



**Documento di
programmazione
delle Politiche Sociali**

PIANO di ZONA 2012-2014



INDICE

Premessa

IL PERCORSO DI COSTRUZIONE PARTECIPATA DEL
QUARTO PIANO DI ZONA **pag. 2**

Prima Parte

L'ANALISI DEL CONTESTO **pag. 5**

- 1.1. Elementi di analisi socio-demografica
- 1.2. Elementi di analisi della spesa
- 1.3. La rete dei servizi e delle opportunità
- 1.4. Dalla lettura dei dati

Seconda Parte

LA VISION **pag. 15**

- 2.1 Visioni consolidate e nuove visioni
- 2.2 Imprenditori di reti sociali
- 2.3 La co-progettazione
- 2.4 L'integrazione

Terza Parte

LE AREE DI PRIORITA' **pag. 22**

- 3.1 La Presa in Carico Integrata
- 3.2 Il Lavoro di Comunità
- 3.3 Il Modello organizzativo
- 3.4 I Progetti sperimentali

Quarta Parte

LA VALUTAZIONE **pag. 46**

- 4.1 Oggetto della valutazione - Quadro sintetico degli obiettivi
- 4.2 Come, cosa, perché valutare
- 4.3 Valutazione come processo partecipato
- 4.4 Ruoli e responsabilità

A cura di:

- **Gruppo di Lavoro tecnico-politico**
"Quale futuro per il Welfare locale?"
- **Ufficio di Piano**
- **Tavolo Locale del Terzo Settore - Commissione operativa**
- **Comunità Sociale Cremasca**



Premessa: IL PERCORSO DI COSTRUZIONE PARTECIPATA DEL QUARTO PIANO DI ZONA

Quando nel 2002 una circolare regionale chiedeva ai Comuni di provvedere alla redazione del primo Piano di Zona ai sensi della Legge 328 del 2000, Sindaci e Operatori Sociali del cremasco hanno fatto la scelta di non fermarsi all'adempimento, ma di valorizzare anche in campo sociale la positiva azione di raccordo intercomunale che era già stata sperimentata in altri contesti operativi.

Per questo motivo nel Distretto Cremasco si è data molta importanza al "percorso" di costruzione del Piano di Zona.

Certamente, dalla prima edizione ad oggi, abbiamo fatto molta strada e il processo di condivisione, confronto e coinvolgimento è stato caratterizzato da una continua crescita, nonostante i momenti di stallo, le fatiche e le incomprensioni.

Il nuovo ciclo di programmazione triennale (2012-2014) è stato vissuto in modo attivo fino dal mese di Aprile 2011. Infatti, in occasione dell'Assemblea dei Sindaci del 28 Aprile 2011, sono state ulteriormente poste in evidenza le condizioni di problematicità della situazione complessiva del sistema dei servizi, sempre più esposti ad una crescente e diversificata richiesta a fronte della riduzione delle risorse disponibili.

In quel contesto, l'Assemblea esprimeva un mandato per la costituzione di un gruppo di studio che assumesse il compito di ipotizzare nuove prospettive di lavoro in campo sociale per fronteggiare in modo attivo una situazione di "fatica e demotivazione" che rischiava di compromettere la positività dell'esperienza di accordo sovra comunale, interistituzionale e con le realtà delle comunità locali.

Una serie di incontri congiunti tra gli amministratori che compongono il Comitato Ristretto dell'Assemblea dei Sindaci e altri

amministratori che siedono nel Consiglio di Amministrazione di Comunità Sociale Cremasca, ha permesso di delineare la costituzione del gruppo sopracitato. Mantenendo una fedele rappresentanza territoriale, sono stati individuati 7 amministratori locali (Sindaci e Assessori) che hanno assunto il ruolo di "promotori del cambiamento" nel tentativo di rispondere alla domanda **"Quale futuro per il welfare locale?"**. Gli Amministratori coinvolti nel gruppo sono stati: Capetti (Crema), Gandioli (Soncino), Cavalli (Romanengo), Polig (Pandino), Baruelli (Gombito) Dagheti (Bagnolo Cremasco) Bernardi (Sergnano). Accanto agli amministratori sono entrati a far parte del gruppo le seguenti figure tecniche: 2 coordinatrici di sub ambito (Adenti e Pedrazzini), il coordinatore del Tavolo Locale del Terzo Settore (Ricci), 2 referenti dell'Azienda consortile (Coralini e Vighi) e 2 referenti del Comune di Crema (Stanghellini e Zaniboni), ente capofila del Piano di Zona.

Grazie ad un finanziamento specifico acquisito dalla Fondazione CARIPLO si è potuto beneficiare anche del supporto metodologico e della preziosa consulenza dello Studio APS: la Dott.ssa Manoukian e la Dott.ssa Marabini hanno accompagnato il percorso del gruppo fin dal suo nascere, attraverso interventi diretti e momenti di confronto per la preparazione degli incontri.

Inoltre, la partecipazione del coordinatore dell'Ufficio di Piano di Crema al Tavolo Regionale per la costruzione delle nuove Linee Guida regionali per il nuovo Piano di Zona ha permesso di portare all'interno del gruppo elementi di confronto e riflessione oggetto di analisi anche a livello regionale.

Il percorso di costruzione partecipata è stato quindi strutturato in più **FASI**:

FASE UNO (Giugno/Ottobre 2011) in questo periodo il gruppo "Quale futuro per il welfare locale?" ha fatto un'esperienza concreta di cosa significhi ripartire alla conoscenza dei fenomeni, dall'analisi del contesto e dalla valutazione delle

tipologie di persone che accedono ai servizi per ripensare il nostro modo di operare. Sono emerse visioni diffuse, routine cognitive, modalità di intervento “stratificate” e poco aderenti alla realtà. Si è lavorato per delineare nuove ipotesi, strade diverse, strategie di cambiamento rispetto ad un modello consolidato di lavoro sociale che non appare sostenibile ed efficace.

Il prodotto di questa fase di analisi e riflessione è stato un sintetico documento dal titolo **“Ipotesi per il welfare locale”**.

FASE DUE (Novembre 2011-Gennaio 2012) per favorire il confronto allargato sulle nuove ipotesi di lavoro evidenziate dal gruppo con tutti i soggetti sottoscrittori e aderenti al Piano di Zona, sono stati organizzati 2 Workshop per operatori sociali e 1 incontro dedicato agli Amministratori locali.

Nelle giornate del 21 e del 28 Novembre circa 150 operatori sociali (appartenenti ad associazioni di volontariato, cooperative sociali, diocesi, organizzazioni sindacali, forum del terzo settore, servizi sociali comunali, servizi dell’ASL e dell’Azienda Ospedaliera, ...) hanno dimostrato una significativa adesione alla proposta del nuovo approccio al lavoro sociale e, pur evidenziando la gravità della situazione dovuta alla contrazione delle risorse, hanno espresso una chiara disponibilità alla partecipazione e all’impegno fattivo, aprendo interessanti prospettive di lavoro.

L’incontro dedicato ai Sindaci e Assessori del 6 dicembre ha visto la partecipazione di 24 amministrazioni comunali. Anche in questa occasione è emersa la necessità di attribuire nuovi significati alle politiche sociali e i partecipanti hanno condiviso la forte esigenza di investimento sulla conoscenza dei fenomeni per delineare scelte strategiche coerenti alla realtà. L’incontro è stata una positiva occasione per coinvolgere altri amministratori che sono diventati soggetti attivi nello sviluppo delle fasi successive, impegnandosi ad “agganciare” i

collegi sindaci e assessori per i momenti di confronto nei sub ambiti territoriali.

La fase due si è conclusa con l’importante seminario dal Titolo **“Progetti a confronto”** organizzato il 17 gennaio 2012. In questa occasione si è condiviso come alcune sperimentazioni legate ai progetti realizzati nel corso del terzo Piano di Zona (2009-2011) abbiano già anticipato dei percorsi di cambiamento nel modello di intervento sociale, valorizzando il lavoro di comunità e l’integrazione delle risorse per la “presa in carico” dei problemi. Di particolare rilievo la presentazione, in questa occasione, della Carta d’Ambito Distrettuale (www.cartambitocremasco.it) sviluppata con una regia dedicata da parte della Commissione Operativa del Tavolo Locale del Terzo Settore. Anche questo incontro è stato caratterizzato da un elevato numero di partecipanti.

FASE TRE (Gennaio-Febbraio 2012) la necessità di “richiamare” ad una piena interpretazione del ruolo di regia che compete alle amministrazioni locali ha caratterizzato questa fase del percorso, mediante la realizzazione di una serie di Focus territoriali organizzati a livello di sub ambito. In ogni aggregazione di comuni sono stati quindi organizzati 2 incontri di cui: il primo dedicato ai sindaci, agli assessori e agli operatori dei servizi comunali; il secondo aperto a enti, associazioni, parrocchie, realtà del volontariato locale.

Gli incontri hanno avuto l’obiettivo di favorire, a livello maggiormente diffuso, la consapevolezza della necessità di un profondo cambiamento nel ruolo delle amministrazioni locali nei confronti delle comunità di vita. Le esemplificazioni locali hanno permesso di vedere come non si sia all’anno zero, ma che seppur in campi limitati e sperimentali, già sono in atto percorsi virtuosi di lavoro di comunità che dimostrano, nei fatti, la concreta possibilità di portare a sistema un nuovo modello di lavoro sociale, sempre meno improntato su modalità erogatorie e sempre più concentrato sul lavoro di rete.

