

**VERIFICA DI PERCORSO**  
**A cura della Dott.ssa Adriana SUMINI**

**1. PUNTI DI PARTENZA: analisi di contesto**

- ❖ Indebolimento del ruolo dei **mondi vitali** intesi troppo spesso come "utenti" piuttosto che come **risorse** per il soddisfacimento dei bisogni
- ❖ **Delega** ai servizi formali di cura e prevalenza degli interventi specialistici rispetto a quelli globali ad **elevata valenza educativa**
- ❖ Elevata **autoreferenzialità** dei servizi specifici a fronte dell'elevata **complessità e mutevolezza dei bisogni sociali**
- ❖ Aumento di bisogni **individualizzati e relazionali**
- ❖ **Frammentazione e sovrapposizione** degli interventi
- ❖ **Limitatezza delle risorse**



L'esperienza all'interno della quale si è andata strutturando la realtà del **Gruppo Sintesi** ha permesso di evidenziare alcune delle possibili linee di indirizzo della sua attività futura, quali:

- costituirsi come strumento di ricerca nei confronti di una progettualità integrata che sappia rispondere alla domanda: quali strategie attivare per connettere persone, progetti, bisogni, diritti e doveri?

- superare esperienze di coordinamento fallimentari, favorendo l'aumento degli attori sociali protagonisti nella progettazione, attraverso la promozione della concertazione tra gli attori per affrontare concretamente la complessità dell'intervento in tema di prevenzione delle diverse forme di espressione del disagio e di promozione della salute.

- far crescere una cultura dell'integrazione attraverso il "fare integrazione" all'interno di una nuova strategia di attivazione territoriale del dialogo inter istituzionale e della promozione della partnership con il terzo settore, nella chiarezza dei ruoli e delle competenze.

- costituirsi come soggetto in grado di far crescere, attraverso il coinvolgimento dei singoli operatori, la cultura dell'integrazione e della multidisciplinarietà come strumenti per promuovere i diritti di cittadinanza di quanti si trovano, per diversi motivi, in una condizione di debolezza.

## 2. PREMESSE CULTURALI

- Ogni soggetto istituzionale e non, che si rapporta con i diversi contenuti della realtà territoriale di cui **fa parte**, produce un proprio punto di vista, una propria **rappresentazione della realtà su cui basa la propria operatività**

- Ogni soggetto è altresì produttore di **una conoscenza**, caratterizzata **dagli strumenti e dalle premesse** che utilizza e di cui è portatore

- Ogni soggetto sa che ciò che dice di sé, della realtà, ecc. non è mai tutto ciò che si potrebbe dire, anzi sa che questo è solo la **cornice con cui esprime la sua posizione e il suo modo di esplorare la realtà**

- Ogni soggetto è consapevole di essere **un punto, tra tanti altri**, della rete sociale e di appartenere ad un sistema di interazioni: i contributi originali che propone sono quindi il frutto combinato della propria capacità creativa e delle interazioni con gli altri soggetti sociali

- Ogni soggetto sa che l'attenzione **all'evolvere dei nuovi fenomeni** è generatrice di ricerca di nuove soluzioni, di cambiamento nelle forme concrete della presenza e dell'intervento

- Ogni soggetto è consapevole che ciò che dice di sé e della realtà che lo circonda è detto da **un osservatore immerso nella realtà osservata.**

- **Agio e disagio** sono due modi di definire e vivere la stessa realtà: sono due facce della stessa medaglia che è la vita nella sua natura processuale. **Agio, disagio, normalità** sono nomi che noi diamo a specifiche angolature della realtà, ma non sono la realtà.

- All'interno di un determinato contesto, le interazioni che legano i diversi soggetti che lo formano, possono **produrre fenomeni percepiti come disagio, come del resto possono risolverli.**

- I **parametri classici** con i quali si analizza il disagio (età del portatore, condizioni socio-economiche, ecc..) in realtà non lo rendono più comprensibile, né toccano le radici profonde del suo esistere. Le condizioni di emarginazione sociale o socio-culturale sono fattori che aggravano e rendono più profonda la condizione di disagio, con tutti i sintomi collaterali, ma che non necessariamente ne costituiscono la natura profonda.

- La **sofferenza** non è identificabile tout-court con la persona che la vive: la **persona** non è riducibile ai sintomi che porta.

- Le forme e le dinamiche con cui il disagio si manifesta nell'individuo e nei gruppi sono influenzate dal **momento storico** e dall'interazione singolo contesto, quindi esso è comprensibile solo a livello locale, all'interno di uno spazio-tempo definito.

- Le modalità d'intervento sul disagio sono condizionate dal giudizio in base all'"**accettabilità sociale**" che deriva da un determinato contesto e ne riflette norme e valori.

- La **complessità** è il paradigma con cui affrontare l'intervento nel sociale. La linearità, la consequenzialità sono concetti inadeguati per affrontare i problemi contemporanei, improntati alla differenziazione e alla discontinuità. E' necessario esplorare la complessità, la quale non va a gradi né a contrapposizioni, essa non ha contrario, come non vi è contrario al comportamento.

- Ogni soggetto che si definisce all'interno del territorio come agenzia di intervento sul disagio nel sociale, genera **processi di delega** da parte del contesto che devono essere utilizzati al fine di una restituzione e del cambiamento.

