

Il documento che segue è messo a disposizione da
ASit Servizio Sociale su Internet.

titolo/tema:	Piani di zona. Un caso specifico a Genova		tipologia
autori:	Maria Cristina PANTONE		tesi
relatore:	Maria DAL PRÀ PONTICELLI	data/anno:	a.a. 2003/04
correlatore:	Nicoletta STRADI	pagine/durata:	92
università:	Università degli Studi di Trieste - Facoltà di Scienze della Formazione - Corso di Laurea in Scienze del Servizio Sociale		
altro/note:			

Ti invitiamo a visitare il nostro sito e a iscriverti gratuitamente ai nostri spazi comunicativi professionali: la mailing list, il forum ed il gruppo di ASit su Facebook. [Regstrandoti al sito](#) riceverai periodici aggiornamenti.

Se hai del materiale che ritieni utile inviare o fare altre segnalazioni, puoi contribuire all'arricchimento dei nostri spazi!

Considera inoltre la possibilità di sostenere le attività e iniziative di ASit [iscrivendoti alla nostra associazione culturale](#) e/o contribuendo attraverso [una donazione volontaria](#).

La presente pagina non è da considerarsi come parte integrante del documento che segue, che viene pubblicato nel nostro sito con il consenso dell'autore, dell'editore e/o in quanto materiale di pubblico dominio reperibile nel web. Si raccomanda di citare sempre le fonti nel caso in cui si riutilizzino i materiali, nonché di rispettarne le licenze d'uso.

E' inoltre gradita una comunicazione ai gestori del sito.

Buona lettura :-)

Ai materiali presenti in ASit – salvo differente licenza – si applica la licenza [Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo](#)



[2.5 Italia License](#) che viene implicitamente accettata con il download dei materiali dal nostro sito. Per maggiori informazioni contatta direttamente l'associazione culturale ASit Servizio Sociale su Internet alla mail serviziosociale@serviziosociale.com o visita questo link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/>

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE
FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

TESI DI LAUREA IN SERVIZIO SOCIALE

**PIANI DI ZONA
UN CASO SPECIFICO A GENOVA**

**Laureanda:
MARIA CRISTINA PANTONE**

**Relatore:
Prof.ssa
MARIA DAL PRÀ PONTICELLI**

**Correlatore:
Dott.ssa
NICOLETTA STRADI**

ANNO ACCADEMICO 2003/2004

INDICE

ABBREVIAZIONI E SIGLE	5
INTRODUZIONE	6

CAPITOLO PRIMO

CENTRALITÀ DELLE POLITICHE SOCIALI NELLA RIFORMA DEI SERVIZI

1.1. Riforma dei servizi sociali: le innovazioni	8
1.1.1. Piani di Zona (= PZ): pietra miliare di un lungo processo di riforme	10
1.1.2. <i>Welfare Mix</i> e strumenti del Sistema Integrato	14
1.1.3. Autorizzazione e accreditamento: per un servizio di qualità	15
1.1.4. Diritti soggettivi: Livelli Essenziali di Assistenza (= LEA) e Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (= LIVEAS)	16
1.1.5. Il ruolo del terzo settore e Carta dei servizi sociali	19
1.2. Servizio sociale e <i>management</i>	20
1.3. PZ: strumento delle politiche sociali	22
1.4. Un passaggio culturale: da <i>government</i> a <i>governance</i> aspetti critici	25

CAPITOLO SECONDO

QUESTIONI METODOLOGICHE DEI PIANI DI ZONA

2.1. Pianificazione, programmazione e progettazione: terminologia	28
2.2. Principio della concertazione	31
2.3. Metodo di programmazione e operatività per progetti (L. 328/00, art. 3)	34
2.4. Costruzione del PZ	35
2.5. Attori e regia nel contesto della sussidiarietà	37
2.6. Processo di costruzione	38

CAPITOLO TERZO

«PZ 3»: UN CASO SPECIFICO A GENOVA

3.1. Panorama organizzativo dei servizi sociali nella città di Genova	42
3.2. Divisioni Territoriali e Distretti Sociali nel comune di Genova	46
3.3. Organi di governo e di programmazione della zona	47
3.4. Azioni di sfondo per la costruzione del PZ	49
3.5. Accreditamento	49
3.6. Integrazione socio-sanitaria	50
3.7. Progettazione europea	53
3.8. Due distretti sociali cittadini: Rivarolo e Bolzaneto – Pontedecimo	54
3.9. Distretti limitrofi appartenenti alla Zona 3	57
3.9.1. Distretto Sociale n. 49	58
3.9.2. Distretto Sociale n. 50	59
3.9.3. Distretto Sociale n. 51	59
3.9.4. Distretto Sociale n. 52	60
3.9.5. Distretto Sociale n. 53	61

CAPITOLO QUARTO

VALUTAZIONI E PROSPETTIVE

4.1. Valutazione del PZ: chi valuta, cosa si valuta	63
4.2. Enti locali: Regione, Provincia e Comune	66
4.2.1. Regione	66
4.2.2. Provincia	66
4.2.3. Comune	66
4.3. Interventi sociali	67
4.4. Valutazione del «PZ 3» di Genova	68
4.5. Attori: Regione Liguria, Provincia di Genova e Comune di Genova	70
4.6. Oggetto: pianificazione degli interventi	71
4.7. Valutazione sintetica del «PZ 3»	72
4.8. Conclusioni e prospettive	74
4.9. Prospettiva del PZ in generale	74

4.10. Critica e prospettiva del «PZ 3»	76
4.11. Percorso metodologico per la costruzione di un PZ	80
BIBLIOGRAFIA	82
INDICE DEGLI AUTORI	92

ABBREVIAZIONI E SIGLE

al.	=	alii (bibliografico)	INAIL	=	Istituto Nazionale Assistenza Italiani Lavoratori
art./artt.	=	articolo/articoli	INPS	=	Istituto Nazionale Previdenza Sociale
ANCI	=	Associazione Nazionale Comuni Italiani	IPAB	=	Istituto Pubblica Assistenza e Beneficenza
ASL	=	Azienda Sanitaria Locale	L.	=	Legge
AUSL	=	Azienda Unità Sanitaria Locale	LC	=	Legge Costituzionale
c.	=	Comma	LR	=	Legge Regionale
CC	=	Consiglio Comunale	LEA/	=	Livelli Essenziali
Cesiav	=	Centri Studi e Iniziative per l'Associazionismo e il Volontariato	Lea	=	di Assistenza sanitaria
cf.	=	confronta	Liveas	=	Livelli Essenziali di Assistenza Sociale
Cipe	=	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica	LR	=	Legge Regionale
Cost.	=	Costituzione Italiana	N./n.	=	Numero
D.	=	Delibera/delibere	ONMI	=	Opera Nazionale Maternità e Infanzia
DCC	=	Delibera Cons. Comunale	ONLUS	=	Organizzazione Non Lucrativa Sociale
DCR	=	Delibera Cons. Regionale	U.O.	=	Unità Operativa
DGR	=	Delibera Giunta Regionale	PP.AA.	=	Pubbliche Amministrazioni
Dlg	=	Decreto legge	PPBS	=	Planning Programming Budgeting System
Dpcm	=	Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri	PZ	=	Piano/Piani (Sociali) di Zona
DPR	=	Decreto Presid. Repubblica	SERT	=	Servizio Tossicodipendenze
DS	=	Distretto/i Sociale/i	S.O.	=	Supplemento Ordinario della G.U.
DT	=	Divisione/i Territoriale/i	ST	=	Segreteria/e Tecnica/he
ECA	=	Ente Comunale Assistenza	UE	=	Unione Europea
ed.	=	editore/i; a cura di	UOAA	=	Unità Operativa Assistenza Anziani
FEAOG	=	Fondo Europeo Agricolo Orientamento Garanzia	UOAC	=	Unità Operativa Assistenza Consultoriale
FESR	=	Fondo Europeo di Sviluppo Regionale	UOAD	=	Unità Operativa Assistenza Disabili
FSE	=	Fondo Sociale Europeo	Usl	=	Unità sanitaria locale
G.U.	=	Gazzetta Ufficiale	v.	=	vedi
gg.	=	Giorni			
INAM	=	Istituto Nazionale Assistenza Malattia			

INTRODUZIONE

L'avvento del nuovo millennio ha stimolato l'evoluzione di alcuni fenomeni sociali, culturali e religiosi che hanno gettato una nuova luce sul cammino della società. La tecnologia ha permesso di accorciare le distanze tra il Nord e il Sud, l'Est e l'Ovest del mondo, ma la diseguale distribuzione dei beni ha innalzato barriere invalicabili tra le varie regioni del mondo, dando origine ad un nuovo concetto di emarginazione.

Gli *emarginati*, oggi, sono in parossistico aumento: si assiste a livello mondiale a flussi di transumanza (di sapore biblico) che inducono i paesi ospiti a riformulare politiche di prevenzione e di assistenza, una volta inimmaginabili. Accanto a questa emarginazione macrocosmica, ne cresce un'altra, interna agli stessi paesi «ricchi», che tocca non solo gli strati sociali meno abbienti, ma, negli ultimi anni, lambisce anche cittadini di livello sociale *medio*, non più in grado di competere con sistemi di crescita veloci e pertanto anche violenti.

Emarginato, nel contesto di una globalizzazione selvaggia, che spesso si esaurisce nell'aspetto economico, è *ogni singola persona che non entra nella circolarità di una relazione, che non gode del bene primario dell'aiuto reciproco, proprio di una società solidale*. Un sistema traboccante di regole (a volte solo apparentemente democratico) costringe la persona emarginata ad essere soffocata dalle stesse regole, allontanandola dai centri nevralgici della vita civile e sociale, fino a raggiungere livelli disumani. In una parola, l'emarginato è escluso dal circuito sociale di relazione e, di conseguenza, anche dal processo economico e progettuale.

Non c'è pessimismo in questo panorama, ma il desiderio di leggere al di là delle apparenze una realtà quotidiana in continua trasformazione. Il lavoro svolto da ogni singolo assistente sociale, coadiuvato nella sua fase di realizzazione da un team di altri professionisti, mira a raccogliere i dati della realtà e quanto vi è nascosto dietro, perché diventi materiale di base nella costruzione di sani legami di umanità in cui i termini di *integrazione*, *benessere*, *sussidiarietà*, non restino solo vuote parole.

Il presente lavoro nasce dall'osservazione di questa realtà con lo scopo, in prima istanza, di fissare le significative svolte legislative in campo sociale che hanno permesso agli enti locali di farsi più prossimi alle esigenze e alle richieste della popolazione da loro governate. In seconda istanza, pone l'attenzione sul metodo adottato, nell'ambito delle politiche sociali, per sostenere un percorso di valorizzazione, rafforzamento e potenziamento dei soggetti coinvolti e degli interventi adottati. Indirizzi di legge, nuove prospettive di politica sociale, Regione e Comuni, associazionismo intercomunale, ASL, uomini e donne appartenenti ad uno specifico territorio costituiscono la base per un percorso di elaborazione di un *Piano di Zona* (= PZ). In particolare, il presente lavoro si riferisce alla realtà del Comune di Genova che, il 13 maggio 2002, in forza della legge 328/2000 e del *Piano Triennale dei Servizi Sociali* della Regione Liguria, ha dato inizio ad uno dei compiti più importanti della *Conferenza di Zona*: l'approvazione dei *Piani di Zona*.

I PZ, a livello locale, sono lo strumento per la programmazione dei servizi sociali e socio sanitari, capaci di definire e gestire politiche sociali unitarie e integrate su base territoriale in risposta ai bisogni della popolazione. Il PZ è promosso e realizzato dai Comuni con la collaborazione tecnica di tutti i soggetti che concorrono alla rete dei servizi e prima fra tutte l'AUSL 3 Genovese. Per la diffusione del *piano* sono stati attivati incontri con tutti gli attori sociali, in particolare si è aperto il tavolo di concertazione con le Organizzazioni Sindacali e *il terzo settore*. Questa impostazione è stata definita in fase di stesura del primo PZ, dove, tra l'altro, si è prestata particolare attenzione al coinvolgimento dei vari attori nelle fasi di sviluppo del piano stesso e nell'analisi del bisogno.

Il presente lavoro, pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, si struttura in quattro capitoli. Dopo una *presentazione delle politiche sociali quale quadro di riferimento dei Piani di Zona* (Capitolo Primo) e di *metodologia specifica per la costruzione del PZ* (Capitolo Secondo), segue la presentazione critica e la valutazione sperimentale di un *caso specifico del Comune di Genova* (Capitolo Terzo). Una *valutazione conclusiva*, accompagnata da una *proposta di prospettiva* nell'ottica del principio *teoria-prassi-teoria* proprio del servizio sociale, conclude la ricerca (Capitolo Quarto).

CAPITOLO PRIMO

CENTRALITA' DELLE POLITICHE SOCIALI

NELLA RIFORMA DEI SERVIZI

1.1. Riforma dei servizi sociali: le innovazioni

E' trascorso oltre un secolo dalla *Legge Crispi*¹ che regolava «le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza». In un mutato panorama storico, dovuto al crescente progresso in ogni aspetto della vita, *siderale* in rapporto al 1890, lo Stato italiano approda ad una nuova *legge quadro di riforma dei servizi sociali*². L'evoluzione in questo secolo ha riguardato particolarmente l'ambito sociale, che ha visto, insieme al progresso, dilatarsi nuove frontiere di «nuove povertà», spesso, combattute con vecchi strumenti.

Denatalità, invecchiamento della popolazione, espandersi di nuove forme di *esclusione* sociale come persone senza fissa dimora, immigrazione irregolare e/o regolare, crisi dell'occupazione, soglia di povertà che lambisce famiglie finora considerate medio/borghesi... sono emergenze nuove che, dopo un secolo, hanno imposto allo Stato italiano una nuova prospettiva e un nuovo orizzonte sociali per affrontare non solo l'emergenza, ma anche e specialmente per programmare il «servizio sociale».

Le riflessioni a livello politico e amministrativo hanno prodotto una riforma radicale e innovativa del sistema assistenziale, mentre una nuova coscienza sociale ha dato vita al grande fenomeno del volontariato o *terzo settore* per superare la *legge Crispi*, ormai inadeguata ai nuovi bisogni dei nuovi tempi.

¹ L. n. 6972 del 17 luglio 1890.

² L. n. 328 dell' 8 novembre 2000 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», in G.U. n. 265 del 13 novembre 2000, S.O. n. 186 (secondo i contesti, d'ora in poi = L. n. 328/00 o *legge quadro* o *legge di riforma* o, semplicemente, *riforma*).

L'innovazione della *riforma* consiste nel ripensare e riorganizzare i servizi sociali per costruire un *welfare* equo e solidale, mirando ad includere nel tessuto sociale le varie forme di emarginazione e offrendo un valido aiuto ad ogni cittadino che vive in difficoltà a causa di problemi inerenti sé stesso, i suoi familiari o il mondo in cui è inserito. Attraverso politiche di *welfare-state*, il potere organizzato, politico-amministrativo, attua programmi per proteggere i cittadini contro i rischi economici ed eventi imprevisi, assicurando come *diritto* di ogni cittadino *standard* minimi di reddito, alimentazione, salute, abitazione, previdenza ed educazione che diventano così il nucleo centrale delle politiche di protezione sociale o *welfare-state*, strettamente connesso, ovviamente, alla politica dell'occupazione, della famiglia e del lavoro e di quella fiscale ed economica dello Stato. In questo contesto non si può non ricordare anche la stretta relazione tra *welfare* e politica ambientale e territoriale. Il *welfare-state*, quindi, attua programmi di politica sociale per rispondere alle richieste sociali che salgono dal Paese, assicurando così il benessere a tutti i cittadini: esso, perciò, è direttamente legato ai servizi sociali cosicché qualsiasi cambiamento avvenga nel primo, inevitabilmente si riflette nel secondo, anche in modo amplificato³.

Nei decenni '60-'80 del secolo scorso, infatti, il *welfare-state* italiano non è riuscito a proteggere i più bisognosi, perché si era trasformato in struttura corporativa e clientelare, facendo lievitare il debito pubblico: l'eccesso di pressione fiscale causò la destabilizzazione dell'intero sistema assistenziale⁴. Fu a causa di questa destabilizzazione che l'ultimo decennio del secolo ha prodotto mutamenti importanti nella coscienza e nel comportamento civili che approdarono ad un nuovo sistema di solidarietà sociale: il *welfare community*:

E' la società che viene chiamata ad essere soggetto centrale delle opere di solidarietà con lo stato che agisce in forma sussidiaria e complementare. Di più: il principio partecipativo impone che i corpi intermedi, sotto il coordinamento e l'aiuto economico dello stato, assumano su di sé la responsabilità di gestire quote rilevanti del bene collettivo e delle politiche di *welfare*. Un esempio: *welfare community* significa affidare direttamente alle comunità terapeutiche la gestione di tutto il servizio di prevenzione e recupero dei tossicodipendenti⁵

³ In Italia l'introduzione del *welfare state* risale all'immediato dopo guerra (1945-55) e inizialmente fu di tipo *residuale* (cf. I. COLOZZI, *L'evoluzione del sistema italiano di welfare state. Problemi e alternative*, Franco Angeli, Milano 1982; D. BURACCHIO – A. TIBERIO, *Società e servizio sociale. La centralità delle politiche sociali*, Franco Angeli, Milano 2001, p. 209).

⁴ *Ibid.* pp. 211-212.

⁵ *Ibid.* p. 213.

E' in questo quadro che *la riforma*, nel passaggio dal secondo al terzo millennio, realizza una politica sociale più consona alla coscienza civile e più aderente alla realtà, ponendo al centro del sistema due capisaldi: «i diritti del cittadino e i livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni garantite a soddisfazione di tali diritti... e la determinazione del ruolo primario del comune»⁶. La riforma, infatti, si prefigge l'obiettivo di promuovere: a) *la riconduzione* a equità di un sistema caratterizzato da disparità nell'accesso e nell'erogazione dei servizi; b) *la programmazione* delle politiche sociali, articolata a livello nazionale, regionale, locale; c) *la costruzione* di un quadro basato sulla concertazione di competenze e responsabilità dei soggetti pubblici e privati per la realizzazione della rete integrata degli interventi sociali. Nella prospettiva del *welfare community*, gli Enti locali devono allargare alla gestione e alla organizzazione dei servizi l'esperienza maturata sul campo e devono anche riconoscere le iniziative promosse dai cittadini per superare le difficoltà create dalla disomogeneità di interventi realizzati in ambito comunale tra sistemi più evoluti e sistemi che hanno avuto la possibilità di concedere solamente servizi minimi⁷. *Le innovazioni della riforma* si possono sintetizzare in cinque punti⁸:

1.1.1. Piani di Zona (= PZ): pietra miliare di un lungo processo di riforme

I PZ sono lo strumento territoriale privilegiato per la condivisione e la concertazione delle politiche sociali per la fissazione di modalità organizzative dei Servizi, di forme di rilevazione dei bisogni e delle risorse e di modalità di collaborazione tra i diversi attori che operano sul territorio. Essi, inoltre, vengono adottati attraverso lo strumento dell'accordo di programma (art. 19, 2; previsto anche dalla L. 142/90, art. 27) e prevedono strategie di coordinamento tra le diverse azioni da attuare sul territorio stesso. Vi concorrono, ciascuno secondo la propria identità e strategia funzionale, diversi soggetti pubblici: lo Stato, le Regioni, le Province e i Comuni. Gli ultimi tre sono detti anche *enti locali territoriali* che hanno visto una lenta e, a volte, contraddittoria evoluzione nella loro storia.

⁶ *Ibid.* p. 254.

⁷ Per una dettagliata esposizione, cf. CESIAV, ed., «*Interventi e servizi sociali nelle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Basilicata. Il ruolo del volontariato e dei Centri di servizio al volontariato*», in sito internet: < www.cesiav.vie.it >.

⁸ Su questo § cf. il sito internet: < www.emmeerre.it/news_letters/art01s.htm >.

Dalla *Legge Rattazzi* (1862), infatti, fino all'avvento del fascismo (1921), in Italia si avvia un lento processo evolutivo che coinvolge sia gli *enti locali*, ancora marginali nei confronti dello Stato *totalizzante* sia lo stesso concetto di assistenza o meglio di *bisogno*. La concezione ottocentesca dello *stato di bisogno* è formalmente passiva, anche perché si realizza attraverso le attività degli enti ecclesiastici che ne detengono l'egemonia. Lo Stato, spinto dalle nuove emergenze, messe in atto dalla rivoluzione industriale, dalla migrazione interna e anche da motivi anticlericali, comincia a gestire in proprio lo stato di bisogno. Si assiste così al passaggio dall'assistenza come elargizione di soccorso occasionale alla protezione giuridica dello Stato che riconosce l'attesa di soccorso come *diritto* del cittadino ad essere assistito dalle istituzioni. Lo Stato, così, da soggetto erogatore di beneficenza si trasforma in ente promotore di assistenza sociosanitaria che mira a raggiungere i due obiettivi di ogni Stato di diritto: eguaglianza di tutti i cittadini e l'universalità del diritto all'assistenza.

In questo processo di cambiamento di mentalità (dalla concezione liberista dello Stato assistenziale al sistema previdenziale sociale) contribuiscono in modo determinante i conflitti che sfoceranno alla fine degli ultimi decenni del secolo XIX nella "*questione sociale*", per cui si può dire che inizialmente lo Stato interviene per motivi di ordine pubblico più che per coscienza dei diritti. In questa fase, lo Stato sostituisce i comuni che non sono in grado non solo di provvedere alla spesa sociale, ma anche di governare le nuove realtà che lo stesso Stato determina con la promulgazione di specifiche leggi⁹, avendo l'obiettivo prioritario di creare un sistema di beneficenza coordinato che agisca in raccordo con gli organi dello Stato e con gli enti territoriali. Con la legge Crispi del 1890 si viene a creare, di fatto, il monopolio centralizzato dello Stato in materia di assistenza. La legge Giolitti del 1904, invece, è organizzata su base provinciale e quindi tende ad un effettivo decentramento che, però, viene abortito sia per lo scoppio della prima guerra mondiale che dall'abolizione della legge stessa, avvenuta nel 1923, ad opera del governo fascista.

Con il fascismo, infatti, si ritorna al *concetto etico* dello Stato centralizzato, proprio dell'idealismo filosofico hegeliano, per cui l'ordinamento dello stesso Sta-

⁹ Legge 3 agosto 1862, n. 753 (*Legge Rattazzi*); Legge del 17 luglio 1890 n. 6972 (*Legge Crispi*); Legge del 1904, n. 390 (*Legge Giolitti*).

to su base provinciale contrasta con la tendenza accentratrice amministrativa¹⁰. La politica sociale fascista s'ispira al *familismo* paternalista che tutto vede e controlla, generando così una pleora di enti assistenziali e previdenziali (INAM, INPS, INAIL, ONMI) *autarchici*. Vengono istituite contemporaneamente anche categorie speciali di assistiti. In questo contesto è sacrificata la valorizzazione degli enti locali e territoriali il cui ruolo, in materia di assistenza, resta del tutto pleonastico¹¹. Il 3 giugno del 1937 è promulgata la Legge n. 847 che istituisce in ogni comune del regno l'Ente Comunale di Assistenza (ECA) che però resta una riforma solo nominale. L'ente locale territoriale idoneo a gestire l'assistenza è correttamente individuato nel comune in quanto territorio e struttura vicini al cittadino, ma la gestione politica ed effettiva dell'assistenza rimane nelle mani dello Stato centrale o meglio del partito fascista che ne usa come strumento di propaganda e raccolta di consensi. In sintesi, dall'unità di Italia alla seconda guerra mondiale il sistema assistenziale pubblico si contraddistingue per un assetto verticistico che vede l'ente locale più nella logica della *funzionalità* amministrativa che dell'organizzazione del *bisogno* del cittadino: si sviluppa, quindi, una burocratizzazione che istituzionalizza e gestisce le categorie dei bisogni con la tendenza a segregare (anche con strumenti coatti) i cittadini che manifestano problemi di adattamento e di reinserimento sociale.

Il punto di rottura con il passato, ma anche di evoluzione verso il futuro, avviene con l'avvento della Repubblica e la promulgazione della Carta costituzionale. In forma solenne e definitiva, la Carta, all'art. 32, sancisce il diritto di ogni cittadino al mantenimento e all'assistenza sociale. Con il DPR n. 616/77 si ha, invece, il trasferimento delle funzioni, del personale e dei beni delle IPAB ai Comuni, rafforzando il decentramento effettivo, anche se ancora incompleto, e costituendo un incisivo passo nel processo di riforma. Passando anche attraverso l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (legge n. 833/78)¹², tredici anni dopo, la riforma

¹⁰ Durante il periodo fascista, però, resta operativa la *Legge Crispi* del 17 luglio 1890 n. 6972 sulle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB)..

¹¹ Con la Legge n. 2277/1925 nasce l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia (ONMI) uno speciale organismo preposto all'assistenza dell'infanzia. Mentre si estendono le forme di assistenza specifica, quella generica mostra sempre di più le sue carenze in particolare nelle zone più povere del paese.

¹² Esso prevede che al posto degli enti mutualistici subentrino gli enti elettivi, cioè le Regioni e i Comuni.

approda alla legge n.142/1990 sull'ordinamento delle autonomie locali. Con la Legge Bassanini n. 59/1997, lo Stato conferisce nuove funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, attenendosi ai principi di *completezza* (non devono esistere aree di bisogno scoperte), *cooperazione* (tra Stato, Regioni ed enti locali) e *sussidiarietà* (principio di *non sostituzione*: ciò che si può fare a livello inferiore non deve essere fatto dal livello superiore). E' in questo contesto storico-legislativo che si comprende la novità della riforma, quando attribuisce ai soggetti pubblici funzioni e compiti specifici.

