prestazioni erogate e/o per utenza di riferimento e/o per professioni impegnate.

I servizi pubblici sociali – sanitari – per il lavoro sono presidiati ed erogati da Enti e Strutture diverse e pertanto si presenta tipicamente la seguente situazione:

- i Comuni: erogano servizi “sociali” attraverso strutture gestite direttamente e/o indirettamente;
- le Ausl (Aziende Sanitarie Regionali): erogano servizi “sanitari” attraverso strutture centrali e territoriali (Dipartimenti e Distretti Socio-Sanitari);
- i Cpl (Centri per l'Impiego provinciali): erogano servizi “per il lavoro” secondo una distribuzione territoriale istituzionalmente definita.

L'integrazione è una istanza che, in genere, si presenta in maniera progressiva mano a mano che aumenta la specializzazione dei servizi e/o la complessità degli interventi.

La proposta

La persona, considerata nella sua globalità, può presentare esigenze e bisogni plurimi e necessita di prestazioni da considerare in maniera unitaria ed integrata.

Nei servizi “alla persona” la specializzazione dei servizi pone la necessità di integrazione tra i servizi e richiede modalità di coordinamento tra gli Enti e le Strutture interessate.

Tale integrazione risulta obbligatoria al fine di:

- Ricomporre attività che risultano suddivise;
- Dare coerenza e produrre sinergia tra prestazioni complementari;
- Agevolare le relazioni, velocizzare i tempi di risposta, ridurre passaggi formali e sovrapposizioni;
- Migliorare l'efficacia delle singole prestazioni e il servizio complessivo per l'utenza.

Esigenze e problemi di integrazione si pongono soprattutto tra:

- Cpl/servizi “per il lavoro” e Comuni/servizi “sociali”;
- Cpl/servizi “per il lavoro” e Ausl/servizi “sanitari”.

Disposizioni e piani regionali pongono da tempo attenzione soprattutto all'integrazione tra servizi sociali e sanitari (la legge regionale sul “sistema integrato

degli interventi e servizi sociali" è del 2003; il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 a cui fa riferimento il Piano 2013-2014 considera l'integrazione "valore primario" e "obiettivo strategico").

Rispetto ai servizi per il lavoro si sono sviluppate modalità di integrazione per il target "Disabili" (certificati ex Legge 68/99) attraverso il servizio di "collocamento mirato" (erogato dai Cpl provinciali), mentre per l'area "svantaggiati" (comprensiva anche dei disabili non certificati ex Legge 68/99) esigenze e problemi di integrazione emergono quando si intende progettare e realizzare in maniera unitaria e congiunta interventi finalizzati all'inserimento lavorativo.

Con "integrazione" non si intende tuttavia "coincidenza" tra enti (Comuni - Ausl - Province-CPI) che concorrono alla rete istituzionalmente progettata-prospettata.

I tre Enti principali, per i quali è prevista l'integrazione in funzione della presa in carico unitaria, hanno necessità di riconoscersi vicendevolmente e di condividere logiche di intervento, strumenti, linguaggi e risorse rispettivamente presenti presso ciascun Ente, ma questo non significa "fondersi" in un servizio unico.

E' avvertita l'esigenza di "mettere in trasparenza" e comprendere reciprocamente le competenze "distintive" che caratterizzano la "mission" di ciascuno dei tre soggetti istituzionali chiamati a realizzare l'integrazione.

L'operazione di messa in trasparenza dovrebbe evitare il più possibile lo "sforamento" reciproco dei confini di competenza da parte dei tre servizi di riferimento che ad oggi genera ambiguità, sovrapposizioni e scarsa razionalizzazione del sistema complessivo.

Il processo di specializzazione, infatti, come più sopra riportato, è un esito pressoché inevitabile della evoluzione dei sistemi. Introduce in genere elementi di complessità tali da richiedere, appunto, una diversificazione-verticalizzazione degli ambiti di competenza.

L'integrazione, tuttavia, risulta tanto più utile e funzionale quanto più ciascun soggetto si specializza nella rispettiva mission ed è quindi in grado di apportare competenze specialistiche diversificate. L'insieme di tali competenze, ricomposte in modo unitario, è in grado di determinare un "valore aggiunto" per la persona, superiore alla somma delle specifiche competenze presenti presso ciascuno degli Enti-servizi considerati singolarmente.

Le logiche di servizio e l'inserimento lavorativo

Il punto di partenza

Ogni soggetto coinvolto in processi che richiedono integrazione di attività, è portatore spesso di "logiche di servizio" che derivano dalla specifica "mission" istituzionale, dalle funzioni che sono chiamati a presidiare, dalle "storie" ed "esperienze" maturate.

Logiche che si riflettono sulla funzione stessa assegnata all' inserimento lavorativo.