### 3. LA RETE

- **La dimensione di rete del lavoro sociale** emerge non appena ci si rende conto che in ogni momento interagiscono tra loro mondi culturali diversi ma interdipendenti, nella misura in cui, **ogni azione all'interno di un territorio, altro non è che il risultato di un intreccio complesso** e, quasi sempre implicito, di mondi conoscitivi, di significati che i diversi soggetti si scambiano in un tempo e uno spazio determinato.
- All'interno dell'approccio di rete e di fronte alla complessità del reale, **il paradigma che ci porta a pensare che il sistema territorio, sia conoscibile per successive disgiunzioni e semplificazioni, quasi con metodo anatomico, è inadeguato.**
- **La semplice conoscenza delle singole parti, dei diversi costituenti elementari del sistema territorio, non implica la comprensione del comportamento globale dello stesso nei confronti dei bisogni che al suo interno vengono espressi e delle modalità di risposta che esso esprime.**
- **Il tenere conto delle connessioni tra parti e tutto, tra pensiero e azione, tra mente e corpo** deve guidare la nostra riflessione sui nostri modelli di riferimento, sulle modalità con cui costruiamo il nostro giudizio e la nostra rappresentazione della realtà, come terreno di verifica della coerenza tra premesse e operatività.
- **Il chiederci "come" produciamo conoscenza prima del cosa conosciamo, diventa azione determinante per la comprensione dei meccanismi con cui un territorio produce inclusione, ascolto e dialogo tra i diversi soggetti e i rispettivi opposti.**
- Se infatti verificiamo cosa avviene nella comunicazione umana, ci rendiamo conto di come il dato trasmesso da chiunque si trovi nella posizione di trasmettitore divenga informazione solo nel momento in cui un soggetto ricevente contestualizza e trasforma il dato ricevuto con la propria griglia, o sistema lettore della realtà che lo circonda.
- **In sintesi, l'informazione che produciamo o che riceviamo su noi stessi, gli altri, il contesto di cui facciamo parte, è qualcosa di diverso dal dato e nasce nell'ascolto, all'interno di un processo di attribuzione di senso, creativo e personale, anche se socialmente condiviso. Il ricevente all'interno dei processi comunicativi che si strutturano, non è un semplice raccogliitore di dati ma è un soggetto creatore di significati, di rappresentazioni.**

- Questi significati e queste rappresentazioni sono i contenuti degli scambi quotidiani che avvengono tra i diversi soggetti e formano la struttura attraverso la quale noi leggiamo, interpretiamo, definiamo la realtà dell'altro e del contesto che ci circonda.
- **Non è sufficiente trattare il territorio come un sistema se non vengono articolati tutti gli snodi tra le varie parti di esso, le relazioni tra i sottosistemi, i significati che le diverse parti si scambiano, fino ad arrivare all'individuo.**
- Appare necessario un approccio **multidimensionale** alla conoscenza che riesca a tenere conto, nella metodologia che utilizziamo, della **soggettività**, del **mito**, dell'**amore**, di **ciò che è oscuro e irrazionale** e che non cessi di fare la spola tra l'empirico e la logica, senza sperare di poter ridurre l'uno all'altra.
- Ciò comporta che siamo consapevoli che abbiamo a che fare con una realtà fortemente instabile e mutevole, multifattoriale, scarsamente prevedibile, rispetto a cui siamo chiamati a costruire modelli di intervento.
- **L'atto conoscitivo di cui vogliamo essere protagonisti è qualcosa di più di un'osservazione: modifica l'oggetto osservato e modifica l'osservatore poiché è una decisione, una distinzione che operiamo nella nostra storia e con essa costruiamo il nostro universo e così facendo ci modifichiamo:**  
*"Noi scienziati sociali faremmo bene a tenere a freno la nostra impazienza di controllare un mondo che comprendiamo tanto imperfettamente. Il fatto di comprenderlo imperfettamente non dovrebbe alimentare la nostra ansia e accrescere così il nostro bisogno di controllo. Piuttosto, i nostri studi potrebbero ispirarsi ad un motivo più antico, ancorché oggi meno onorato: la curiosità per il mondo di cui siamo parte. La ricompensa per un tale lavoro non è il potere ma la bellezza" (G. Bateson).*
- Il nostro obiettivo è quello di **ridare capacità e competenze** per risolvere i propri problemi **alla comunità locale di cui siamo parte integrante, alle famiglie, ai gruppi formali e informali, agli individui.**
- **Il senso dell'intervento sociale secondo l'approccio di rete è infatti quello di permettere alle persone, ai gruppi informali e formali, di esprimersi come risorsa nell'interazione reciproca, piuttosto che come problema, di poter apprendere attraverso l'azione e quindi di poter produrre cambiamento rispetto ai meccanismi omeostatici presenti.**
- Per fare questo i contesti di apprendimento devono essere aperti al caso, all'incontro imprevisto con la diversità e al tempo, alla storia, per permettere quello che Bateson chiama deuterapprendimento, ovvero apprendere ad apprendere.