I **Comuni** (v. Dlg n. 112/98, art.132) sono promotori dei PZ e dei connessi accordi di programma come anticipato dal DPR 616/77, dalla L 142/90 e dalla L 265/99 che riaffermano il Comune quale perno delle politiche sociali. Questa asserzione nasce dal convincimento che i Comuni siano nella condizione di conoscere i bisogni dei cittadini e siano in grado di sovvenirvi (L. 328/00, art. 6). Essi hanno un compito di regia della messa in azione dei servizi, attraverso gli strumenti della concertazione definiti dalla legge. Sono chiamati ad essere protagonisti attivi e creativi di politica sociale e non più meri esecutori di obblighi imposti da Enti terzi.

Le **Province** (v. Dlg n. 112/98, art.7) assumono il ruolo strategico di *soggetto-cerniera* tra i diversi attori sociali perché raccolgono conoscenze, contribuendo significativamente all'attuazione del sistema informativo di cui all'art. 22 della *legge di riforma*. Promuovono, inoltre, approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti, fornendo ai Comuni, su loro richiesta, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali. Garantiscono, infine, iniziative di formazione per gli operatori sociali e soprattutto partecipano alla definizione ed attuazione dei PZ.

Le **Regioni** esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali attraverso l'adozione del Piano Sociale Regionale, nonché di verifica della rispettiva attuazione e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, avvalendosi anche di una costante consultazione degli Enti Locali e dei soggetti del privato sociale (L. 328/00, art. 8, cc. 1 e 2). Ad esse spetta l'individuazione degli ambiti territoriali, preferibilmente corrispondenti ai distretti socio-sanitari in cui si realizzano i PZ. Alle regioni, inoltre, competono la definizione di

politiche integrate tra i diversi rami degli ordinamenti locali e le azioni di assistenza tecnica per la messa in atto del sistema, la promozione e la sperimentazione dei modelli innovativi di servizi, di metodi e strumenti per il controllo di gestione, come anche la definizione dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza di strutture e servizi e dei requisiti di qualità relativi agli stessi (L. 328/00, art. 8, c. 3).

In quest'ottica lo **Stato**¹³ è sempre più soggetto che regola, orienta, indirizza e fissa *standard* minimi di prestazione e di qualità della prestazione, più che gestore diretto di interventi sociali come accadeva nelle normative abrogate (L. 328/00, art. 9).

1.1.2. *Welfare Mix* e strumenti del Sistema Integrato¹⁴

La nuova visione assunta dalla *riforma* segna il passaggio dal «sistema dei servizi sociali pubblici» (DPR 616/77) al «sistema di interventi e servizi sociali a rete», in cui l'offerta scaturisce da una programmazione partecipata, contraddistinta dalla presenza, congiunta ed integrata, di soggetti istituzionali diversi ed organizzazioni *no profit*, che realizzano il cosiddetto *welfare mix*, in cui il benessere sociale è promosso ed attuato attraverso l'interazione di attori pubblici e privati, posti su un piano paritario. La *riforma* supera la logica della frantumazione delle competenze e dei servizi rendendo inefficaci, ripetitivi e/o inaccessibili gli interventi sociali. La concertazione e la cooperazione tra attori pubblici e il privato sociale divengono lo snodo inevitabile per il varo del cambiamento (art. 3, 2, lettera B)¹⁵. Il sistema integrato d'interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi

¹³ Cf. Dlg n. 112/98 «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59», art. 129.

¹⁴ *Il sistema integrato*, oltre che allo Stato e alle Regioni, presta particolare attenzione ai *Comuni* per il rapporto diretto con il territorio, riconoscendogli compiti di erogazione di servizi e di prestazioni sociali, nonché compiti di progettazione e realizzazione della rete dei servizi sociali, anche con il concorso delle Province.

¹⁵ Gli enti pubblici, in fase di pianificazione e programmazione, possono regolare i loro interventi anche con accordi specifici: a) *programmazione negoziata* ...; b) *intesa istituzionale di programma* ...; c) *accordo di programma quadro* ...; d) *patto territoriale* (tra enti locali, parti sociali, o altri soggetti pubblici o privati per l'attuazione di un programma di sviluppo locale); e) *contratto di programma* (tra l'amministrazione statale, grandi imprese e consorzi di distretti industriali); f) *contratto di area* (tra amministrazioni, rappresentanze dei lavoratori, dei datori di lavoro e di eventuali altri soggetti interessati (cf. L. n. 662 del 23 dicembre 1996 «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», art. 2, c. 203, in G.U. n. 303 del 28 dicembre 1996).

alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte (art. 22).

La *riforma* individua gli strumenti prioritari per favorire il riordino del sistema: a) nel *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali* (art. 18, cc.1- 4), con funzioni di indirizzo complessivo generale; b) nei *Piani Regionali* (art. 18, c. 6), mirati soprattutto alla integrazione socio-sanitaria con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro; c) nei *PZ*, redatti e concordati da Comuni associati negli ambiti territoriali fissati dalla Regione ai sensi dell'art. 8, c. 3, lettera a, d'intesa con le Aziende Sanitarie Locali (art. 19), e con i soggetti elencati all'art. 1, c. 4 e all'art. 10, ossia le diverse organizzazioni del TS e le I-PAB, (art. 19, c. 3); d) nel *Sistema Informativo dei Servizi Sociali* (art. 21), che mira ad assicurare una compiuta conoscenza dei Servizi Sociali, del Sistema Integrato degli Interventi e dei Servizi Sociali, e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali.

1.1.3. Autorizzazione e accreditamento: per un servizio di qualità

Un discorso a parte merita la norma relativa all'autorizzazione e accreditamento (art. 11). Per garantire la funzionalità degli interventi, i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, a gestione pubblica o privata, devono ottenere, da parte dei Comuni nel cui territorio sono ubicati, apposita autorizzazione, conforme ai requisiti stabiliti dalla normativa regionale, che recepisce e integra i requisiti minimi nazionali determinati (art. 9, c. 1, lettera c) con Decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale. La legge prevede che siano gli stessi Comuni a provvedere all'accREDITAMENTO dei Servizi Sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, a gestione pubblica o privata, tenuto conto di quanto stabilito dalle Regioni (art. 8, c. 3, lettera f), sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato (art. 9).

L'accREDITAMENTO, comportando l'insorgere di un rapporto fiduciario formalizzato tra ente erogatore di servizi e Comune, sostenuto dall'impegno del primo ad un costante e progressivo miglioramento della qualità delle prestazioni of-

ferite, può consentire il superamento, nell'affidamento dei servizi, di complesse procedure di aggiudicazione, e l'offerta, da parte del Comune, nell'ambito della programmazione regionale e zonale, di servizi differenziati, attraverso le prestazioni, qualitativamente osservate e valutate, dei soggetti accreditati, a cui si corrispondano tariffe prefissate, determinate in base ai criteri stabiliti dalla Regione (art. 8, c. 3, lettera n), oltre ad una reale possibilità di scelta per i cittadini-utenti tra i diversi erogatori di servizi accreditati, attraverso l'utilizzo dei titoli di acquisto (*bonus*/assegno, servizio/*vaucher*; v. art. 17, c. 1).

1.1.4. Diritti soggettivi: Livelli Essenziali di Assistenza (= LEA)

e Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (= LIVEAS)¹⁶

La *riforma* promuove, assicura e garantisce un sistema integrato d'interventi e servizi sociali (art. 1), riconosce e tutela il diritto soggettivo dei cittadini, soprattutto dei più deboli e disagiati, di beneficiare di prestazioni di natura economica e più estesamente anche sociale (v. *Cost.* art. 2, 3 e 38). In tal modo la *riforma* diviene strumento coerente per rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i cittadini alla vita del Paese. L'esercizio del diritto soggettivo si fonda sul principio della sussidiarietà attuato attraverso il concorso sinergico degli attori sociali, pubblici e privati, nella promozione e tutela del diritto di cittadinanza di ogni singolo individuo.

Tenuto conto del *Sistema Integrato* di interventi e servizi sociali, la *riforma* fissa il *LEA* cioè le prestazioni erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, individuando misure prioritarie di intervento da attuarsi da parte degli attori sociali del sistema (art. 22, cc. 1 e 2). Fissa le prestazioni minime obbligatorie in ogni ambito territoriale, individuato dalle Regioni (art. 8, 3, lettera a) in cui si realizza il PZ

¹⁶ Il sistema integrato di interventi e servizi sociali, in aggiunta ai servizi alla persona e al nucleo familiare, se necessario, prevede misure economiche e definisce percorsi per ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedendo sovrapposizioni di competenze e standardizzazione delle risposte (L. n. 328/00, art. 22, c. 1).

(art. 22, c. 4). E' sancita definitivamente la *deistituzionalizzazione* dei minori, favorendo strutture comunitarie di tipo familiare (art. 22, c. 3).

In particolare, con riferimento alle persone disabili, la *riforma* prevede progetti individuali, promossi dai Comuni d'intesa con le ASL, su richiesta dell'interessato (art. 14). Specifica attenzione è rivolta, poi, alle persone anziane non autosufficienti, per le quali si prevedono proventi mirati al sostegno domiciliare, troppo spesso segnato dai travagli delle finanze regionali (art. 15). La *riforma*, infine, valorizza e sostiene le responsabilità familiari, riconoscendo il ruolo peculiare della famiglia in ambito sociale, nella formazione e nella cura della persona, oltre che nella promozione del benessere, prevedendo specifici interventi a sostegno della *genitorialità*, della conciliazione tra tempo di lavoro e tempo di cura, dell'affidamento familiare, anche con la possibilità di sovvenire alle esigenze dei nuclei deboli con veri e propri prestiti d'onore (art. 16).

La legge di riforma prevede (art. 22) che il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisca al cittadino, nell'ambito del Distretto socio-sanitario, l'erogazione di alcune prestazioni essenziali che rappresentano i livelli delle prestazioni di assistenza sociale: i *Liveas*¹⁷ che garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire alle persone ed alle famiglie qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli. La scelta compiuta dalla *riforma* per i livelli essenziali rappresenta l'anticipazione dell'affermazione più generale di una competenza statale per la determinazione dei livelli delle prestazioni che riguardano i diritti civili e sociali. La *finanziaria* del 2003, infatti, ha previsto che i livelli essenziali delle prestazioni sociali siano determinati con Dpcm.

La specificità del sistema integrato di interventi e servizi sociali introdotto dalla *riforma* ha subito l'impatto della nuova competenza delle Regioni nel campo dell'assistenza sociale in seguito alla *riforma* dell'art. 117 c. 4 della Costituzione.

¹⁷ Per quanto riguarda le sigle, forse, è opportuna una chiarificazione terminologica: la L. n. 328/00 utilizza «Liveas» (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale), per descrivere *prestazioni di natura prevalentemente sociale*. Il Dpcm 29 novembre 2001 e il precedente Dpcm 14 febbraio 2001, invece, utilizzano «Lea» (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria), per descrivere *prestazioni di natura prevalentemente sanitaria* [per «Lea», cf. *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) socio-sanitari*, documento del Comune di Genova, in sito internet <<http://www.comune.genova.it/sociale/Integrazione/testo.htm>>; per «Liveas», cf. la rivista *Prospettive Sociali e Sanitarie*, ad es., lo *Speciale* n. 15 (2003), monografico.

La *riforma* riconosce una chiara funzione ai livelli essenziali delle prestazioni per soddisfare i diritti sociali all'assistenza. Il sistema integrato (art. 2, c. 2) garantisce, da un lato, i livelli essenziali delle prestazioni (art. 22) e impone, dall'altro, agli Enti locali, alle Regioni e allo Stato di consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche per invalidità civile, cecità e sordomutismo (art. 24), pensioni sociali e assegni¹⁸. Il carattere di universalità del sistema integrato impone una riflessione: distinguere tra un nucleo essenziale del diritto¹⁹ soddisfatto da prestazioni economiche che costituiscono diritto soggettivo e tutti gli altri interventi e servizi la cui attivazione è rimessa all'individuazione dei livelli essenziali.

Le prestazioni economiche costituiscono il diritto soggettivo e non sono influenzabili dalla determinazione dei livelli essenziali. I livelli essenziali, invece, costituiscono beni e servizi che possono tradursi in diritti per quei soggetti che vantano i requisiti necessari per accedere ai servizi e alle prestazioni del sistema integrato (art. 2, c. 3). Il diritto d'accesso ai livelli essenziali si concretizza negli ulteriori interventi normativi e di programmazione previsti dal legislatore, compatibili con le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali (art. 22, c. 2). Già la determinazione dei *Lea*²⁰ nel campo dell'assistenza sanitaria ha sollecitato l'acquisizione di un modello connotato da alcune caratteristiche utili a definire l'ambito della disciplina riservata ai livelli essenziali.

La *riforma* individua, in particolare, alcuni ambiti d'intervento quali: il servizio sociale professionale e il segretariato sociale; il servizio di pronto intervento sociale; l'assistenza domiciliare; le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario. I livelli essenziali determinati dal legislatore statale attraverso l'individuazione di ambiti di intervento, trovano sviluppo con i legislatori regionali attraverso previsioni di prestazioni specifiche.

¹⁸ Cf. L. n. 335 dell'8 agosto 1995 «Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare», in G.U. n. 190 del 16 agosto 1995.

¹⁹ «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale» (Cost. art. 38).

²⁰ Cf. Dpcm 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie», in G.U. n. 129 del 6 giugno 2001.

Nel contesto più ampio della pianificazione spetta, dunque, al PZ l'individuazione di obiettivi strategici e di priorità d'intervento, di strumenti e di mezzi, affinché quanto ritenuto essenziale a livello nazionale dovrà trovare corrispondenza in ciò che è ritenuto strategico e prioritario a livello locale. Il tema della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni riguardanti anche i diritti civili e sociali è ancora oggi molto dibattuto. In particolare la tematica ha assunto rilievo dopo l'introduzione nella Costituzione²¹ di un'esplicita riserva di competenza a favore del legislatore statale. Il dibattito si estende al tema della riforma federalista e alla necessità di trovare un equilibrio tra la differenziazione e l'autonomia territoriale e l'uniformità e la parità di trattamento su tutto il territorio nazionale²².

1.1.5. Il ruolo del terzo settore²³ e Carta dei servizi sociali²⁴

Una funzione rilevante è riconosciuta dalla *riforma* al *Terzo Settore* (art. 1, c. 4), chiamato alla progettazione, alla gestione ed all'offerta dei servizi, al pari dei soggetti pubblici (art. 1, c.5). Esso è sostenuto nella qualificazione e nella formazione, e, nell'affidamento dei servizi, è individuato secondo i profili di qualità dell'offerta per favorire un'aggiudicazione che valorizzi sia la progettualità che la qualità delle prestazioni offerte (art. 5). Per la prima volta, in deroga alla normativa preesistente, il *terzo settore* è chiamato anche a partecipare e a sottoscrivere gli accordi di programma destinati alla definizione dei PZ (art. 19, c. 3). La *riforma* promuove la trasformazione delle IPAB in Enti di Servizio a beneficio

²¹ LC n. 3 del 18 ottobre 2001 «Modifiche del titolo V della Costituzione», in G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001.

²² Per un approfondimento cf. A. ANZON, *Il difficile avvio della giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione. La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali: i principali aspetti problematici*, in sito internet: <<http://www.associazionedeicostituzionalisti.it/materiali/anticipazioni/avvio/index.html>>.

²³ Agli enti locali e alle realtà del *terzo settore* (in particolare la cooperazione sociale, le istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB) e il volontariato (Dlgs n. 112/98, art. 132, c.2), sono trasferiti le funzioni e i compiti relativi alla promozione ed al coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito dei servizi sociali.

²⁴ La *Carta dei servizi sociali* ha la finalità di tutelare le posizioni soggettive degli utenti. La legge obbliga ciascun ente erogatore di servizi ad adottare una Carta dei servizi sociali e a darne pubblicità agli utenti. La *Carta* definisce i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del funzionamento, le condizioni per le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti e prevede la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi. Infine l'adozione della Carta costituisce requisito essenziale ai fini dell'accreditamento (L. n. 328/00, art. 13).

del sistema, chiamandole a diventare moderne aziende produttrici di servizi. E' prevista anche la possibilità di scioglimento delle IPAB inattive (art. 10).

Secondo la L. n. 328/00, art. 13, ai fini dell'accreditamento, gli erogatori di prestazioni e di servizi sociali devono disporre necessariamente di un requisito: l'adozione della *Carta dei servizi sociali*, predisposta in base allo schema generale, adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la Solidarietà Sociale. Nella *Carta* sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti.

La principale innovazione deriva dal mutamento di logica che il sistema impone: dalla separatezza delle competenze parallele al modello del Sistema Integrato. Inoltre viene sollecitata la transizione dalla logica del *contributo assistenziale*, gestito dal singolo Comune, alla logica di prestazioni concertate e condivise, i cui criteri siano stabiliti d'intesa con una molteplicità di soggetti.

1.2. Servizio sociale e *management*

Nei confronti dei cittadini, destinatari del nuovo sistema di servizi integrati (art. 2, c.5) la *riforma* individua *nuovi profili professionali* capaci di tessere le trame di sistema (art. 12)²⁵, sollecita la *formazione e l'aggiornamento del personale* esistente sia pubblico sia privato, non solo rispetto ai nuovi bisogni, ma anche alle esigenze indotte dalla appartenenza al sistema (art. 19 lettera d; art. 7 lettera c; art. 8 lettera m; art. 5, c. 1). Ciò comporta l'onere di *programmare in forma unitaria ed integrata*, connettendo le risorse esistenti e disponibili dei diversi attori sociali, stabilendo modalità di verifica comuni da parte degli stessi (art. 3). Non sono più previsti interventi sociali disgiunti e dispersi in diversi fronti (sanitario, istruzione, formazione, avviamento e reinserimento al lavoro: art. 3, c. 2, lettera A).

²⁵ L'articolo indica i percorsi didattici specifici per le figure professionali sociali: corsi di laurea, corsi di formazione regionali e criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali già esistenti. Per le figure professionali sociali, inoltre, sono individuate le modalità d'accesso alla dirigenza, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Tra le professionalità capaci di tessere trame di sistema, una figura determinante è quella dell'assistente sociale che costituisce il punto di raccordo e di snodo tra la domanda sociale e la risposta istituzionale:

[L'assistente sociale è] il tecnico specifico per la progettazione, l'attuazione e la gestione, nelle comunità territoriali, degli orientamenti atti a realizzare un sistema di politiche integrate in grado di dare vita ad una rete di protezione sociale globale e compatta²⁶.

Le trasformazioni radicali nell'ambito del sociale non potevano non coinvolgere, infatti, l'immagine e il ruolo dell'assistente sociale che via via è andato acquistando sempre più una propria fisionomia, specialmente nel passaggio da un accentuato centralismo ad un effettivo decentramento politico-amministrativo: da una *presenza sussidiaria* (quasi esclusivamente femminile, spesso coreografica e funzionale ad un ruolo di generica marginalità) si è approdati, attraverso un'evoluzione lenta, ma costante, ad una professionalità dell'assistente sociale che esige anche *capacità menageriali*²⁷: «L'assistente sociale come *menager* dell'assistenza, garante della qualità della vita del proprio territorio e della concreta realizzazione di scelte di politica sociale locale».

Il vero cambio di prospettiva delle politiche sociali si può configurare come una vera e propria *Weltanschauung*. Esso consiste nel passaggio che la figura dell'assistente sociale ha maturato: dalla funzione iniziale di mero *assistenzialismo* al ruolo di autentico *management* «a cui si richiede la capacità di saper gestire un determinato sistema relazionale in uno o più contesti di vita; ciò può richiedere specifiche competenze amministrative senza per questo configurarsi in un burocrate o in un legale se vengono richieste conoscenze giuridiche e via dicendo»²⁸.

La riforma delle politiche sociali ha bisogno dell'assistente sociale che diventa figura centrale di garanzia del servizio stesso e garante della riuscita della riforma in quanto diretta ad uno specifico territorio dove le relazioni sociali sono

²⁶ M. DAL PRA PRONTICELLI, *Quali prospettive per il servizio sociale del 2000? Riflessione ed ipotesi di fronte alla legge quadro di Riforma dell'Assistenza*, in "Rassegna di servizio sociale", n. 4, 2000, pp. 4-13.

²⁷ D. BURACCHIO – A. TIBERIO, *Società e servizio sociale. La centralità delle politiche sociali*, Franco Angeli, Milano 2001, p. 227; cf. anche M. DAL PRA PRONTICELLI, *Cambiamenti a livello istituzionale*, in "Rassegna di Servizio Sociale", n. 3, 1999;

²⁸ D. BURACCHIO – A. TIBERIO, *Società e servizio sociale. La centralità delle politiche sociali*, Franco Angeli, Milano 2001, p. 227.

spesso connesse a problematiche sociali che l'assistente sociale, in quanto espressione del territorio deve sapere osservare, analizzare, valutare e risolvere. In questo senso non può non essere un *professionista-menager* perché deve reperire e gestire risorse da mettere a disposizione di altri specialisti, per cui il suo ruolo nell'ambito dei servizi sociali è necessariamente *circolare*, capace quindi di raccordare *saperi* e *scienze* diverse, interessati alla realizzazione di progetti sociali nel contesto di uno specifico territorio²⁹.

1.3. Piano di Zona: strumento delle politiche sociali

Il PZ rappresenta l'impatto più tangibile della *Legge 328/00*, art. 19, c. 1, in quanto permette agli Enti locali, nell'ambito della tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le AUSL e secondo le risorse disponibili, di individuare gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione. Per raggiungere tale finalità gli Enti locali si devono avvalere di forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo, di modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni, per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali (con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia) e per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità.

Il percorso di pianificazione non può prescindere dalla concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con gli altri soggetti coinvolti. Il PZ definisce la rete dei servizi sociali essenziali, favorisce la costruzione del sistema integrato a cominciare dalla specificità sociosanitaria ed individua le strategie, le priorità di intervento, gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione, secondo le indicazioni del Piano Regionale formulato, nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano Nazionale triennale:

Le Regioni adottano il Piano, in relazione alle indicazioni del Piano Nazionale, nell'ambito delle risorse disponibili, attraverso forme d'intesa con i Comuni interessati. Il piano regionale provvede in particolare all'integrazione socio – sanitaria in coerenza con gli obiettivi del pia-

²⁹ *Ibid.*, p. 228.

no sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro (L. n. 328/00, art. 18, c. 6).

Gli obiettivi strategici del PZ sono stati formulati nel rispetto delle disposizioni, degli indirizzi, degli interventi e delle azioni, che si evincono dalla *legge di riforma*, che, di seguito riportiamo nello schema, riadattato, proposto da *Prospettive Sociali e Sanitarie*³⁰:

Tutela delle posizioni soggettive degli utenti		Legge 328/00
Art.	Enunciato	Contenuto
11	Autorizzazione e accreditamento	Servizi e strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale devono rispettare i requisiti minimi strutturali e organizzativi.
13	Carta dei servizi sociali	Criteri per l'accesso ai servizi, modalità del relativo funzionamento, procedure per assicurare la tutela degli utenti. La carta dei servizi deve prevedere per gli utenti la possibilità di attivare i ricorsi nei confronti dei responsabili alla gestione dei servizi.
Disposizioni per la realizzazione di particolari interventi d'integrazione e sostegno sociale		
14	Progetti individuali per le persone disabili	Nell'ambito della vita familiare, sociale, nei percorsi dell'istruzione, del lavoro, i Comuni d'intesa con le ASL predispongono – su richiesta – il progetto individuale (<i>valutazione diagnostico-funzionale, cura e riabilitazione, misure economiche, sostegni per il nucleo familiare</i>).
15	Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti	Azioni e programmi volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare. Potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.
16	Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari	Erogazione assegni di cura e interventi a sostegno della maternità e paternità, prestazioni aiuto e sostegno domiciliare; servizi di sollievo cura di persone bisognose; servizi affido familiare; servizi formativi sostegno della genitorialità; conciliazione tempo lavoro e tempo cura. Agevolazioni fiscali/tariffarie per famiglie con responsabilità di cura.
17	Titoli per l'acquisto di servizi sociali	Concessione titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema, ovvero come sostitutivi delle

³⁰ L. FAZZI, *Il Metodo nella costruzione dei piani di zona*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 5, 2002, pp. 1-5.

prestazioni economiche diverse da quella correlate al minimo vitale.