A tal proposito si riprendono criticità ed avvertenze già rilevate nelle analisi finora svolte.

- I servizi sociali, pur cercando di rispettare il criterio dell' "universalismo" in accesso, in genere tendono a concentrare risorse e prestazioni nei confronti dei "casi" più complessi, rispetto ai quali l'obiettivo del lavoro, seppur presente, è essenzialmente inglobato nella più ampia finalità di sviluppare e mantenere un "contesto di relazioni significative" intorno alle persone in carico e alle rispettive famiglie, e di promuoverne l' "inclusione e l' integrazione sociale", anche attraverso supporti economici.

Le azioni dette di "inserimento lavorativo" hanno e possono avere finalità propedeutiche alla collocazione al lavoro (osservative, educative, formative, di "empowerment", ecc. lungo una traiettoria che può portare gli utenti ad essere "pronti per il lavoro").

- Nei servizi sanitari (soprattutto nell'ambito della Psichiatria) il lavoro è concepito come strumento ad elevata valenza "terapeutica", per cui si tenta di accelerare il passaggio dai percorsi riabilitativi-terapeutici al lavoro in senso proprio. Per i servizi sanitari l' inserimento lavorativo è/ può essere visto come proseguimento della "funzione riabilitativa".
- I servizi per il lavoro (erogati dai Cpl provinciali), nella fase antecedente la crisi economica, hanno gestito l'accesso al mercato del lavoro di soggetti che in parte trovavano il lavoro in autonomia, in parte si candidavano alle richieste di lavoro intercettate dai servizi. Si trattava generalmente di soggetti "mediamente autonomi" e con livelli di occupabilità potenzialmente spendibili sul mercato del lavoro.

La crisi ha però profondamente mutato lo scenario: il lavoro ha smesso di essere una risorsa diffusa, sono aumentate le richieste di supporto, sono cambiati i bisogni, ma soprattutto è cresciuto il numero di persone per le quali la perdita dell'occupazione ha fatto emergere e/o ha indotto elementi di debolezza, di vulnerabilità, nuove povertà, ecc. In questo contesto i consueti approcci ed interventi attivati risultano/ possono risultare insufficienti nel fornire risposte e soluzioni.

In ogni caso per i servizi per il lavoro l' inserimento lavorativo è finalizzato a favorire la "collocazione-occupazione" delle persone in contesti produttivi.

Le differenti logiche di servizio possono portare a tensioni tra i servizi e all'interno degli stessi Enti e Strutture interessate.

In generale:

- Logiche di servizio differenti e la diversa appartenenza istituzionale possono comportare difficoltà a sviluppare un linguaggio comune condiviso (soprattutto tra servizi per il lavoro e servizi sanitari) negli interventi di inserimento lavorativo;
- Logiche di servizio distanti, insieme al linguaggio non allineato si possono riflettere sulle attività di valutazione dei pre-requisiti minimi che dovrebbero guidare gli operatori di diversa appartenenza istituzionale nella segnalazione delle persone considerate "pronte per il lavoro" o quantomeno per un "percorso di avvicinamento al lavoro" (soprattutto con riferimento ai soggetti portatori di svantaggio socio-sanitario rilevante quali: invalidi psichici, soggetti dipendenti, in trattamento psichiatrico, ecc.).

In particolare: la logica di "trovare la persona giusta per l'impresa" (prevalente tra gli operatori dei Cpl) può entrare in frizione con quella di "trovare il posto giusto per la persona" (prevalente presso gli operatori dei servizi sociali e sanitari) con i suoi vincoli, limitazioni, specificità e potenzialità.

L'ambito territoriale locale

Il punto di partenza

L'integrazione tra i servizi sociali-sanitari-per il lavoro finalizzati all'inserimento lavorativo si può realizzare in maniera adeguata se radicata nel territorio, nelle sue esigenze, nelle sue peculiarità produttive, occupazionali e sociali.

L'ambito territoriale locale di riferimento sono i "distretti" socio-sanitari.

Il distretto è:

- L'ambito identificato (di norma) dalle disposizioni in vigore per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, già operante per le prestazioni sanitarie di base (servizi di assistenza primaria, dipartimenti di salute mentale, centri specialisti, ecc.);
- Il riferimento territoriale per la elaborazione dei "Piani di zona", strumento di programmazione delle politiche sociali approvato dagli Enti Locali sul territorio provinciale.

Le situazioni distrettuali-locali possono essere diverse in base a: accordi-protocolli vigenti tra Enti/strutture; caratteristiche quali-quantitative dei servizi erogati; risorse finanziarie-strumentali-professionali disponibili; competenze gestionali-professionali presenti; comportamenti/atteggiamenti personali-individuali; situazioni storiche; ecc.