Nel dettaglio sono stati organizzati i seguenti incontri:

- Sub ambito di Crema: 23 febbraio e 1 marzo (oltre 50 partecipanti)
- Sub ambito di Castelleone: 29 febbraio e 5 marzo (oltre 40 partecipanti);
- Sub ambito di Bagnolo Cremasco: 16 febbraio e 1 marzo (oltre 20 partecipanti);
- Sub ambito di Pandino: 15 febbraio e 29 febbraio (oltre 50 partecipanti);
- Sub ambito di Sergnano: 1 e 5 marzo (oltre 30 partecipanti);
- Sub ambito di Soncino: 20 febbraio e 2 marzo (oltre 80 partecipanti).

I Focus territoriali hanno visto la partecipazione di molte realtà locali, dimostrando la ricchezza del nostro territorio. Il clima dei diversi incontri è stato molto positivo: **è stato condiviso un forte desiderio di partecipazione, la richiesta di proseguire nel coinvolgimento e nel confronto, oltre l'eccezionalità del momento, ma nella quotidianità e nella regolarità dell'essere comunità.**

FASE QUATTRO (Febbraio-Marzo 2012) per la sintesi dei diversi momenti e per giungere alla redazione del presente documento.

In questa fase sono stati attivati tutti i luoghi formali di incontro e di partecipazione: con il Tavolo Locale del Terzo Settore, sia come Commissione Operativa (16 febbraio 2012), sia come Assemblea di tutti i soggetti aderenti (15 marzo 2012); con il Forum Locale del terzo Settore (14 marzo 2012); con le Organizzazioni Sindacali (14 marzo 2012); una nuova serie di incontri di sub ambito (seconda metà di marzo).

La fase di redazione ha visto il ruolo di regia ancora attribuito al gruppo di lavoro composto da amministratori e tecnici, con il supporto dell'intero Ufficio di Piano .

Nella redazione è stata coinvolta in modo attivo la Commissione Operativa del Tavolo Locale del

terzo Settore, con riferimento alla Quarta Parte del documento.

Particolare attenzione è stata posta anche al raccordo interdistrettuale grazie al lavoro di confronto con il livello provinciale, con l'ASL - Direzione Sociale e con gli Uffici di Piano di Cremona e Casalmaggiore (che ha portato alla condivisione di un documento di Integrazione Socio Sanitaria 2012-2014) e con l'Amministrazione Provinciale.

Un elemento meritevole di nota è stata la costante pubblicazione delle bozze intermedie (e non definitive) delle diverse parti del documento su UDPBLOG, il Blog dell'Ufficio di Piano di Crema (www.udpcrema.blogspot.com), per facilitare la lettura dei testi, per acquisire commenti, critiche, integrazioni, conferme, ...

La fase quattro ha trovato conclusione nell'evento finale del 28 marzo 2012: un convegno di presentazione del Piano di Zona e a seguire l'Assemblea dei Sindaci per l'approvazione del documento e per la sottoscrizione del nuovo Accordo di Programma.

Il processo, il percorso, la strada ... l'attenzione ai compagni di viaggio ...

Questo Piano di Zona è stata un'ulteriore occasione per costruire relazioni, allacciare legami, per consolidare il capitale sociale che, ne siamo certi, ... sono risorse importanti per le nostre comunità locali.

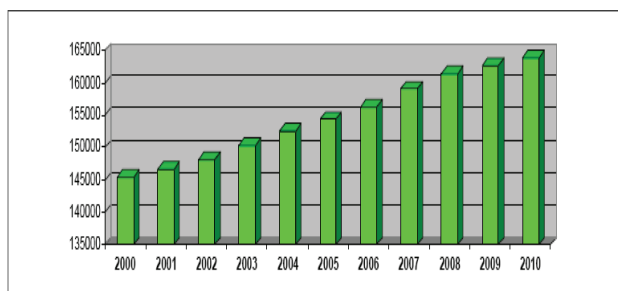


Prima Parte: L'ANALISI DEL CONTESTO

1.1 Elementi di analisi socio-demografica

L'ambito territoriale Cremasco comprende 48 Comuni, di diversa estensione, per una popolazione complessiva, al 31/12/2010, pari a 163.769 abitanti (17.757 unità in più rispetto al 2000).

Grafico 1 Trend della popolazione residente nel cremasco - fonte Ufficio Statistica Provincia di Cremona



Il territorio si estende su 572 Km² con una densità di popolazione pari a 285,85, superiore alla media provinciale (pari a 205,36) ma inferiore alla media regionale (pari a 417,74).

Si evidenzia, nella tabella seguente, una forte disomogeneità inerente l'indice di densità del territorio cremasco, infatti a fronte di n. 10 Comuni con una densità inferiore a 115,00, ben 27 Comuni riportano una densità demografica superiore alla media provinciale, e di questi, n. 10 hanno una densità superiore anche alla media regionale:

COMUNE	Kmq	TOTALE residenti	DENSITA'
MONTE CREMASCO	2,35	2.351	1000
CREMA	34,63	34.144	986
VAIANO CREMASCO	6,25	3.919	627
TRESCORE CREMASCO	5,93	2.931	494
OFFANENGO	12,52	5.893	471
BAGNOLO CREMASCO	10,37	4.841	467
VAILATE	9,77	4.499	460
PIANENGO	5,87	2.617	446
PALAZZO PIGNANO	8,89	3.916	440
PIERANICA	2,75	1.181	429

Su n. 163.769 abitanti dell'intero Ambito, la **popolazione femminile** occupa il 51,03% e la **popolazione maschile** il 48,97%. Si conferma così, in linea con il dato nazionale, la maggiore presenza di donne nella popolazione: valore che si distribuisce in modo piuttosto omogeneo tra i Comuni.

La tabella successiva riporta le percentuali delle varie **fasce di età** rispetto alla Provincia Cremonese e ai singoli Distretti (Fonte Ufficio Statistica Provincia di Cremona).

	CREMA	CREMONA	CASALMAGGIORE	PROVINCIA
0-2 anni	4798	4258	1161	10217
%	2,93	2,66	2,91	2,81
3-5 anni	4781	4065	1062	9908
%	2,92	2,54	2,67	2,72
6-10 anni	7596	6535	1796	15927
%	4,64	4,08	4,51	4,38
11-13 anni	4477	3972	1032	9481
%	2,73	2,48	2,59	2,61
14-18 anni	7338	6477	1769	15584
%	4,5	4,1	4,4	4,3
19-64 anni	103605	96963	24024	224592
%	63,3	60,6	60,3	61,8
65-74 anni	16525	17941	4085	38551
%	10,09	11,21	10,25	10,6
oltre 75 anni	14656	10777	4913	39346
%	8,95	12,36	12,33	10,82

A livello distrettuale si evidenzia, in linea con il livello regionale, che il 18% della popolazione è collocata nella fascia d'età 0-18 anni, il 63% nella fascia d'età 19-64 anni, e il rimanente 19% oltre i 65 anni, (Livello Regionale: 19% fascia d'età 0-18 anni, 61% fascia d'età 19-64 anni, 20% oltre i 65 anni).

Significativo è anche il dato relativo alla **distribuzione della popolazione giovanile**, infatti il 47,43% dei giovani cremonesi al di sotto

dei 18 anni è residente nel territorio cremasco, il 41,41% nel distretto cremonese e soltanto l'11,16% vive nel casalasco.

Alcune considerazioni interessanti emergono, inoltre, dall'analisi degli **indici demografici**: l'indice di vecchiaia del Distretto di Crema è, per esempio, il più basso del territorio provinciale: ogni 100 bambini di età compresa tra 0 e 14 anni sono presenti 135 persone anziane (di età superiore a 65 anni), contro i 167 del casalasco e i 187 del territorio cremonese. Il tasso di vecchiaia ricalca il corrispettivo indice: il 19% della popolazione cremasca supera i 65 anni, contro il 23,58% di quella cremonese e il 22,58% degli abitanti del casalasco. In effetti a Crema sono presenti 3,26 anziani per ogni bambino al di sotto dei 6 anni, mentre il numero aumenta a 4,05 anziani per bambino nel casalasco e a 4,53 nel cremonese.

	Crema	Cremona	Casalmaggiore	Provincia
indice di vecchiaia	135,28	187,07	167,03	160,29
tasso di vecchiaia	19,04	23,58	22,58	21,42
anziani per bambino	3,26	4,53	4,05	3,87
indice dipendenza totale	49,50	56,69	56,51	53,35
indice dipendenza giovanile	21,04	19,75	21,16	20,50
dipendenza senile	28,46	36,94	35,35	32,85
Indice di struttura popolazione attiva	119,69	130,45	120,25	124,26

I **nuclei familiari** nell'intero ambito distrettuale sono n. 66.862. Dall'analisi effettuata dal Tavolo Famiglia Conciliazione e Solidarietà Sociale della Provincia di Cremona si evidenzia che le famiglie unipersonali si attestano al 26%, le famiglie con due persone 29%, le famiglie con tre persone 24%, le famiglie con cinque o più componenti 5%. Il numero medio dei componenti i nuclei familiari si attesta al 2,4%. Le famiglie del territorio provinciale con almeno un minore sono il 27%, e quelle con un membro anziano (over 65) sono il

33%. Il numero delle persone coniugate nel periodo 2004-2010 è aumentato del 3%, mentre i celibi/nubili dell'8%. L'età media dell'età del matrimonio è di 33,3 anni per gli uomini, e 30,2 anni per le donne. L'età media della nascita del primo figlio si attesta a 30,1 anni.