Strumenti ed interventi del sistema integrato

21	Sistema informativo dei servizi sociali	Sistema per conoscere i bisogni sociali, per disporre di informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali; per coordinamento con strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione; per progetti europei.
	Integrazione degli interventi e servizi sociali	Integrare servizi alla persone e al nucleo familiare; definizione dei percorsi volti ad ottimizzarle risorse e impedire sovrapposizioni delle competenze e settorializzazione delle risposte.
22	Livello essenziale delle prestazioni sociali	Contrasto alla povertà; permanenza a domicilio di persone dipendenti; sostegno ai minori in situazione di disagio; sostegno delle responsabilità familiari; sostegno alle donne in difficoltà; integrazione persone disabili; contrasto alle dipendenze da droghe, alcool, farmaci,, iniziative auto-aiuto.
22,4	Prestazioni essenziali da erogare in ogni ambito territoriale	Servizio sociale; segretariato sociale (informazione e consulenza); servizio pronto intervento per emergenza personali e familiari; assistenza domiciliare; strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; centri di accoglienza residenziali o diurni.
23 e 25	Capacità economica	Contrasto alla povertà e Reddito Minimo di Inserimento

La riforma specifica in sette punti quali debbano essere gli strumenti gestiti dal *sistema integrato di servizi sociali*³¹: 1. *Servizio di sollievo*: è diretto a sostenere le famiglie che si prendono cura di un anziano o di una persona non autosufficiente. I familiari potranno essere sostituiti da un assistente quando sono impegnati al lavoro. 2. *Assegni di cura*: i destinatari sono le famiglie che abbiano anziani, disabili o persone non autosufficienti a carico. Si tratta di assegni cumulabili con i tradizionali assegni familiari. 3. *Prestito d'onore*: finanziamenti a tasso zero che i Comuni potranno erogare a giovani mamme sole, coppie giovani con figli,

³¹ Per l'elenco riportato cf. il sito internet <www.cgil.it/ufficiostampa/STATO%20SOCIALE/Assistenza/assistenza2.htm>.

famiglie con disabili. I prestiti saranno alternativi ad altri contributi in denaro e le modalità di restituzione saranno concordate con il destinatario. L'onere dell'interesse sui prestiti è a carico del Comune, mentre all'interno del Fondo nazionale per le politiche sociali è riservata una quota per il concorso della spesa destinata a promuovere il prestito sull'onore in sede locale. 4. *Assistenza domiciliare*: forma d'aiuto destinato a soggetti con problemi fisici o psichici e comunque non autosufficienti, alternative al ricovero in istituto. 5. *Reddito minimo d'inserimento*: assegno speciale destinato alle famiglie povere. Si tratta di un istituto già sperimentato in alcune città italiane. 6. *Buoni servizio*: titoli che potranno essere forniti dai Comuni alle famiglie per pagare i servizi assistenziali erogati da soggetti accreditati. I buoni potranno essere concessi anche in alternativa alle prestazioni economiche. 7. *Case-famiglia*: le strutture comunitarie in grado di offrire un'accoglienza familiare ai bambini non adottati, sostituiranno gli orfanotrofi. A questo modello possono ispirarsi anche le strutture destinate ad ospitare anziani o disabili.

1.4. Un passaggio culturale: da *government* a *governance* aspetti critici

Il Pz rappresenta lo strumento strategico per realizzare un salto di qualità nella programmazione degli interventi e delle politiche sociali ed è l'innovazione che consente il passaggio da una tradizionale gestione di *government* ad una moderna prospettiva di *governance*³². I Comuni elaborando i PZ hanno misurato le proprie capacità di governo. In tal senso anche lo strumento complementare dell'accordo di programma, che i Comuni hanno dovuto sottoscrivere con una pluralità di soggetti, ha costituito un'occasione per esercitare la propria responsabilità direttiva sul piano politico. L'art. 3 della *riforma*, infatti, afferma che i Comuni provvedono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i principi di *coordinamento* e *integrazione* con gli interventi sani-

³² Per *government* s'intende la funzione di governo *esclusiva* del soggetto pubblico; per *governance* s'intende un'attività di governo svolta attraverso la mobilitazione *effettiva* di più soggetti per intraprendere azioni e politiche appropriate in contesti dinamici e affollati di attori di provenienza e interessi diversificati. Qui ci limitiamo solo ad un accenno dei concetti di *government* e di *governance*. Per un approfondimento, cf. F. PESARESI, *La governance dei Piani sociali di zona*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 20, 2003, pp.1-7.

tari e con gli altri settori dell'istruzione e del lavoro; *concertazione e cooperazione* tra i diversi livelli istituzionali.

Osservare tali principi è una strada obbligata per una partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati alla costruzione della rete integrata degli interventi e dei servizi sociosanitari. L'esercizio di un governo locale raggiunge lo scopo di realizzare una rete unitaria e coordinata di servizi sulla base di un interesse comune, da parte di tutti i soggetti coinvolti, a collaborare. *Governance* rappresenta, quindi, un processo che vede coinvolti una pluralità di attori pubblici e privati che non governa in modo gerarchico. Ciò significa che è un sistema di esercizio del governo in cui le decisioni sono il frutto condiviso di processi di consultazione e di concertazione; un esercizio di governo che per raggiungere i suoi obiettivi ricorre al coordinamento e al coinvolgimento dei vari enti e soggetti.

In un sistema di *welfare* fare *governance* significa applicare una metodologia negoziale finalizzata ad un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche sociali. Affinché vi sia un sistema di *governance* sono necessari: un organo politico di governo del settore, un territorio di riferimento, un supporto tecnico ed esecutivo, la definizione di modalità di gestione dei servizi e la definizione dei percorsi e dei metodi concertativi e collaborativi con i vari enti pubblici e privati al fine della definizione e della gestione del PZ. La definizione di un nuovo sistema di programmazione non è sufficiente a definire la *governance* nel PZ, perché, secondo una critica ancora oggi dibattuta³³, è la stessa definizione dei PZ che è avvolta in una complessità concettuale tale da comportare ambiguità di lettura e problematicità di scelte.

Come avviene per tutte le cose «nuove», anche i PZ sono stati prevalentemente «pensati» solo teoricamente. Essi, di fatto, non hanno «storia»³⁴ e quindi non possono attingere né ad una esperienza acquisita né a dati da elaborare in vista di nuove progettualità. In questo contesto di difficoltà, di fronte ad ambiguità anche concettuali, gli sforzi di tutti i soggetti coinvolti hanno mirato ad una pro-

³³ Per un approfondimento cf. A. BATTISTELLA, *Piani di zona: e ora?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 8, 2003, pp. 3-6.

³⁴ L'elaborazione dei primi PZ risale a prassi già attivate in alcuni contesti italiani (es. la Regione Veneto) e ratificate con la L. n. 328/00 che li istituisce.

grammazione integrata, scegliendo di rinviare alcune decisioni alla fase di esecuzione delle politiche decise nel PZ.

Questa scelta ha determinato due diversi approcci alla definizione di un PZ: uno, più limitato, che rischia di ridurre il PZ ad una somma di programmazioni locali senza tener conto di una reale, anche se complessa, riflessione sulla programmazione integrata e congiunta; l'altro, con ampie possibilità di sviluppo e di affermazione, che tenendo conto della complessità di una programmazione integrata, ed in particolare dei tempi previsti per la prima programmazione zonale, ha delineato linee essenziali di indirizzo, rinviando, a sua volta, alla fase applicativa dei PZ le dovute riflessioni, i raffronti, le valutazioni e le scelte.

Nell'ottica della *governance* la definizione del PZ non può essere circoscritta a mero «strumento programmatico» ma va interpretata in senso dinamico, come un processo in continua evoluzione, frutto di confronti e dibattiti. Ciò significa che la redazione dei PZ non esauriscono quest'aspetto legato alla *governance*; anzi affinché possa essere garantito il sistema di governo “dal basso” diventa necessario tenere viva la logica incrementale, anche dopo la firma dell'Accordo di programma.

CAPITOLO SECONDO

QUESTIONI METODOLOGICHE DEI PIANI DI ZONA

Il modello teorico, in quanto strumento di indagine, orienta lo scienziato sociale verso la scelta di un metodo utile alla lettura dei dati. La *riforma* indica all'art. 3 i principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Si parla esplicitamente del *metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti* (L. 328/00, art 3), della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto in genere.

I principi indicati dalla *riforma* si avvalgono di una lunga e compendiosa esperienza acquisita dal servizio sociale in Italia. Fin dal dopoguerra il servizio sociale è stato individuato quale strumento di cambiamento della società e del concetto di assistenza³⁵. Inoltre i recenti contributi scientifici inerenti la teoria relazionale hanno permesso di rappresentare la società stessa come un reticolo di relazioni in cui la relazione sociale diventa una categoria sperimentabile. La relazione cui facciamo riferimento è tra l'*ego* e l'*alter* e pertanto non può prescindere dalla condizione di complessità sociale, dall'essere ambigua e misteriosa³⁶.

I *piani*, in parte già sperimentati con la Legge Turco-Napolitano³⁷, vengono riproposti dalla *riforma* come uno strumento privilegiato per la circolarità della relazione sociale, curata sia nei contenuti sia nella forma, con il compito prioritario di una larga partecipazione della cittadinanza per la realizzazione dello stesso. Anche Platone parlava di metodo come di una strada vantaggiosa a noi.

2.1. Pianificazione, programmazione e progettazione: terminologia

Dal punto di vista strettamente storico, il concetto di *pianificazione* riguarda due ambiti fondamentali per la vita dell'uomo sulla terra: *la difesa del territo-*

³⁵ Per un ampio panorama sulla questione v. M. LERMA, *Metodo e tecniche del processo di aiuto*, Astrolabio, Roma 1992.

³⁶ Cf. R. MAZZA, *Il Processo d'aiuto nel servizio sociale*, Pacini Fazzi, Lucca 1991, pp. 9-16.

³⁷ L. 28 agosto 1997 n. 285, in *G.U.* del 5 settembre 1997 n. 207.

rio da avvenimenti calamitosi imprevedibili e *la difesa della società* da pericoli esterni³⁸. In prospettiva semantica, invece, *pianificazione* e *programmazione* possono considerarsi sinonimi, sebbene (storicamente) si siano opposti per motivi ideologici, dovuti alla diffusione del marxismo e alla istituzionalizzazione dell'*economia di piano* in Unione Sovietica (dal 1918 alla fine degli anni '90 del secolo scorso)³⁹, tanto che lo stesso termine *pianificazione* fu associato agli orrori, non solo economici, della dittatura *leninista-stalinista*. Se è vero, infatti, che «etimologicamente, la pianificazione è soprattutto quella urbano-territoriale»⁴⁰, che comprende anche l'aspetto antropologico di «società», è anche vero che essa assume inevitabilmente altre dimensioni come quella economica, sociale e, più in generale, politica: l'individuazione e la quantificazione delle risorse (personale e mezzi) e dei costi formano una parte essenziale di qualsiasi pianificazione, che, diversamente, resterebbe solo un enunciato di principi irrealizzabile.

*La programmazione*⁴¹, a sua volta, è uno strumento flessibile attinente ad un *programma* che definisce il piano generale di un lavoro nelle sue linee fondamentali. La programmazione accompagna lo sviluppo operativo del *programma*, riferito alle specifiche attività, in prospettiva organizzativa e funzionale. La strut-

³⁸ Cf. R. STRASSOLDO, «Pianificazione», in F. DEMARCHI, et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1994³, p. 1478. Sul tema generale della pianificazione cf. J. BAILEY, *Pianificazione e teoria sociologica*, Liguori, Napoli 1980; F. ARCHIBUGI, *Principi di pianificazione regionale*, Franco Angeli, Milano 1980; S. TERZANI, *Lineamenti di pianificazione e controllo*, Cedam, Padova 1998; B. MCLAUGHLIN, *Pianificazione urbana e regionale*, Marsilio, Padova 1978.

³⁹ Il lemma *pianificazione*, o più esattamente «pianificazione quinquennale», fu una espressione *mitica* dell'economia sovietica, tesa a dimostrare la superiorità di *quel* sistema economico (economia di Stato) su quello capitalista dell'occidente liberale. L'economia liberale occidentale reagì al modello sovietico di *economia di piano*, inteso anche come strumento degli orrori e del totalitarismo staliniano, attribuendo al termine *pianificazione* un significato negativo, tanto che in alcuni Paesi (es. Italia e Francia) lo si sostituì con quello equivalente di *programmazione*, descritta come intervento dello Stato in materia economica in forme flessibili e limitate, compatibili cioè con un'economia di mercato (cf. R. STRASSOLDO, «Pianificazione», in F. DEMARCHI, et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1994³, pp. 1478-79). Per lo specifico in ambito socialista, cf. J.G. ZIELINSKY, *La teoria della pianificazione socialista*, Franco Angeli, Milano 1973; C. RANCI, *I mercati sociali in Italia*, Carocci Editore, Roma 2002. Il lemma *programmazione* è utilizzato per «indicare in particolare la pianificazione economico-finanziaria» (R. STRASSOLDO, «Pianificazione», in F. DEMARCHI, et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1994³, p. 1479).

⁴⁰ *Ibid.*, «Pianificazione», in F. DEMARCHI, et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1994³, p. 1479 (v. anche nota 38).

⁴¹ A. AIELLI, *Programmazione e controllo. Esercizi risolti*, Unicopli, Milano 1993.

turazione programmatica può essere organizzata, a secondo delle esigenze, a breve, medio e lungo termine⁴²:

Tra pianificazione e programmazione si stabilisce quindi un rapporto fine/mezzi: il piano indica gli obiettivi e i valori sociali da realizzare, il programma indica i mezzi e i costi, le modalità e i tempi. I rapporti tra pianificazione, programmazione (in questo senso) e contabilizzazione sono stati formalizzati nel PPBS, *Planning Programming Budgeting System*, che al suo apparire fu salutato come un'innovazione rivoluzionaria per la razionalizzazione delle attività di governo⁴³.

La progettazione, invece, è la capacità di intuire, immaginare e tradurre (pianificare e programmare) processi e dati astratti in forme concrete spazio-temporali dentro un contesto sociale omogeneo e organico, mediante una visione sintetica e sincronica della complessità del reale prefigurato:

La progettazione è la capacità di prefigurare i cambiamenti che si desidera – o si ritiene opportuno – introdurre in una data situazione e di immaginare attraverso quali strategie operative si possono conseguire tali cambiamenti, prevedendo i possibili ostacoli che si potrebbero incontrare e stabilendo in anticipo in che modo eventualmente farvi fronte⁴⁴.

Pianificazione, progettazione e programmazione, applicate al sociale sono un processo continuo e indispensabile finalizzato alla gestione razionale e scienti-

⁴² Sui concetti generali di *programma* e *programmazione*, cf. A.C. MORO, ed., *Infanzia e Adolescenza Diritti e Opportunità. Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge n. 285/97*, (Istituto degli Innocenti di Firenze), Edizioni Centro nazionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza, Roma 1998, p. 257

⁴³ R. STRASSOLDO, «Pianificazione», in F. DEMARCHI, et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Cinisello Balsamo 1994³, p. 1479. Nel 1965 il governo degli Stati Uniti, promosse la politica sociale del *Planning Programming Budgeting System (PPBS)*. L'amministrazione democratica, guidata da Lyndon Johnson lanciò un massiccio programma di interventi pubblici, detta enfaticamente *War on Poverty/Guerra alla povertà*, per sradicare ogni forma di povertà (urbana, rurale, tra le minoranze etniche e gli immigrati). Lo scetticismo sulla fattibilità del programma, indussero l'amministrazione a reclutare schiere di studiosi (economisti e sociologi) perché studiassero e applicassero i metodi di indagine a loro disposizione per valutare il successo e individuare possibilità di miglioramento del programma *War on Poverty*. Si sviluppò una rete di *centri studi di valutazione* che sopravvissero allo specifico programma *War on Poverty*, costituendo il nucleo originario di un apparato che assunse il compito di valutare tutte le politiche pubbliche. In questo contesto si situa il *PPBS*, il secondo atto compiuto dall'amministrazione Johnson, sempre nel 1965, inizialmente realizzato *ad experimentum* presso il Ministero della Difesa. Il *PPBS* rappresentò un tentativo ambizioso, finalizzato al miglioramento della gestione della macchina pubblica, attraverso strumenti scientifici: *individuazione* degli obiettivi di ogni azione pubblica, *definizione* delle risorse umane ed economiche di attuazione e infine *confronto* sistematico tra obiettivi e realizzazioni. Il *PPBS*, però, si rivelò presto un meccanismo pesante per le sue pretese onnicomprensive e totalizzanti e fu abbandonato. Esso lasciò in eredità un gruppo di operatori e analisti preparati ad utilizzare metodi analitici allo scopo di migliorare la gestione della macchina pubblica (cf. A. ETZIONI, *The Active Society, a theory of societal and political processes*, Collier-Macmillan, New York – London 1968; A. FALUDI, *Planning Theory*, Pergamon Press, Oxford 1976; K. MANNHEIM, *Libertà, potere e pianificazione democratica*, Armando Editore, Roma 1976).

⁴⁴ A.C. MORO, ed., *Infanzia e Adolescenza Diritti e Opportunità. Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge n. 285/97* (Istituto degli Innocenti di Firenze), Edizioni Centro nazionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza, Roma 1998, p. 286.

fica dell'attività integrata «di tutti i sistemi controllati (o formali, o cibernetici) e di tutte le organizzazioni» ad essa inerenti⁴⁵ e necessitano, da un lato, di un supporto informativo aggiornato e flessibile, mentre dall'altro hanno bisogno di strumenti di analisi efficaci ed efficienti:

La pianificazione si alimenta di informazione... ciò che distingue la pianificazione dalla politica è che mentre questa si basa sul buon senso comune e l'intuizione, la prima si basa su un approccio scientifico, cioè sempre logico ed empirico; la formazione degli obiettivi e la raccolta dei mezzi, l'articolazione delle sequenze di allocazione, il controllo dei risultati, ecc., avvengono tutti attraverso procedimenti di cui hanno un ruolo importante i momenti di raccolta di informazioni sugli stati reali, sia del sistema operante che dell'ambiente operativo e/o dell'oggetto⁴⁶.

2.2. Principio della concertazione

La concertazione⁴⁷ è la chiave di volta della storia delle relazioni industriali degli ultimi trent'anni in Italia. Il trentennio ha rappresentato una stagione di accordi, di tappe, di evoluzioni e di battute d'arresto della negoziazione triangolare tra governo, sindacati e imprenditori. La scelta concertativa si afferma a partire

⁴⁵ R. STRASSOLDO, «Pianificazione», in DEMARCHI F. – et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1994³, p. 1475. Sui temi dell'informazione e della documentazione, cf. S. BECCASTRINI, et al., *Piccolo dizionario della qualità ad uso degli operatori sociali e sanitari*, Centro Scientifico Editore, Torino 2001; G. BERTIN, *Valutazione e sapere sociologico: metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*, Franco Angeli, Milano 1996; M.D. CANEVINI, ed., *Documentazione professionale e valutazione degli interventi*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova 1993; V. DUCCI, *La documentazione nel servizio sociale*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 1 (gen./mar) 1989, pp. 54-55; R. MASINI, *Mutamenti e metodologie di lavoro dell'operatore sociale*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 4 (ott./dic.) 1988, pp. 50-60; E. NEVE, *Significati della documentazione nel lavoro dell'assistente sociale*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 2 (apr./giug.) 1993, pp. 24-40; P. MOLINATTO, ed., *Il lavoro sociale produce cultura?*, in “Animazione sociale”, n. 2, 2000, pp. 89-96.

⁴⁶ R. STRASSOLDO, «Pianificazione», in DEMARCHI F. – et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, San Paolo Edizioni, Cinisello Balsamo 1994³, p. 1482: l'A. mette in rilievo, da un punto di vista storico e logico, che «per definizione, si può parlare di piani razionali solo a partire dall'invenzione della comunicazione e dell'informazione: a cominciare dalla scrittura, che, come è noto, è stata inventata in primo luogo per tenere la contabilità, cioè proprio per permettere i rudimenti della pianificazione razionale delle aziende e dello Stato».

⁴⁷ *Concertazione* è un metodo per programmare e pianificare con il coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli attori del territorio interessati al raggiungimento degli obiettivi comuni pre-stabiliti o raggiunti durante la trattativa. Questa metodologia permette di evitare la dispersione di energie e risorse in iniziative settoriali e scollegate. *Concertazione sociale* riguarda l'evoluzione delle politiche di *welfare* che ha portato i rappresentanti di interessi contrapposti (ad es. i sindacati da una parte e la confindustria dall'altra) ad acquisire un metodo di contrattazione che impegna obbligatoriamente a non perseguire (con altre forme) interessi di parte senza prima avere tentato una composizione *dialogica* (anche con la mediazione del governo). L'articolazione locale dei servizi di protezione e promozione sociale prevede nuovi ruoli che cambiano anche i tradizionali sistemi di gestione dei servizi sociali e il ruolo dello stesso operatore sociale (cf. sito internet <www.ambitosocialepesaro.it/ver_02/pagine/2.0/2.2.htm>; cf. inoltre G. GIUGNI, *La lunga marcia della concertazione: conversazioni con Paola Ferrari e Carmen La Macchia* (Prefazione di Aris Accornero), Il Mulino, Bologna 2003).

da quanto espresso nel Protocollo del 23 luglio 1993 dove viene definita come una forte procedura di coinvolgimento volta a stabilizzare e potenziare le scelte di politica economica e sociale. L'ingresso nella Unione Economica e Monetaria Europea impone di individuare un assetto delle regole coerente, trasparente e che offra certezza, anche sulla base dei processi decisionali individuati nel quadro comunitario. Dallo *Statuto dei lavoratori*⁴⁸ al *Libro bianco*⁴⁹, dai primi tentativi di negoziazione trilaterale al *Protocollo* del 1993, a delinearsi non è solo una storia delle relazioni sindacali nel nostro paese, ma anche una riflessione teorica che per la prima volta tenta di definire il metodo della concertazione attraverso i fatti storici, giuridici e politici che ne rappresentano lo sfondo.

La concertazione può essere sperimentata con esiti importanti per la politica economica e sociale del paese soprattutto può essere colta come un'indicazione, particolarmente attuale, nell'Italia dello scontro bipolare, della frammentazione sindacale, dove i conflitti politici rischiano di trasformarsi in frattura sociale. E' dall'esperienza sindacale che si è giunti alla creazione del «tavolo della concertazione». La politica della concertazione è stata lungamente sperimentata e praticata a livello centrale con esiti molto positivi, soprattutto dalle parti sociali sotto il nome di patti. Si è diffusa anche a livello locale su temi che non riguardano solo aspetti di tipo orizzontale, ma anche politiche settoriali, coinvolgendo molti soggetti.

Per concertazione, quindi, possiamo intendere una politica di definizione di obiettivi tra soggetti che rappresentano interessi differenti disponibili a convergere verso valori e interessi che vanno a beneficio dell'intera comunità. Essa, infatti, consta di un metodo che consente l'acquisizione di obiettivi generali comuni, da un lato, e di partecipazione delle forze organizzate, ai processi fondamentali che orientino nella direzione dello sviluppo umano e delle politiche pubbliche, dall'altro. La concertazione fino ad oggi è stata un metodo utilizzato soprattutto a

⁴⁸ Cf. L. n. 300 del 20 maggio 1970 «Norme sulla tutela della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento», in G.U. n. 131 del 27 maggio 1970.

⁴⁹ Il Ministero del Lavoro, nel 2001, ha presentato il *Libro Bianco* sul *welfare*, un documento di 40 pagine che vorrebbe rappresentare la fotografia dello Stato sociale in Italia per ridisegnare il *welfare* in Italia e particolarmente il mercato del lavoro. Il *Libro Bianco*, cui ha collaborato anche l'economista Enzo Biagi, assassinato in un agguato terroristico (19.05.2001), ha suscitato e ancora suscita forti polemiche nella società italiana. Per un approfondimento v. sito <www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/librobianco_welfare/indice.html>.

livello centrale, ma che con il decentramento istituzionale va diffondendosi sempre più a livello periferico per governare la crescita sociale ed economica dei territori, ponendo come temi centrali l'occupazione, la qualità della vita.

Le innovazioni introdotte dalla *riforma* coinvolgono più direttamente Regioni, Province e Comuni nel ruolo di regia che vede la concertazione quale principio fondamentale per gestire nuovi rapporti con attori diversi. Il vasto trasferimento di compiti e funzioni fino ad oggi esercitate dallo Stato, trasferimento che assegna agli enti locali leve amministrative e risorse cruciali per la concertazione territoriale necessita di adeguate forme di coordinamento con i governi regionali e locali, in modo tale che gli accordi di concertazione impegnino anche i diversi livelli di governo e di amministrazione interessati. Le singole realtà locali, quindi, si trovano di fronte alla necessità di sostenere e gestire processi di efficienza e di efficacia della questione sociale a partire dall'integrazione e cooperazione degli attori.

Per accogliere questa sfida occorre riconoscersi in azioni comuni condivise dagli attori, cooperando, condividendo conoscenze e capacità. In quest'ottica va previsto un metodo e una politica di risoluzione dei problemi che abbia come obiettivo ultimo processi di concertazione per promuovere solidarietà per lo sviluppo economico affrontando questi problemi al loro adeguato livello di complessità, riconoscendo il ruolo essenziale della collaborazione con tutti i soggetti interessati, interni ed esterni al sistema locale. Quest'obiettivo pone problemi nuovi all'organizzazione territoriale, in quanto implica la sua capacità di conoscere e valutare le condizioni di rischio e lo stato del territorio, di orientare scelte e di sostenere comportamenti individuali e collettivi, in aggiunta alla più tradizionale funzione di offrire servizi e di erogare prestazioni.

La *riforma* ribadisce la titolarità del singolo Comune in materia sociale, prevede che i comuni si associno per gestire insieme il PZ, indica il metodo della concertazione con la ASL e gli altri soggetti del territorio per ottenere sinergie in tutte le fasi del piano: programmazione, gestione e valutazione. Emerge il profilo di un soggetto collettivo che dovrà progressivamente imparare a condividere compiti e responsabilità ma anche governare conflitti e interessi contrapposti.

2.3. Metodo di programmazione e operatività per progetti (L. 328/00, art. 3)

I principi della nuova programmazione sociale fissati dalla *riforma* sono individuati in un maggiore spazio dato alla programmazione per interventi e risorse, in una maggiore attenzione a operatività ed efficacia dei progetti, nella revoca dei fondi sociali a carico degli enti passivi, nel coordinamento delle azioni sociali con gli interventi per lo sviluppo, nella concertazione e nella cooperazione a tutto campo, negli incentivi per la programmazione dei piccoli comuni associati.