In particolare le prestazioni sociali e dei servizi per il lavoro possono essere erogate nel distretto attraverso:

- Singoli comuni o unioni di comuni a volte con uffici dedicati all'inserimento lavorativo-SIL (in modo diretto o in appalto ad operatori del terzo settore);
- Aziende di servizi alla persona (ASP), aziende consortili;
- Singoli educatori-assistenti sociali con mandato ad occuparsi delle attività riferibili alla disabilità-svantaggio (in genere nei comuni più piccoli);
- Una o più strutture di Cpl con servizi di collocamento mirato presenti nello stesso ambito distrettuale (in modo diretto o in appalto);
- Servizi provinciali dedicati all'inserimento lavorativo di disabili con necessità di accompagnamento e svantaggiati (in modo diretto o in appalto o attraverso la costituzione di tavoli ad hoc).

La proposta

L'ambito territoriale in cui si esercita l'integrazione tra i soggetti coinvolti nell'integrazione è il "distretto socio-sanitario".

Ai fini dell'integrazione tra i servizi si pone l'esigenza di:

- Verificare e far coincidere gli ambiti territoriali amministrativi dei servizi interessati;
- Verificare e ridefinire la dislocazione territoriale dei Centri per l'Impiego rispetto ai confini del distretto.

L'eventuale assunzione della presente proposta richiede l'attivazione di processi istituzionali successivi (a livello regionale) per determinare la corrispondenza degli ambiti territoriali amministrativi dei servizi interessati, con particolare attenzione alla dislocazione delle attuali strutture di erogazione dei servizi per il lavoro.

La rete dei Servizi

Il punto di partenza

Per l'area della disabilità-svantaggio oltre ai servizi pubblici possono essere coinvolti:

- L'Inps (per diverse prestazioni connesse al lavoro), l'Inail (per gli invalidi di lavoro e le coperture antinfortunistiche);
- Le Cooperative sociali (di tipo A, di tipo B o miste);
- Le Associazioni di promozione sociale, del volontariato, le fondazioni;
- Le aziende in cui vengono collocati gli utenti;
- Gli Enti/strutture di formazione professionale.

Inoltre, numerosi altri soggetti, a partire dal D.Lgs 276/2003, operano e possono operare sull'inserimento lavorativo.

Tra questi:

- Le Agenzie per il lavoro (private) autorizzate-accreditate a livello nazionale-regionale;
- Gli Istituti di scuola secondaria di 2° grado (statali e paritari), le "università" (pubbliche e private);
- Le Associazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori, gli "enti bilaterali", i patronati;
- Le Camere di commercio, l'Ordine Nazionale dei consulenti del lavoro.

La proposta

Si ritiene necessario sostenere e sviluppare "reti territoriali" tra i soggetti coinvolti, cercando di valorizzare le competenze di ciascuno affinché tutti possano assumere un ruolo coerente con la propria mission, ma orientato al perseguimento di obiettivi comuni.

La modalità del lavoro "integrato" e "a rete" è sempre più auspicata negli interventi la cui complessità comporta obbligatoriamente attività realizzate da una pluralità di attori diversi.

Le reti territoriali sono ritenute determinanti per la programmazione unitaria, l'ottimizzazione delle risorse, l'efficienza dei servizi, la qualità e l'efficacia delle prestazioni.

La costruzione di "reti governate" non è un'operazione semplice ma si tratta di definire e far operare: gli enti-strutture interessati ("nodi" della rete); i legami-scambi-relazioni reciproci ("connessioni" della rete); la "specializzazione" delle prestazioni erogate e le necessarie modalità di coordinamento e "integrazione" ("standard" condivisi, "piani-programmi" comuni); la condivisione di risorse informatiche-professionali ("infrastrutture" della rete); la cooperazione tra soggetti spesso diversi per finalità-funzioni-modalità operative ("cultura" della rete).

Indirizzi-accordi-protocolli generali in proposito non sono sufficienti.

La configurazione delle "reti" va fondata e progressivamente sviluppata su dimensioni-esigenze-possibilità localmente determinate.

La rete di riferimento per l'erogazione di servizi in modalità integrata rivolti a persone disabili/in condizione di svantaggio va intensa come una "rete istituzionalmente progettata" che va "disegnata" localmente a livello distrettuale tra i tre soggetti istituzionali di riferimento:

- Comuni- servizi sociali,
- Ausl/servizi socio-sanitari,
- Province-Cpl - servizi per il lavoro.

I tre soggetti istituzionali che concorrono alla rete tra servizi si prevede costituiscano équipe multi-professionali incaricate della presa in carico unitaria.

In sede di équipe potranno essere valutate eventuali esigenze di coinvolgimento di ulteriori soggetti territoriali-esperti-specialisti (es. enti di formazione professionale, referenti tribunale minori, esperti di immigrazione, ecc.).