- **Il cambiamento è quindi legato alla sperimentazione di nuove modalità di apprendimento e pertanto alla creazione di nuove strategie. Si tratta di avviare processi di apprendimento dei modi in cui siamo portati a significare la realtà con cui ci rapportiamo, attraverso l'esplicitazione della nostra rappresentazione e l'apertura del dialogo con la pluralità di rappresentazioni presenti sul territorio.**
- **La ricerca di un metodo che si centri sull'analisi delle caratteristiche del contesto, delle relazioni e dei significati che al suo interno i diversi soggetti si scambiano piuttosto che sui risultati, definisce anche le condizioni per il superamento di una logica che si basa sul meccanismo causa-effetto.**
- **Perciò è importante attivare per noi stessi opportunità di apprendimento/cambiamento e al tempo stesso ridare dignità, capacità e competenze a persone, famiglie, gruppi formali e informali che i processi di stigmatizzazione sul territorio portano a definire attraverso l'oggettivazione del problema.**
- **Il pluralismo con cui ogni soggetto guarda se stesso e la realtà con cui si rapporta non è pertanto una scelta ideologica, ma è un presupposto scientifico su cui fondare la realizzazione di strumenti di conoscenza e comprensione della realtà che permettano la costruzione di un sapere e di una interpretazione della realtà multifattoriale, integrata e confrontabile, che permettano una lettura dialogica delle diverse rappresentazioni delle realtà e la produzione di connessioni dei diversi saperi.**

#### 4. L'ACCORDO DI PROGRAMMA

**ACCORDO DI PROGRAMMA per la costituzione del Gruppo Sintesi:**

Ex 142/90,  
PSN,328....

**"GRUPPO TERRITORIALE PER LA PROGETTAZIONE PARTECIPATA INTEGRATA DEGLI INTERVENTI DI POLITICA SOCIALE NEI CONFRONTI DEI BAMBINI, DEGLI ADOLESCENTI, DEI GIOVANI E DELLE FAMIGLIE"**

All'interno di questi contenuti si collocano gli elementi di continuità dell'azione del Gruppo Sintesi e l'avvio della nuova fase di lavoro sancita da un Accordo di programma che ufficializza e riconosce la realtà del Gruppo Sintesi e delle sue peculiarità:

- **la costituzione di una partnership tra gli enti a maggiore rilevanza istituzionale attorno ad obiettivi condivisi (ASL.8, Comune di Chieri, C.S.S.A.C.)**
- **il coinvolgimento della rete scolastica del territorio in tutte le sue componenti**
- **la partecipazione del privato sociale che agisce sul territorio**
- **l'assunzione delle linee generali in tema di programmazione partecipata come elemento richiesto dalla normativa nazionale (309/90, 104/92, 285/97, ecc...) e europea vigente**
- **la valorizzazione della comunità locale attraverso i percorsi di inclusione del volontariato e dell'associazionismo**
- **l'assunzione di riferimenti teorici metodologici per il superamento di azioni autoreferenziali.**

## 5. PERCORSO OPERATIVO

1. appropriarsi dell'esperienza fatta come elemento strutturante un'identità di gruppo all'interno di un percorso condiviso

2. accettare la sfida della multidisciplinarietà come strumento per leggere la realtà in cui si è inseriti e del percepirsi all'interno di un percorso di esplorazione permanente

3. collocarsi in rapporto ad obiettivi di politiche sociali e della salute locali

4. definirsi come il "contenitore" in cui costruire integrazione delle azioni dei singoli componenti

5. costruire un laboratorio di ricerca sociale, all'interno del quale continuare a confrontarsi, a costruire occasioni di conoscenza, cultura dell'intervento e dell'analisi dei bisogni reali del territorio

6. ripensare la struttura organizzativa a fronte della complessità emergente

7. sperimentarsi come contesto della coprogettazione nei confronti delle scadenze progettuali previste dalla L. 285/97.



## *I Gruppi di lavoro*



### *La progettualità sulla L.285*

- La scadenza per la presentazione dei progetti della L. 285 è la prima che interpella il Gruppo Sintesi e che ne mette in risalto la compatibilità con la legge stessa. *" Il Piano territoriale del secondo triennio va infatti pensato come strumento strategico per la costruzione di una politica organica "di comunità", rivolta ad infanzia ed adolescenza e a tutta la cittadinanza che interagisce con i bambini e i ragazzi. In questa direzione appare cruciale nei prossimi mesi riattivare processi di progettazione partecipata e tecnicamente ben istruita, che consenta la formulazione di Piani territoriali di comunità."*
- *" Rimane un'impostazione sostanzialmente non emergenziale dell'intervento per l'infanzia. Vengono identificate alcune aree cui sarebbe conveniente ed opportuno dare maggiore attenzione. Ad esempio, l'area dell'adolescenza, della genitorialità, delle città. Perché in questi anni è stato sempre più chiaro che la riduzione del disagio passa per la riduzione del degrado ambientale, relazionale, e quindi sociale. Per farlo occorre spesso che le città cambino volto."*
- La costituzione in ambito di Accordo di Programma del Gruppo Sintesi si è pertanto andata a collocare all'interno di questo riferimento normativo come strumento coerente per la progettazione partecipata, che consente la formulazione di Piani territoriali di comunità: all'interno dei gruppi di lavoro sono stati elaborati i Progetti su: "Il Sistema Informativo Integrato" , "Comunicare tra mondi diversi per progettare il futuro" e "Educatori sul territorio" che verranno presentati nel piano territoriale degli interventi per la promozione dell'agio.
- Azioni coerenti e compatibili al perseguimento delle sue finalità (promuovere percorsi di approfondimento e di studi comuni per costruire una base formativa e un linguaggio condiviso con cui analizzare i fenomeni e predisporre eventuali soluzioni, agire sui processi comunicativi, attivare strategie di ampio respiro che sappiano coinvolgere il maggior numero di persone possibile) e alla realizzazione dei Compiti congiunti (Art.5: costruire una maggiore consapevolezza della conoscenza che viene prodotta all'interno del territorio al fine di esplicitare i rispettivi modelli di lettura e di interpretazione della realtà, costruire una nuova conoscenza attraverso l'utilizzo di un'ottica multidisciplinare, costruire una "mappa" delle risorse, dei bisogni, dei rischi, dei danni che riguardano la popolazione infantile, adolescenziale, giovanile, attraverso la messa in comune delle diverse "mappe" e delle diverse "reti" in cui ogni realtà o ente è collocato).