L'impalcatura del sistema integrato di interventi e servizi sociali si regge sul «metodo della programmazione degli interventi e delle risorse» (L. 328/00 art. 3) orientato a dare operatività alla fase di elaborazione dei progetti e ad attivare un sistema di verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della “valutazione di impatto di genere”.

Lo strumento principale per la programmazione locale dei servizi alla persona, al fine di elaborare strategie comuni, pur nel rispetto delle reciproche differenze, è il PZ, che nasce proprio per favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di servizi e interventi, e inteso come strumento di governo del sistema locale dei servizi e degli interventi territoriali.

I nuovi principi della programmazione sociale si basano su due distinti indirizzi. Da una parte, *Stato*, *Regioni* ed *Enti locali* sono chiamati a coordinare gli interventi sociali con quelli sanitari e dell'istruzione e con l'intero pacchetto delle politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro. Dall'altra, è introdotto *il metodo permanente* di intervento fondato sulla *concertazione e cooperazione* a livello istituzionale e con il coinvolgimento attivo del *Terzo Settore*, delle Fondazioni, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle unità sanitarie locali.

Per tradurre questi principi in azioni di governo, le amministrazioni locali sono chiamate a operare profonde trasformazioni culturali e di carattere organizzativo e gestionale. Il ruolo del governo locale dovrà indirizzarsi verso un'azione d'indirizzo, diretta a promuovere l'esercizio delle funzioni sociali attraverso l'associazionismo, il *Terzo Settore* e i privati. Lo sviluppo delle reti dei servizi sociali avviene in coerenza con una logica di nuova imprenditorialità pubblica, finalizzata a migliorare l'attitudine strategica e progettuale di dirigenti e funzionari della pubblica amministrazione. Il sistema di erogazione delle

della pubblica amministrazione. Il sistema di erogazione delle prestazioni si basa su una nuova competenza nella esigibilità dei parametri di qualità sociale. I soggetti del *Terzo Settore* sono impegnati a rafforzare i propri strumenti organizzativi e gestionali, in coerenza con il nuovo ruolo ad essi assegnato dalla *riforma*, di agenti e responsabilità pubbliche, di quello di fornitori di servizi e prestazioni fino ad oggi svolto. Il sistema dei servizi va centrato sulla specificità dei bisogni, e puntare sulla pluralità dell'offerta delle prestazioni garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi. Gli Enti locali ed in particolare i Comuni devono investire e dedicare risorse umane e strumentali alla programmazione e progettazione degli interventi e a liberare nuove risorse, coniugando la capacità di riformare gli assetti organizzativi e gestionali con la semplificazione amministrativa e la conseguente riduzione degli apparati burocratici. inoltre gli Enti locali sono chiamati a programmare e realizzare modelli gestionali e interventi più efficaci, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie.

La nuova programmazione sociale è diretta ad investire nella spesa sociale come fattore di sviluppo e di innovazione per le città. In tale prospettiva Regioni ed Enti locali sono chiamati ad aumentare e migliorare il livello di accesso ai fondi comunitari⁵⁰ e ad attivare sinergie e potenziare gli interventi sociali all'interno delle esperienze di programmazione negoziata.

2.4. Costruzione del PZ

La *riforma* rende possibile la programmazione e l'organizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi, dedicato al benessere di tutti i cittadini. Questa finalità generale si sostiene su principi innovativi che cambiano l'identità e la modalità operativa dell'agire sociale. In particolare si fa riferimento all'azione

⁵⁰ Il sistema delle nuove politiche sociali è imperniato su un criterio di finanziamento plurimo a cui Stato, Regioni ed Enti locali concorrono nei modi indicati dalla L. 328/00, art. 4: a) allo Stato competono (Dlgs 112/1998, art. 129) la ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali, la spesa previdenziale, quella tipicamente assistenziale (le indennità spettanti agli invalidi civili per pensioni, gli interventi settoriali previsti dalla normativa in materia sociale, il reddito minimo d'inserimento e gli eventuali progetti individuati dal Piano nazionale); b) alle Regioni (in forza del processo di decentramento amministrativo), competono la ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore e co-finanziare in forma sussidiaria interventi sociali derivanti dalle norme regionali di trasferimento agli Enti locali delle materie di competenza (Dlgs 112/1998, art. 132); c) ai Comuni, singoli e associati, competono le spese per l'erogazione di servizi e interventi alla persona e a favore della comunità, con l'esclusione delle competenze riservate allo Stato e alle Regioni.

di rete⁵¹, al programmare e al progettare cooperando, tenendo fede ad una prassi di sussidiarietà orizzontale⁵² non sostitutiva, che coinvolge il territorio e i suoi attori, pubblici e privati, valorizzandoli.

Lo strumento della pianificazione sociale opera sotto la regia dell'Ente locale e orienta l'efficacia dell'intervento perché abbia come obiettivo l'operatività di servizi affinché siano capaci di sostenere, aiutare, accompagnare, orientare, informare, con risultati di miglioramento della situazione delle persone, delle famiglie e con servizi a costi ragionevoli. In questo contesto, in particolare, si evidenzia la funzione di centralità che assume il Comune di riferimento. Si tratta di garantire economicità nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla comunità locale, con l'efficienza di modalità operative e processi organizzativi, che funzionano, producendo risultati.

Un risultato, atteso e dettato dalla riforma, è l'omogeneità dei servizi, riferita a livelli di qualità ed efficienza, al di sotto dei quali il servizio stesso non ha valore o addirittura non è accreditato in quanto non conforme alle norme previste. Con la pianificazione sociale l'Ente locale e i suoi partner sono in grado di rilevare non solo il profilo della comunità nella quale si agisce ma anche lo stato di attuazione del processo di cambiamento, dal vecchio al nuovo. Così è possibile osservare, monitorare e capire la qualità delle azioni sociali attivate.

⁵¹ Rete o rete sociale è parola chiave che esprime il metodo di lavoro dell'operatore sociale all'interno delle politiche di welfare (lo constatiamo quotidianamente anche sulla scorta di una formazione professionale, acquisita sul campo in anni di lavoro). Rete, inoltre, descrive nodi e connessioni tra soggetti istituzionali e non istituzionali, pubblici e privati che operano in un determinato territorio e si relazionano con pari dignità e responsabilità. Costruire rete in un particolare territorio significa costruire un noi sociale, utilizzando specifiche tecniche e metodologie. Non è facile, perché le reti sociali presuppongono relazioni tra persone e le persone non sempre sono convinte che, collegandosi con altri, possano incidere sul cambiamento in meglio di situazioni e persone e anche perché, a volte, si può essere portati a credere che la qualità della vita dipenda prevalentemente (o esclusivamente) da scelte personali, indebolendo i legami sociali. Le condizioni di attivazione di reti (sociali) funzionali possono essere individuate in alcune precondizioni: 1) forte interesse per il perseguimento di obiettivi particolari, almeno per uno tra i protagonisti della rete; 2) obiettivo sufficientemente complesso da permettere la ragione d'essere e il coinvolgimento di più soggetti; 3), impegno formalizzato (nel caso di partecipazione di istituzioni o associazioni) e non lasciato alla buona volontà del singolo rappresentante; 4) ruolo centrale nella gestione delle risorse messe in campo da parte di chi promuove le iniziative; 5) valorizzazione delle competenze di tutti i protagonisti della rete; 6) linguaggi riconoscibili, non necessariamente omogenei, ma compatibili, come metodologie, modelli, teorie professionali; 7) modello di comunicazione dialogico e interattivo. Per un approfondimento cf. R. SERRA, *Logiche di rete. Dalla teoria all'intervento sociale*, Franco Angeli, Milano 2001.

⁵² Per una ulteriore specificazione del concetto di sussidiarietà orizzontale, cf. R. MAGGIAN, *I servizi socio-assistenziali. Verso la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari*, Carocci Editore, Roma 2001, pp. 46-48.

Alcuni indicatori per valutare il complesso e articolato processo di transizione sono da individuare nella effettiva presenza di una pluralità di soggetti che agiscono come attori protagonisti nel territorio. Per agevolare questa presenza sono necessari dei cambiamenti culturali e organizzativi che riguardano in prima persona l'Ente pubblico ed in particolare rispetto all'agire verticistico, per favorire le funzioni, l'agire per processi, la promozione del lavoro di rete, il passaggio dalla centralità alla pluralità, da interventi per categorie e settoriali, ad interventi individuali e personalizzati, dall'agire nell'ottica della riduzione del danno alla promozione e prevenzione, dalla disomogeneità all'uniformità, dalla separazione all'integrazione professionale, gestionale e istituzionale, dalla quantità alla qualità, dalla disarticolazione territoriale all'associazionismo, dalla frammentazione alla rete integrata.

Il PZ è visto come strumento nelle mani delle comunità locali per leggere, valutare, programmare e guidare lo sviluppo degli interventi sociali e socio-sanitari (L. n. 328/00, art. 19). *L'ambito territoriale*⁵³ del PZ deve essere definito dalla Regione. Per realizzare la fase di avvio del processo, bisognerà tenere conto di tre passaggi essenziali: a) l'attivazione di organismi politici e tecnici a livello di ambito territoriale; b) l'individuazione e il coinvolgimento dei soggetti che parteciperanno in forme diverse al PZ; c) l'attivazione della rete dei soggetti chiamati alla gestione integrata degli interventi e dei servizi.

2.5. Attori e regia nel contesto della sussidiarietà

Nella pianificazione zonale si richiede l'assunzione di una prospettiva di *governance* intesa come sistema di governo allargato per intraprendere azioni e

⁵³ Per *ambito territoriale* s'intende uno spazio circoscritto. Oggi il termine suggerisce un territorio di notevole ampiezza da potere configurare come luogo operativo. Di frequente si parla di *ZONA* che è la stessa cosa, in quanto s'intende un territorio, normalmente all'interno dei confini geografici di una Provincia, che comprende più Comuni e che diventa luogo operativo privilegiato delle nuove politiche di *welfare*. L'Ambito convive con il singolo Comune, le Comunità Montane, le Province e la Regione ma non è un nuovo Ente locale ed esiste per enfatizzare la necessità di coordinamento e integrazione delle comunità locali. L'Ambito è lo strumento di collaborazione tra Comuni, di raccordo con Comunità Montane, Provincia e Regione e con altri importanti soggetti pubblici. Nell'Ambito si predispone un PZ, si individuano i servizi sociali essenziali che devono essere garantiti in quel territorio, è il livello nel quale si attiva la programmazione regionale sul territorio, è il luogo dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari. L'ambito è il luogo di coordinamento organizzativo dei singoli servizi sociali che fanno riferimento ai Comuni. Nonostante tutte queste importanti innovazioni, i fondi regionali, per finanziare interventi e servizi d'ambito, sono ancora (anno 2003) ripartiti per singoli Comuni.

politiche appropriate in contesti dinamici e affollati di attori⁵⁴. Negli ambiti territoriali individuati dalle Regioni, il sindaco del Comune capofila avvia il processo di costruzione del PZ curando l'informazione nei confronti di tutti i soggetti interessati. E' convocata una Conferenza dei Servizi⁵⁵ alla quale partecipano tutti i comuni dell'ambito, l'ASL, l'Amministrazione Provinciale e gli altri Enti significativi operanti nell'ambito. In tale sede vanno definite le procedure, i tempi, gli apporti, le funzioni di ognuno e le modalità per garantire le forme di partecipazione alla programmazione degli altri soggetti locali.

La Conferenza dei Servizi è la sede in cui definire la costituzione di due organi che devono operare in sinergia: 1) un organo politico espresso dall'insieme dei soggetti istituzionali pubblici convocati alla Conferenza con compiti di regia e di definizione della rotta; 2) un organo tecnico con funzioni operative, di supporto al soggetto istituzionale competente nella predisposizione del PZ. I soggetti del TS partecipano attivamente alla progettazione del PZ sottoscrivendo un protocollo d'intesa.

2.6. Processo di costruzione

La costruzione della base conoscitiva è la fase in cui l'organo tecnico predisporre tutti gli elementi conoscitivi utili per una diagnosi di comunità e quindi la scelta degli obiettivi e delle priorità. E' opportuno leggere i bisogni e le risorse, individuare i percorsi di integrazione già presenti o quelli ritenuti indispensabili da raccordare e mettere in rete, costruire la mappa dei soggetti presenti e operanti e il sistema delle collaborazioni in atto. In questa fase è realizzata una fotografia del sistema dei servizi e delle prestazioni esistenti e tale strumento è utile al momento della verifica dei risultati prodotti dal PZ. L'organo politico, con il supporto dei tecnici, analizza i dati emergenti dalla base conoscitiva, prende atto del profilo di comunità che emerge dalla lettura della realtà, definisce quali opportunità

⁵⁴ *La Conferenza dei servizi* è una procedura prevista dalla L. n. 241/90 che si attiva, di norma, quando è opportuno effettuare un esame contestuale di vari interessi pubblici coinvolti in un procedimento amministrativo, ovvero, discrezionalmente, quando l'amministrazione procedente debba acquisire assensi comunque denominati di altre amministrazioni pubbliche. Le regole che disciplinano la procedura la rendono particolarmente efficace e rapida. Per un approfondimento dell'argomento v. schemi nel sito: < www.comunedieste.it/suap/proc02.htm >

⁵⁵ Per una panoramica più ampia sull'argomento v. U. DE AMBROGI - M. LO SCHIAVO, *Piano di zona: problemi affrontati, potenzialità, previsioni*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 15 novembre/15 dicembre, 2000, pp. 20 – 22.

garantire, prende in esame i vincoli e le opportunità, individua i fattori di sviluppo locali e delinea il tipo di *welfare* che intende garantire attraverso il PZ. L'organo politico prende in esame i bisogni legati a povertà economiche e/o culturali, a marginalità relazionali e/o sociali, a disfunzionalità fisiche e/o psichiche, a impossibilità o incapacità degli adulti a garantire corretti processi di crescita dei soggetti in età evolutiva e i livelli di benessere da garantire a tutta la popolazione, qualificando e supportando i normali ambiti di vita e di relazione e valorizzando i contesti familiari. In sede di definizione, occorre specificare gli obiettivi in: obiettivi di salute, obiettivi di sistema e obiettivi di integrazione: essi devono risultare osservabili, misurabili, perseguibili, pertinenti e compatibili. La definizione dei contenuti, infine, è la fase in cui i due organi, il politico e il tecnico, operano in stretta sinergia. Considerando gli obiettivi, i contenuti del PZ sono così articolati:

- *il sistema dei servizi* e delle prestazioni da realizzare nell'ambito territoriale e nell'arco del triennio. I servizi e le prestazioni devono conformarsi a criteri di complementarietà, flessibilità, integrazione, vanno contestualizzati e devono valorizzare forme e modalità di intervento rispettose delle culture locali;
- *le modalità di finanziamento* del sistema, specificando la quota del fondo sociale assegnata dalla Regione, le risorse messe in campo dagli Enti locali, le quote a carico del bilancio sanitario dell'ASL, le risorse provenienti da altri Enti, le quote derivanti dal concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni;
- *le modalità organizzative e gestionali* che garantiscano i criteri di unitarietà e di integrazione. Vengono garantiti i criteri di unitarietà e di integrazione, i criteri di qualità così come definiti dalle Regioni;
- *gli apporti dei privati* e in genere dei soggetti di cui all'art. 1, comma 4, della *ri-forma*, nella progettazione e gestione del sistema dei servizi;
- *le modalità di accesso alla rete dei servizi*, di progettazione individualizzata e di personalizzazione degli interventi;
- *le modalità e gli strumenti di coordinamento* tra gli Enti locali, le altre istituzioni pubbliche, gli organi periferici delle amministrazioni statali;

- *l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari*, mettendo in rete a livello di ambito territoriale, coincidente con il distretto sanitario, i servizi, i finanziamenti e gli strumenti di programmazione, come previsto dal Dlg n. 229/99, art. 3⁵⁶;
- *l'integrazione tra le politiche dei servizi sociali e le politiche del lavoro, della formazione professionale, del territorio, dello sviluppo socio-economico*;
- *le azioni strategiche utili a sostenere e qualificare l'impostazione e la realizzazione del sistema integrato locale*. In particolare nel PZ è previsto l'avvio e le modalità di funzionamento del sistema informativo locale, l'attivazione di un *Ufficio di Piano*⁵⁷, la programmazione di iniziative di formazione e di aggiornamento del personale dei servizi. Il PZ è adottato attraverso *l'Accordo di programma*⁵⁸ che costituisce la sintesi giuridica delle scelte condivise tra i Comuni dell'ambito e gli altri soggetti coinvolti, sia istituzionali e sia sociali, l'ASL, i soggetti (di cui alla L. n. 328/00, art. 1, c. 4, e art. 10), che attraverso l'accreditamento e le specifiche forme di concertazione concorrono, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel PZ, coinvolgendo anche i Consigli comunali e garantendo la partecipazione di tutti gli aventi diritto. Nell'Accordo di programma gli organi di governo del patto sono individuati tra i soggetti, per garantire l'operatività del PZ, dopo la sua approvazione e anche la soluzione di eventuali difficoltà che potrebbero insorgere nel corso della sua implementazione.

⁵⁶ «Norme per la realizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419», in G.U. n. 165 del 16 luglio 1999, S.O. n. 132.

⁵⁷ Presso il Comune capofila è individuato l'Ufficio di Piano come strumento operativo della programmazione per l'elaborazione del PZ. Esso è costituito da tecnici di servizi sociali dei Comuni aderenti e dal coordinatore socio-sanitario del distretto Asl. L'Ufficio di Piano, che in alcune Regioni assume una diversa definizione, deve: *stabilire* la metodologia d'azione da seguire per la costruzione del PZ; *progettare e coordinare* l'analisi e la ricerca dei dati di conoscenza del contesto territoriale; *curare* la raccolta ed il coordinamento dei bisogni rilevati in relazione alle aree di intervento; *elaborare* il PZ sulla base delle linee strategiche e programmatiche indicate dal tavolo zonale e dagli elementi di conoscenza raccolti; *supportare* il processo decisionale del tavolo zonale per la definizione del piano degli interventi.

⁵⁸ Prevedono l'intervento *coordinato e integrato* tra Comuni, Province e Regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici «per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinarne i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento» (L. n. 142 dell' 8 giugno 1990 «Ordinamento delle autonomie locali», art. 27, in G.U. n. 135 del 12 giugno 1990; cf. anche Dlg n. 267 del 18 agosto 2000, «Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali», art. 34, in G.U. n. 227 del 28 settembre 2000, S.O. n. 162). La riforma (art. 10) delega il Governo ad emanare un decreto legislativo che ne riveda la disciplina, prevedendo il loro inserimento nella programmazione regionale, la possibilità di venire trasformate in associazioni o fondazioni di diritto privato, incentivi per la fusione o l'accorpamento delle IPAB o anche, in caso d'inattività, per il loro scioglimento.

Un aspetto critico rilevante riguardo al PZ è che lo si potrebbe considerare come uno dei tanti strumenti amministrativi nelle mani della pubblica amministrazione, con la conseguenza che la pubblica amministrazione rischia di prestare attenzione solamente all'iter burocratico e agli aspetti formali nella fase della sua predisposizione. Il PZ, invece, è uno strumento della comunità e l'amministrazione comunale dovrà far leva soprattutto sugli aspetti relazionali, sull'interazione, sulla concertazione, perché lo strumento risulti partecipato, integrato, contestualizzato, condiviso. Il PZ permette il superamento di visioni parziali e riduttive che considerano i cittadini e i gruppi quali destinatari di interventi e servizi. La costruzione e la realizzazione del PZ è l'occasione per promuovere una piena cittadinanza sociale in cui il tema dell'esigibilità dei diritti sanciti è coniugato con quello dei doveri inderogabili di solidarietà e della partecipazione responsabile.

CAPITOLO TERZO

«PZ 3»: UN CASO SPECIFICO A GENOVA

La modifica del titolo V della parte seconda della Costituzione (Art. 117, c. 2-3)⁵⁹ ha gettato una luce nuova sull'interpretazione del ruolo svolto dalle Regioni, Province e Comuni in Italia. Il nuovo testo attribuisce alle Regioni «la potestà legislativa in riferimento a ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato». La nuova prospettiva costituzionale non prevede più il limite dei principi fondamentali stabiliti dalla legge dello Stato, secondo la precedente versione. Il nuovo testo, invece, affida ai legislatori regionali margini di disciplina maggiori e differenti, contrariamente a quanto previsto dalla riforma.

L'innovazione legislativa ha comportato un capovolgimento dell'ordine degli enti tra i quali i poteri sono distribuiti: lo Stato fissa i principi fondamentali e le Regioni, unitamente ai Comuni, alle Province e alle Città Metropolitane, hanno risorse autonome e stabiliscono e applicano tributi propri, oltre a disporre di partecipazioni del gettito dei tributi erariali riferibili ai loro territori. La potestà legislativa delle Regioni è rafforzata dalla nuova articolazione della democrazia e delle sedi decisionali e pertanto è necessario ridefinire i rapporti tra la periferia del sistema statale, dove si producono i servizi e il centro, cioè il luogo istituzionale dove si concentrano le decisioni sui diritti di cittadinanza.

3.1. Panorama organizzativo dei servizi sociali nella città di Genova

La città di Genova oltre a rivestire il ruolo di città metropolitana é anche Provincia e quindi coinvolta nel processo di decentramento che ha interessato tutti gli ambiti della vita pubblica. Il processo di decentramento⁶⁰ comporta il trasferimento di competenze e funzioni dal Governo agli Enti Locali nonché la nuova

⁵⁹ LC n. 3 del 18 ottobre 2001 «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione», in G. U. n. 248 del 24 ottobre 2001.

⁶⁰ DCC n. 143 dell'11 dicembre 2000 «Regolamento Decentramento» (in vigore nel Comune di Genova dal 14 febbraio 2001).

definizione della gerarchia degli organi istituzionali e dei servizi erogabili, mettendo così le basi per realizzare nuove dinamiche d'interazione tra il livello territoriale per l'erogazione dei servizi e il cittadino.

A livello territoriale è individuato il *distretto sociale*⁶¹ inteso come ambito territoriale, modello di organizzazione dei servizi sociali, che ricompone l'intervento sociale a favore dell'utenza, al fine di potenziare la capacità di lettura dei bisogni sociali del territorio per la realizzazione di interventi mirati, di supporto, nonché di interventi preventivi e promozionali.

Il distretto sociale è ricompreso entro la delimitazione territoriale del distretto sanitario. Il distretto sociale è un presidio polivalente che, in modo coordinato ed integrato, realizza gli interventi previsti dalla legge... Il Piano Triennale dei Servizi Sociali definisce le competenze sia programmatiche che gestionali dei distretti sociali.⁶²

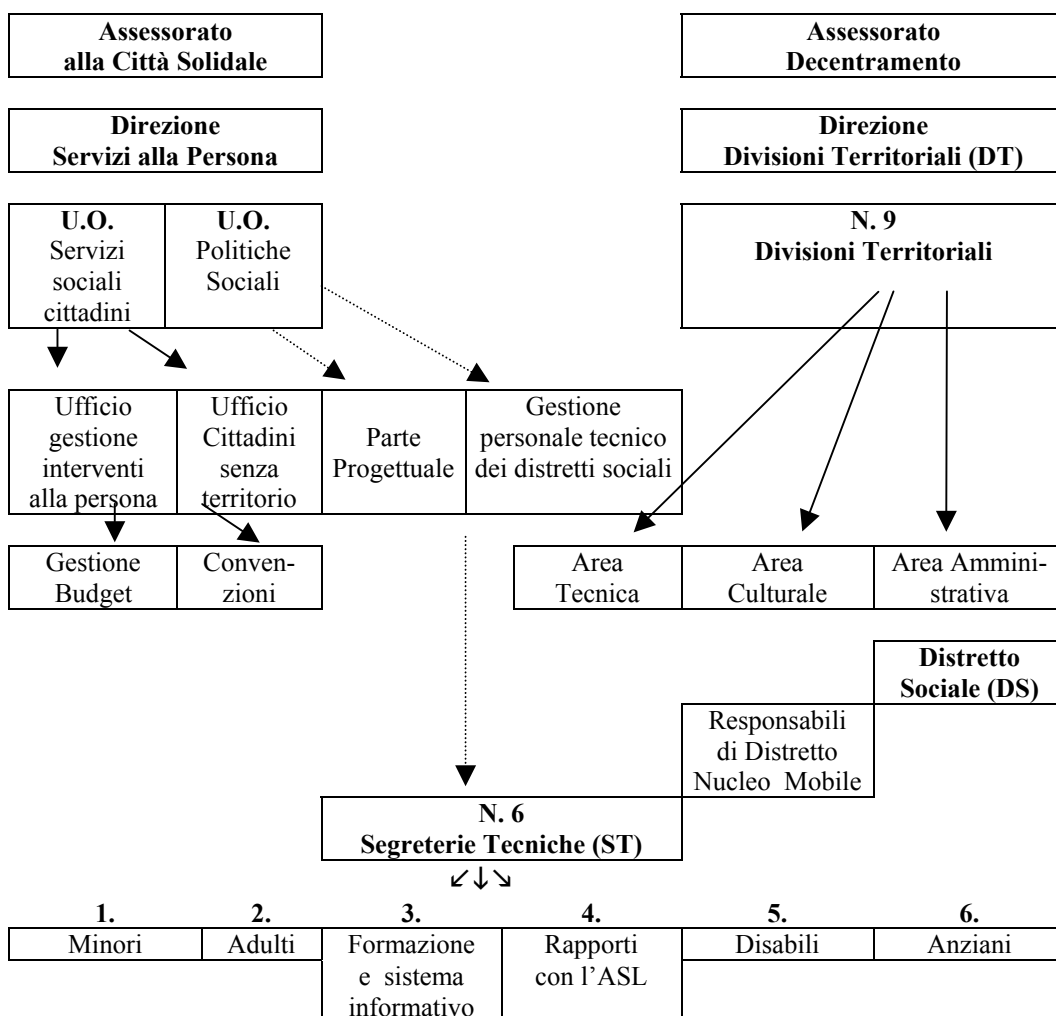
Di seguito l'organigramma dei servizi sociali del Comune di Genova con le modifiche apportate dal processo di decentramento che prevede una diversificata articolazione dei livelli di programmazione.