Tale coinvolgimento può essere previsto per acquisire competenze utili a risolvere specifiche problematiche degli utenti in carico e a sviluppare le progettualità più adeguate rispetto ai "casi" seguiti.

Tali soggetti, tuttavia, non concorrono stabilmente al funzionamento della rete istituzionale prevista.

L'Integrazione istituzionale e gestionale

Il punto di partenza

L'integrazione tra i servizi riguarda aspetti "istituzionali" e "gestionali".

L' "integrazione istituzionale" si esprime attraverso la formalizzazione di accordi-intese-protocolli tra i diversi soggetti istituzionali presenti sul territorio (Comuni, Ausl, Province/Cpl).

È ritenuta premessa e condizione propedeutica per una programmazione e gestione il più possibile unitaria ed integrata (Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, a cui fa riferimento il Piano 2013-2014).

Dagli elementi di analisi svolte risulta che la programmazione unitaria e integrata può essere più facile nelle situazioni in cui:

- Si sono definiti e consolidati nel tempo accordi e/o altri strumenti pattizi per promuovere interventi condivisi tra operatori di diversa appartenenza;
- Gli accordi comprendono impegni vincolanti di Enti-strutture (Ausl/servizi sanitari – Comuni/servizi sociali/province/Cpl-servizi per il lavoro);
- C'è coincidenza-allineamento tra gli ambiti territoriali su cui insiste la erogazione di servizi dei diversi Enti-strutture;
- È presente l'unione tra Comuni di uno stesso distretto.

In assenza completa o parziale di tali condizioni la programmazione unitaria degli interventi può risultare frammentata, con sovrapposizione di misure-interventi e dispersione delle risorse; l'integrazione tra i servizi tende in queste situazione ad essere confinata al livello operativo e affidata alla volontà e allo scambio informale tra operatori di diversa appartenenza istituzionale impegnati nell'inserimento lavorativo di disabili e svantaggiati.

Oltre all'integrazione istituzionale è necessaria una "integrazione gestionale" "che si realizza attraverso "... l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale che si coordinano per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse, e che assicurano la costituzione e la regolazione del funzionamento delle reti dei servizi ..." (Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, a cui fa riferimento il Piano 2013-2014).

In tema di integrazione gestionale dagli elementi di analisi svolte si rilevano le seguenti criticità:

- Diversità di metodi-strumenti-procedimenti: localmente determinati e messi in atto per migliorare l'efficienza-efficacia delle attività di inserimento lavorativo;
- Situazioni in progress: molti aspetti tecnico-organizzativi-professionali restano da definire-strutturare-consolidare;
- Modalità informali di integrazione: spesso prodotto di meccanismi operativi volontaristici posti in essere soprattutto tra operatori chiamati ad agire quotidianamente l'integrazione.

La proposta

L'integrazione (istituzionale e gestionale) può presentarsi nelle situazioni territoriali locali con diversi "gradi di strutturazione-sviluppo".

Tipologicamente si può presentare in termini di:

- "Integrazione generica": ciascuno ente/struttura realizza ed eroga i propri servizi in maniera indipendente rispetto agli altri pur facendo riferimento a un quadro normativo-istituzionale comune;
- "Integrazione sequenziale": ciascun ente/struttura eroga i propri servizi e "invia" l'utente a un altro ente/struttura, che interviene dopo e che a sua volta può re-inviare a un altro servizio;
- "Integrazione reciproca": le prestazioni di un ente/struttura sono input per l'altro e viceversa, ciascuno realizza una parte di un programma/progetto comune-condiviso e adatta i propri interventi in funzione delle prestazioni degli altri.

Vanno promosse e sostenute azioni istituzionali e gestionali dirette a sviluppare l'integrazione "reciproca".

L'integrazione, perché possa funzionare concretamente, non basta che venga declinata nelle disposizioni normative, nei piani regionali-locali, negli accordi come "volontà politica", come "valore primario", come "obiettivo strategico", come "risultato desiderabile".

Per l'implementazione di un percorso che porti da una integrazione "generica" alla completa integrazione "reciproca" si richiedono progetti e processi impegnativi che siano in grado di portare a: accordi vincolanti, identificazione dei modalità-punti di accesso ai servizi, disponibilità di infrastrutture informatiche comuni, configurazione di ruoli professionali e di coordinamento, strutturazione di processi operativi, definizione di metodi e strumenti professionali.

Tutti questi aspetti devono pertanto essere specificatamente progettati ed implementati.