In relazione all'attuale crisi economica che ha investito l'Italia, si evidenzia un **cambiamento degli scenari sociali** con particolare attenzione alla fascia d'età dei cosiddetti giovani. Infatti il 37% dei giovani celibi/nubili (tra i 25 e i 34 anni) vive ancora con almeno un genitore, e il tasso di disoccupazione giovanile si attesta attorno al 26,4% (tasso di disoccupazione totale 6,6%, tasso di disoccupazione femminile 7,7%). Di seguito un grafico esplicativo degli avviamenti al lavoro anno 2010.

2%	• Apprendistato
6%	• A progetto
19%	• Somministrazione
45%	• Determinato
26%	• Indeterminato
2%	• Altre comunicazioni
Il 72% degli avviamenti riguardano contratti deboli e precari	

Si prevede che in un anno solo l'11% degli occupati a tempo determinato vedranno trasformare il proprio contratto a tempo indeterminato, e che trascorso un anno la posizione delle donne e dei giovani fino a 24 anni tende a cronicizzarsi in contratti deboli/precari. Ancora più preoccupazioni desta il tasso di inattività giovanile (18-29 anni) pari al 29%.

Negli ultimi dieci anni la percentuale di individui **di 65 anni e oltre** è aumentata dal 18,4% nel 2001 al 20,3% nel 2011 (fonte Istat), con un incremento, a livello nazionale, di ben 1,8 milioni di individui per questa classe di età. Particolarmente veloce è stata anche la crescita della popolazione di 85 anni e oltre. Nel 2001, i cosiddetti "grandi vecchi" erano 1 milione 234 mila, pari al 2,2% del totale. Oggi sono 1 milione

675 mila, pari al 2,8% del totale. La stima delle persone ultracentenarie si è addirittura triplicata dal 2001 al 2011, da circa 5 mila 400 individui a oltre 16 mila.

Come conseguenza dell'aumento della popolazione anziana, **l'età media della popolazione** continua a crescere: da 41,7 anni nel 2001 a 43,5 nel 2011.

Le tabelle di seguito riportano la **struttura della popolazione > 65 anni** nel periodo 2003 – 2010 – Distretto Cremasco.

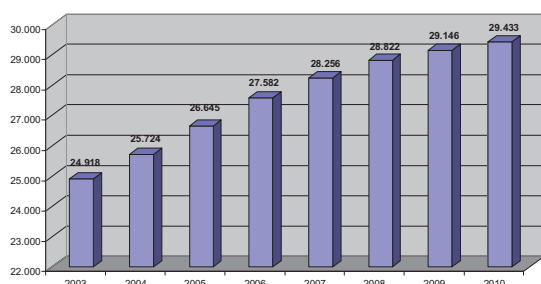


Grafico 2 Trend di crescita della popolazione anziana nel distretto cremasco

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
Fascia età 66 - 75 anni	14.503	14.857	15.365	15.808	16.057	16.285	16.365	16.419
Fascia età 76 - 85 anni	8.418	8.971	9.357	9.583	9.796	9.953	10.081	10.171
Fascia età oltre 85 anni	2.076	1.973	2.025	2.303	2.535	2.766	2.922	3.096

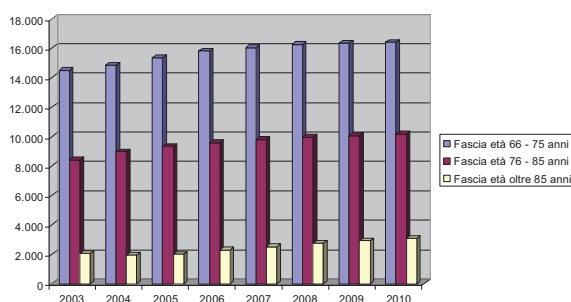


Grafico 3 Andamento della popolazione anziana periodo 2003-2010

Da una ricerca effettuata dalla Provincia di Cremona nell'anno 2009, che ha coinvolto 605 famiglie con **figli disabili** tutti inseriti in un percorso scolastico (dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di II grado), residenti nella Provincia di Cremona, si è evidenziato

che più di due terzi sono ragazzi disabili di sesso maschile, mentre solo il 32,4% sono di sesso femminile.

Circa il 48,3% dei soggetti vive nel Distretto Cremonese, con una quota consistente nel Comune capoluogo (18,8%). Nel distretto di Crema, che raccoglie il 39,8% dei casi, solo il 5,9% vive nel Comune di Crema, mentre il restante 33,9% vive negli altri Comuni del Distretto. L'ultimo 11,7% vive nel Casalasco.

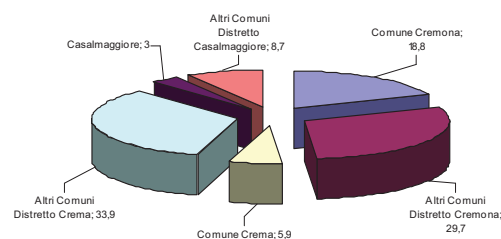


Grafico 4 Alunni con disabilità nella provincia di Cremona

Un elemento conoscitivo interessante è rappresentato dalla tabella successiva dove nella riga viene presentata l'età della prima certificazione e nella colonna l'età attuale dei giovani disabili.

	3-5 anni	6-10 anni	11-14 anni	15-17 anni	18 anni e oltre	Totale
0-2 anni	68,0	29,7	23,5	22,0	30,8	28,7
3-5 anni	32,0	39,4	17,9	18,6	17,9	27,0
6-10 anni		30,9	49,4	37,3	33,3	36,7
11-14 anni			9,2	18,6	5,1	6,1
15-17 anni				3,5	12,9	1,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fra i disabili che hanno al massimo 5 anni, circa due terzi hanno registrato la prima certificazione entro i due anni d'età, percentuale che si riduce per le fasce d'età successive, per poi crescere sopra il 30% per i disabili maggiorenni.

Nel distretto sono 15.194 gli **immigrati stranieri** regolarmente residenti, pertanto gli stranieri presenti nell'intero territorio cremasco,

rappresentano il 9,3% della popolazione dell'Ambito.

Da una stima elaborata dall'Osservatorio Provinciale di Cremona, la presenza di stranieri irregolari è pari al 6%.

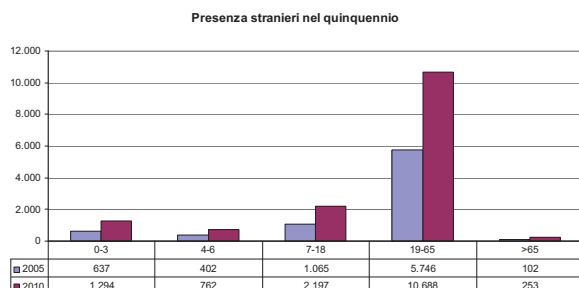


Grafico 5 Trend presenza stranieri nel distretto anni 2005/2010

La popolazione straniera dal 2005 al 2010 si è duplicata, passando da 7.952 presenze alle 15.194 attuali.

Si evidenzia inoltre l'aumento significativo dei giovani stranieri, con particolare attenzione alla fascia 0-3 anni e quella 7-18 anni.

Rispetto ai paesi di origine si segnala che nell'ultimo decennio la presenza di immigrati provenienti dall'est Europa è cresciuta del 600%, a fronte di un aumento del 250% per i nordafricani (meno di 11mila) ed inferiore al 200% per gli africani del Centro-sud (meno di 4mila). Per quanto riguarda gli altri macrogruppi nazionali, invece, gli asiatici sfiorano le 11mila presenze in provincia di Cremona a metà 2010, più del quadruplo di quante ad inizio 2000, e i latinoamericani superano le 2mila, con un ritmo di crescita decennale del 450%, nonostante il valore assoluto ancora molto basso.

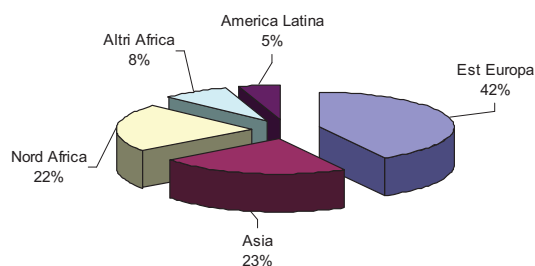


Grafico 6 Percentuali paesi di provenienza



1.2 Elementi di analisi della spesa

-A- La spesa sociale e sociosanitaria in Lombardia

Il dato regionale riferito alla spesa sociale e socio-sanitaria evidenzia come soltanto poco più del 6% della spesa complessiva costituisce l'insieme delle risorse che rientra nella sfera di programmazione dei Comuni associati e degli ambiti distrettuali. Il 64% delle risorse è trasferito dal livello centrale direttamente ai cittadini attraverso il sistema previdenziale. Il 14% della spesa complessiva è definita e gestita direttamente dalla Regione ed un'ulteriore 7% viene programmata dalle singole amministrazioni comunali senza coordinamento sulle priorità. Infine gli utenti finanziano con risorse proprie il 7% del totale della spesa mediante diversi strumenti di compartecipazione alla copertura dei costi.