Le peculiarità dell'organigramma concernono la visibilità dell'organismo delle *Segreterie Tecniche*, che, da un lato, seguono gli indirizzi politici dell'*Assessorato alla Città Solidale* e, dall'altro lato, coniugano il lavoro dei DS, sotto la supervisione delle *Divisioni territoriali*, attraverso relazioni annuali distrettuali che fotografano la situazione del territorio e della popolazione residente, raccogliendo nuove istanze funzionali ad orientare la politica sociale degli investimenti finanziari. La Regione Liguria individua nella *Segreteria Tecnica* l'Ufficio di Piano, cioè l'organismo tecnico; essa è composta dal Coordinatore amministrativo, da un esperto in materia sanitaria, messo a disposizione dall'ASL, e da un esperto in materia sociale comunale. La *Segreteria Tecnica*, inoltre, supporta la *Conferenza dei Sindaci*, provvede alla programmazione sociale di zona e al raccordo con i programmi delle attività territoriali sociosanitarie.

⁶¹ LR n. 30 del 9 settembre 1998 «Riordino e Programmazione dei Servizi Sociali della Regione e modifiche alla LR n. 42 dell'8 agosto 1994 in materia di organizzazione e funzionamento delle USL», art. 13.

⁶² Cf. F. PESARESI *La governance dei Piani sociali di zona*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 20, 2003, p. 5.

COMUNE DI GENOVA
ORGANIGRAMMA DIREZIONE SERVIZI ALLA PERSONA
E DIREZIONE DIVISIONI TERRITORIALI



Alla *Direzione Servizi alla Persona* sono attribuite alcune competenze⁶³:

- *Promozione e tutela* del benessere della persona e della comunità attraverso un sistema di servizi socio-educativi rivolti alle persone e ai nuclei familiari. All'interno dei *nuclei familiari*, in particolare, si promuovono servizi rivolti a persone (minori, anziani, disabili, ecc.) che si trovano in condizioni di disagio. Per queste categorie si attivano interventi residenziali, semiresidenziali, domiciliari, di appoggio alla persona e interventi economici. Per *i minori*, specificamente, si promuovono servizi e interventi adeguati alla popolazione di età com-

⁶³ Comune di Genova, sito internet < www.comune.genova.it/comune/organigramma/org_generale.htm >.

- *Promozione e regia* per la costruzione di patti territoriali sulla formazione e sui bisogni sociali attraverso collegamenti e sinergie con soggetti pubblici e privati operanti nella città ed interessati allo sviluppo della città educativa.
- *Attività di autorizzazione e vigilanza* sulle strutture socio-assistenziali.
- *Supporto e integrazione* dell'attività scolastica.
- *Educazione permanente*.
- *Iniziative e progetti* rivolti ai giovani.
- *Attività delle scuole civiche*.

A livello di ambito territoriale, la Regione Liguria ha previsto la figura dell'*esperto sociale*⁶⁴ con funzioni di coordinamento della materia sociale all'interno della Conferenza dei Sindaci e per curare i rapporti con la dirigenza dell'ASL per i servizi integrati.

- *La realizzazione* del decentramento di servizi e attività del Comune in esecuzione all'Ordinamento degli Uffici e dei Servizi.
- *La pianificazione*, il coordinamento e il supporto dell'attività delle Divisioni Territoriali; in particolare, la cura del rapporto con le Direzioni Centrali e la Direzione Generale per quanto riguarda gli *standard* di funzionalità del complesso dei servizi erogati alla cittadinanza e di operatività delle strutture.
- *Sondaggi e ricerche* sui bisogni, aspettative e problemi socio-economici della città.
- *Analisi comparativa* con altri Comuni.
- *Osservatorio* sui tempi e qualità dei servizi della Città.
- *Riforma* del decentramento e coordinamento, supporto e consulenza dell'attività degli Organi Istituzionali delle Circoscrizioni.

⁶⁴ F. PESARESI *La governance dei Piani sociali di zona*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 20, 2003, p. 3.

- 45 -

modifiche a volte significative: alcuni di essi si sono *accorpati* dando origine ad un unico distretto sociale pari all'estensione territoriale dei distretti precedentemente esistenti.

Questo fenomeno di accorpamento ha prodotto diversi benefici: una maggiore razionalizzazione di personale e di mezzi; una migliore e più capillare circolazione di conoscenze; una più sentita collaborazione tra il personale impegnato nei distretti e, infine, un servizio più attento al territorio perché più omogeneo. Accanto a questi fattori positivi, è da ricordare anche il significativo risparmio economico, elemento fondamentale in un programma di aiuto sociale. Il panorama cittadino risulta così costituito:

3.2. Divisioni Territoriali e Distretti Sociali nel comune di Genova

Divisioni Territoriali		Distretti Sociali
I	Centro Est	→ Pre – Molo – Maddalena – Portoria – Oregina – Lagaccio – Castelletto
II	Centro Ovest	→ Sampierdarena S. Teodoro
III	Bassa Valbisagno	→ Marassi – San Fruttuoso
IV	Valbisagno	→ Staglieno – Molassana – Struppa
V	VALPOLCEVERA	→ RIVAROLO – BOLZANETO – PONTEDECIMO⁶⁶
VI	Medio Ponente	→ Sestri – Cornigliano
VII	Ponente	→ Voltri – Prà – Pegli
VIII	Medio Levante	→ S. Martino – Albaro – Foce
IX	Levante	→ Vallesturla – Nervi – Quarto

Il ruolo svolto dalle ST è quello di interlocutore privilegiato dell'organo politico e anche di attivazione dei processi di confronto allargato. Ogni ST, inoltre, gestisce a livello cittadino, con una dimensione progettuale ampia, tematiche specifiche che confluiscono in sei aree tematiche: minori, adulti, disabili, anziani,

⁶⁶ La V Divisione Territoriale che comprende i Distretti Sociali dei tre quartieri, Rivarolo, Bolzaneto e Pontedecimo, è l'oggetto della ricerca della presente tesi.

rapporti con l'ASL, formazione e sistema informativo. La realtà territoriale dei *Distretti Sociali* genovesi è compresa negli ambiti territoriali sanitari.



Figura n. 1 – Le zone genovesi

3.3. Organi di governo e di programmazione della zona

La Conferenza socio-sanitaria regionale è composta dagli Assessori regionali della sanità e servizi alla persona, dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci, dai Presidenti delle Province e dai Direttori ASL. Essa ha il compito di valutare ed esprimere pareri sulla pianificazione socio-sanitaria, su particolari progetti integrati e sui criteri di ripartizione delle risorse finanziarie. Coordina, inoltre, il lavoro tra il settore della *promozione* sociale e interventi per la famiglia e il settore della *programmazione* sanitaria e livelli di Assistenza per l'emanazione di atti coerenti con l'integrazione.

La Conferenza dei Sindaci esprime un *comitato* di rappresentanza, composto dai Presidenti di Zona, che deve provvedere alle *macro* linee del piano sociale, e al piano di salute dell'AUSL, compresi i servizi socio-sanitari per cui è dotata di supporto tecnico: un coordinatore amministrativo e due esperti, uno in materia sa-

nitaria e uno in materia sociale. La designazione dell'*esperto tecnico sociale* spetta all'esecutivo dei Sindaci.

La figura dell'*esperto sociale* con funzioni di coordinamento della materia sociale all'interno della Conferenza e per i rapporti con l'assetto direzionale dell'AUSL per i servizi integrati deve essere consolidata maggiormente, anche perché è prevista una sua specifica formazione.

La Conferenza di Zona coincide con il Comitato dei Sindaci di Distretto Sanitario. Le zone individuano i distretti sociali, formulano i piani sociali di zona e individuano l'allocazione dei servizi sociali «complessi» sia sopradistrettuali, sia sopracomunali. Con il nuovo piano sanitario devono poter formulare anche i piani socio-sanitari del distretto sanitario in accordo con l'AUSL. Le zone sociali sono dotate di *Segreteria Tecnica* che provvederà anche all'ambito socio-sanitario. Il ruolo delle *segreterie tecniche*, però, deve diventare stabile e organico per provvedere oltre che alla programmazione sociale di zona anche al raccordo con i programmi delle attività territoriali socio-sanitarie. *L'Associazione Intercomunale di Distretto Sociale* per i piccoli Comuni può essere agita anche attraverso le Comunità Montane.

I responsabili dei *Distretti Sociali*, attraverso la segreteria tecnica allargata partecipano alla programmazione sociale e socio-sanitaria dei PZ e dei programmi delle attività territoriali. L'erogazione dei servizi sociali di base e complessi, gestiti in forma diretta o indiretta, è assicurata dall'équipe di *Distretto Sociale*, che, per i servizi socio-sanitari si interfaccia con gli operatori del *Distretto Sanitario*.

Le precondizioni da verificare sul territorio affinché i Comuni chiamati a redigere un PZ possono lavorare per la programmazione delle politiche sociali, sono le seguenti: a) i Comuni associati, o decentramento dei grandi comuni, devono coincidere con i distretti sanitari o con loro multipli; b) i Comuni devono raggiungere l'intesa con le ASL e con i distretti sanitari; c) la Regione, dopo aver individuato le risorse disponibili, specifica nel suo *piano sociale*, la ripartizione delle risorse attribuite dallo Stato, a cui si aggiungono quelle dei Comuni chiamati a partecipare al finanziamento dei servizi con proprie risorse; d) il *Piano sociale regionale* specifica le priorità a cui i PZ devono attenersi.

3.4. Azioni di sfondo per la costruzione del PZ

In coerenza con quanto disposto dalla *riforma*, le politiche sociali tutelano *il diritto a stare bene* come diritto a sviluppare e conservare le proprie capacità fisiche, a svolgere una soddisfacente vita di relazione, a conoscere e coltivare le risorse personali, ad essere membri attivi della società e ad affrontare positivamente le responsabilità quotidiane.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve promuovere la solidarietà sociale attraverso la valorizzazione delle iniziative delle persone, delle famiglie, delle forme di *auto-aiuto* e di reciprocità nonché della solidarietà organizzata. In base ai principi sopra esposti, il *Piano Triennale dei Servizi Sociali* è adottato nel rispetto della L. r. n. 30/1998, adeguando le azioni del precedente piano ai nuovi indirizzi previsti dalla riforma.

La nuova pianificazione è frutto di ampio dibattito e discussione con i Comuni, le loro associazioni (ANCI e ANCI FEDERSANITÀ) e in particolare con le Conferenze di Zona, recependo le loro osservazioni e quelle dell'ordine degli assistenti sociali. La nuova pianificazione valorizza al massimo l'associazionismo intercomunale, l'informazione alle famiglie e alle persone, individuando punti di accesso al sistema quale *lo sportello di cittadinanza* e livelli di gestione e programmazione dei servizi cioè i *Distretti Sociali* e le *Zone*.

In tal senso, sono impartite indicazioni ai Comuni associati per la redazione dei PZ e i criteri per il riparto dei fondi regionali. Il PZ recepisce le indicazioni normative in materia d'integrazione socio-sanitaria per le fasce deboli, coordinandosi con la pianificazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Nello stesso tempo si confermano, come indirizzi ai Comuni e alle Zone, le linee operative dei Progetti *Obiettivo del Piano Triennale dei Servizi Sociali* della Regione Liguria 1999/2001 (DCR n. 44/1999).

3.5. Accreditalamento

Nel PZ trova un posto di rilievo il tema dell'*accreditalamento*. Si tratta di un'azione di sfondo a carattere strategico con la finalità di rendere compatibile un sistema che preveda la capacità di scelta del cittadino, mantenendo il ruolo dell'ente pubblico quale regolatore del mercato dei servizi sociali.

Questo è un tema ancora in sviluppo. Le *Segreterie Tecniche* dell'area metropolitana, infatti, vi sono giunte dall'interno, attraverso un percorso formativo tuttora in corso, ma già ora induce a fare alcune considerazioni.

L'accREDITAMENTO equiparatorio, cioè l'adozione di un sistema puro di mercato, si presenta sicuramente come fortemente innovativo, ma comporta diversi problemi. Emerge, in primo luogo, un difficile controllo di spesa, a cui si aggiunge la difficoltà a creare le condizioni che consentano alla persona di operare scelte competenti, e, in terzo luogo, ma non ultimo, emerge l'aspetto gestionale della presa in carico dei singoli casi. Infine, bisogna sottolineare la difficoltà del distretto a monitorare con tutti i soggetti coinvolti nell'andamento del piano individuale di assistenza a motivo dell'introduzione di un numero imprecisato, ma consistente di interlocutori accreditati.

L'adozione invece dell'*accREDITAMENTO certificatorio* comporta un sistema che preveda, da parte dell'ente pubblico, l'acquisto di quote di servizi da soggetti certificati al fine dell'accREDITAMENTO istituzionale. In questo sistema l'ente pubblico innalza il livello dello *standard* di qualità, continua ad essere regolatore di mercato e non introduce *voucher*.

Una maggiore e prolungata sperimentazione del sistema di accREDITAMENTO potrà fornire elementi per comprendere quanto il sistema della domanda e dell'offerta sia maturo e per capire, inoltre, quanto inciderà l'introduzione di questo strumento sulla qualità della presa in carico e sulla reale possibilità di monitoraggio degli interventi da parte dei servizi territoriali. A riguardo, attualmente, è in corso una sperimentazione in occasione del rinnovo degli appalti per l'assistenza domiciliare all'interno dei servizi sociali. Ciò richiederà, necessariamente, il concreto avvio del confronto con il *Terzo Settore* sui temi della *certificazione* della qualità e dell'*accREDITAMENTO*.

3.6. Integrazione socio-sanitaria

Il tema dell'integrazione sociosanitaria si presenta sotto diverse angolazioni. Vi sono percorsi di collaborazione, più o meno strutturati ed esperienze consolidate e non mancano situazioni conflittuali. Tutto, per di più, è di prossima revisione tenuto conto della distrettualizzazione sanitaria e dell'applicazione dell'atto

di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria. Queste due ultime opportunità contribuiscono a fare dell'integrazione il tema strategico per i prossimi anni. Per quanto concerne i *Distretti Sociali* e più specificamente i Comuni, le condizioni di rapporto con i servizi sanitari non sono omogenee.

Il comune di Genova già dal 1996 ha stipulato *protocolli operativi* con le Unità Operative e i Dipartimenti dell'AUSL, maturando, a distanza di qualche anno, l'esigenza di rivedere gli stessi *protocolli* per individuare un metodo strutturato condiviso, nonostante le differenze di approccio all'utenza da parte dei due rispettivi *Distretti: Sociale e Sanitario*. Attualmente è stato rivisitato il *protocollo con l'Unità Operativa Assistenza Consultoriale* (UOAC), decidendo di adottare il modello della costituzione di un gruppo di monitoraggio del protocollo stesso con il compito di individuare e definire uno strumento comune di rilevazione trimestrale dei casi seguiti insieme.

Nella rilevazione entrano anche i casi su cui uno dei due *Servizi* non accoglie la domanda dell'altro e i casi su cui, pur essendo positiva la risposta, potrebbe non essere immediatamente disponibile la risorsa e quindi si prospetta una lista di attesa. Il secondo livello su cui il gruppo di monitoraggio lavora è la raccolta di segnalazioni dei servizi territoriali relativamente a situazioni ritenute problematiche, affinché trovino una loro ricomposizione e dal confronto possa scaturire una posizione univoca da formalizzare agli operatori dei *Distretti Sociali* e dei *Consultori*. E' apparso evidente, infatti, che il protocollo rappresenta una cornice di riferimento necessaria, ma non sempre è sufficiente, per cui è opportuno che sia integrato da disposizioni ulteriori. Questo è il modello che si pensa di adottare nella revisione anche degli altri *protocolli*.

Un percorso simile è stato messo in atto anche con l'*Unità Operativa Assistenza Disabili* (UOAD) perché in occasione della progettazione SAVI (Servizio di Aiuto alla Vita Indipendente), finanziato con i fondi della L. 162/98⁶⁷, sono stati espressi alcuni nodi operativi nel corso degli incontri a cadenza mensile. Attualmente gli incontri proseguono per l'avvio del *progetto obiettivo* sulle *cerebro-*

⁶⁷ L. 21 maggio 1998, n. 162 «Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con *handicap grave*», in G.U. del 29 maggio 1998 n. 123.

patie. Analogamente, l'esperienza della *Ospedalizzazione Territoriale*⁶⁸ ha aperto nuove piste di lavoro, alcune anche progettuali, con l'*Unità Operativa Assistenza Anziani* (UOAA).

Particolare dimensione progettuale ha assunto la sperimentazione dell'*Assegno Servizi* nella *Valbisagno* (Zona 6 di Genova), nell'ottica di una possibile scelta del cittadino tra pluralità di prestazioni a fronte di specifiche e ben definite situazioni di necessità *intrafamiliari*, in particolare l'assistenza sanitaria e domiciliare di congiunti anziani, parzialmente autosufficienti o non autosufficienti.

In occasione della predisposizione dei PZ sono stati condivisi, con i Responsabili delle Unità Operative e dei Dipartimenti Sanitari, alcuni obiettivi che il *Piano Triennale Servizi Sociali* individua e che richiedono un lavoro congiunto, una condivisione di scelte e di collaborazioni su quanto sarà individuato nei PZ. All'interno dei percorsi di concertazione i PZ sono stati anzitutto presentati all'AUSL, prima della loro approvazione in Conferenza di Zona. Con l'implementazione del distretto sanitario potrebbero esserci dei cambiamenti per facilitare la collaborazione, ma soprattutto per il superamento dell'attuale sistema configurato in competenze fortemente separate tra le Unità Operative e l'avvio di un sistema che individua le aree di trasversalità.

La predisposizione dei PZ e dei *Programmi delle Attività Territoriali*, sicuramente richiederanno uno sforzo grande per una nuova definizione dei due sistemi complessivi: *sociale* e *sanitario*. A questo proposito è interessante sottolineare che l'attuale sistema di finanziamento delle attività sociali, prevede, oltre ad un *budget* che garantisca una soglia di attività omogenee per la città, anche la valutazione di indicatori di problematicità e di rischio, per alcune aree cittadine, su cui fare confluire finanziamenti aggiuntivi e/o finalizzati. La sfida più grande a cui i vari soggetti partecipanti all'elaborazione del PZ è quella dell'applicazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie di cui al Dpcm 14 febbraio 2001. Il comune di Genova ha approvato una deliberazione di linee guida relativamente all'applicazione del suddetto Dpcm; la delibera è all'attenzione di tutti i Comuni dell'area metropolitana. Il Dpcm rappresenta l'occasione per costruire la riflessione comune sui temi dell'integrazione socia-

⁶⁸ Si tratta di un intervento a carattere domiciliare in cui l'équipe di valutazione del bisogno è costituita da figure sanitarie specialistiche e anche da figure sociali.

nitaria, permettendo anche un percorso di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Nei confronti dei cittadini, si passa da una cura appropriata ad una trasparenza circa i loro diritti in ambito sociale e sanitario.

Perché ciò si realizzi, però, è necessario uscire dalla mera logica di partecipazione alla spesa, in quanto s'impone la necessità di affrontare il tema della verifica dei *servizi* esistenti, procedendo ad una scomposizione degli stessi per arrivare in maniera condivisa, alla loro ricomposizione. E' un lavoro di concertazione che vede protagonisti l'AUSL 3 e i Comuni presenti sul suo territorio.

3.7. Progettazione europea

I *Servizi Sociali* del Comune di Genova, condividendo appieno il progetto dell'Amministrazione Comunale di internazionalizzare l'immagine della città, in quanto europea e mediterranea⁶⁹, attraverso le relazioni internazionali e l'accesso diretto ai finanziamenti comunitari, ha avviato al suo interno un complesso iter culturale, ancora prima che organizzativo, tale da inserirsi attivamente nei processi di progettazione europea.

In vista dell'anno 2004 che espone Genova all'ammirazione, ma anche alla critica internazionale, nel mese di agosto 2001, è stata avviata un'area progettuale *ad hoc*, costituita da un responsabile interno e da un *team* tecnico ed amministrativo di supporto in tutte le fasi di sviluppo dei progetti presentati. *L'area progettuale europea* è costantemente collegata ai percorsi progettuali e alle risorse cittadine, nazionali ed internazionali attivati nel settore della progettazione comunitaria. Tale scelta di percorso, motivata dall'esistenza di consolidate esperienze di progettazione partecipata e concertata, rappresenta per tutti i soggetti coinvolti un'opportunità di crescita culturale e professionale unica, anche per il ritorno d'immagine che, a livello sopranazionale, ne ricava il Comune.

La progettazione europea si è rivelata un'ottima occasione per motivare e intraprendere nuove esperienze, considerare contesti di riferimento più ampi, attivare progetti innovativi e sperimentali, trasversali e sostenibili. Anche a livello di partecipazione e di governo la prospettiva *transnazionale* ha imposto un atteggiamento aperto ad apprendere e/o potenziare meccanismi partecipativi nuovi, at-

⁶⁹ La Comunità Europea per il 2004 ha dichiarato Genova «città europea per la cultura» e per raggiungere questo traguardo, il Comune ha impegnato ogni suo sforzo e risorsa.

traverso connessioni tra differenti etnie e culture, confronto e contaminazione tra diversi approcci e linguaggi, metodologie, tecnologie, sistemi e processi, avvio di nuove reti e consolidamento di reti preesistenti. Il rapporto di *partnership* ha messo in atto prospettive e dimensioni di sviluppo verso una cultura comunitaria orientata al governo integrato e partecipato delle città, alla sinergia di risorse attraverso la progettazione dal basso (*bottom up*) e alla diffusione delle buone prassi.

La progettazione europea è anche luogo di connessione e continuità tra la dimensione locale, nazionale e comunitaria, tra il sistema di *welfare* locale e livelli più ampi di programmazione e gestione delle attività. In questa prospettiva, è in fase di attivazione un coordinamento tecnico tra le Direzioni del Comune per sviluppare una programmazione comune delle attività (eventi, progetti, ecc.) e finanziabili con fondi comunitari. Contestualmente è in cantiere anche un tavolo permanente per la progettazione europea, un sistema cittadino di rete centrato sulla progettazione e sulle politiche europee, volto non solo a facilitare la programmazione partecipata e l'utilizzo efficace delle opportunità offerte dall'Unione Europea, ma anche a sviluppare nella città una vera e propria cultura comunitaria, dove occorre trovare equilibrio tra il valore aggiunto del singolo, della *partnership* di progetto e del contesto di ricaduta dei risultati, nella logica della trasferibilità dell'azione progettuale. Già nel 2001 la *Direzione Servizi alla Persona* ha aderito a sei progetti in qualità di *partner*, tutti approvati ed in fase esecutiva. Ad aprile del 2002 sono stati presentati quattro progetti che sono in attesa di esito e in uno di essi il comune di Genova ha il ruolo di coordinatore.

3.8. Due distretti sociali cittadini : Rivarolo-Bolzaneto e Pontedecimo

I due distretti sono compresi nella Circoscrizione V Val Polcevera⁷⁰ e il loro territorio si caratterizza per avere vecchie aree rurali che, a partire dall'inizio del '900, hanno visto una grande espansione demografica a seguito del processo di meccanizzazione e di industrializzazione propria del «Triangolo industriale», ma specialmente del porto di Genova.

⁷⁰ Per una dettagliata informazione sul «PZ 3» genovese si rimanda alla documentazione pubblicata dal Comune di Genova sul sito internet < www.comune.genova.it >.



Figura N. 2 - la Zona 3 genovese

Negli anni '80-'90, a fronte di una complessiva flessione demografica in linea con l'andamento cittadino, nell'unità urbanistica di Begato, che gravita a metà sui due distretti, si registra un incremento significativo di popolazione proprio a causa degli insediamenti abitativi popolari.

Nel territorio di Begato si concentra la presenza di famiglie portatrici di disagio e problematiche sociali, tipiche di ogni fenomeno immigratorio da altre zone della città. Questa concentrazione massiccia di immigrazione in un unico territorio ben delimitato fa registrare in questa Circoscrizione una popolazione complessivamente più *giovane*: 42,7 anni a fronte di 44,8 anni a Rivarolo e 45,9 a Bolzaneto, mentre a livello cittadino si ha un valore di 46,2 anni. Sulla popolazione mediamente *giovane* di Rivarolo incide anche l'insediamento di edilizia privata del quartiere CIGE la cui costruzione risale agli anni ottanta. Anche la famiglia media ha un numero di componenti più elevato rispetto al resto della città: 2,20 a Rivarolo e 2,14 a Bolzaneto, contro i 2,13 di media cittadina.

Emerge anche il consistente fenomeno delle persone sole: alla fine del 2000 il 32,5% delle abitazioni di Bolzaneto è occupato da una persona sola. Questo fenomeno si acuisce a Pontedecimo dove, a fronte di una popolazione complessivamente più anziana rispetto al resto della Circoscrizione, si registra una evidente estensione di solitudine che interessa il 14% della popolazione residente,

percentuale che sale al 31,6% se si considera la fascia di età oltre i 65 anni. Poiché il 57,5% di coloro che vivono *solì* è rappresentato da anziani ultra sessantacinquenni, in grande maggioranza donne, è evidente che si pone un problema sociale relativo all'emergenza *solitudine*.