Si ipotizza a tal proposito che:

- Per il livello istituzionale si rendano vincolanti i rapporti tra i tre soggetti istituzionali della "rete progettata" attraverso il ricorso a strumenti formali quali l'"Accordo di servizio", avente ad oggetto l'inserimento lavorativo di disabili/svantaggiati, attraverso il quale definire: *ruoli* (es. équipe multi-professionale, responsabile del caso ...), procedure di intervento (criteri di accesso, presa in carico, gamma dei servizi, ecc.), risorse conferite-assegnate, obiettivi di sviluppo, ecc.
- Relativamente alla programmazione integrata regionale si definiscano gli indirizzi macro, le priorità di intervento (utenze prioritarie), le risorse disponibili e relative fonti, i criteri di distribuzione dei finanziamenti e le modalità di utilizzo, ecc.;
- Per quanto riguarda la programmazione integrata locale (distretto) sia il Piano di Zona - ovvero lo strumento attraverso il quale attualmente si realizza la programmazione locale dei servizi socio-assistenziali distrettuali - allargato alla componente "lavoro" la sede più funzionale a realizzare la programmazione dei servizi integrati per disabili e svantaggiati.

- A livello amministrativo-gestionale siano affidate a ciascuna Amministrazione coinvolta nella programmazione "unitaria" delle risorse le attività di contabilizzazione e rendicontazione delle risorse specifiche che confluiscono nel "servizio di presa in carico unitaria". Ipotizzare un "centro di costo unico" a livello di ciascun distretto sembrerebbe, allo stato attuale, un "salto" eccessivo nella misura in cui richiederebbe di entrare-interferire nelle procedure amministrative in essere all'interno delle singole Amministrazioni. In prospettiva potrebbe essere assunto come riferimento il modello sanitario nel quale è previsto l'istituto del "budget di salute" che prevede la coincidenza tra co-progettazione degli interventi e co-gestione delle risorse.

La presa in carico unitaria

Il punto di partenza

Ciascun ente/struttura/operatore coinvolto a diverso titolo nei servizi rivolti a persone in condizioni di disabilità e/o di svantaggio (Ausl/unità dedicate - Comune/servizi sociali - Provincia/Cpl) effettua (implicitamente o esplicitamente) la presa in carico specifica degli utenti in accesso ai propri servizi, eroga le prestazioni di propria competenza ed utilizza propri strumenti professionali nella realizzazione e gestione delle prestazioni erogate.

Modalità di accesso, ambiti di responsabilità connessi alla presa in carico e strumenti professionali sono diversi nei soggetti interessati e verosimilmente differenti nei diversi ambiti territoriali.

Dagli approfondimenti progettuali svolti si delinea l'ipotesi di una "presa in carico unitaria" e congiunta degli utenti da parte degli enti/strutture/operatori coinvolti.

In tale prospettiva ciascuna (eventuale) presa in carico specifica viene ad essere parte della presa in carico unitaria.

Quest'ultima si configura pertanto come un percorso-processo condiviso e comprende:

- L'acquisizione di informazioni sull'utente e la valutazione dei relativi bisogni;
- L'elaborazione del "programma personalizzato" e la formalizzazione del relativo "patto di servizio";
- L'attivazione dei servizi e delle prestazioni conseguenti;
- La verifica degli interventi svolti, la valutazione delle variazioni dei bisogni e la (eventuale) riprogettazione del programma personalizzato.

La proposta

La presa in carico unitaria richiede una condivisione di linguaggi-strumenti e l'unificazione di informazioni-accertamenti-valutazioni.

A tal proposito si prospetta un "dispositivo di presa in carico unitaria" come strumento di raccordo unificato nel quale far convergere sistematicamente tutte le informazioni relative all'intero percorso di presa in carico di una persona.

Il dispositivo prospettato si connota per le seguenti principali caratteristiche:

- È uno strumento dinamico, nel senso che dovrebbe accompagnare in progress l'evoluzione della situazione-bisogni e delle prestazioni erogate alla persona utente;
- Rappresenta il riferimento informativo unitario per tutti gli enti/strutture/operatori che concorrono ai diversi servizi ed interventi messi in campo;
- È un fattore di razionalizzazione del processo di integrazione che consente di ridurre-evitare sovrapposizioni, frammentazioni e ridondanze informative, disagi-transiti multipli agli utenti e di guardare alla persona nella sua globalità;

- Prefigura una condizione organizzativo-formale vincolante per tutti gli enti/strutture/operatori coinvolti, nella misura in cui richiede di fare confluire in un "unico luogo" le informazioni e gli atti connessi alle attività svolte.

Il dispositivo riguarderebbe l'acquisizione delle informazioni utili a realizzare una prima analisi e valutazione del "caso" ai fini della successiva definizione di un "programma personalizzato".

L'Équipe multi-professionale e il responsabile del programma

Il punto di partenza

L'efficace integrazione tra servizi si fonda in maniera rilevante, e spesso decisiva, su l'integrazione professionale tra operatori generalmente di diversa appartenenza istituzionale-organizzativa e con distinte competenze specifiche.