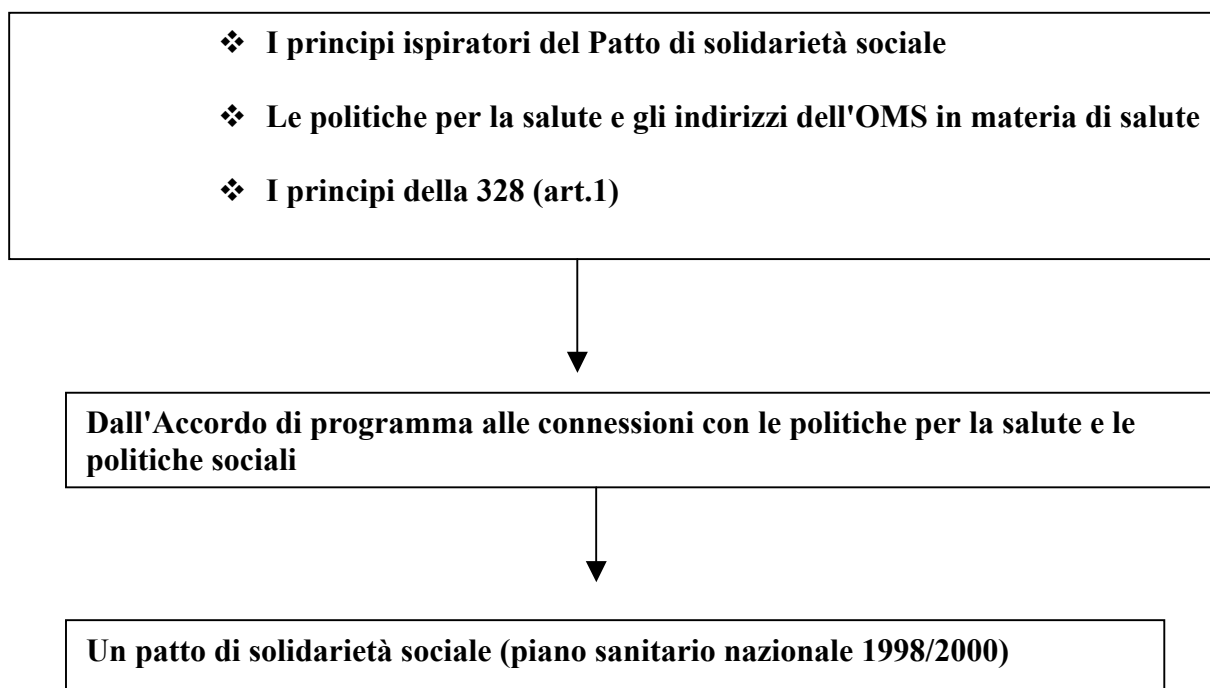
### *La costituzione della Cabina di Regia*

- La costituzione della Cabina di regia, prevista dall'Art.3 dell'Accordo di Programma, come strumento di governo di un processo complesso è un'azione che si realizza nell'integrazione di diverse esigenze che sono presenti in questa fase: da un lato, la necessità di dare concretezza alla logica orizzontale, di partnership tra enti e realtà, che ispira il Gruppo Sintesi; dall'altra la scelta metodologica di non avere un "capo", ma strumenti di governo del processo che sappiano costruire coerenza tra premesse, azioni e obiettivi. La Cabina di Regia, ad oggi, si è dotata, al suo interno, di una funzione di verbalizzazione delle sue riunioni indispensabile per gli atti deliberativi degli enti.
- A differenza del Gruppo Sintesi che, in quanto Gruppo che deve produrre inclusione e partecipazione, deve fare i conti con una variazione costante dei propri confini, la Cabina di Regia, in quanto strumento di governo del processo deve esprimere in modo esplicito i criteri della sua composizione e le eventuali strategie attivate o attivabili per perseguire questo obiettivo.
- Affinchè sia possibile ad ogni Ente e realtà firmataria avviare al suo interno le procedure decisionali proprie per definire l'impegno di risorse e di spesa, è stato quantificato e pianificato l'attività stessa della Cabina di Regia (quanti incontri mensili, di quale durata) e del Gruppo Sintesi.
- Questo significa altresì avviare la riflessione sulla modalità di lavoro che oggi il Gruppo Sintesi si è data attraverso i tre sottogruppi: possono essere pensati come strumenti permanenti? possono assumere all'interno della progettualità che stanno esprimendo per la L.285 una funzione strategica? L'avviare la riflessione su questo elemento organizzativo significa riflettere sulla loro importanza in quanto momenti che maggiormente offrono la possibilità di un confronto diretto e uno scambio di esperienze
- L'approvazione della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali interpella direttamente il Gruppo Sintesi e richiede diversi livelli di approfondimento