Il territorio della Circoscrizione V Val Polcevera è caratterizzato, dal punto di vista del tessuto sociale, da fasce di popolazione prevalentemente a medio e basso reddito con incidenza significativa di immigrati stranieri provenienti soprattutto dal Centro e Sud America e da un'alta disfunzione nelle dinamiche della relazione sociale. All'interno di questo quadro, si distinguono *tre aree tematiche* particolarmente critiche: *gli anziani, i minori*, e tra questi soprattutto gli adolescenti a rischio di devianza, *e i disabili*.

Per quanto riguarda gli *anziani* numerosi sono quelli che vivono soli, con reddito basso, molto spesso al di sotto della sussistenza minima, e con una rete familiare assente o disgregata.

In merito ai *minori a rischio* e alle loro famiglie, si individua una connessione con le trasformazioni strutturali del mercato del lavoro che hanno portato allo «smantellamento» dei numerosi insediamenti industriali che proprio in questa zona trovavano collocazione e assorbivano gran parte della manodopera. Ciò ha comportato processi di disgregazione e di forte indebolimento del tessuto familiare con pesanti ricadute anche sui figli. La reazione a questa difficoltà è l'ingresso nel mercato del lavoro regolare e non, da parte delle donne spesso sole con figli o comunque inserite all'interno di nuclei familiari fragili e problematici. Tra di esse molte sono immigrate, portatrici anche di profonda povertà economica e culturale.

I *distretti sociali* mettono in campo risorse e interventi di sostegno economico accompagnato da progetti educativi per i bambini. Con l'inizio della scuola media inferiore le situazioni facilmente si scompensano a seguito di un ruolo della scuola che si diversifica enormemente rispetto al ciclo scolastico elementare; la scuola diventa più esigente, più rigida e meno organizzata per tutelare le situazioni di fragilità.

In questa fase *esplodono* i casi di pre-adolescenti e adolescenti problematici e sui quali il sistema dei servizi non solo sociali, ma anche sanitari e scolastici, tentano di ideare strategie d'intervento. L'alta incidenza di portatori di *handicap*

risulta superiore rispetto ad altre aree della città: nella Zona 3 si stima una presenza di n. 3.215 disabili di cui 1.097 di età compresa tra i 6 ed i 64 anni. Questo dato, se affiancato a quello di una povertà economica, relazionale e culturale che caratterizza complessivamente il territorio, dà la misura di quanto difficoltosa possa essere la gestione di soggetti disabili, spesso gravi, da parte delle rispettive famiglie. Nello stesso territorio è presente da oltre 15 anni anche un *Campo Nomadi* che ha stimolato un processo di inclusione sociale dal punto di vista dell'accesso ai servizi con particolare riguardo alla messa in rete delle risorse territoriali.

Le problematiche sociali sopra descritte sono ovviamente distribuite in misura differente all'interno del territorio interessato: la punta massima emerge a Begato, geograficamente identificabile in una collina divisa in 9 lotti, dove vivono circa 5.000 residenti a basso e bassissimo reddito. Qui i disoccupati raggiungono una percentuale spaventosa: circa 60-70%.

Nella Zona 3, però, c'è anche un alto livello di solidarietà sociale, che ha radici antiche e storicamente organizzata dalle Parrocchie, dalle due associazioni cattoliche della *Conferenza S. Vincenzo de' Paoli*, e negli ultimi trent'anni, dai *Centri di Ascolto Vicariali* e dalla Comunità di S. Egidio. Ad essa si associa anche la solidarietà spontanea interpersonale e interfamiliare, presente sul territorio *a macchia di leopardo*. E' discreta a Rivarolo *centro* e a Pontedecimo, ma pressoché assente a Begato e a Teglia, località più a valle.

3.9. Distretti limitrofi appartenenti alla Zona 3

I due *Distretti*, Rivarolo-Bolzaneto e Pontedecimo, oggetto della presente ricerca, confinano con altri all'interno della stessa Zona 3 (v. figura N. 2 a p. 52). Sia per omogeneità geografica e culturale, sia per composizione sociale, di fatto, non possono non risentire delle ricadute degli uni sugli altri. Essi sono il ***Distretto n. 49*** (comuni di *Serra Riccò* e *Sant'Olcese*); il ***Distretto n. 50*** (comuni di *Casella*, *Savignone*, *Montoggio* e *Valbrevenna*); il ***Distretto n. 51*** (comuni di *Ronco Scrivia*, *Isola del Cantone*, *Valvobbia*); il ***Distretto n. 52*** (comuni di *Busalla* e *Crocefieschi*); il ***Distretto n. 53*** (comuni di *Campomorone*, *Ceranesi* e *Mignanengo*). Ne diamo una veloce scheda.

3.9.1. Distretto n. 49

Il territorio di questo *Distretto*, costituito dai Comuni di *Serra Riccò* e *Sant'Olcese*, è prevalentemente rurale e diviso in 17 frazioni e due *centri urbani*: *Manesseno* e *Pedemonte*. Le frazioni sono caratterizzate dalla presenza di un piccolo nucleo e case sparse, generalmente lungo la via di collegamento, con conseguenti difficoltà nell'erogazione dei servizi e relativi costi. Il lavoro agricolo, una volta fonte primaria di reddito, oggi è quasi del tutto scomparso, mentre resta la coltivazione della terra ad uso familiare e/o hobbistico (orto, legna e giardini).

Non si rilevano insediamenti industriali, tranne alcuni salumifici di fama anche rinomata, a gestione di fatto familiare con qualche aiuto esterno. Gli unici insediamenti industriali sono posizionati a fondo valle (piccole e medie industrie), ma hanno subito un notevole ridimensionamento in termini occupazionali. Negli ultimi vent'anni nella Valpolcevera, una zona abbastanza pianeggiante, sono stati insediati grossi centri commerciali che hanno inoltre contribuito significativamente a ridimensionare il ruolo dei piccoli commercianti, determinando la cessazione dell'attività di alcuni di essi.

I collegamenti principali sono garantiti dalla rete urbana e dalla ferrovia locale Genova – Casella, ma non sono di fatto sufficienti a garantire spostamenti agevoli e diversificati all'interno delle località del territorio distrettuale.

I problemi sociali prevalenti sono: a) *presenza* nei due comuni di un notevole fenomeno immigratorio da Genova, spesso connotato da situazioni di disagio e/o dovuto anche al *caro-vita*, rilevante in centro città; b) *notevole incremento* della popolazione anziana (il 22% della popolazione distrettuale è rappresentata da anziani con alta incidenza di ultra ottantacinquenni , di cui il 40% vivono da soli; c) *trasformazione* dei tradizionali nuclei familiari per una crescente instabilità matrimoniale e una diversificazione delle modalità di essere *famiglia*; d) *forte incidenza*, soprattutto nel Comune di S. Olcese, del disagio psichico, favorito dall'isolamento sociale, causato anche dall'assetto territoriale e dalla mancanza di collegamenti; e) *problemi* socio - economici.

3.9.2. Distretto Sociale n. 50

Questo *Distretto Sociale*, composto dai comuni di *Casella*, *Savignone*, *Montoggio* e *Valbrevenna*, è situato nell'*Alta Valle Scrivia*, in zona montana e formato, tranne che per il centro di *Casella* ed in parte di *Savignone*, da una bassa densità di popolazione. Gli insediamenti abitativi sono isolati e di origine rurale. Il territorio si estende per kmq 112,00 e conta una popolazione complessiva di 8.953 con una densità di 80 persone per kmq.

Le attività economiche produttive prevalenti sono situate a fondo valle nelle aree produttive di *Casella* e *Savignone*; solo poche attività si trovano anche a *Montoggio*, mentre la *Valbrevenna* ne è totalmente sprovvista. In quest'ultimo località, la popolazione è prevalentemente pensionata da attività agricola. D'altra parte anche gli insediamenti industriali di *Casella* e *Savignone* sono insufficienti ad assorbire la forza lavoro disponibile che, infatti, gravita su Genova.

Il sistema dei trasporti pubblici (linee urbane e ferrovia locale di *Casella-Genova-Casella*) non sempre risponde alle esigenze dei pendolari diretti a Genova. La viabilità all'interno del territorio distrettuale è difficoltosa e comporta lunghi e disagiati spostamenti che rendono complessa anche l'erogazione dei servizi. Dal punto di vista dei *movimenti* della popolazione si sta verificando un progressivo spopolamento delle frazioni, dove vivono ancora prevalentemente anziani, mentre si assiste ad un fenomeno immigratorio da parte di nuclei provenienti dall'area genovese che interessa i centri dei quattro Comuni. I problemi sociali prevalenti sono: a) l'isolamento della popolazione anziana che vive nelle frazioni; b) l'alta percentuale di disabili psico-fisici e la mancanza di strutture diurne in valle con le conseguenti difficoltà di trasporto verso Genova; c) l'immigrazione di nuclei familiari a basso reddito, spesso portatori di problematiche sociali, per l'esistenza di un mercato delle locazioni più vantaggioso rispetto alla città.

3.9.3. Distretto Sociale n. 51

Questo *Distretto* si presenta come una realtà parzialmente montana, composta dai comuni di *Ronco Scrivia*, *Isola del Cantone*, *Valvobbia*. Le attività produttive prevalenti sono legate all'agricoltura e al commercio, che si è potuto sviluppare grazie anche alla presenza di piccole industrie sul territorio. Sono, infatti,

presenti 29 esercizi commerciali e 17 piccole industrie. Esse, però, non assorbono però tutta la forza lavoro del territorio poiché la maggior parte della popolazione gravita su Genova; è diffuso il fenomeno del pendolarismo, anche per motivi di studio, favorito dal collegamento della rete ferroviaria Genova-Milano-Genova. I problemi sociali prevalenti che maggiormente si presentano sono legati a situazioni di disagio relazionale psico-sociale ed economico aggravate dalla carenza di centri aggregativi e di attività sia per i minori che per gli anziani.

Anche il servizio di assistenza domiciliare, istituito recentemente, non è ancora in grado di soddisfare il bisogno che il territorio esprime. Alta è l'incidenza di soggetti tossicodipendenti seguiti dal SERT di Zona. Come per il distretto 50, infine, sono presenti fenomeni di immigrazione di nuclei familiari a basso reddito, spesso portatori di problematiche sociali, per l'esistenza di un mercato delle locazioni più vantaggioso rispetto alla città; il flusso immigratorio pare facilitato anche dalla presenza di numerosi insediamenti di edilizia popolare, nonché dagli agevoli collegamenti di trasporto con l'area urbana.

3.9.4. Distretto Sociale n. 52

Il *Distretto*, costituito dai comuni di *Busalla* (kmq. 17,13) e *Crocefieschi* (kmq. 11,58), presenta tratti tipicamente appenninici ed è suddiviso in varie frazioni con insediamenti isolati. Punto nevralgico dell'*Alta Valle Scrivia*, è il comune di *Busalla*, nodo essenziale per le vie di comunicazione che si diramano verso Genova. Il *Distretto 52* offre uno dei centri più interessanti dal punto di vista economico, commerciale ed industriale. *Busalla* presenta attività economiche produttive legate sia all'industria che al commercio, specie nei settori chimico-petroliero e meccanico, insediamenti industriali significativi, ubicati nella parte periferica del Comune, dove si sta sviluppando anche un centro commerciale di medie dimensioni.

Di contro il comune di *Crocefieschi* sul crinale di due valli, è meta turistica intraregionale per il clima e per possibilità che offre in un contesto appenninico, specialmente a persone anziane. Va però evidenziato che al frazionamento degli insediamenti e alla forte mobilità dovuta al pendolarismo non corrisponde una adeguata rete di mezzi pubblici, la cui carenza rende difficoltoso sia il pendolari-

smo, sia la mobilità all'interno della Valle Scrivia, per cui chi è senza macchina, ha seri problemi di spostamento. I problemi sociali prevalenti sono: a) l'emersione di nuove fasce di povertà (particolarmente immigrazione e disoccupazione,); b) l'aumento sul territorio di anziani soli (situazioni a volte appesantite dalla posizione logistica); la presenza di fenomeni di disgregazione familiare; c) l'assenza sul territorio di strutture diurne e ambulatoriali per disabili; d) poca visibilità delle dipendenze, dei comportamenti devianti e poca possibilità di attivazione di progetti condivisi collegati alla mancanza di strutture preventive e non preventive.

3.9.5. Distretto Sociale n. 53

Questo *Distretto* si estende su di un territorio appenninico articolato in frazioni più o meno estese ed è composto dai comuni di *Campomorone*, *Ceranesi* e *Mignanego*. Nel territorio distrettuale sono presenti attività di piccola industria, ma la maggior parte della popolazione attiva si sposta a causa del lavoro verso la città capoluogo. Data la caratterizzazione montana del territorio, sono ancora presenti attività di piccolo allevamento di bestiame e di agricoltura (per la maggior parte ad uso familiare), ma non mancano piccole industrie (metalmeccanica, estrattiva [cave ad uso edilizio], chimica, cartiera, lavorazione del legno, serramenti, molino e pastificio) e piccole attività commerciali (vendita mobili, supermercati, macelli, vivai, ristoranti e trattorie tipiche) anche se non costituiscono lo specifico della zona.

Notevoli le difficoltà negli spostamenti a causa del frazionamento del territorio e degli scarsi mezzi di trasporto, soprattutto pubblici che sono carenti a fronte del forte pendolarismo anche dei ragazzi in età scolastica per l'assenza di scuole medie superiori. I problemi sociali prevalenti sono: a) incremento degli anziani che vivono soli e loro conseguente isolamento (spesso, infatti, le frazioni sono costituite in maggior numero da anziani, mentre le famiglie con figli *minori* tendono a spostarsi verso i capoluoghi o, comunque, ad avvicinarvisi); b) problematiche connesse all'immigrazione (il bisogno di accudire gli anziani ha determinato l'arrivo di persone provenienti da paesi extracomunitari impiegate in lavori di assistenza); c) problemi di alcolismo; d) assenza di centri di aggregazione per i giovani, soprattutto in relazione alla fascia successiva alla scuola dell'obbligo.

I *Distretti Sociali* sopradescritti, tutti appartenenti alla Zona 3, sono realtà non eccezionali nel contesto ligure, regione territorialmente sofferente, in quanto stretta tra il mare e gli Appennini, con gravi problemi di spazio e di mobilità più significativi che in altre regioni. Al contrario essi costituiscono la norma. Questa condizione, per così dire *naturale* o *strutturale*, se è affascinante dal punto di vista turistico, crea immensi problemi di gestione sul versante dei trasporti, dei servizi sociali e della progettualità in generale. Gli stessi costi economici, di norma, sono molto più onerosi.

Questo limite, però, potrebbe trasformarsi in punto di forza, specialmente in una prospettiva transnazionale (europea), se la dimensione *turistica*, p.es., relativa alla *terza età* o *all'infanzia* (famiglie) fosse assunta come *metro* di misura di molte progettualità e *mèta* da raggiungere in un'ottica di scambio di beni e di esperienze oltre il limitato orizzonte del proprio, personale orticello.

CAPITOLO QUARTO

VALUTAZIONI E PROSPETTIVE

Negli ultimi anni nel settore dei servizi sociali e socio sanitari le elaborazioni teoriche e le prassi di valutazione si sono diffuse ed evolute. La spinta alla partecipazione ha investito, in particolare, i settori dell'urbanistica e della pubblica amministrazione, dei servizi sociali e socio-sanitari, moltiplicando i tentativi e le esperienze di ricerca e progettazione partecipata in relazione allo sviluppo di servizi, di interventi e di politiche sociali. La realizzazione dei PZ ha riproposto con forza l'applicazione di un metodo valutativo che tenga conto di un aspetto fondamentale: la partecipazione di più soggetti all'elaborazione del PZ.

4.1. Valutazione del PZ: chi valuta, cosa si valuta

La valutazione e la partecipazione hanno trovato nel settore dei servizi sociali punti d'incontro per approdare ad esperienze di *valutazione partecipativa*, *valutazione e concertazione* e *valutazione compartecipativa*⁷¹. La *valutazione compartecipativa* e l'*approccio valutativo* coinvolgono tutti gli *stakeholder*. La *valutazione partecipativa* nei servizi sociali definisce le metodologie di ricerca partecipata finalizzate alla produzione del dato, alla promozione dei soggetti collettivi capaci di produrre e interpretare i dati, riconoscerli come propri e assumerne la responsabilità rispetto all'azione successiva.

Il prodotto del lavoro sociale è costituito dalle relazioni significative nate tra le persone; la loro qualità è pertanto un concetto relativo che richiede un'*ottica progettuale e valutativa* non di tipo razionale sinottico ma *di tipo incrementale*, per prova ed errore; fare lavoro sociale e preventivo richiede pertanto a tutti gli at-

⁷¹ C. BEZZI, *Glossario della ricerca sociale e valutativa*, in "Rassegna italiana di valutazione", n. 11, luglio-settembre 1998 (nella versione internet < www.valutazione.it/Glossario.DOC > all'aggiornamento del 31 agosto 2003).

tori coinvolti di assumere, durante l'intero processo d'erogazione del servizio, una continua ottica progettuale e strategica, durante le diverse fasi d'ideazione, di attuazione e gestione dell'intervento per porsi in un atteggiamento di ricerca, di attenzione all'efficacia e ai risultati di ogni specifico intervento. In questo quadro valutare la qualità degli interventi sociali significa, per gli attori coinvolti, garantire un significato alle azioni intraprese, avviare processi di riflessione e consapevolezza, in tutti i soggetti coinvolti.

La *valutazione partecipata* per i servizi sociali e socio sanitari⁷² è quindi un processo di costruzione di significato che coinvolge parimenti attori sociali, operatori ed utenti, motivando gli operatori a livello personale e professionale, consentendo agli utenti, di diventare soggetti più consapevoli, coinvolgendo attivamente le forze sociali nella produzione delle politiche sociali fino a rendere più chiaro e trasparente il rapporto fra servizi e società civile. La valutazione partecipata è la fase di un processo di progettazione di un numero ampio di soggetti che, a diverso livello, sono coinvolti nella realizzazione di un intervento sociale (utenti, operatori, équipe, cooperative o associazioni, ente locale ecc.) dove, attraverso la verifica e l'approfondimento dei processi e dei risultati conseguiti e l'analisi dei problemi aperti, vengono individuate le linee di miglioramento del servizio reso all'utente, che rappresentano interesse comune di tutti i soggetti. Alla valutazione partecipata va pertanto attribuito un elemento di innovazione che la caratterizza anche rispetto ad esperienze partecipative del passato: la ricerca della maggiore efficacia dell'intervento nell'interesse di tutti gli attori in campo.

Per conseguire tale obiettivo la partecipazione, nel processo valutativo, non può essere formale o rituale, ma deve essere reale conferimento di potere decisionale ai soggetti destinatari. La valutazione partecipata, per i servizi sociali e socio sanitari, presenta un elemento di valore aggiunto: essa è coerente con la missione degli interventi sociali. La *mission* di un servizio sociale può essere identificata nello sviluppo di processi di miglioramento, nei propri utenti e nella comunità locale, della qualità della vita, di apprendimento, di recupero delle autonomie; un servizio sociale che invece renda la propria utenza cronica non realizza un intervento utile per la comunità.

⁷² Qui si preferisce usare il termine *valutazione partecipata* volendo sottolineare che l'efficacia stessa del metodo valutativo sta nel fatto di prevedere la *partecipazione* come *risorsa*.

Fare valutazione partecipata, coinvolgendo in questo percorso attori sociali rappresentanti della comunità locale e gli utenti stessi è parte di un processo di apprendimento finalizzato ad aumentare le consapevolezze e il protagonismo di tali soggetti e a farli crescere. In questo senso un valore aggiunto della valutazione partecipata in un servizio sociale può essere identificato nel fatto che attraverso di essa si persegue la propria *mission*, poiché si perseguono anche obiettivi di apprendimento sociale e di crescita dei soggetti coinvolti. La valutazione del PZ richiede un regista garante della metodologia valutativa in grado di fornire omogeneità negli approcci e negli strumenti e di favorire le negoziazioni e la costruzione di legami trasparenti e fiduciari fra i diversi attori in campo⁷³.

Nella fase di analisi critica del PZ si fa ricorso alla valutazione partecipata che coinvolge i diversi livelli istituzionali e gli attori della società civile cioè il *Terzo Settore*, il volontariato e le rappresentanze degli utenti. L'esistenza di più soggetti coinvolti nel processo valutativo dovrà sollecitare l'esperto *regista* della valutazione a svolgere un ruolo delicato operando nell'ambito di un gruppo di lavoro al quale partecipano tutti i soggetti che hanno contribuito alla progettazione del PZ ed eventuali *stakeholder* che si sono aggregati successivamente. E' preliminare la condivisione di un modello valutativo che verrà assunto, dell'impianto valutativo di riferimento e degli strumenti da utilizzare per praticarlo. La valutazione partecipata ha la caratteristica di un vero e proprio accompagnamento progettuale, contribuendo a garantire dei meccanismi condivisi di autocontrollo e correzione.

Se il PZ promuove una programmazione del settore sociale in una prospettiva di *governance* orientata ad uno sviluppo locale di comunità, appare importante che alla sua valutazione partecipino i soggetti che rappresentano delle effettive risorse per la promozione dello sviluppo locale. Occorre che la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali pubbliche e che grazie anche alla valutazione governano un sistema locale di servizi alla persona.

⁷³ Sul ruolo del *regista*, esperto di valutazione partecipata, cf. U. DE AMBROGI, *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci Editore, Roma 2003.

4.2. Enti locali: Regione, Provincia e Comune

La valutazione dei PZ è una necessità per le Regioni perché anzitutto valutano la propria funzione di governo, verificano che i PZ siano stati fatti, che le procedure di programmazione previste siano state seguite, che le azioni previste siano state realizzate e che la spesa sociale produca benefici per la popolazione destinataria dei servizi.

4.2.1. Regione

La funzione valutativa dei PZ prevede a livello regionale: a) *una valutazione ex ante* finalizzata a verificare la conformità del PZ rispetto agli indirizzi regionali, le linee guida, al fine di trarne nuovi suggerimenti e migliorare la programmazione in modo più efficace; b) *una valutazione in itinere* finalizzata a monitorare gli esiti parziali del PZ, individuare i punti di forza e criticità e adottare strategie migliorative; c) *una valutazione ex post* finalizzata ad individuare i risultati ottenuti anche in relazione alla spesa sostenuta.

4.2.2. Provincia

La Provincia ha interesse ad una valutazione di quanto viene progettato e implementato nei PZ. Tale attività di valutazione permette alla Provincia di ridefinire il proprio operato, di predisporre delle strategie provinciali per sostenere l'implementazione del PZ e le sue edizioni successive. Le informazioni assunte dalla Provincia permettono l'affinamento degli strumenti informativi che a loro volta alimentano i territori nelle diverse fasi della programmazione.

4.2.3. Comune

Il Comune (l'ambito zonale formato dai Comuni associati) ha la necessità di una valutazione articolata poiché è titolare e responsabile della programmazione sociale. Le priorità valutative riguardano: *il monitoraggio* e la *valutazione in itinere* ed *ex post* dei servizi consolidati e progetti innovativi previsti dal PZ; *valutazione della qualità* per iniziative sperimentali e progetti strategici; *analisi delle spese sostenute* in relazione a quelle previste e ai risultati ottenuti. In tal modo vengono

elaborati dei *feedback* migliorativi per i programmi attuativi del PZ e la successiva edizione dello stesso.

4.3. Interventi sociali

La valutazione del PZ deve concentrarsi sulle azioni concrete, sugli interventi sociali che a seguito del PZ sono realizzati. Il valore aggiunto della valutazione è dato dall'avvicinamento tra il dichiarato e l'effettivo, in base alle politiche introdotte per soddisfare i bisogni e rispettare i diritti di cittadinanza. La valutazione del PZ non può prescindere da alcune fondamentali caratteristiche dell'ecosistema in cui il PZ esiste. Obiettivo prioritario del PZ è quello di favorire la formazione di *sistemi locali* d'intervento, fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto e responsabilizzando i cittadini. Le caratteristiche del sistema locale sono date dalla *globalità*, dall'*unicità* e dalla *complessità*.

Rispetto alla caratteristica della *complessità* è utile considerare che un sistema complesso presenta un alto numero di elementi, ha una struttura a rete cioè caratterizzata da relazioni per le quali fra *input* e *output* non esiste proporzionalità lineare; è un sistema aperto che scambia informazioni, materiale ed energia con l'ambiente; è dinamico ovvero reagisce agli stimoli dell'ambiente e può evolvere; è creativo e innovativo; è un sistema complesso che permette solo previsioni a breve termine⁷⁴.

Per descrivere le conseguenze sul lavoro sociale della complessità viene usato il concetto di *indeterminazione*⁷⁵. Elaborare astrattamente un piano significa agire un controllo solo su quel piano e non dà la certezza di poterne controllare gli esiti. Secondo il principio dell'indeterminazione si può agire un cambiamento della realtà ma quest'ultima, per caratteristiche proprie, può offrire anche esiti diversi dagli obiettivi previsti, cioè altre soluzioni potenziali.

Le soluzioni si costruiscono in itinere e possono essere molteplici.

⁷⁴ Per un approfondimento della tematica cf. A. GANDOLFI, *Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

⁷⁵ Per una introduzione e un approfondimento, cf. F. FOLGHERAITER, *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Franco Angeli, Milano 1998.

4.4. Valutazione del «PZ 3» di Genova

La *governance* nei sistemi di *welfare* prevede l'applicazione di una metodologia negoziale finalizzata ad un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche sociali. Gli elementi essenziali del sistema di *governance* comprendono: un territorio di riferimento; un supporto tecnico ed esecutivo; la definizione delle modalità di gestione dei servizi; la definizione dei percorsi e dei metodi concertativi e collaborativi con i vari Enti pubblici e privati al fine della definizione e della gestione del PZ.