Nell'ambito dei servizi sociali e sanitari risulta consolidata l'asserzione che l'"integrazione professionale" garantisce "il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multi-problematica" e si realizza attraverso la costituzione di "équipe multi-professionale" (Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, a cui fa riferimento il Piano 2013-2014).

Altra proposizione presente nell'ambito dei servizi sociali e sanitari è l'esigenza che le persone "abbiano un unico interlocutore di riferimento (il responsabile del caso) che opera nell'ambito di un gruppo multi-professionale in una logica di erogazione unitaria e coordinata" (Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, a cui fa riferimento il Piano 2013-2014).

Nei servizi finalizzati all'inserimento lavorativo l'équipe multi-professionale sarebbe costituita istituzionalmente da:

- Un operatore del servizio "sociale";
- Un operatore del servizio "sanitario";
- Un operatore del servizio "per il lavoro".

La proposta

Una efficace équipe professionale è caratterizzata da:

- Un impianto programmatico esplicito di riferimento, condiviso formalmente tra i diversi soggetti istituzionali e organizzativi interessati e di cui l'équipe sarebbe l'espressione professionale ed operativa;
- La condivisione dell'obiettivo comune, costituito dall' "inserimento lavorativo" finalizzato al collocamento-occupazione degli utenti;
- La valorizzazione delle specifiche competenze distintive di ciascun operatore (senza le quali non si porrebbe l'esigenza di una équipe) con metodologie-strumenti professionali propri reciprocamente comprensibili;
- L'autonomia decisionale ed operativa (senza i quali l'équipe sarebbe un luogo di semplice scambio di dati-informazioni) per gestire-realizzare la propria azione tecnico-professionale finalizzata ad elaborare il progetto personalizzato dell'utente, di cui le azioni in capo a ciascun operatore-soggetto istituzionale e organizzativo coinvolto sono parte di un intervento comune;
- La presa in carico unitaria dell'utente, di cui la presa in carico specifica di ciascun operatore è parte componente;
- L'attivazione, da parte di ciascuno, dei servizi e delle prestazioni conseguenti e l'adeguamento della propria azione in funzione delle prestazioni degli altri;

- Degli standard informativi comuni per la raccolta-rilevazione dei dati di attività e delle variazioni nello status del bisogno, indispensabili per progettare e valutare singolarmente e complessivamente i servizi erogati;
- Comportamenti professionali orientati all'utente, al risultato, al miglioramento dei servizi.

Nella prospettiva della attivazione delle "équipe multi-professionali", come sopra prefigurate, andranno probabilmente riviste e ri-definite le attuali funzioni degli "organismi tecnici di valutazione operanti in tema di "tirocini".

Analogamente, andranno verificate le specifiche situazioni territoriali-provinciali poiché in diversi casi sono già attive ed operative e riferite pressoché esclusivamente al target dei disabili ex Legge 68/99 organismi multidisciplinari (Nuclei di valutazione, Tavoli provinciali e/o distrettuali, ecc.) con funzioni assimilabili a quelle che connotano l'équipe multi-professionale più sopra prefigurata.

Nelle situazioni territoriali nelle quali risultino pre-esistenti tali organismi multidisciplinari si tratterà eventualmente, in prospettiva, di allinearne caratteristiche e funzioni a quelle che istituzionalmente verranno previste e definite per le équipe multi-professionali, laddove quest'ultime dovessero essere istituite nell'ambito della integrazione tra servizi territoriali.

Nella prospettiva delineata il responsabile del programma potrebbe essere individuato tra i componenti della équipe e nominato dalla stessa équipe in funzione delle caratteristiche del caso specifico. I suoi compiti potrebbero essere:

- Il coordinamento dell'équipe;
- La gestione del progetto personalizzato (concorso alla progettazione, accompagnamento della persona e verifica delle azioni multiple attivate e dei relativi esiti);
- Il Tutor nei confronti degli utenti;
- Il principale referente per le aziende.

I Sistemi Informativi

Il punto di partenza

Dagli elementi di analisi finora svolte si rileva un quadro frammentato e in divenire dei sistemi informativi ad oggi in uso dai servizi oggetto di integrazione.

In particolare:

- Le modalità di rilevazione-elaborazione-restituzione dei dati relativi allo stato dei servizi sono disomogenee e localmente definite: ogni ente-struttura, anche nello stesso territorio, cerca di attrezzarsi a suo modo per disporre di informazioni significative per migliorare la gestione dei "casi-utenti";
- L'impegno a realizzare supporti informativi-informatici comuni in alcune realtà è riscontrabile, ma risulta prevalente l'impressione di carenza di coordinamento e sistematicità, che ha generato sovrapposizione di supporti informativi sia cartacei (dossier, "carpete", schede individuali, ecc.) che informatici (moltiplicazione di file in excel, introduzione di modalità-simboli-codici identificativi dell'utenza propri di ciascun ente/struttura, ecc.).