### **CONTENUTI DI VERIFICA E VALUTAZIONE**

- Gli obiettivi specifici o parziali raggiunti in questa fase di lavoro e i processi che sono stati attivati, ma non conclusi, all'interno delle singole realtà, all'interno del Gruppo Sintesi, all'interno del territorio
- Gli atti ufficiali degli Enti e realtà firmatarie dell'Accordo di Programma rispetto alla funzione di rappresentanza dell'ente stesso all'interno della Cabina di Regia e di partecipazione ai gruppi di lavoro, all'assunzione e adesione ai contenuti dell'Accordo di Programma, all'accreditamento del consulente e delle sue funzioni da parte della sua committenza
- La riflessione sulla modalità di lavoro che oggi il Gruppo Sintesi si è data attraverso i tre sottogruppi
- **Le strategie inclusive e di attivazione di percorsi di partecipazione delle realtà territoriali al Gruppo Sintesi e dei diversi ambiti degli Enti aderenti, tenendo conto dei diversi livelli di adesione, di partecipazione e della necessità di aprire il dialogo sull'Accordo di Programma con il maggior numero di soggetti territoriali possibili, a partire dagli amministratori locali e dei territori appartenenti al Consorzio dei servizi sociali del Chierese e del distretto dell'ASL8 e collocando l'Accordo di Programma all'interno della L. 328**
- **L'avvio della fase del "raccontarsi", della costruzione delle "mappe" avviato dai gruppi di lavoro sui progetti sul Sistema Informativo Integrato, sulla funzione ascolto e sulla progettualità con gli adolescenti**
- **L'ipotesi di lavoro che vedrebbe il Gruppo Sintesi come il soggetto territoriale per l'elaborazione del PIANO DI ZONA**

## 5. GRANDI CORNICI DI RIFERIMENTO



- ❖ *La salute come bene fondamentale per la persona e per la collettività*
- ❖ *Universalismo, Eguaglianza e Solidarietà*
- ❖ *Equità sociale significa un SSN sano*
- ❖ *Necessità di cambiamento*
- ❖ *Un sistema nazionale che valorizza le responsabilità regionali e aziendali*

- ❖ **Un patto di solidarietà per la salute: la pluralità di soggetti (i cittadini, gli operatori sanitari, le istituzioni, i produttori non profit e profit, il volontariato, gli organi e gli strumenti di comunicazione, la comunità europea e internazionale. I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare)**

- ❖ **Il patto con i cittadini: responsabilità diretta e consapevole, diritti e doveri, partecipazione e concertazione, gestione territoriale della salute**
- ❖ **Il patto con gli operatori**

- ❖ **Il patto con gli altri settori di intervento: La ricerca sui determinanti non sanitari della salute ha evidenziato il ruolo critico di fattori sociali ed economici, che si pongono al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari. Gli interventi su questi determinanti la salute richiedono un coordinamento intersettoriale, a livello governativo, regionale e locale, che si traduca in strategie condivise per obiettivi comuni**

❖ **Il patto per la cooperazione con le istituzioni: la salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale non è il mero prodotto dell'amministrazione sanitaria e dei correlati servizi articolati. Deve rappresentare piuttosto un obiettivo perseguito da tutte le istituzioni che, pur non avendo una diretta competenza sanitaria, esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione**

❖ **Il patto con il volontariato:.....e svolge un ruolo importante nella valutazione partecipata della qualità dell'assistenza e della prestazione.**

**OBIETTIVI DI SALUTE: UN PROGETTO NAZIONALE PER LA SALUTE**

❖ **Promuovere la salute, non solo migliorare i servizi:**

*obiettivo I. Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute (educazione alla salute)*

*obiettivo IV. Rafforzare la tutela dei soggetti deboli (politiche sociali)*

*obiettivo V. Portare la sanità italiana in Europa: Sistema informativo sanitario (Integrare i diversi sistemi informativi sanitari fra loro e con i sistemi informativi della Pubblica amministrazione; Potenziare i sistemi informativi a livello locale e sviluppare connessioni di rete; Migliorare i protocolli di raccolta e di elaborazione dei dati; Valorizzare e diffondere il patrimonio informativo sanitario) (sistema informativo integrato)*

❖ **L'integrazione sociosanitaria.** Nei Piani regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica, a cui destinare congrue risorse adottando anche il metodo dei Progetti obiettivo (area materno infantile, handicap, anziani, salute mentale, tossicodipendenza, patologie oncologiche e infezioni da HIV)

- **Integrazione istituzionale.** L'integrazione istituzionale nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, scuola, ecc.....) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali la convenzione e gli accordi di programma. Il distretto è la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del SSN, dei Comuni, della solidarietà locale). Il distretto è la struttura operativa che meglio permette di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse.