Il territorio di riferimento, relativamente al presente lavoro, è dato dalla Zona 3 genovese corrispondente all'ambito territoriale sanitario 2 dell'ASL 3 genovese. La Zona 3 (sociale) comprende l'unità distrettuale della V Valpolcevera (Rivarolo, Bolzaneto e Pontedecimo) e i Distretti Sociali limitrofi (nn. 49, 50, 51, 52 e 53). La descrizione del territorio riportata è, in parte, di tipo morfologico e dal punto di vista storico sottolinea il crearsi di insediamenti popolari quasi esclusivamente in corrispondenza del fenomeno del *boom economico* che ha caratterizzato la Liguria in quanto parte integrante del *triangolo industriale*.

La lettura dei fenomeni sociali emergenti nel territorio risulta diversificata in relazione all'impatto che tali insediamenti popolari hanno determinato nel contesto di una realtà, che in origine, era prevalentemente rurale. I problemi sociali emersi coinvolgono trasversalmente la popolazione residente e si configurano, in prevalenza, con i seguenti problemi: solitudine e non autosufficienza di persone anziane, disoccupazione (età adulta e giovanile), devianza minorile ed evasione scolastica, disabilità infantile (fenomeno emergente). Alla lettura fenomenologica dei problemi e dei relativi bisogni sottostanti, si affianca una lettura delle risorse presenti nel territorio, meno evidenziata ma altrettanto importante. Dal punto di vista storico la Valpolcevera e i comuni limitrofi conservano una tradizione comunitaria d'impronta cattolica dovuta all'insediamento delle comunità religiose, maschili e femminili, che hanno caratterizzato la vita della comunità civile rendendola particolarmente sensibile e attenta ai bisogni altrui.

Oltre a realtà religiose e laiche presenti nel territorio, si sono strutturati servizi sociali e sanitari e di pubblica utilità che rendono la comunità dinamica, partecipe dei processi di miglioramento della realtà. Appare evidente l'esclusione di

una porzione di popolazione bisognosa che resta ai margini del processo di cambiamento, relegata ad essere solo destinataria di servizi e/o prestazioni. Il supporto tecnico ed esecutivo, nella prima esperienza di stesura del PZ 3, è costituito da due organismi ben definiti: la Conferenza di Zona che coincide con il Comitato dei Sindaci di Distretto Sanitario. La Zona 3 ha individuato i distretti sociali, ad essa appartenenti, ed ha formulato i piani sociali di zona, individuando l'allocazione dei servizi sociali *complessi* sia sopradistrettuali, sia sopracomunali. La Zona 3 è stata dotata di Segreteria Tecnica il cui ruolo dovrebbe essere anche quello di provvedere oltre che alla programmazione sociale di zona anche al raccordo con i Programmi delle Attività Territoriali socio-sanitarie. I responsabili dei Distretti Sociali, attraverso la Segreteria Tecnica hanno partecipato alla programmazione sociale e socio-sanitaria del PZ 3 e dei Programmi delle attività territoriali.

La definizione dei percorsi e dei metodi concertativi e collaborativi con i vari Enti pubblici e privati al fine della definizione e della gestione del PZ ha previsto la riflessione teorica-metodologica di alcune azioni di sfondo riassumibili nelle argomentazioni di seguito riportate: *l'accreditamento*, che ha permesso l'avvio di alcune sperimentazioni specifiche le quali non hanno coinvolto in primis la Zona 3; *l'integrazione socio-sanitaria*, che ha rimesso in discussione i protocolli d'intesa, Comune e ASL, già operativi dal 1996 e sui quali non era stata attivata una riflessione sistematica. L'occasione del PZ 3 e i nuovi orientamenti legislativi hanno sollecitato l'acquisizione di un metodo comune di lavoro. In particolare è stata prevista la figura dell'esperto sociale con funzioni di coordinamento della materia sociale all'interno della Conferenza dei Sindaci e per curare i rapporti con la dirigenza dell'ASL per i servizi integrati; *la progettazione europea*, che nel PZ 3 non è immediatamente percepibile se non in quanto coinvolgimento in un iniziale processo culturale che ha la finalità di internazionalizzare l'immagine e la cultura di una città mediterranea, in Europa.

Il PZ 3 rappresenta un'esperienza di programmazione che descrive un percorso circolare e continuo, dove la cadenza temporale dello stesso piano impone un aggiornamento e un aggiustamento di tiro. I soggetti istituzionali, il *Terzo Settore* e i cittadini sono chiamati a tirare le somme e a ripartire con una maggiore consapevolezza dei bisogni, delle risorse, dei soggetti in campo.

4.5. Attori: Regione Liguria, Provincia e Comune di Genova

Il governo politico dei PZ in Liguria è stato identificato nella *Conferenza di Zona*, affiancata dal rappresentante politico dell'Ente gestore dell'ambito sociale. Ad essa spetta l'esercizio della funzione di governo territoriale nel settore sociale e socio-sanitario con l'approvazione dei PZ e dei Programmi delle Attività Territoriali di Distretto.

La Regione Liguria ha assegnato alle Province liguri funzioni di concorso alla programmazione di zona e di coordinamento degli interventi territoriali, oltre che di formazione professionale e di raccolta dati. Secondo quanto indicato dalla *riforma*, la Regione Liguria ha provveduto a ripartire il territorio regionale in Zone per la gestione dei servizi sociali⁷⁶. Il Comune di Genova, essendo città metropolitana, è suddiviso nelle seguenti *sei zone*:

<i>Zone Sociali</i>	<i>Segreteria Tecnica</i>		<i>Distretti sociali</i>
Zona 1	<i>Ponente</i>	→	N. VII – Ponente e comuni di : Mele, Cogoleto, Arenzano, Masone
Zona 2	<i>Centro</i>	→	N. II – Centro e VI Medio Ponente
Zona 3	<i>Valpolcevera</i>	→	N. V – Valpolcevera e Comuni di Busalla, S. Olcese, Serra Riccò, Casella, Montoggio, Savignone, Valbrevenna, Ronco Scrivia, Isola del Cantone, Vobbia, Crocefieschi, Campomoron, Ceranesi, Mignanego.
Zona 4	<i>Centro</i>	→	N. I – Centro Est Prè/ I Centro Est Oregina, VIII Medio Levante
Zona 5	<i>Valbisagno</i>	→	N. III – Bassa Valbisagno/IV Valbisagno e comuni di Bargagli, Comunità Montana Alta Val Trebbia
Zona 6	<i>Levante</i>	→	N. IX – Levante e comuni di Bogliasco, Pieve Ligure, Recco, Avegno, Sori, Camogli.

Le Segreterie Tecniche, infine, costituite da un coordinatore amministrativo e da un esperto in materia sanitaria e da un esperto in materia sociale, svolgono funzioni di supporto alla programmazione sociale di Zona.

⁷⁶ Cf. LR 30/98 «Riordino e programmazione ei servizi sociali della regione e modifiche alla LR 42/94 in materia di organizzazione e funzionamento della Usl»; DCR 65/01 «Piano Triennale dei Servizi Sociali 2002-2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona»; DGR 448/03 «Linee guida ai Comuni per la gestione associata dei servizi sociali».

4.6. Oggetto: pianificazione degli interventi

Le prime azioni di costruzione del PZ 3 hanno riguardato un percorso di ricognizione di quanto esistente nel territorio in termini di bisogni e di risorse. E' stata realizzata una raccolta di dati per distretto sociale, comprendente interventi, iniziative e servizi strutturati. Il censimento delle risorse ha fatto emergere una buona conoscenza del territorio, delle sue potenzialità, delle sue esigenze e delle sue risposte. Nello specifico, ha individuato una parcellizzazione degli interventi e delle prestazioni che, in modo capillare, sono giunti a soddisfare le esigenze variegate di una popolazione con caratteristiche di complessità, a partire dai nuclei familiari multiproblematici.

In questo primo *screening* è stata realizzata una valutazione *ex ante* relativa alla localizzazione di risorse già attive nel territorio e alla loro efficacia rispetto a coloro che utilizzano i servizi, a coloro che rimangono fuori non solo dall'uso dei servizi, ma restano fuori anche dalla programmazione dei servizi stessi, a coloro che gestiscono gli interventi ed infine alle risorse ancora attivabili.

Il PZ 3 presenta un'analisi dell'assetto organizzativo dei *Distretti Sociali* presenti, dove il primo contatto con la popolazione avviene attraverso il *Segretariato Sociale* che rappresenta uno *spazio-tempo* dedicato all'ascolto della richiesta d'aiuto e può prevedere la soddisfazione immediata della richiesta stessa, il rinvio ad altri servizi o la *presa in carico* della situazione di bisogno della persona.

Nei *Distretti Sociali* si svolgono attività di *secondo livello* per situazioni che presentano alta *intensità* di problematicità e quindi necessitano di un apporto professionale complesso e specifico. La collaborazione con gli organismi locali istituzionali si realizza attraverso le linee guida dei *Protocolli d'intesa*, in particolare di quelli che il Comune di Genova ha stipulato con i nuclei operativi della ASL 3 genovese e con l'Autorità Giudiziaria (Tribunale).

Le relazioni con il *Terzo Settore* sono, in alcune situazioni, essenziali in quanto, al di là delle possibilità strutturali dell'Ente pubblico, garantiscono la realizzazione di *interventi specifici* rispetto a problemi radicati nella vita quotidiana

per richieste particolari di aiuto che necessitano di un accompagnamento costante⁷⁷.

I servizi erogati dai *Distretti Sociali* sono rivolti a persone in condizioni di disagio, a minori, ad anziani, a persone ex-tossicodipendenti e ad ex- malati psichiatrici e possono essere raggruppati in cinque aree: 1. informazioni e comunicazioni ai cittadini e alle organizzazioni sociali; 2. consulenza e orientamento sociale per l'utenza; 3. interventi d'appoggio alla famiglia e alla persona; 4. interventi economici; 5. interventi residenziali e sostitutivi della famiglia.

La metodologia attivata nel lavoro distrettuale è composita per la presenza di figure professionali diversificate: responsabile del *Distretto*, assistenti sociali, educatori professionali, assistenti domiciliari e, infine, amministrativi. Il *lavoro in équipe* è alla base delle attività distrettuali che si formano attraverso l'acquisizione di un *lavoro di rete* con le risorse, con gli altri attori presenti nel territorio e con un impegno a *lavorare per progetti*. Al lavoro sul singolo caso si affianca la necessità di individuare il fenomeno sociale cui quel singolo caso è intrinsecamente legato.

4.7. Valutazione sintetica del «PZ 3»

Un risultato tangibile del PZ 3 è dato dalla costruzione di un sistema di *governance* che permette la definizione di percorsi concertativi e collaborativi tra soggetti pubblici e privati, in vista di realizzare la rete dei servizi essenziali. In tal senso si sono sviluppati i tavoli di concertazione con il *Terzo Settore*, la negoziazione con le parti sociali per preparare il PZ 3 in modo partecipato e condiviso e la strutturazione di una rete di relazioni e collaborazioni con le istituzioni pubbliche coinvolte.

Il processo di pianificazione sperimentato nella prima stesura del PZ 3 ha tenuto conto di alcune condizioni oggettive di partenza, dei vincoli di legge e dei

⁷⁷ A riguardo si riportano due esempi significativi: 1) Il progetto *Tre uomini e una gamba* è stato elaborato per stimolare l'autonomia di adulti in difficoltà ed aiutarli a superare una dipendenza di stampo assistenzialistico, permettendo loro di acquisire un'immagine positiva di sé come soggetti attivi del proprio cambiamento. 2) Il progetto *Primavera Crescere Insieme* è stato ideato per sostenere la responsabilità genitoriale attraverso una collaborazione e una mediazione nei rapporti genitori-insegnanti per creare delle reti di sostegno ai nuclei familiari problematici.

tempi previsti per la stesura dei PZ genovesi e del PZ 3 in particolare. La riflessione teorica ha riguardato i seguenti punti:

1. Percorso metodologico per la costruzione del piano

- A) Strumenti tecnici
- B) Percorsi di concertazione

2. Azioni di sfondo

- A) Accreditalmento
- B) Integrazione socio-sanitaria
- C) Progettazione europea

3. Profilo demografico e sociale della zona

4. Assetto organizzativo

- A) Distretti urbani
- B) Distretti extra-urbani
- C) Sistemi informativi e tecnologie informatiche

5. Domanda e offerta dei servizi

- A) Attività progettuali rilevanti in fase di realizzazione
- B) Dati sull'utenza e sulla spesa

6. Risorse

- A) Budget distrettuale (stanziamento annuo)
- B) Strutture residenziali e diurne
- C) Finanziamenti in conto capitale

7. Linee di sviluppo

- A) Indirizzi d'area per il Comune di Genova:
 - 1. Responsabilità familiari e diritti dei minori e degli adolescenti,
 - 2. Tutela delle persone anziane,
 - 3. Tutela sociale dei disabili,
 - 4. Forme di contrasto alla povertà:
 - a) senza dimora,
 - b) povertà estreme,
 - 5. Prevenzione/reinserimento sociale di soggetti dipendenti/emarginati:
 - a) politiche per l'immigrazione,
 - b) prevenzione e reinserimento sociale dei soggetti dipendenti,
 - c) reinserimento sociale dei soggetti provenienti dal circuito penale,
 - d) politiche per l'inclusione dei nomadi,
 - e) politiche per la salute mentale
- B) Indirizzi specifici di Zona
- C) Indirizzi specifici di Distretto

Il percorso metodologico impiegato in questa prima esperienza ha tenuto conto soprattutto dell'esistente, in termini di risorse e di bisogni, di interventi già attivi e della pluralità dei soggetti, pubblici e privati, coinvolti nella realtà sociale. Uno slancio particolare è stato colto nell'applicazione del metodo della concertazione, già sperimentato con i *Piani* della Legge Turco 285/97, che prevedeva accordi di programma per il *Piano Infanzia e Adolescenza*. L'integrazione con la Sanità ha permesso di recuperare i *Protocolli d'Intesa* già stilati nel 1996, tra ASL 3 genovese e Comune di Genova, in occasione dell'avvio dei *Distretti Sociali*. La ripresa sistematica e istituzionale di un dialogo, in occasione del PZ, ha permesso di iniziare un percorso per armonizzare il PZ e il *Programma delle Attività Territoriali*.

4.8. Conclusioni e prospettive

Il PZ, che si basa sulla relazione, sull'interazione e sulla concertazione, è lo strumento efficace della comunità, perché esprime un metodo partecipato, integrato, contestualizzato e, infine, condiviso. La costruzione del PZ valorizza le soggettività presenti nella comunità, le diverse risorse attivabili, le specifiche vocazioni, i fattori di sviluppo locali. Esso deve permettere il superamento di visioni parziali e riduttive che hanno portato a considerare i cittadini e i gruppi esclusivamente come destinatari di interventi e servizi. Il PZ è l'occasione per promuovere una piena cittadinanza sociale che si coniuga con il dovere alla solidarietà e alla partecipazione responsabile.

4.9. Prospettiva del PZ in generale

Il processo di organizzazione nella costruzione del PZ è un'operazione fondamentale, perché consente di raccordare i bisogni e problemi degli utenti con le risorse personali e materiali dell'Ente, facendo prevalere la ragione e l'idea d'ordine rendendo concreta la solidarietà sociale. In quest'area di bisogni umani vanno individuate *modalità organizzative* capaci di essere in sintonia con i cambiamenti sociali, per non creare strutture rigide, non flessibili, con percorsi obbligati che limitano la libertà personale e la spontaneità.

Pianificare e programmare sono operazioni che pongono l'accento sugli obiettivi da raggiungere, sui tempi, sulle priorità, sulle modalità e sulle risorse. La forza di un PZ sta nel riconoscimento delle risorse attive e di quelle attivabili. La programmazione deve intendersi come percorso circolare e continuo: le strategie vanno verificate con i fatti, le scelte dei progettisti sociali con i soggetti del territorio, le intenzioni con i risultati. Al termine del primo triennio i cittadini e i gestori della zona possono fare i loro bilanci e ripartire con una maggiore consapevolezza dei bisogni, delle risorse e dei soggetti in campo. Ne deriva l'applicazione di un metodo di valutazione «costruttivista del processo sociale»⁷⁸ che pone in rilievo la relazione esistente fra valutazione e politica. In tal senso la valutazione assume il significato di ricerca del miglioramento dell'azione. Il ruolo del servizio sociale nel processo di costruzione del PZ si basa sul lavoro sociale di rete⁷⁹ cioè sull'atteggiamento primario dell'operatore di considerare fulcro della cura le tecniche, le risorse, i servizi che costituiscono le infrastrutture per gli scambi da cui scaturirà la cura globalmente intesa.

La rete è vista come intreccio di relazioni che esiste funzionalmente già di per sé e può essere catalizzata *ex novo* con interventi esterni con lo scopo di strutturare interventi specifici e di qualità⁸⁰. In queste reti l'assistente sociale è inserito con le sue risorse professionali e le sue responsabilità; detiene, inoltre, il compito di coordinatore, attivatore di sinergie; interviene, provvede e, infine, dà un senso unitario al lavoro. Il lavoro di rete favorisce i processi di cura che potrebbero crearsi attraverso le relazioni e rende l'assistente sociale esperto nell'attivare e decentrare, dando impulso a meccanismi *autopoietici* di cura. Nell'ambito del servizio sociale, la rete può costituire sia uno strumento di lettura della realtà, sia il prodotto stesso del lavoro sociale. L'approccio centrato sulle reti consiste nel sentire che la rete su cui insiste la difficoltà è la stessa su cui insisterà la cura cioè costituirà la

⁷⁸ Cf. N. STAME, *Tre approcci principali alla valutazione: distinguere e combinare*, in M. PALOMBO, *Il processo di valutazione*, Franco Angeli, Milano 2002, p. 25.

⁷⁹ Per un approfondimento della tematica cf. F. FOLGHERAITER, *Operatori sociali e lavoro di rete*, Trento 1991; ID., *Interventi di rete nelle comunità locali*, Centro Studi Erikson, Milano 1991 e Trento 1999; R. SERRA, *Logiche di rete. Dalla teoria all'intervento sociale*, Franco Angeli, Milano 2001.

⁸⁰ Cf. M. MOTTA – F. MONDINO, *Progettare l'assistenza. Qualità e diritti nei servizi*, NIS, Roma 1994.

rete integrata. Gli interventi nei confronti degli individui e delle famiglie devono essere inseriti in un lavoro di rete che coinvolga risorse formali ed informali.

Entrano così in gioco le dinamiche proprie della collaborazione *interdisciplinare* e quelle legate all'integrazione dei servizi di diversa natura. In questo quadro l'assistente sociale assume un ruolo determinante che consiste nel riportare ad unitarietà l'intervento, sintetizzando i diversi apporti specialistici delle varie figure professionali, attivando, organizzando e integrando la varietà di risorse necessarie alla complessità soggettiva del bisogno.

Una prospettiva del PZ è la dimensione culturale che sviluppa fra i soggetti coinvolti nel processo di costruzione: l'informazione, infatti, genera un effetto informativo, cioè di un mutamento di opinione⁸¹. Le informazioni possono essere sia un puro fatto che arricchisce la conoscenza, sia un prodotto delle analisi che un soggetto può condurre su dati in precedenza raccolti con un determinato fine, ma può (e deve) costituire la premessa e la condizione di un modello governativo della realtà non per dominarla, ma per generarla a prospettive «altre» in un contesto di autentica e ricercata soluzione armonica e *interdisciplinare*. L'obiettivo comune degli attori e dei soggetti che partecipano alla realizzazione del PZ è, di fatto, l'esigenza di superare la frammentazione degli interventi, coniugando le sinergie dei soggetti di un dato territorio attraverso il *metodo della concertazione*, facendo emergere così il profilo di un nuovo soggetto: il *soggetto collettivo* che dovrà imparare a condividere compiti e responsabilità e anche a governare conflitti ed interessi, spesso, contrapposti.

4.10. Critica e prospettiva del «PZ 3»

Le critiche al PZ 3 che si possono dedurre sono costituite dai diversi linguaggi, le logiche differenti e i conflitti che nascono dal confronto. Di cruciale importanza è la capacità di regia dell'*esperto sociale*, rispetto al processo di costruzione del *piano* che deve attivare comunicazione, mediazione e, infine, sintesi.

La progettazione nel sociale non avviene in maniera lineare, quasi meccanicistica, ma occorre riservare il tempo necessario alle relazioni tra i soggetti per alimentare positivamente le dinamiche di partecipazione attiva e consapevole. Il

⁸¹ Più dettagliatamente sull'argomento cf. D. NIGRIS, *Informazione e intervento sociale. Prospettive metodologiche e operative*, Franco Angeli, Milano 2001.

PZ 3 non ha costituito solo uno strumento partecipato, ma ha generato anche il risultato di una *contrattazione*, divenendo così uno strumento concreto e non ideologico: il PZ 3 possibile rispetto a quello ideale.

Per questo motivo il primo PZ 3 è perfezionabile. L'articolazione del percorso metodologico del PZ 3 è in linea con i dettami della *riforma*. Emerge, in sequenza pianificata, l'impiego del *modello concertativo* rispetto ai *partners* sociali, il *modello del lavoro di rete* rispetto alla ricognizione delle forze presenti nel territorio e il *modello del lavorare per progetti* rispetto alla ricognizione degli interventi già attivi nel territorio e presenti sia nel pubblico che nel privato. Di seguito uno schema riassuntivo:

Tappe per la costruzione del PZ 3	Modelli Teorici di Riferimento
1. Percorso metodologico per la costruzione del piano	→ Modello concertativo
2. Azioni di sfondo	→ Modello partecipativo
3. Profilo demografico e sociale della zona	→ Lavoro di rete/modello partecipativo
4. Assetto organizzativo	→ Lavoro di rete
5. Domanda e offerta dei servizi	→ Lavoro di rete/modello partecipativo
6. Risorse	→ Lavoro di rete
7. Linee di sviluppo	→ Lavorare per progetti

Il PZ 3 è stata un'opportunità strategica di fronte alla quale l'atteggiamento deve continuare ad essere quello di sviluppare nuove capacità per porre la persona al centro dei sistemi di servizi. Su questo aspetto c'è ancora molto da fare perché la persona non è ancora compiutamente al centro del sistema di servizi come parte integrante del processo di programmazione e di pianificazione, ma è ancora vista come destinataria dei servizi stessi. In tal senso il *modello partecipativo* è stato inteso ed applicato in forma limitata, forse a causa di un retaggio mentale che è difficile da rimodulare.

In nessuna parte del PZ 3, in fatti, si parla di attivare nuovi interventi che amplino la capacità di iniziativa dei soggetti e le scelte dei cittadini. La conoscenza

za del territorio tiene conto delle potenzialità, delle esigenze ivi presenti e delle eventuali risposte già codificate: non viene però esplicitato in che modo si attiva la *partecipazione* dei cittadini nelle vesti di *partners* della Zona sociale.

Un'altra critica alla realizzazione del PZ 3 riguarda l'applicazione del *modello di valutazione*⁸². La cadenza temporale del PZ 3 impone un andamento ciclico di aggiornamento e correzione, permettendo l'impiego della valutazione *ex ante* per mettere a fuoco i punti di forza e di debolezza del PZ 3, per fornire elementi importanti per il monitoraggio e per le successive fasi di valutazione. Tale valutazione va applicata con rapidità perché spesso, a causa dei tempi ristretti e della necessità della negoziazione sugli obiettivi, le condizioni in cui essa si realizza sono difficili. Nella fase successiva, la *valutazione intermedia* o *in itinere*, è possibile realizzare gli aggiustamenti in corso di realizzazione degli interventi.

La finalità è puramente formativa perché permette l'evoluzione del programma attraverso la sua evoluzione, il suo miglioramento in seguito ai primi *output* raccolti. La valutazione *ex post* è la valutazione degli impatti ed è la fase in cui si orienta la riflessione sui risultati ottenuti in termini di efficacia, di efficienza ed anche in termini di successi e di fallimenti e sulla eventuale sostenibilità degli risultati.

Il processo di valutazione non si esaurisce nelle tre fasi (*ex ante*, *in itinere* ed *ex post*): esso diventa circolatorio perché permette la nuova programmazione e la nuova pianificazione in base ai correttivi portati e alle esigenze che nascono dal confronto con una realtà in continuo cambiamento. La sfida del nuovo PZ 3, infatti, è di dare credito al cittadino. Il nuovo orizzonte del PZ, infatti, ha l'obiettivo fondamentale di introdurre il cittadino nella *co-gestione* del servizio.

Ci troviamo di fronte ad un capovolgimento radicale (quasi copernicano) della funzione e del ruolo dei servizi e degli strumenti che li realizzano: il cittadino visto non più passivo destinatario di servizi, ma soggetto attivo del cambiamento suo e delle persone che con lui convivono sullo stesso territorio. Agli *utenti* deve essere riconosciuta la regia degli aiuti: essi, infatti, esercitano la capacità di scegliere i servizi a loro più congeniali e le persone di fiducia, esterne alla rete professionale.

⁸² Il modello valutativo cui faccio riferimento è proposto da Nicoletta Stame di cui alla nota 78.