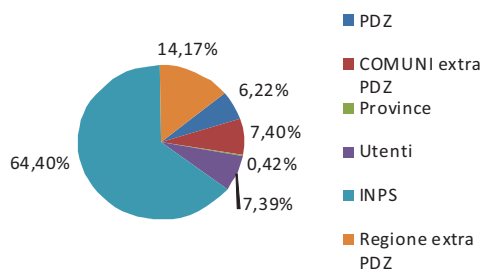


Grafico 7 Rappresentazione disaggregata spesa sociale e sociosanitaria Lombardia - Fonte Cergas (stima 09)

Nei due grafici successivi vengono illustrati il livello di contribuzione alla spesa sociale e socio-sanitaria da parte degli enti istituzionali e degli utenti e la spesa sociale pro-capite dei Comuni lombardi suddivisi per fasce demografiche.

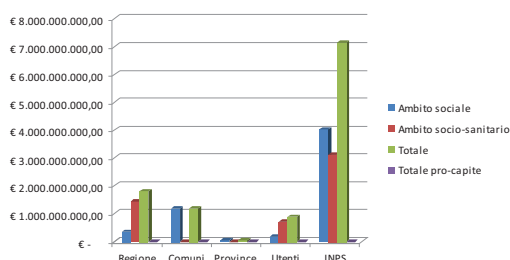


Grafico 8 Contribuzione alla spesa sociale e sociosanitaria Lombardia - Fonte Cergas

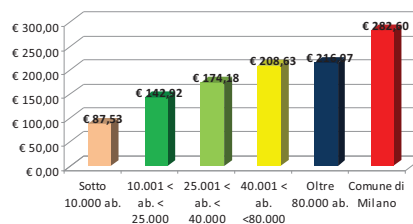


Grafico 9 Livello di spesa sociale procapite dei comuni lombardi - Fonte Cergas

-B- La spesa sociale in Provincia di Cremona

Analizzando i dati di sintesi forniti dall'ASL di Cremona (spesa 2010), nella figura seguente viene riportata la suddivisione della spesa nei tre distretti della Provincia:

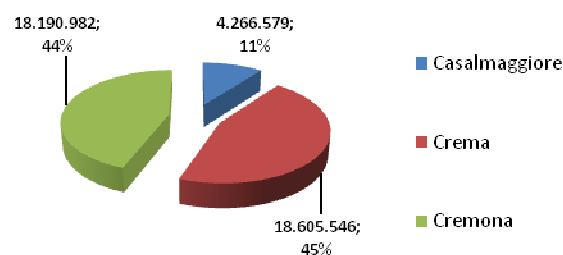


Grafico 10 Riparto della spesa sociale nei tre distretti

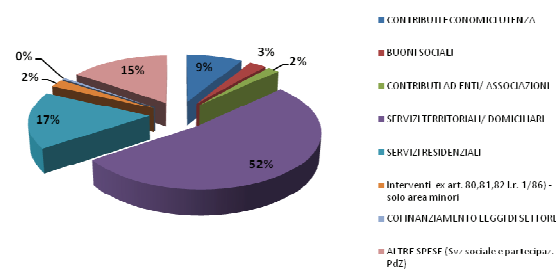


Grafico 11 Suddivisione per tipologie di intervento a livello provinciale

A livello provinciale il 52% della spesa sociale complessiva è assorbita dagli interventi territoriali/domiciliari seguiti per un 17% dalle spese per servizi residenziali. Per quanto riguarda la dimensione economica delle aree di intervento prevalgono gli interventi nell'area minori - famiglia (34%), seguiti dall'area della disabilità (17%). Poco significativi risultano i dati della spesa nel settore dell'immigrazione e delle dipendenze.

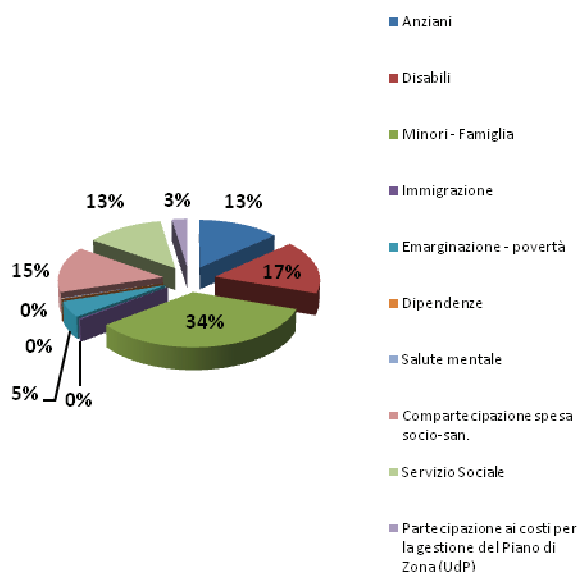


Grafico 12 Suddivisione spesa sociale per aree di intervento a livello provinciale

-C- La spesa sociale nei Comuni dell'Ambito Distrettuale di Crema

I dati aggregati riferiti all'anno 2010 evidenziano una spesa sociale complessiva che si attesta a €. 18.605.546,00 con un valore di spesa media pro-capite distrettuale pari ad €. 113,61.

Di seguito viene rappresentata la spesa sociale pro-capite suddivisa e ordinata tra gli Enti Locali del distretto cremasco:

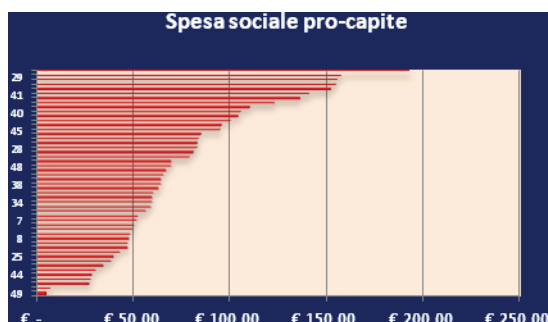


Grafico 13 Spesa sociale media procapite comuni distretto - Anno 2010 – Asse verticale ID comuni come da Tabella al termine del paragrafo

Dall'analisi dei dati emerge un quadro eterogeneo a livello distrettuale; al netto delle due Unioni di Comuni, la forbice va da un valore min. di €. 28,09 ad un valore max. di €. 193,42. Si confermano altresì alcune valutazioni espresse

più volte in differenti tavoli programmatici riguardo i Comuni che nell'ambito sociale cremasco presentano la spesa più alta (i primi 5 in ordine decrescente sono Spino, Pandino, Bagnolo, Offanengo e Crema); oltre a risultare più rilevanti in termini demografici e prossimi alla direttrice Milano – Cremona, questi vedono un tendenziale incremento della spesa pro-capite all'approssimarsi dell'area sud-milanese.

Il grafico successivo illustra il trend crescente della spesa sociale territoriale.



Grafico 14 Spesa sociale procapite distretto - Anni 2009-2010

Rappresentando i dati di spesa in modo disaggregato per aree di utenza, la configurazione della spesa sociale nel territorio cremasco è la seguente:

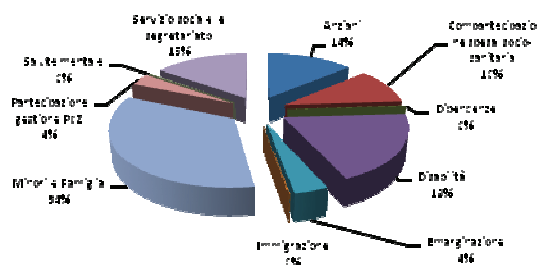


Grafico 15 Distribuzione della spesa per area/utenza di intervento

L'area minori e famiglia rappresenta quella di maggiore impegno da parte dei Comuni cremaschi; nel 2010 circa il 34% di risorse è stato destinato per questa tipologia di interventi; segue l'area della disabilità dove gli interventi costituiscono il 19% del dato complessivo di spesa.

Nel biennio 2009-2010 emerge una riduzione del trend di spesa sull'area degli anziani ed un progressivo incremento per quanto concerne gli

interventi relativi alla disabilità e minori e famiglia.

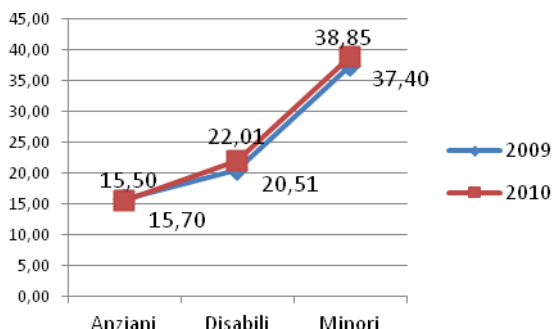


Grafico 16 Andamento della spesa sociale procapite - Anni 2009-2010

Nell'anno 2010, la ripartizione tra spese per servizi / interventi a gestione diretta (es. trasporto sociale, centro sociale anziani, SAD, assistenza economica generica, canoni di locazione, contributi enti e associazioni etc.) e spese in servizi a gestione delegata ha privilegiato la prima forma gestionale; infatti il 50% della spesa è stata gestita in forma diretta. La voce "appalto/concessione" che comprende altresì i servizi convenzionati si attesta al 19% della spesa mentre la somma dei trasferimenti per le gestioni associate risulta pari all'11% delle risorse. In quest'ultimo caso si evidenzia come la spesa per le gestioni associate dei servizi effettuate a livello di sub-ambito (trasferimenti ad altro Ente non coincidente con l'ente capofila) risulta pari al 3% delle risorse economiche impiegate.