❖ **L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei "21 punti per la salute nel ventunesimo secolo" della Dichiarazione di Jakarta (luglio 1997), fa riferimento alla promozione della salute quale obiettivo che si consegue attraverso la capacità della comunità e delle formazioni sociali di influenzare attraverso adeguate politiche sociali i determinanti della salute.**



## 6. POLITICA DEI SERVIZI E POLITICA PER LA SALUTE

- **La responsabilità di migliorare la salute della popolazione appartiene all'intera società civile e in primo luogo a chi governa la cosa pubblica e formula politiche e indirizzi, e non può essere delegata ai soli servizi sanitari**
- La maggiore debolezza del SSN probabilmente sta proprio nella sua capacità di distogliere l'attenzione dei decisori politici da una visione più vasta della salute e, in particolare, dagli strumenti politici più appropriati per promuoverla e sostenerla
- **E' anche chiaro però che né il SSN né alcun altro modello di servizio sanitario può di per sé farsi carico delle più vaste responsabilità di migliorare la salute della popolazione. Esse infatti appartengono all'intera società civile e in primo luogo a chi governa la cosa pubblica e formula politiche ed indirizzi**
- **Il PSN introducendo questa distinzione tra politica di salute e politica dei servizi configura un vero e proprio salto di paradigma**
- **L'accento viene posto sul concetto di "sistema di salute" distinto da quello di sistema sanitario. Il miglioramento della salute richiede un riorientamento del ruolo e dell'ambito della politica pubblica e il riconoscimento che molti altri servizi e settori hanno un contributo vitale da offrire**
- Il rapporto Lalonde del 1974 (Ministro della sanità canadese) rappresentò il primo documento ufficiale di un governo occidentale che riconoscesse che l'enfasi posta sui sistemi sanitari biomedici non è di per sé appropriata al miglioramento della salute. Sottolineando la differenza tra "sistemi sanitari" e "ambito della salute" esso proponeva miglioramenti sia dell'assistenza sanitaria che dello stato di salute, affrontando problemi come alloggi, salute ambientale e promozione della salute.
- **Il PSN contiene l'esplicito riconoscimento che una politica per la salute per poter essere efficace deve andare oltre la semplice assistenza sanitaria. Data la molteplicità dei vari determinanti della salute e della malattia, una politica pubblica per la salute che intenda migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze deve intervenire in una varietà di aree.**
- L'analisi contenuta nel PSN non si discosta molto dalla classica definizione che l'OMS dà della salute: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o lesione"

- Un tale concetto di salute è estremamente complesso da usarsi nella pratica in quanto trasforma ogni politica in politica per la salute. In una cornice concettuale che faccia da base ad una politica per la salute, **i vari determinanti della salute possono essere schematizzati in:**

**NON MODIFICABILI (genetica, sesso, età), SOCIO-ECONOMICI (povertà, occupazione, esclusione sociale), AMBIENTALI (aria, acqua e alimenti, abitato, ambiente sociale e culturale), STILI DI VITA (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol, attività sessuale, farmaci), ACCESSO AI SERVIZI (istruzione, tipo di sistema sanitario, servizi sociali, trasporti, attività ricreative)**

- **Ciò che una classificazione come quella sopra presentata non indica è la natura e il senso dell'interazione tra i diversi fattori e categorie di determinanti e il momento della loro comparsa nell'arco della vita che può essere veramente cruciale per la salute dei singoli e della popolazione**
- **Politiche della salute possono nascere soltanto all'interno di un contesto ed in una cornice concettuale che riconoscano la natura dinamica del sistema e l'interazione tra i vari elementi**
- **L'approccio di una politica per la salute riconosce che le attività di molte istituzioni e gruppi organizzati, oltre il sistema sanitario, possono avere un importante impatto sulla salute della comunità. Di conseguenza assume che ogni azione che voglia essere efficace a migliorare la salute deve vedere agire queste organizzazioni e gruppi in un sistema di alleanze**

- Nelle parole dell'OMS: "Implicito è il riconoscimento che non esiste una relazione lineare tra causa ed effetto ma un processo iterativo più complesso con molti diversi percorsi e meccanismi di feed-back. Molti determinanti hanno un loro specifico effetto ma la sinergia tra più determinanti crea una rete di causalità che ha un significativo impatto sulla salute. La promozione della salute mira ad identificare e a lavorare su e attraverso quelle combinazioni di fattori che conducono al maggior guadagno in salute in una popolazione nella sua interezza con una minimizzazione del divario esistente tra l'esperienza di salute dei diversi gruppi"
- **Con i Piani per la Salute, tale strategia è fondata sull'ipotesi che vede, da una parte, la responsabilità degli enti locali a partecipare in prima persona alla funzione di committenza per l'assistenza sanitaria e sociale e, dall'altra, la responsabilità del SSN di rispondere ai bisogni di assistenza sanitaria.**
- Particolare importanza viene data ad una più vasta strategia di salute che riconosca che il contributo dei servizi sanitari individuali allo stato di salute è significativo ma limitato, paragonato ai determinanti "ambientali" e "comportamentali"
- Il Piano per la Salute rappresenta " il piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria"
- **Esso richiede il coinvolgimento più vasto possibile, il rafforzamento delle alleanze esistenti e la creazione di nuove. Si basa infatti sul presupposto che le attività di molte istituzioni, particolarmente gli enti locali, il terzo settore, il privato sociale, lo stesso settore produttivo privato e vari gruppi organizzati, oltre che il sistema sanitario, hanno un potenziale importante impatto sulla salute della comunità**