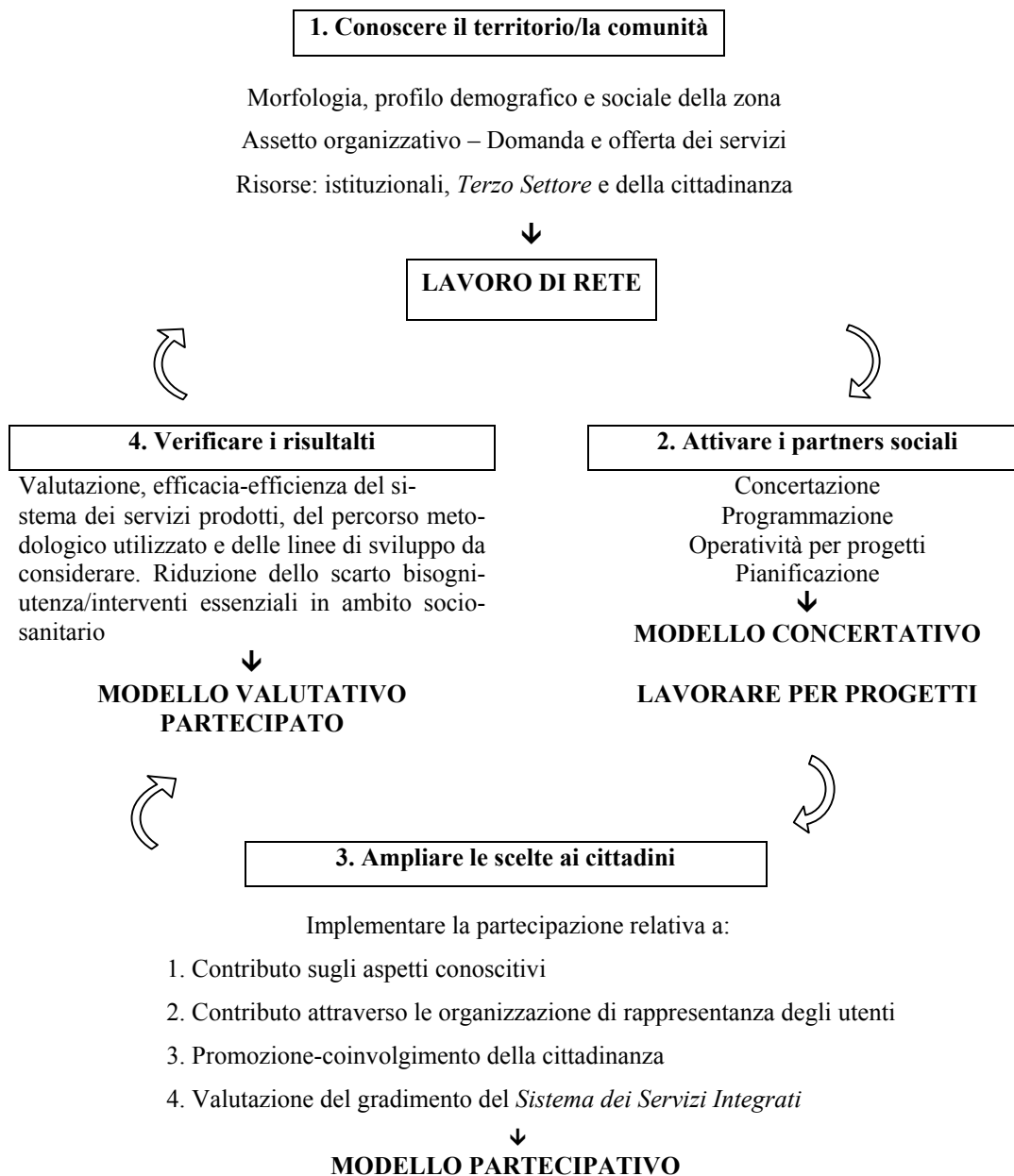
L'autonomia del soggetto è un vincolo e può limitare la regia dei servizi, per questo l'aiuto professionale diventa più efficace se entra a far parte di una strategia governata dall'interessato e dai suoi aiutanti naturali. Si tratta di sviluppare un'evoluzione culturale che non assume *tout-court* la scelta fatta dal singolo come invincibile, perché l'esperienza professionale dimostra che, a volte, le persone non sono in grado di fare scelte opportune per sé e per coloro con cui vivono. Compito di un intervento professionale dovrebbe essere appunto quello di condurre, guidare e aiutare fin dove è possibile, gli individui a compiere scelte personali consapevoli e integrate nel contesto sociale di vita, senza sostituzioni indebite.

La coscienza sociale e civile, il livello culturale sempre più elevato e la professionalità accresciuta, anche a livello storico-esperienziale, di tutti i soggetti interessati alla progettazione, programmazione e realizzazione del PZ sono, oggi, garanzie che indietro non si può più tornare, ma si è costretti dalla forza stessa della realtà ad andare avanti per la strada intrapresa. Bisogna camminare ancora, certamente, ma ormai il giro di boa è stato doppiato: la persona o gruppo di persone (famiglia) in stato di bisogno provvisorio o permanente sono cittadini sovrani con il diritto di vivere la loro esistenza, per quanto possibile, felicemente, anche con il sostegno della comunità civile di appartenenza che se ne fa carico, senza dovere correre il rischio di sentirsi umiliate per il loro stato di bisogno. Una società misura il proprio grado di civiltà dalla capacità che ha in sé di accogliere le richieste di aiuto e di integrare le persone portatrici di questi bisogni. Il PZ non è la soluzione, ma certamente si configura, almeno sull'esperienza pregressa, come un valido strumento per una comunità civile degna di questo nome.

Di seguito e come conclusione, offriamo lo schema di una proposta che intende esprimere la circolarità del *processo di programmazione e di valutazione* del percorso metodologico per la costruzione di un PZ non teorico, ma che parta dalla esperienza concreta dell'attuazione del PZ 3 e si risolva in una risposta adeguata alla richiesta complessa della comunità interessata:⁸³

⁸³ Cf. O. CASALE, *Piano sociale di zona. Strumenti per il welfare locale*, Ediesse, Roma 2001, p. 62.

4.11. Percorso metodologico per la costruzione di un PZ



Il *metodo della programmazione dal basso (bottom-up)*, che sta muovendo i primi passi verso un pieno coinvolgimento attivo e consapevole della cittadinanza rispetto ai bisogni sociali di una comunità, di famiglie e di singole persone, è una seria via per una reale estensione della partecipazione democratica, perché considera *l'utente* non suddito, ma cittadino sovrano.

Il ruolo del servizio sociale, in questo contesto, si specifica sempre di più come servizio, capace di promuovere il livello di partecipazione della cittadinan-

za; di orientare il singolo cittadino verso il sistema e di accompagnarlo nell'utilizzo dei servizi, aiutandolo a trasformare la diffidenza che spesso nasce dalla vergogna di trovarsi in stato di bisogno in coscienza di dignità civile. Ai cittadini va riconosciuta un'istanza fondamentale: essi sono i testimoni privilegiati della qualità dei servizi erogati e della rete complessiva.

Nell'ottica di una valutazione partecipata, il ruolo di *valutatore* investe direttamente il cittadino che, così, anche in uno stato provvisorio o permanente di bisogno, non perde mai il suo diritto primario, garantito costituzionalmente, di cittadino *sovrano* che vive in una rete di relazioni sociali che fanno di lui un soggetto essenziale di una comunità democratica.

BIBLIOGRAFIA

1) Testi:

- AGNOLI M., *Il sistema integrato dei servizi sociali: la Legge quadro 8 novembre 2000, n. 328, commentata ed annotata, gli interventi di assistenza sociale e le autonomie*, CEL, Gorle (BG) 2001;
- AIELLI A., et al., *Programmazione e controllo. Esercizi risolti*, Unicopli, Milano 1993.
- ALBANESE A. – MARZUOLI C., ed., *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Il Mulino, Bologna 2003.
- ARCHIBUGI F., *Principi di pianificazione regionale*, Franco Angeli, Milano 1980.
- BAILEY J., *Pianificazione e teoria sociologica*, Liguori, Napoli 1980.
- BALBONI E., et al., *Il Sistema Integrato dei Servizi Sociali. Commento alla Legge N. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del titolo V della Costituzione*, Giuffrè, Milano 2003.
- , *Commento ai provvedimenti attuativi: riordinamento del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*, in ID., et al., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Aggiornato al 31 ottobre 2002*, Giuffrè, Milano 2003. pp. 502-534.
- , *Linee evolutive dell'integrazione fra Servizi Socio-Sanitari*, in ID., et al., ed., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Aggiornato al 31 ottobre 2002*, Giuffrè, Milano 2003. pp. 53-78.
- , *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in ID., et al., ed., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Aggiornato al 31 ottobre 2002*, Giuffrè, Milano 2003, pp. 27-43.

- BARONI E., *Commento ai provvedimenti attuativi: atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona*, in BALBONI E., et al., ed., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Aggiornato al 31 ottobre 2002*, Giuffrè, Milano 2003. pp. 542-551.
- BECCASTRINI S., et al., *Piccolo dizionario della qualità ad uso degli operatori sociali e sanitari*, Centro Scientifico Editore, Torino 2001.
- BELTRAMELLO C., et al., *Il Piano di Zona per gli interventi sociali e socio-sanitari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RM) 2002.
- BERNOCCHI NISI R., *L'origine delle scuole per assistenti sociali nel secondo dopoguerra*, Fondazione Zancan, Padova 1984.
- , *Le scuole di Servizio sociale in Italia. Aspetti e momenti della loro storia*, Fondazione Zancan, Padova 1984.
- BERTIN G., *Valutazione e sapere sociologico: metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*, Franco Angeli, Milano 1996.
- BIANCHI E., et al., *Il servizio sociale come processo di aiuto*, Franco Angeli, Milano 1987 (3^a ed. 1990).
- BORTOLO B., *Teoria e storia del Servizio sociale*, NIS, Roma 1997.
- BRACKEN I., *Urban Planning Methods, Research and Policy Analysis*, Methuen, London – New York 1981.
- BULMER M., *Le basi della community care*, Erickon, Milano 1992.
- BURACCHIO D. – TIBERIO A., *Società e servizio sociale. La centralità delle politiche sociali*, Franco Angeli, Milano 2001.
- BUZZACCHI C., *Commento agli articoli della legge: funzioni delle regioni*, in BALBONI E., et al., ed., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Aggiornato al 31 ottobre 2002*, Giuffrè, Milano 2003. pp. 177-187.
- , *Commento agli articoli della legge: funzioni dello stato*, in BALBONI E., et al., ed., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Co-*

- stituzione. Aggiornato al 31 ottobre 2002*, Giuffrè, Milano 2003. pp. 189-199.
- CAMPANINI A.M., *Servizio sociale e sociologia: storia di un dialogo*, EISS, Roma 1999.
- CAMPANINI A.M. – LUPPI F., *Servizio sociale e modello sistemico. Una prospettiva per la pratica quotidiana*, NIS, Roma 1988.
- CANEVINI M.D., ed., *Documentazione professionale e valutazione degli interventi*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova 1993.
- CASALE O., *Piano sociale di zona. Strumenti per il Welfare locale*, Ediesse, Roma 2001.
- CHIAMBRETTO M.L. – GENOVESE L., *Cooperazione sociale e politiche attive del lavoro*, Franco Angeli, Milano 1998.
- CODINI F., *Commento agli articoli della legge: progetti individuali per le persone disabili*, in BALBONI E., et al., ed., *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Aggiornato al 31 ottobre 2002*, Giuffrè, Milano 2003. pp. 250-256.
- COLOZZI I., *L'evoluzione del sistema italiano di welfare state. Problemi e alternative*, a cura di G. Rossi e P.P. Donati, Franco Angeli, Milano 1982.
- COLOZZI I. – BASSI A., *Una solidarietà efficiente. Il terzo settore e le organizzazioni di volontariato*, NIS, Roma 1996.
- COMOLLI G., *Il contributo dell'etica e delle scienze umane al terzo settore*, Edizioni Salcom, Varese 1998.
- CORRÀ D., *I servizi socio-assistenziali dei Comuni. Guida operativa*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RM) 2002.
- COTESTA V., ed., *Il Welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale*, Donzelli, Roma 1995.
- CROCI A., *La legislazione sociale e l'organizzazione dei servizi*, Giappichelli, Torino, 2001.
- DAL PRA PONTICELLI M., ed., *I modelli teorici del servizio sociale*, Astrolabio, Roma 1985.

- , *Metodologia del servizio sociale. Il processo di aiuto alla persona*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- , *Lineamenti di servizio sociale*, Astrolaio, Roma, 1987.
- , et al., *Il lavoro sociale e professionale tra soggetti e istituzioni. Dialogo tra servizio sociale, psicologia, sociologia*, Franco Angeli, Milano 1988.
- DE AMBROGI U., *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci Editore, Roma 2003.
- DEMARCHI F., et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1994³.
- DONATI P., et al., *L'associazionismo sociale oltre il Welfare State: quale regolazione?*, Franco Angeli, Milano 1997
- DONATI P., *Sociologia del Terzo Settore*, NIS, Roma 1996.
- ETZIONI A., *The Active Society, a theory of societal and political processes*, Collier-Macmillan, New York – London 1968.
- FALUDI A., *Planning Theory*, Pergamon Press, Oxford 1976 (1984 reprinted with a new foreword by the Author).
- FERRARIO P., *La politica dei Servizi Sociali*, NIS, Roma, 1989.
- , *Politica dei Servizi Sociali. Strutture, Trasformazioni, Legislazione* (con prefazione di Emanuele Ranci Ortigosa), Carocci Editore, Roma 2001.
- , et al., *La Qualità nei Servizi Socio-Sanitari: Processi di costruzione della Carta dei Servizi in una RSA*, Carocci Editore, Roma 2002.
- FERRERA M., *Modelli di solidarietà*, Il Mulino, Bologna 1993.
- FIorentini G., *Pubblico e privato nel nuovo Welfare. La regolamentazione delle Organizzazioni Non Lucrative e dei Servizi di utilità sociale*, Il Mulino, Bologna 2000.
- FOLGHERAITER F., *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*, Centro Studi Erickson, Trento 1994.
- , *Operatori sociali e lavoro di rete*, Centro Studi Erickson, Trento 1991.
- , *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Franco Angeli, Milano 1998.

- FORATO G., et al., *L'Operatore Sociale: Preparazione ai concorsi e percorsi formativi nei Servizi Socio-Sanitari, Assistenziali, Educativi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RM) 2003.
- GANDOLFI A., *Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- GIUGNI G., *La lunga marcia della concertazione: conversazioni con Paola Ferrari e Carmen La Macchia* (Prefazione di Aris Accornero), Il Mulino, Bologna 2003.
- GORI C., ed., *I Servizi Sociali in Europa. Caratteristiche, tendenze, problemi*, Carocci Editore, Roma 2001.
- HILL M., *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna 2000.
- LERMA M., *Metodo e tecniche del processo di aiuto: approccio sistemico-relazionale alla teoria e alla pratica del servizio sociale*, Astrolabio, Roma 1992.
- MAGGIAN R., *I servizi socio-assistenziali. Verso la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari*, Carocci Editore, Roma 2001.
- , *Il Sistema Integrato dell'assistenza. Guida alla Legge 328/2000*, Carocci Editore, Roma 2001.
- MAGISTRALI G., ed., *Futuro delle Politiche Sociali in Italia. Prospettive e nodi critici della Legge 328/2000*, Franco Angeli, Milano 2003.
- MANFREDI F. – et al., *Il governo e la comunicazione della qualità*, EGEA, Milano 2000.
- MANNHEIM K., *Libertà, potere e pianificazione democratica*, Armando Editore, Roma 1976.
- MAZZA R., *Il Processo d'aiuto nel servizio sociale*, M. Pacini Fazzi, Lucca 1991
- MCLAUGHLIN B., *Pianificazione urbana e regionale*, Marsilio, Padova 1978.
- MIROGLIO F. - TOMASI G., ed., *Programmazione e controllo. Esercizi risolti*, EGEA, Milano 2003.
- MORO A.C., ed., *Infanzia e Adolescenza Diritti e Opportunità. Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge n. 285/97* (Istituto degli Innocenti di Firenze), Edizioni Centro nazionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza, Roma 1998.

- MOTTA M. – MONDINO F., *Progettare l'assistenza. Qualità e diritti nei servizi*, NIS, Roma 1994.
- NEGRI N. – SARACENO C., *Le politiche contro la povertà in Italia*, Il Mulino, Bologna 1996.
- NEVE E., *Il Servizio Sociale. Fondamenti e cultura di una professione*, Carocci Editore, Roma 2000.
- NIERO M., *Metodi e tecniche di ricerca per il servizio sociale*, Carocci Editore, Roma 1995.
- NIGRIS D., *Informazione e intervento sociale. Prospettive metodologiche e operative*, Franco Angeli, Milano 2000.
- OSTI G., *La natura, gli altri, la società. Il terzo settore per l'ambiente in Italia*, Franco Angeli, Milano 1998.
- RANCI C., ed., *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, Carocci Editore, Roma 2001.
- , *I mercati sociali in Italia*, Carocci Editore, Roma 2002.
- , *Identità e servizio: Il volontariato nella crisi del welfare*, Il Mulino, Bologna 1991.
- , *Oltre il welfare state. Terzo settore, nuove solidarietà e trasformazioni del welfare*, Il Mulino, Bologna 1999.
- RANCI C. – VANOLI A., *Beni pubblici e virtù private. Il terzo settore nelle politiche di welfare*, Fondazione Adriano Olivetti, Roma 1994.
- RANCI ORTIGOSA E., RAMPI F., ed., *Oltre l'assistenza, conoscere la riforma. Note, commenti e documentazione sulla Legge Quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali*, Spi – Cgil Lombardia, Milano 2001.
- REI D., *Oltre il welfare: lavoro sociale e nuova cittadinanza*, EGA, Torino 1989.
- , *Servizi sociali e politiche pubbliche*, NIS, Roma 1994.
- RITTER G. A., *Storia dello stato sociale*, Laterza, Roma 1996.
- SARPELLON G., *Le politiche sociali fra stato, mercato e solidarietà*, Franco Angeli, Milano 1986.
- SERRA R., *Logiche di rete. Dalla teoria all'intervento sociale*, Franco Angeli, Milano 2001.

- SIZA R., *Progettare nel sociale. Regole, metodi e strumenti per una progettazione sostenibile* (Introduzione di Robertson Alex), Franco Angeli, Milano, 2002.
- TAGIURI R. – BUBBIO A., *Controllo di gestione: un'esigenza naturale*, Libero Istituto Universitario Carlo Cattaneo, Castellanza 2002.
- TERZANI S., *Lineamenti di pianificazione e controllo*, Cedam, Padova 1998.
- TOSCANO M.A., ed., *Introduzione al Servizio Sociale*, Laterza, Bari 1996.
- VECCHIATO T., *La valutazione della qualità nei servizi: metodi, tecniche, esperienze*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova 2000.
- VILLA F., *Dimensioni del Servizio Sociale*, Vita e Pensiero, Milano 1992.
- ZIELINSKY J.G., *La teoria della pianificazione socialista*, Franco Angeli, Milano 1973.

2) Saggi:

- BANCHERO A., *La connessione fra pianificazione sociale e sanitaria in Liguria: le strategie e i contenuti del Piano Triennale dei Servizi Sociali in Liguria*, in “Tendenze Nuove”, n. 3, 2002, pp. 309-326.
- BATTISTELLA A., *Piani di zona: e ora?*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 8, 2003, pp. 3-6.
- BEZZI C., *Glossario della ricerca sociale e valutativa*, in “Rassegna italiana di valutazione”, n. 11, luglio-settembre, 1998, (monografico).
- COMUNE DI GENOVA - GIUNTA COMUNALE, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, presa d'atto e direttive*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 21, 2002, pp. 7-8.
- DAL PRA PONTICELLI M., *Quali prospettive per il servizio sociale del 2000? Riflessione ed ipotesi di fronte alla legge quadro di Riforma dell'Assistenza*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 4, 2000, pp. 4-13.
- DE AMBROGI U. – LO SCHIAVO M., *Piano di zona: problemi affrontati, potenzialità, previsioni*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 15 novembre/15 dicembre, 2000, pp. 20-22.

- DRADI G., *Un bene comune di zona. Sussidiarietà e concertazione nella costruzione del Piano di Zona*, in “Animazione Sociale”, n. 3, 2002, pp. 82-88.
- DUCCI V., *La documentazione nel servizio sociale*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 1, 1989, pp. 54-55.
- FAZZI L., *Il Metodo nella costruzione dei piani di zona*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 5, 2002, pp. 1-5.
- I piani di zona dei servizi*, in “Servizi Sociali”, n.1, 1996, (numero monografico).
- MASINI R., *Mutamenti e metodologie di lavoro dell'operatore sociale*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 4, 1988, pp. 50-60.
- MOLINATTO P., ed., “Il lavoro sociale produce cultura?”, in *Animazione sociale*, n. 2, 2000, pp. 89-96.
- NEVE E., *Significati della documentazione nel lavoro dell'assistente sociale*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 2, 1993, pp. 24-40.
- PESARESI F. *La governance dei Piani sociali di zona*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 20, 2003, pp 1-7.
- Speciale L. 328/2000, Legge Quadro per la realizzazione di un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali. Problemi e prospettive*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie” n. 20/22, 2000, pp.1-64.
- STRASSOLDO R., «Pianificazione», in Demarchi F. – et al., ed., *Nuovo dizionario di sociologia*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1994³, 1474-1486.

3) Documentazione e materiale vario:

a. Leggi e Decreti

- L. n. 300 del 20 maggio 1970 “Norme sulla tutela della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento” in G.U. n. 131 del 27 maggio 1970.
- L. n. 142 dell' 8 giugno 1990 «Ordinamento delle autonomie locali», in G.U. n. 135 del 12 giugno 1990.
- L. n. 335 dell'8 agosto 1995 «Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare», in G.U. n. 190 del 16 agosto 1995.

- L. n. 662 del 23 dicembre 1996 «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», art. 2, c. 203, in G.U. n. 303 del 28 dicembre 1996.
- L. n. 162 del 21 maggio 1998, «Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con *handicap* grave», in G.U. del 29 maggio 1998 n. 123.
- L. n. 328 dell' 8 novembre 2000 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», in G.U. n. 265 del 13 novembre 2000, S.O. n. 186.
- LC n. 3 del 18 ottobre 2001 «Modifiche del titolo V della Costituzione», in G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001.
- Dlg n. 112 del 31 marzo 1998 «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59», in G.U. n. 92 del 21 aprile 1998 – S.O. n. 77 (Rettifica G.U. n. 116 del 21 maggio 1997).
- Dlg n. 229 del 19 giugno 1999 «Norme per la realizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419», in G.U. n. 165 del 16 luglio 1999, S.O. n. 132.
- Dlg n. 267 del 18 agosto 2000, «Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali», in G.U. n. 227 del 28 settembre 2000, S.O. n. 162.
- Dpcm 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie», in G.U. n. 129 del 6 giugno 2001.
- LR n. 30 del 9 settembre 1998 «Riordino e Programmazione dei Servizi Sociali della Regione e modifiche alla LR n. 42 dell'8 agosto 1994 in materia di organizzazione e funzionamento delle USL» della Regione Liguria.

b. Siti Internet:

- www.ambitosocialepesaro.it/ver_02/pagine/2.0/2.2.htm: sul ruolo dell'operatore sociale in ambito locale.
- www.associazionedeicostituzionalisti.it/materiali/anticipazioni/avvio/index.html: sulla giurisprudenza sul nuovo Titolo V della Costituzione.

www.cesiav.vie.it: sulle novità della legge quadro.

www.cgil.it/ufficiostampa/STATO%20SOCIALE/Assistenza/assistenza2.htm: sui sette strumenti previsti dalla riforma.

www.comune.genova.it/comune/organigramma/org_generale.htm: sull'organigramma dei servizi alla persona e divisioni territoriali nel Comune di Genova.

www.comune.genova.it/sociale/Integrazione/testo.htm: sui livelli essenziali di assistenza.

www.comunedieste.it/suap/proc02.htm : sulla Conferenza dei Servizi.

www.emmeerre.it/news_letters/art01s.htm: sulle innovazioni della legge di riforma.

www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/librobianco_welfare/indice.html: sul «nuovo welfare» del *Libro Bianco* governativo (a. 2001).

www.mulino.it/edizioni/volumi/schda_volume.php?vista=scheda&ISBNART=09294-3: sulla concertazione.

www.valutazione.it: per la consultazione della Rivista *Rassegna italiana di valutazione*.

INDICE DEGLI AUTORI

AIELLI; 29; 82	LO SCHIAVO; 38; 88
ARCHIBUGI; 29; 82	MAGGIAN; 36; 86
BAILEY; 29; 82	MANFREDI; 86
BATTISTELLA; 26; 88	MANNHEIM; 30; 86
BECCASTRINI; 31; 83	MASINI; 31; 89
BERTIN; 31; 83	MAZZA; 28; 86
BEZZI; 63; 88	MCLAUGHLIN; 29; 86
BRACKEN; 83	MOLINATTO; 31; 89
CANEVINI; 31; 84	MONDINO; 75; 87
CASALE; 79; 84	MORO; 30; 86
CESIAV; 5; 10	MOTTA; 75; 87
DAL PRA PONTICELLI; 84	NEVE; 31; 89
DE AMBROGI; 65; 85; 88	NIERO; 87
DEMARCHI; 29; 30; 31; 85; 89	NIGRIS; 76; 87
DUCCI; 31; 89	PESARESI; 25; 43; 45; 89
ETZIONI; 30; 85	RANCI; 29; 87
FALUDI; 30; 85	SERRA; 36; 57; 58; 70; 75; 87
FAZZI; 23; 89	STAME; 75; 78
FOLGHERAITER; 67; 75	STRASSOLDI; 29; 30; 31; 89
GANDOLFI; 67; 86	TERZANI; 29
GIUGNI; 31; 86	ZIELINSKY; 29; 88
LERMA; 28; 86	