Gli esiti e gli impatti dell'attuale stato di evoluzione del sistema informativo-informatico dei servizi territoriali (sociali, sanitari e del lavoro) sono molteplici e a diversi livelli:

- Aumento della onerosità di gestione di attività-prestazioni-interventi relativi ai diversi "casi";
- Complessità e limitata affidabilità dei "numeri" riguardo i risultati prodotti in esito alle azioni poste in essere;
- Difficoltà a programmare/riprogrammare/attivare politiche, risorse, interventi e progetti in assenza di informazioni-dati sistematici, significativi e confrontabili.

La proposta

Il sistema informativo costituisce una delle "infrastrutture" portanti dell'integrazione tra i servizi sociali-sanitari-per il lavoro e della sua sostenibilità nel tempo.

A livello regionale risulterà essenziale individuare degli standard informativi che possano garantire il "dialogo" e lo scambio di informazioni tra i diversi servizi (in particolare con riferimento a: "condizioni di fragilità" - "presa in carico unitaria" - "diagnosi funzionale").

L'integrazione auspicata va, quindi, supportata e sostenuta anche attraverso interventi essenziali riguardo i meccanismi di funzionamento dei sistemi informativo-informatici da definire in modo comune e condiviso tra i diversi Enti-strutture-operatori interessati.

La cultura dell'integrazione

Il punto di partenza

Altra problematica da tenere presente per un'efficace integrazione riguarda la "cultura" manageriale e professionale che deve essere diffusa ai fini di una efficace integrazione.

A tal proposito si ripropongono criticità ed avvertenze già evidenziate nelle analisi finora svolte.

- L'integrazione auspicata richiede la cooperazione tra soggetti profondamente diversi (Ausl - Centri per l'Impiego - servizi del Comune – Aziende – Cooperative – Associazioni - ecc.) per mission istituzionale, funzioni, modalità operative, professioni impegnate.

A frenare o a influenzare la pratica dell'integrazione in maniera cauta può intervenire la percezione di perdita di "visibilità" del proprio ruolo, anche nell'attribuzione del merito dell'inserimento lavorativo di una persona (disabile o svantaggiata) ad un singolo ente-soggetto-operatore indipendentemente dai contributi necessari di altri.

Si richiedono quindi l'attivazione e il consolidamento di processi di cooperazione-complementarietà tali da non mettere in discussione i ruoli dei diversi attori, ma anzi valorizzarli per determinare benefici tanto per l'utenza quanto per la comunità più generale.

- Si ritiene che l'integrazione vada fondata su "un gioco evidentemente a somma positiva" per tutti gli attori coinvolti.

Meccanismi identitari e di appartenenza possono infatti sollecitare, al contrario, comportamenti autoreferenziali.

L'integrazione richiede pertanto di ri-posizionare e ri-negoziare i confini reciproci e gli ambiti di azione-competenza, può provocare quindi situazioni di dispersione e indebolimento dei rispettivi mandati-mission.

Nelle situazioni considerate si evidenzia una spinta-tensione (più o meno consapevole) degli operatori di diversa appartenenza istituzionale, organizzativa o professionale a sostenere e tutelare in via prioritaria l'utenza in carico al proprio servizio (sociale, piuttosto che sanitario o per il lavoro).

- È poco diffusa e consolidata l'idea-cultura che i soggetti "disabili" e/o "svantaggiati" rappresentino un'utenza "comune" a tutti gli Enti-operatori che, attraverso azioni diverse, sono chiamati a intraprendere l'integrazione per perseguire insieme obiettivi complessi come l'occupazione di persone multiproblematiche, deboli e/o comunque impossibilitate ad accedere autonomamente al lavoro per difficoltà sanitarie, psichiche, funzionali, sociali, relazionali ecc.

Tale situazione può generare comportamenti autoreferenziali non pertinenti rispetto ai principi formulati e/o non coerenti con le regole, procedure ed impegni condivisi a sostegno dell'integrazione.

La proposta

L'efficacia dell'integrazione si fonda sull'assunzione di nuove responsabilità e lo sviluppo di nuove competenze gestionali e professionali.

L'integrazione tra i servizi (e indirettamente all'interno degli stessi servizi) non è un processo semplice e naturale.

Perché le intenzioni-decisioni e il "dover essere" si trasformino in comportamenti concreti degli operatori che agiscono nel "sistema" e sono i principali protagonisti della qualità della integrazione che si realizza, non basta legiferare e dichiarare che l'integrazione è una esigenza per perseguire con maggiore efficacia obiettivi che non si potrebbero realizzare in via autonoma e che può costituire una importante occasione di apprendimento reciproco.