- **Ogni azione per la salute che voglia essere efficace deve vedere agire queste organizzazioni e gruppi in un sistema di alleanze: il PPS costituisce un Patto Locale di Solidarietà per la Salute, la Conferenza Sanitaria Territoriale rappresenta la sede del coordinamento intersettoriale che definisce le strategie condivise per obiettivi comuni tra: le istituzioni, il volontariato, i produttori**
- **La "programmazione negoziata", che sta alla base di tale strategia, presuppone modalità di partecipazione che consentano la collaborazione non subordinata di tutti gli attori sociali e stimolino un coinvolgimento concreto di chi attualmente resta in una posizione di passività**

## L. 328/00: LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI



- Art.1 c. 3: la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni e allo stato.....secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, .....
- Art.1 c.4: gli enti locali, le regioni e lo stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato.....operanti nel settore della programmazione, della organizzazione e della gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- Art.1 c.5: Alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, associazioni e enti di promozione sociale, fondazioni e enti di patronato, organizzazioni di volontariato e altri soggetti privati. **Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata**
- Art.1 c.6: **la presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1**
- Art.3 c. 1: **per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere**
- Art.3 c. 2: **i soggetti di cui all'art.1, c. 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:**
  - **Coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro**
  - **La concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'art.1, c.4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del SSN**

## ART.6: FUNZIONI DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI



### I Comuni e la riforma dell'assistenza:

- Introduce principi e strumenti assolutamente innovativi: l'operatività del Fondo sociale nazionale (art.20), il principio di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni (art.24), l'estensione del Rmi (art.23), l'autorizzazione e l'accreditamento (art.11), il diritto all'informazione (art.2), la trasformazione dall'utente al cittadino (art.3)
- Ognuno di questi strumenti o principi richiede una programmazione e atti regolamentativi di cui i Comuni si dovranno far carico
- Bisogna domandarsi quali strategie e quali iniziali azioni introdurre per far sì che effettivamente il Comune svolga la sua funzione di regista della programmazione - progettazione - realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete (art.6)
- Inoltre come riconoscere correttamente le condizioni dei bisogni essenziali dei cittadini e come concretamente agire perché siano non solo teoricamente, ma sostanzialmente riconosciuti come diritti esigibili le prestazioni e i servizi essenziali (art.2)
- IL Piano di zona che è definito di norma in accordi di programma tra i Comuni, d'intesa con le ASL e con la partecipazione del Terzo settore rappresenta lo strumento indicato
- Dentro a questo sistema decentrato si colloca il ruolo del Comune, vero e proprio regista del sistema integrato dei servizi che si sviluppa all'interno di un forte processo di sussidiarietà orizzontale
- La prima criticità è come creare una forma di governo che consenta a livello territoriale di sostenere processi di concertazione e coprogrammazione con tutti i soggetti attivi
- Come condurre il sistema locale a condividere le analisi dei fenomeni e la scelta degli obiettivi, come individuare le potenzialità e le risorse che ciascuno può impegnare a fronte di linguaggi, riferimenti teorici, esperienze e interessi anche economici diversi
- In altre parole come mantenere l'identità di ciascuno evitando il disimpegno del settore pubblico e introducendo le corresponsabilità e la negoziazione fra gli attori in campo
- Alcuni ostacoli appartengono all'autoreferenzialità dei soggetti del terzo settore che in sede locale non riescono spesso a definire processi condivisi di rappresentanza, alla difficoltà di individuare le giuste modalità di integrazione sociosanitaria, all'autoreferenzialità di ciascuna istituzione e degli operatori pubblici

**ALL'INTERNO DEL GRUPPO SINTESI**

**La promozione e valorizzazione della  
partnership**

**Chieri, Città educativa**

## IL PIANO DI ZONA

- ❖ Dalla 285/97 (promozione dei diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza) che per prima, nelle politiche sociali ha previsto quanto poi recepito nella legge di riforma: mettere attorno allo stesso tavolo, per la realizzazione di **piani di intervento e accordi di programma, i soggetti maggiormente coinvolti nel processo di progettazione dei servizi (i comuni, l'asl, i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale)**
- ❖ L'articolo 19 individua nel Piano di zona lo strumento strategico dei Comuni associati per il governo locale dei servizi sociali. La sua istituzione sancisce una tendenza già avviata (vedi legge 285/97) in cui i Comuni o le associazioni di comuni, parallelamente alla progressiva delega delle funzioni gestionali al privato sociale, sono chiamati ad affinare la loro funzione di programmazione e governo delle politiche sociali.
- ❖ Il **Piano di zona** si configura pertanto come lo **strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione fra i vari servizi, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali, la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi.**
- ❖ Funzione del **Piano di zona** *è di dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali individuandone i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica, le condizioni di valutazione.*
- ❖ **L'Accordo di programma** in questo contesto diventa il momento di sintesi giuridica delle scelte condivise e le rende operative sul territorio
- ❖ Le ragioni culturali che argomentano e giustificano questa tendenza sono legati all'aumento della complessità dei diversi livelli di intervento dello Stato sociale e la moltiplicazione dei livelli territoriali connessi al principio di sussidiarietà verticale e orizzontale
- ❖ Le conseguenze dell'implementazione di questa logica sono:
  1. **Aumenta il numero di soggetti pubblici che hanno competenze rispetto ad una determinata domanda o bisogno a cui rispondere**
  2. **L'intervento pubblico si innesta su terreni dove operano in modi e forme differenti gruppi "privati"**(organizzazioni non profit, volontariato, associazioni, gruppi, organizzazioni for profit.....)
- ❖ **Governare** questo scenario implica un certo livello di complessità al quale va aggiunto il fatto che molti degli interventi sociali, con finalità curative o preventive, non sono servizi con prestazioni rigidamente stabilite, ma luoghi ove intrecciare relazioni e vivere esperienze, microsocietà dove vengono create molteplici funzioni
- ❖ **Il governo di tale complessità comporta anche a livello locale l'adozione di una nuova strumentazione sia per quanto riguarda la progettazione degli interventi sia per quanto riguarda la loro attuazione e valutazione**