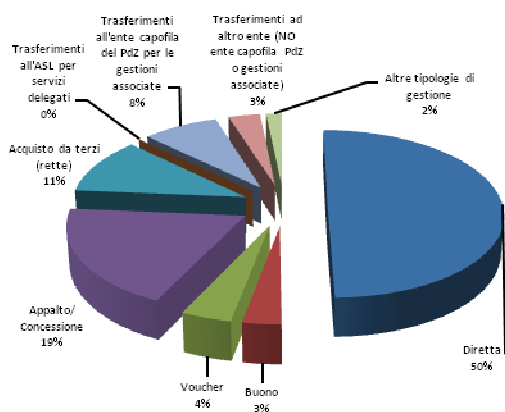
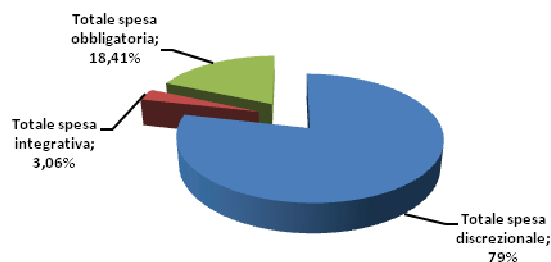


Grafico 17 Suddivisione spesa sociale per tipologie di gestione

Come si evince dal grafico successivo la spesa discrezionale rappresenta il 79% della spesa totale del territorio. Per quanto concerne la spesa obbligatoria (servizi residenziali, spese per tutela minori) e la spesa integrativa (Buoni sociali e cofinanziamento leggi di settore), esse assorbono rispettivamente il 18,41% ed il 3,06% della spesa sociale complessiva.

Grafico 18 Suddivisione tipologie di spesa sociale



Comune	Spesa sociale complessiva	Spesa media procapite	ID
UNIONE FONTANILI	€ 29.119,00	€ 6,18	49
UNIONE GERUNDO	€ 131.499,00	€ 8,20	50
FIESCO	€ 33.116,00	€ 28,09	19
CASTEL GABBIANO	€ 13.649,00	€ 28,80	11
TORLINO VIMERCATI	€ 12.998,00	€ 29,21	44
RICENGO	€ 56.556,00	€ 31,51	33
QUINTANO	€ 32.352,00	€ 34,90	32
PIERANICA	€ 45.942,00	€ 38,90	31
MONTODINE	€ 105.125,00	€ 40,29	25
MOSCAZZANO	€ 36.590,00	€ 43,51	26
PIANENGO	€ 124.535,00	€ 47,62	30
GENIVOLTA	€ 56.887,00	€ 47,76	20
CASALETTO CEREDANO	€ 57.169,00	€ 48,12	8
CUMIGNANO SUL NAVIGLIO	€ 21.600,00	€ 48,87	17
DOVERA	€ 199.750,00	€ 50,48	18
MONTE CREMASCO	€ 120.282,00	€ 51,16	24
CASALE CREMASCO	€ 97.048,00	€ 52,32	7
SALVIROLA	€ 62.442,00	€ 53,10	39
GOMBITO	€ 37.400,00	€ 57,27	21
CAPRALBA	€ 147.840,00	€ 59,61	6
RIPALTA ARPINA	€ 63.372,00	€ 60,13	34
AGNADELLO	€ 229.097,00	€ 60,67	1
CAMPAGNOLA CREMASCA	€ 42.194,00	€ 60,80	4
CAMISANO	€ 83.847,00	€ 63,96	3
ROMANENGO	€ 201.734,00	€ 65,22	38
CAPERGNANICA	€ 136.885,00	€ 65,37	5
TRIGOLO	€ 117.659,00	€ 66,25	46
TICENGO	€ 30.088,00	€ 67,77	43
VAILATE	€ 315.065,00	€ 70,03	48
CREMOSANO	€ 109.757,00	€ 70,63	16
CREDERA RUBBIANO	€ 131.324,00	€ 79,40	14
CASALETTO VAPRIO	€ 145.583,00	€ 81,60	10
PALAZZO PIGNANO	€ 325.936,00	€ 83,44	28
MADIGNANO	€ 251.036,00	€ 83,90	23
RIPALTA CREMASCA	€ 288.301,00	€ 84,55	35
RIPALTA GUERINA	€ 45.198,00	€ 85,44	36
TRESCORE CREMASCO	€ 279.643,00	€ 95,41	45
CASALETTO DI SOPRA	€ 52.586,00	€ 95,96	9
IZANO	€ 208.604,00	€ 100,68	22
CHIEVE	€ 236.883,00	€ 105,19	13
SERGNANO	€ 391.111,00	€ 106,42	40
VAIANO CREMASCO	€ 435.013,00	€ 111,00	47
CASTELLEONE	€ 1.186.833,00	€ 123,59	12
RIVOLTA D'ADDA	€ 1.100.515,00	€ 136,61	37
SONCINO	€ 1.098.335,00	€ 141,63	41
CREMA	€ 5.207.199,00	€ 152,47	15
OFFANENGO	€ 911.510,00	€ 155,18	27
BAGNOLO CREMASCO	€ 757.804,00	€ 155,83	2
PANDINO	€ 1.444.492,00	€ 158,18	29
SPINO D'ADDA	€ 1.356.043,00	€ 193,42	42
TOTALI	€ 18.605.546,00	€ 113,61	

1.3 La rete dei servizi e delle opportunità

La presentazione della rete dei servizi e del sistema dell'offerta in ambito sociale e sociosanitario viene sviluppata attraverso un rimando alla CARTA d'AMBITO CREMASCO. Questo strumento è stato realizzato nel corso del Piano di Zona 2009-2011, quale obiettivo che il Tavolo Locale del Terzo Settore – Commissione Operativa - ha fatto proprio come scelta di **comunicazione attiva**.

La Carta d'Ambito è uno strumento in continua evoluzione, che si aggiorna grazie al contributo di tutte le realtà che compongono la rete. Per questo motivo la Carta d'Ambito è consultabile online all'indirizzo www.cartambitocremasco.it.

La Carta d'Ambito è uno strumento comunicativo che si propone di:

- orientare le persone nell'individuazione di possibili percorsi per accedere ai servizi pubblici e del privato sociale e per conoscere ed usufruire delle opportunità che il territorio cremasco offre;
- presentare la rete dei servizi sociali e sociosanitari e delle relative unità d'offerta promosse dal sistema pubblico e dalle diverse realtà del privato sociale;
- dichiarare i parametri di qualità dei servizi e delle strutture che hanno superato un percorso di accreditamento in conformità ai criteri previsti dalla normativa del settore;
- favorire la conoscenza delle opportunità e dei luoghi all'interno dei quali esercitare il ruolo di cittadini attivi attraverso un impegno nel volontariato, una disponibilità gratuita di tempo o di competenze, un'apertura all'accoglienza per "stare vicino" a chi può aver bisogno.

Oltre a presentare i servizi strutturati promossi nel Distretto Cremasco, la Carta si propone di dare visibilità a tutte le **Risorse del Territorio** esistenti, indicando i servizi ed interventi

promossi dalle organizzazioni del Terzo Settore del cremasco.

Certamente questo strumento si caratterizza come un "lavoro in divenire" che non potrà mai essere completamente esaustivo e che tenderà continuamente ad accogliere elementi di cambiamento, di novità e di sviluppo.

Nel raccogliere l'enorme mole di dati, si è operata la scelta di delineare dei percorsi ideali di accesso alla Carta D'Ambito, al fine di "ordinare" le informazioni in relazione a possibili punti di interesse o aree di bisogno.

La metodologia adottata dei "percorsi" tenta di agevolare e supportare i cittadini, con l'obiettivo di rispondere a problematiche specifiche e più in generale migliorare la qualità della vita.

Ciascun "percorso" presenta alcuni servizi e interventi promossi dagli enti pubblici del territorio o da altre organizzazioni del privato sociale: si tratta di opportunità che vengono offerte ai cittadini, valorizzando e supportando il ruolo del singolo e della famiglia.



Questo nuovo strumento integra e completa con modalità comunicative più agevoli e accessibili, la presentazione dei servizi già reperibile su siti istituzionali dell'Azienda Consortile Comunità Sociale Cremasca e dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona.

1.4 Dalla lettura dei dati

Il confronto che è stato attivato sui dati ripresi in modo schematico e riassuntivo nei paragrafi precedenti ha permesso di individuare alcuni elementi di conoscenza del contesto che sono alla base delle successive sezioni.

Si richiamano di seguito alcuni elementi di sintesi:

-A- Il contesto socio demografico evidenzia la situazione di elevata problematicità connessa all'invecchiamento della popolazione.

Il dato “smaschera” senza mezzi termini l'insostenibilità e l'insussistenza di un sistema di risposte fondato sui modelli tradizionali di intervento (servizi diurni, residenziali o integrati).

Le risorse poste in campo pur essendo importanti in termini quantitativi (si pensi ai budget dedicati alla sola residenzialità) non sono in grado di fronteggiare le dimensioni del fenomeno che, cosa ormai nota, rimane a carico del sistema famiglia. E' per questo che un'azione programmatoria “coerente” con la lettura dei dati deve guardare oltre, alzare lo sguardo, cercare nuove strade e nuovi scenari.

- B- L'incremento della componente giovanile: dinamicità e tensioni.

L'incremento della componente giovanile, unitamente al fenomeno migratorio, ci permettono di valorizzarne gli elementi di dinamicità e di ricchezza per le comunità e per i nostri ambienti di vita. Ciò nonostante è necessario porre precisa **attenzione alle forti tensioni sociali** che caratterizzano le nostre comunità all'interno delle quali giovani, italiani e migranti, vivono la frustrazione e la fatica di non poter dare concretezza ai progetti, di non riuscire a formare una famiglia, di raggiungere un'autonomia (non solo economica) e una piena realizzazione dei propri potenziali.