Per sviluppare la cultura dell'integrazione sono necessari azioni coerenti e ricorrenti di informazione/formazione/sviluppo professionale per responsabili ed operatori.

Conclusioni

In base a quanto emerso e realizzato in questi anni l'integrazione tra i servizi si attua solo se prende avvio prima ancora di essere istituzionalizzata.

Il percorso che porta alla definizione delle "regole dell'integrazione" deve essere concertato, condiviso e partecipato tra tutti i soggetti che entrano e/o possono entrare in gioco per favorire l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale di persone in condizione di disagio, svantaggio, fragilità e vulnerabilità.

Cercando di coniugare esigenze legate all'inclusione sociale con quelle rivolte al superamento della disoccupazione e quindi all'avvicinamento al lavoro di soggetti in condizione di svantaggio, bisogna attivare azioni che superino il concetto di singolo servizio di riferimento, avviandosi verso una concezione integrata degli interventi e una progettazione sempre più «tailor made», che su tali soggetti risulta necessaria.

L'avvicinamento al lavoro, in tutte le sue accezioni possibili, porta inevitabilmente, in un contesto in continua evoluzione e con un livello di complessità e criticità crescenti, a misurarsi con soggetti che difficilmente riescono a collocarsi all'interno delle categorizzazioni tradizionali e uniformemente normate.

Considerata la difficoltà nell'individuazione condivisa di criteri per la definizione delle categorie svantaggiate e quindi dei soggetti destinatari di progetti di inclusione sociale in chiave lavorativa e parallelamente tenuto conto del costante evolversi della situazione di crisi economica che porta conseguentemente a un allargamento e continuo cambiamento delle fasce di popolazione che riversano in situazioni di svantaggio, è necessario uscire dal concetto statico di "categoria" passando a una valutazione complessiva del soggetto.

È l'analisi della multi-problematicità infatti che ci può dare una lettura dinamica e più completa del profilo degli utenti e soprattutto ci dà la possibilità di agire attraverso la predisposizione di interventi sempre più mirati, su misura e soprattutto altamente integrati.

È attraverso azioni integrate, di contaminazione tra i servizi, di ibridazione tra diverse realtà che possono nascere esperienze nuove e innovative in grado di rispondere in modo efficace ed efficiente, ai reali bisogni dei soggetti svantaggiati e fragili che più di tutti hanno sempre più bisogno di interventi ad hoc, profilati e «su misura».

È per questo motivo che risulta indispensabile mettere in campo azioni volte a favorire l'integrazione tra i servizi e la definizione di interventi innovativi che riescano a leggere il contesto e siano in grado di definire soluzioni dinamiche e articolate.

I bisogni delle persone costituiscono il riferimento per la progettazione ed erogazione dei servizi e la capacità di risposta a questi bisogni costituisce l'indicatore principale dell'efficacia e della qualità dei servizi.

Così come esplicitato precedentemente i bisogni delle persone spesso possono essere plurimi (ambito lavorativo – ambito sociale –ambito sanitario)

L'integrazione quindi serve per dare una risposta più adeguata alle persone che presentano questi livelli di multi problematicità che ostacolano il loro inserimento lavorativo e la loro inclusione sociale.

Dall'agire integrato possono derivare diversi elementi qualificanti gli interventi stessi:

- Le azioni vengono identificate insieme;
- L'accesso al servizio può avvenire da qualsiasi punto;
- Gli strumenti per la valutazione dell'utenza prendono in considerazione tutti gli aspetti di ciascun ambito coinvolto;
- La persona viene dotata di un progetto unitario e di un referente unico.

L'integrazione così come immaginata porta quindi alla valorizzazione delle competenze multidisciplinari, a una rivalutazione delle specializzazioni di ciascun servizio e al superamento di quelle inevitabili sovrapposizioni tra i servizi che nel corso degli anni si sono verificate per cercare di rispondere alle esigenze degli utenti.

L'integrazione quindi non può essere volontaristica o episodica così come non può fondarsi su procedure estemporanee dagli esiti che si disperdono nella realtà senza essere valutati.

Le dimensioni su cui va costruita e progettata l'integrazione sono:

- La dimensione Istituzionale
- La dimensione organizzativa
- La dimensione operativa-strumentale

L'integrazione infatti non ha bisogno solo di legittimità istituzionale (leggi, regolamenti, accordi,..), ma deve essere supportata attraverso specifici processi, procedure, modalità operative e strumenti.

Per essere vera, l'integrazione deve inoltre "parlare lo stesso linguaggio" e avere risorse (professionali ed economiche) dedicate.

Infine, per realizzare un percorso così articolato, che porti all'integrazione, si devono inevitabilmente prevedere attività di affiancamento e formazione adeguate degli operatori, nonché l'implementazione di modalità informatiche che rendano il dialogo tra i servizi più fluido e immediato.