- ❖ **Il Piano di zona** in questo quadro può svolgere il compito di organizzare soggetti diversi, con interessi specifici rispetto alla posta in gioco, che intervengono sui bisogni e sulla domanda sociale di una determinata comunità locale, di ribaltare la logica razionale - lineare della scelta della miglior soluzione possibile tra una serie di alternative per progettare con un'ottica incrementale, strategica e flessibile di fronte alla complessità crescente
- ❖ **La scommessa del Piano di zona** è di divenire il canale attraverso il quale progettare l'intervento sociale locale, tenendo conto delle caratteristiche effettive di tale intervento e considerandolo come **politica pubblica, organica e di comunità**
- ❖ **La costruzione di un Piano di zona** sulle politiche sociali richiede una rilevante capacità strategica, in termini di indirizzo e orientamento, ma anche di costruzione del consenso nei confronti del sistema degli attori sociali: richiede il passaggio da una prospettiva di **government**, intesa come funzione esclusiva del soggetto pubblico, ad una prospettiva di **governance**, intesa come attività di governo svolta attraverso la mobilitazione effettiva di una serie di soggetti per intraprendere azioni e politiche appropriate in **contesti dinamici e affollati di attori**
- ❖ **Il Piano di zona** dovrà pertanto favorire lo sviluppo della capacità di **governance degli enti locali**, mettendo in campo le competenze e gli strumenti adeguati per perseguire tale obiettivo, assumendo valore sia nei suoi contenuti: le linee e gli indirizzi di politica sociale locale, sia nel processo di costruzione che deve rappresentare una garanzia di efficacia per la realizzazione delle politiche progettate
- ❖ **Il Piano di zona** dovrà essere costruito come **strumento dinamico** con caratteristiche di incisività, di appartenenza effettiva agli attori che devono attuarlo, di visibilità cioè essere noto ai diversi soggetti che compongono la rete dei servizi e delle opportunità locali
- ❖ **I rischi** connessi ad una corretta realizzazione dei piani di zona possono essere legati a:
  1. **Una interpretazione rigida del mandato legislativo che trasformerebbe questo strumento per sua natura dinamico in una ulteriore razionalizzazione statica che ne limiterebbe la possibilità di progettare gli interventi nel sociale secondo un'ottica progettuale e strategica**
  2. **"una iper pianificazione" legata alle molte richieste di pianificazione (a livello locale i Piani di zona, i Piani territoriali ex 285, i Piani territoriali ex 45, i piani strategici delle ASL, i programmi delle attività distrettuali, ecc., a livello sovralocale il Piano nazionale e il Piano regionale previsti all'art.19 della riforma)**
  3. **la concertazione fra i diversi soggetti che la legge prevede richiede (come ben sappiamo) l'avvio di complessi processi di progettazione partecipata che richiedono l'assunzione di una funzione di "regia" in grado di esprimere abilità e competenze, oggi poco presenti negli enti locali**
- ❖ Per garantire l'efficace costruzione dei piani di zona appare importante presidiare la funzione di pianificazione attraverso la creazione di **luoghi organizzativi che possano dare valore a tale funzione, la definizione di tempi e modalità di raccordo con gli altri strumenti di programmazione locale**: piano territoriale ex 285, piano territoriale ex 45, piani strategici delle Asl, il programma di attività distrettuali, oltre che curare la redazione di sistemi di valutazione in itinere ed ex post delle azioni previste dal Piano.

***AMBITI DEL PIANO DI ZONA DAL PIANO NAZIONALE SOCIALE***

- **Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari**
- **Rafforzare i diritti dei minori**
- **Potenziare gli interventi di contrasto della povertà**
- **Sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare le persone anziane e le disabilità gravi)**
- **Sono trasversali a questi ambiti: la prevenzione delle dipendenze e l'integrazione delle persone straniere**

## GRUPPO SINTESI E PIANO DI ZONA

1. Le premesse culturali e metodologiche
2. Il ruolo delle politiche sociali rispetto ai determinanti la salute
3. Il dialogo inter istituzionale e il coinvolgimento degli operatori
4. La territorialità
5. Una metodologia di lavoro
6. Il coinvolgimento della scuola
7. La partecipazione del privato sociale, del volontariato e dell'associazionismo
8. La struttura organizzativa, funzioni e competenze