La lettura dei dati chiama il programmatore a ridefinire le priorità e a riscoprire “target” negli ultimi anni dimenticati nei fatti, anche se

ricorrenti nei proclami: **gli adolescenti, i giovani, le giovani coppie, le nuove famiglie, ...**

- C- La presenza significativa di cittadini migranti richiede nuove attenzioni culturali.

La presenza significativa, in termini numerici, di cittadini migranti richiama la necessità di adottare chiavi di lettura congruenti con una società multietnica.

L'elevata presenza di bambini e ragazzi nella scuola non può essere affrontata con la scarsa destinazione di risorse per la prima alfabetizzazione.

La significativa quanto spesso occulta presenza di donne investe i servizi rispetto alla necessità di attenzioni (culturali prima che di altro tipo) adeguati a dare visibilità a presenze comunque numerose: la barriera linguistica tiene lontane le donne sia da relazioni con altre persone, le dissuade dall'accesso ai servizi accentuando la dipendenza dai mariti e le tiene distanti dall'esperienza dei loro figli.

- D – La lettura dei dati sulla spesa sociale impone una programmazione integrata delle risorse.

La lettura dei dati sulla spesa sociale pone in evidenza quanto sia urgente che la programmazione in capo agli enti locali possa **“uscire” dai perimetri dei bilanci comunali.**

Prima ancora di aspirare ad intercettare risorse private, di fondazioni, del profit o dei cittadini, si delinea come urgente l'integrazione le risorse del pubblico, guardando ai livelli più vicini alla dimensione locale. Sono quindi necessari nuovi interventi di presidio e di programmazione integrata rispetto:

- alle risorse di **comuni**, ancora fuori da una programmazione (no gestione) sovra comunale;
- alle risorse dell'**Azienda Sanitaria Locale**, sia nella componente sociosanitaria sia

nella componente sanitaria, che hanno una forte ricaduta sui livelli di opportunità a favore del territorio e dei suoi cittadini;

- alle risorse della **Regione** che vengono finalizzate in diversi ambiti di intervento con la condivisione (più o meno consapevole) dei comuni (attraverso l'ANCI) e del privato sociale (attraverso il Forum Regionale).

-E- Oltre la stratificazione degli interventi

La ricaduta dei fondi stanziati a livello distrettuale, la rete dei servizi pubblici e le opportunità sviluppate dal privato sociale ci fanno capire come la parte preminente di attenzioni, di risorse e di tempo lavoro siano dedicate a misure attivate per **vincolo normativo, per interventi riparativi e per numeri molto contenuti di beneficiari**. La spesa sociale distrettuale è concentrata su poche tipologie di soggetti e stratificata su interventi che si “perpetuano” da diversi anni, senza sostanziali adeguamenti ai mutamenti del contesto.

Un'azione programmatica locale che vuole essere incisiva in un periodo di scarsità di risorse deve rivedere come si stanno spendendo i nostri esigui stanziamenti pubblici, per quali tipologie di soggetti, da quanto tempo e con quali esiti.

*Ulteriori dati di ANALISI del
CONTESTO possono essere
consultati su UDPBLOG*

www.udprema.blogspot.com



Seconda Parte: LA VISION

2.1 Visioni consolidate e NUOVE VISIONI

L'impostazione di fondo del quarto Piano di Zona si pone in piena continuità con la linea tracciata nel documento di programmazione del triennio 2009-2011. Il lavoro fatto in quell'occasione per sviluppare una nuova consapevolezza rispetto alla dimensione prioritaria del welfare comunitario, viene oggi valorizzato quale substrato di idee, riflessioni ed esperienze che non possiamo e non vogliamo dimenticare.

Lo scenario complessivo, e gli elementi distintivi che hanno segnato gli anni appena trascorsi, ci impongono di porre alla base delle riflessioni che seguiranno una forte sottolineatura rispetto a come la situazione di grande **cambiamento, trasformazione, modificazione** che sta segnando tutte le diverse componenti della società renda improrogabile un ripensamento anche delle politiche sociali. Se da un lato, infatti, inizia ad essere più diffuso il senso di consapevolezza del mutamento e delle difficoltà che questo comporta, dall'altro lato non si intravedono **rappresentazioni costruttive** dei cambiamenti in atto che ci possano guidare verso nuovi modelli di riferimento per il nostro lavoro sociale. Nei fatti emerge però in modo chiaro che **il paradigma riparativo del lavoro sociale non regge più**. Fino ad un recente passato, il relativo benessere diffuso sosteneva l'idea di poter **riparare il deficit** che segnava la vita di qualcuno, di pochi. Questo scenario non c'è più e le problematiche investono componenti sempre più ampie della popolazione e assumono connotazioni sempre più complesse, andando oltre la sola dimensione del disagio economico, ma coinvolgendo dimensioni strutturali della nostra società (mancanza di lavoro, incertezza per il futuro, isolamento relazionale, stili di vita orientati al consumo, fragilità educative, smarrimento)

Diventa quindi necessario chiedersi come sia possibile interagire con questa trasformazione, convinti che il lavoro sociale debba rifondare il proprio senso **nella tutela dei diritti delle persone**.

Riteniamo che per essere significativi nel contesto attuale dobbiamo porre in essere un nuovo investimento, nella prospettiva di una rinnovata dimensione progettuale che ponga al centro la **costruzione dei legami** tra le persone, di reti nelle comunità, di integrazione tra le istituzioni e di alleanza con tutti i soggetti attivi nei diversi ambiti di vita.

Riconoscere la **famiglia come risorsa**, al di là dello slogan, deve divenire il riferimento di un modello relazionale che ci guidi in un percorso di cambiamento verso un welfare comunitario reale e sostenibile.

Ma se vogliamo introdurre detta dimensione progettuale, dobbiamo in primo luogo rivedere i nostri assetti, le nostre modalità operative per decostruire le esperienze e per ricostruire il significato ed un valore nuovo di ciò che facciamo.

Il lavoro di riflessione partecipata di questi mesi, ha posto in risalto come il nostro lavoro in campo sociale sia ancora fortemente contraddistinto da VISIONI DIFFUSE, da pregiudizi operativi, da rigidità e routine che minano la coerenza e l'efficacia dei nostri interventi. Proviamo di seguito ad indicare 5 visioni diffuse e 5 ipotesi di lavoro che saranno elementi centrali del prossimo triennio e che dovranno ispirare le aree di priorità, le azioni progettuali ed un ripensamento complessivo della rete dei servizi.

-A- Dalla "beneficenza per i casi" alla "conoscenza" dei fenomeni E' ancora molto diffusa una concezione che attribuisce ai servizi sociali una **funzione salvifica e risolutoria** dei problemi delle persone. Questa "visione" è alla base di un intervento sociale che si connota come "beneficenza", che comporta il rischio che si

ingeneri una dipendenza a scapito dell'autonomia.

Se vogliamo superare questa concezione e giungere ad una **NUOVA VISIONE**, siamo chiamati a considerare il fatto che il "disagio" ci sarà sempre. Diventa prioritario superare l'illusione di poter "risolvere definitivamente le questioni", ma piuttosto lavorare per gestire e trattare al meglio le situazioni che incontriamo. Per far questo dobbiamo **conoscere il contesto** in cui operiamo, superare sterili generalizzazioni, imparare a leggere e affrontare in modo attivo i fenomeni sociali.

-B- Dal lavoro "sulla sola gravità" al lavoro "sul potenziale" E' ancora molto diffusa una concezione di lavoro sociale che dice "**più la situazione è grave**" e più devo investire tempo, soldi, interventi e risorse". Questa visione sostiene l'idea di un sociale che si debba occupare esclusivamente di chi sta peggio, di chi non sa più dove andare, ... di chi non vuole più nessuno.

Un nuovo modello di lavoro sociale prevede che si impieghino energie, risorse e **tempo lavoro quale investimento sul potenziale delle persone** e delle famiglie che incontriamo. E' giunto il tempo di **legittimare il lavoro sociale verso aree di intervento non necessariamente segnate da gravità**.

-C- Dalle "gerarchie" alle "alleanze" E' ancora largamente diffusa una modalità di affrontare il disagio che vede i comuni occuparsene per "obbligo" all'interno di un sistema di **gerarchie di responsabilità**.

Questa visione sostiene l'idea che il terzo settore ed il privato sociale abbiano un ruolo subalterno e di supplenza del pubblico.

Pur nel rispetto dei ruoli, un cambiamento nel modello di lavoro sociale passa attraverso la **costruzione di alleanze** tra istituzioni pubbliche e realtà del privato sociale all'insegna della corresponsabilità.

Serve **ricomporre la frammentarietà** per una promozione dei diritti, superando logiche di salvaguardia degli interessi.

-D- Dalla "delega" alla "corresponsabilità" E' ancora largamente diffusa una visione che attribuisce in modo esclusivo ai politici il ruolo e la responsabilità di "**dare degli indirizzi**", mentre i tecnici e gli operatori devono limitarsi all'attuazione puntuale di quanto definito. Una visione del genere ostacola la condivisione delle scelte e spesso giustifica la deresponsabilizzazione.

Il cambiamento del modello di lavoro sociale richiede che siano costruite alleanze tra tutti i soggetti che compongono la comunità locale. Amministratori e operatori pubblici e del privato sociale sono chiamati ad una **corresponsabilità attiva**, per delle scelte condivise, per una piena valorizzazione delle competenze e per la contaminazione dei saperi.

-E- Da "sociale≠società" a "sociale=società" E' ancora largamente diffusa una visione che attribuisce il compito di occuparsi delle problematiche sociali ad **alcune specifiche componenti** quali: i servizi sociali, la cooperazione sociale, le associazioni, il volontariato e le realtà caritative.

Il cambiamento del modello di lavoro sociale richiede un ampliamento della sfera dei soggetti coinvolti per la promozione del benessere con il **coinvolgimento diretto di nuove realtà** quali: le realtà produttive, le associazioni di categoria, le organizzazioni sindacali, il sistema profit oltre a tutti i diversi settori della pubblica amministrazione.



2.2 Imprenditori di reti sociali

Le linee guida regionali affermano che *“Regione Lombardia riconosce la necessità di aprire una fase esplorativa, che generi nuove conoscenze e capacità decisionali per gli attori locali, e apra verso un welfare che ancora non c’è, un welfare che non sostituisce la società, ma si allea, che non si appropria dei problemi, ma connette le risorse, che non si colloca fuori dalla società, ma dentro la società stessa, che non conta su risorse in costante espansione, ma si orienta a scelte sostenibili.*

*La dimensione della **conoscenza** riguarda il consolidamento e lo sviluppo di competenze per la comprensione dello scenario, per lo sviluppo del capitale sociale del territorio, per l’integrazione delle reti locali, e riguarda la definizione di strumenti di supporto informativo per la programmazione e la ricomposizione delle risorse e degli interventi.*

*La dimensione della **sostenibilità** del welfare riguarda le condizioni che rendono possibile il suo permanere nel tempo, quindi il permanere nel tempo di quelle azioni e di quelle relazioni che promuovono il benessere della società e al tempo stesso offrono sostegno e tutela alle situazioni di fragilità, garantendo livelli di appropriatezza degli interventi. Si tratta di una dimensione complessa, che ha a che fare con almeno tre questioni: la questione delle risorse (il capitale umano, il capitale sociale e quelle finanziarie, non soltanto di natura pubblica) - la questione degli interessi dei diversi attori in gioco - la questione delle responsabilità che, a diverso titolo, ciascuno di quegli stessi attori in parte condivide”.*

Per esplicitare meglio il significato che l’Ambito Distrettuale Cremasco vuole attribuire all’input indicato dalle Linee Guida Regionali, utilizziamo e **facciamo nostre** le parole utilizzate da Giovanni Fosti (Cergas Bocconi) in un articolo apparso sul N. 1/2012 della rivista Economia e Management.

*“Come nei servizi privati, a maggior ragione nell’ambito degli interventi pubblici la possibilità di innovare richiede di **dare vita e far crescere la***

***partnership con i diversi attori**, sia quelli che concorrono a definire il sistema dell’offerta di oggi, sia i cittadini e le famiglie che possono essere portatori anche di risorse, competenze, capacità e opportunità di innovazione”.*

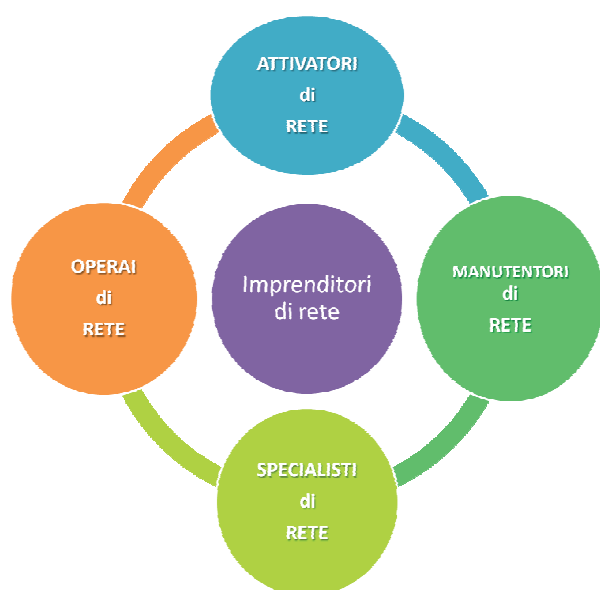
*“... Anche nel welfare locale si tratta di appropriarsi di un nuovo paradigma, che legga in modo diverso i confini di ruolo tra utenti e fornitori. Gli enti locali possono mantenere un ruolo importante nell’evoluzione del welfare se sanno creare valore nella connessione delle diverse parti, offrendo la **competenza** di chi è in grado di progettare un processo connettivo, offrire una piattaforma, orchestrare le condizioni di cooperazione e negoziazione tra le parti”.*

*“... Guidare la programmazione richiede di costruire un metodo e un’agenda in grado di fare del Piano una piattaforma attrattiva per gli attori, che possano trovare nel processo di pianificazione una leva per rispondere alle proprie esigenze. Il piano di zona è uno strumento rilevante per il territorio se sarà collegato agli altri ambiti di programmazione e innovazione rilevanti, se sarà utilizzato per condividere le conoscenze dei diversi attori, se verrà riconosciuto come un luogo di connessione che possa dare vita a soluzioni inedite, non pianificate, emergenti. In ambito più micro, nella progettazione degli interventi sono possibili sperimentazioni che aprano spazi di cui l’attore pubblico partecipa alla costruzione di ambiti di connessione tra attori che portano insieme **esigenze, competenze, risorse**, superando lo schema che mantiene separato il fronte della domanda da quello dell’offerta”.*

*“... La leadership che gli attori pubblici hanno tradizionalmente esercitato in quanto detentori di risorse e di autorità formale e sempre più residuale: nei prossimi anni continueranno ad esercitare una funzione rilevante nell’orientamento delle forme in cui verrà perseguito l’interesse generale quegli enti locali che sapranno porsi come **promotori di integrazione nelle reti del welfare**”.*

Questa dimensione nuova, questo ruolo strategico per gli enti locali è quindi un **elemento portante dell'intera struttura** di questo nuovo Piano di Zona.

La regia, il coordinamento attivo, l'azione attivante delle comunità sono impegni che i Comuni dichiarano di volersi assumere quale nuova e sfidante modalità di relazione con le comunità, intese nelle diverse componenti: gli interlocutori primi, forse più vicini, e già impegnati nella promozione di interventi in campo sociale, ma anche le realtà più lontane rispetto tematiche sociali quali il mondo delle imprese, le realtà profit, le rappresentanze di categorie e settori della società che possono essere risorsa per un welfare di impostazione comunitaria.



2.3 La Co-progettazione

L'attuale scenario economico, con le sue ristrettezze, la mutata composizione sociale della nostra società, i bisogni emergenti, sia per quantità che per qualità, impongono un ripensamento dei tradizionali servizi di welfare. Occorre mettere in campo azioni innovative e sperimentali, capaci di valorizzare il patrimonio di esperienza e professionalità che è presente e attivo sul nostro territorio. E' urgente rinsaldare quell'alleanza strategica con il privato sociale, che il terzo piano di zona ha perseguito e promosso,

affinché Enti Locali e Terzo Settore concorrano responsabilmente, secondo i propri compiti, funzioni, autonomia e specificità, nell'attuazione delle politiche per il bene comune.

Il principio della "sussidiarietà orizzontale", ha trovato espressione nella L.R. n. 1/2008 "Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso" e nella L.R. n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario", dove i soggetti del Terzo Settore sono riconosciuti attori del sistema sociale, che partecipano attivamente alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, anche attraverso forme di convenzionamento con l'Ente pubblico. Ora, all'interno di un sistema di welfare che cambia, si auspica una "**sussidiarietà circolare**", finalizzata a dare risposte appropriate e mirate ai bisogni delle persone, realizzando nuove forme di collaborazione tra Ente Pubblico e privato sociale, che consentano di reperire nuove risorse per lo sviluppo del sistema.

La co-progettazione rappresenta un tassello importante che si aggiunge al ventaglio delle opportunità di collaborazione tra l'Ente Pubblico e il Terzo Settore: è uno strumento innovativo in quanto il soggetto privato coinvolto nell'attuazione di un progetto non si limita ad erogare un servizio per conto di una P.A, ma "è chiamato ad assumere un ruolo attivo, rischiando risorse proprie e proponendo soluzioni progettuali". A fronte di una riduzione dei finanziamenti pubblici, tra la scelta di ridurre/eliminare servizi o il loro peggioramento qualitativo, la co-progettazione rappresenta una "terza via": un impegno reciproco tra Ente Pubblico e Terzo Settore a ricercare e condividere risorse e competenze per garantire il livello qualitativo dei servizi, a cui la collettività ha diritto. Per questo motivo, la co-progettazione deve diventare uno strumento operativo nel

nuovo Piano di Zona, quindi oggetto di informazione adeguata nell'ambito dei tavoli locali. La co-progettazione ha per oggetto la definizione progettuale di iniziative, interventi, attività da realizzarsi in partnership tra i Comuni dell'ambito di zona di riferimento, per il tramite del Comune capofila ed uno o più realtà del Terzo Settore.

A partire da un'informazione all'interno dei tavoli locali del piano di zona, si genera la consapevolezza di un **nuovo "posizionamento" del Terzo Settore**, di una responsabilità diretta nei confronti dei bisogni di cui farsi carico e delle risorse in gioco o da reperire, di una nuova fase di interlocuzione. Il Terzo Settore è inoltre messo di fronte alla necessità di un **nuovo e più qualificato coordinamento al proprio interno**, per superare frammentarietà e rischio di contrapposizione.

Potenziale luogo per lo sviluppo di una meglio definita unitarietà di azione potrà divenire il Tavolo Locale del Terzo Settore se saprà interpretare il ruolo di organismo di confronto e di conoscenza tra le diverse realtà che compongono la comunità locale.

La co-progettazione è una **sfida anche per l'Ente Locale**, il modificare il proprio sguardo sulla realtà, sollecitati dalle potenzialità di uno strumento nuovo. E' qualcosa di cui occorrerà parlare, riflettere, argomentare ... per poi iniziare a sperimentare.

La co-progettazione è uno strumento con forti potenzialità di attuazione anche in merito a tematiche che richiedono **integrazione tra l'operato dei Comuni e dell'Azienda Sanitaria Locale**. A tale scopo il Documento di Integrazione Socio Sanitaria 2012-14 (ISS 2012-14) afferma la volontà di sostenere la ... *"prosecuzione degli interventi di collaborazione per la consultazione del terzo settore"* e viene assunto ad impegno il ... *"rinforzo delle azioni di coordinamento e di co-progettazione, per una più efficace partecipazione del terzo settore ai processi sociosanitari e socio-assistenziali"*.

2.4 L'Integrazione

Un'altra dimensione fondante il lavoro programmatico per il prossimo triennio è connessa alla volontà di promuovere maggiori livelli di integrazione delle risorse economiche e professionali che compongono il sistema di welfare locale.

Si tratta di ricomporre le frammentarietà che quotidianamente rileviamo nei nostri contesti di lavoro e che ostacolano il raggiungimento di obiettivi condivisi o, ancora peggio, causano spreco di risorse, moltiplicarsi di interventi, a volte anche contrapposti, e disorientamento negli operatori e nei soggetti portatori di bisogno.

-A- Integrazione tra i diversi settori dell'amministrazione comunale.

L'apertura ad una NUOVA VISIONE di lavoro sociale richiede il superamento delle divisioni esistenti tra i vari settori della pubblica amministrazione e, in modo specifico all'interno degli enti locali.

Lo scollamento tra la programmazione di interventi sociali, interventi educativi, politiche giovanili, azioni per il diritto allo studio e per il successo formativo, iniziative culturali e percorsi di animazione sportiva è un chiaro caso di frammentarietà all'interno dei nostri enti.

Detta frammentarietà, oltre a comportare un forte rischio di dispersione delle risorse, mortifica le potenzialità delle diverse linee di intervento che, se potenziate, assumerebbero una valenza molto più rilevante e significativa per le comunità locali.

Il nuovo Piano di Zona aspira a diventare una proposta di programmazione strategica che possa guidare azioni progettuali e piani di intervento che i diversi settori delle nostre amministrazioni locali vorranno sviluppare.

-B- Integrazione tra servizi territoriali e servizi distrettuali.

Legittimare il lavoro sociale sul potenziale delle persone e a favore di nuovi target di popolazione significa anche ridefinire modelli gestionali e organizzativi funzionali allo scopo.

Integrazione significa quindi ripensare i servizi sociali territoriali e distrettuali a partire da una più consolidata alleanza, che ponga al centro cosa si fa insieme e non tanto cosa compete agli uni e quanto è ambito esclusivo degli altri. L'integrazione tra i servizi comunali e distrettuali appare essere la prima e più raggiungibile area di ottimizzazione delle risorse e di coordinamento operativo tra operatori di servizi di medesima titolarità comunale seppur realizzati con assetti gestionali differenti.

La revisione dei modelli organizzativi non viene assunta come finalità, ma come strategia per creare le condizioni migliori all'attuazione del nuovo ruolo che si vuole attribuire ai servizi sociali.

-C- Integrazione con i servizi sociosanitari e sanitari.

L'integrazione sociosanitaria è asse strategico dichiarato da diverse disposizioni normative, da svariate deliberazioni e, nel nostro piccolo, previsto fin dal primo Piano di Zona (anno 2002). Molti sono stati gli sforzi, diversi i traguardi intermedi raggiunti, ma è continuamente da perseguire l'obiettivo finale, anche per il fatto che l'evoluzione dei fenomeni e delle condizioni richiede continui aggiustamenti e correttivi.

La centralità della questione porta con sé un elevato livello di complessità che rende l'obiettivo cruciale e sfidante anche per il prossimo triennio 2012-2014.

Prima ancora di arrivare a declinare modalità e ambiti operativi, appare importante condividere la natura prioritaria dell'integrazione sociosanitaria con l'Azienda Sanitaria Locale e con Azienda Ospedaliera, per passare dalle strategie dichiarate a scelte reali di integrazione.

Questo Piano di Zona è un'ulteriore occasione per rinnovare l'impegno dei soggetti coinvolti nella direzione dell'integrazione, a partire dalle indicazioni regionali, ma soprattutto sulla base delle consapevolezza condivisa dell'urgenza di coordinare gli interventi, di ottimizzare le risorse, di valorizzare le potenzialità dei diversi sistemi (sociale, sociosanitario e sanitario) per la

promozione del benessere di un territorio e dei cittadini che lo abitano.

Si auspica quindi una "... azione congiunta, intendendo con questo termine il risultato di un processo di integrazione sociosanitaria non meramente finalizzata a determinare il "chi fa che cosa" o il metodo di intervento, ma l'azione che diventa visibile ed unitaria per il cittadino nella risposta ai propri bisogni, è un primo macro-obiettivo che Asl e Comuni pongono a basamento del reciproco impegno per il triennio.

Da questo macro-obiettivo ne discendono almeno altri due di eguale rilevanza. In primo luogo l'attenzione ai bisogni di confine. Intervenire nel sociale è sempre più complesso, non è un semplice rapporto di domanda - offerta. Occorre puntare l'attenzione su ciò di cui ha bisogno la persona e fare un quadro sulla diagnosi, non solo sanitaria, nel senso allargato del prendersi cura (prendere in carico) e non solo del curare, del "come sta" la persona e la sua famiglia. Oggi gli interventi, rivolgendosi a situazioni complesse, hanno bisogno di risposte differenziate e flessibili. È quindi obiettivo sociosanitario comprendere come arriviamo ai confini del nuovo bisogno, quello poco colto per via ordinaria o standardizzata. Ciò vale anche, e probabilmente con priorità, rispetto alle persone oggi non raggiunte da nessuna risposta, o almeno da nessuna risposta di rete territoriale.

Parimenti l'azione congiunta invita ad assumere l'impegno, con maggior determinazione, per una chiamata alla corresponsabilità di tutti gli attori, certo non solo pubblici/istituzionali, ma anche del terzo settore, della cooperazione, della scuola e del mondo del lavoro, rispetto ai processi inclusivi, a quelli preventivi, e di rete di risposta. Solo una più matura consapevolezza della centralità della famiglia e quindi dell'ineludibile tema della sua partecipazione, permette un significativo passo in avanti in termini di integrazione sociosanitaria. Non di meno tutti i processi di coinvolgimento e di partecipazione, anche attraverso momenti di confronto con tutti gli attori del territorio, saranno promossi in una logica di armonizzazione degli strumenti di programmazione oltre che nello specifico della programmazione sociale con quella sanitaria e sociosanitaria ai sensi della l.r. 3/2008". (Documento di ISS 2012-2014)

-D- Integrazione con Tribunale e Procura della Repubblica

Nel corso dello scorso triennio in diverse occasioni abbiamo sviluppato relazioni più consolidate con il Tribunale (si pensi al protocollo per l'Amministratore di Sostegno) e con la Procura della Repubblica.

La visione di lavoro sociale che "alza lo sguardo" su nuove aree di intervento, richiede anche un investimento su modelli integrati con settori diversi per acquisire e impiegare competenze idonee.

Anche rispetto a questa dimensione strategica si aprono scenari nuovi di collaborazione che aspirano a condividere conoscenze e potenzialità per ottimizzare le risorse e l'efficacia delle stesse.

-E- Integrazione con il mondo della scuola e con le agenzie educative

Già nel secondo Piano di Zona era previsto un coinvolgimento attivo delle agenzie educative, ed in particolare della scuola, nei processi programmatori delle politiche sociali.

Salvo alcune iniziative specifiche che hanno visto la presenza di operatori della scuola (magari particolarmente motivati e sensibili a livello personale), non siamo riusciti a creare canali comunicativi e dimensioni relazionali stabili e funzionali ad una programmazione integrata.

Il nuovo Piano, per dare attuazione alle nuove visioni intende porre l'attenzione sulla dimensione strategica del lavorare con le scuole e con le agenzie educative del territorio (oratori, gruppi animativi, gruppi familiari, movimenti ed associazioni ...).



Terza Parte: LE AREE DI PRIORITA'

Questa sezione del Piano è la **parte cruciale** del documento: si cerca di delineare le aree di traduzione operativa delle NUOVE VISIONI in scelte, assetti organizzativi e azioni di sistema.

Essendo il Piano di Zona un documento di programmazione di valenza strategica e di durata pluriennale (triennio 2012-2014), non si ritiene opportuno definire nel dettaglio interventi e microazioni. Si valuta maggiormente funzionale enucleare alcuni **“filoni progettuali”** che potranno essere punti di riferimento per lo sviluppo di nuove azioni. All'interno di queste linee sarà possibile, inoltre, ricondurre le azioni già in essere per garantire continuità alle positività acquisite e strutturate nel precedente triennio.

Ed è proprio a partire dall'analisi delle aree di priorità che hanno segnato il lavoro del terzo Piano di Zona, oltre che dall'attenta lettura delle indicazioni regionali, che si tracciano i seguenti ambiti prioritari:

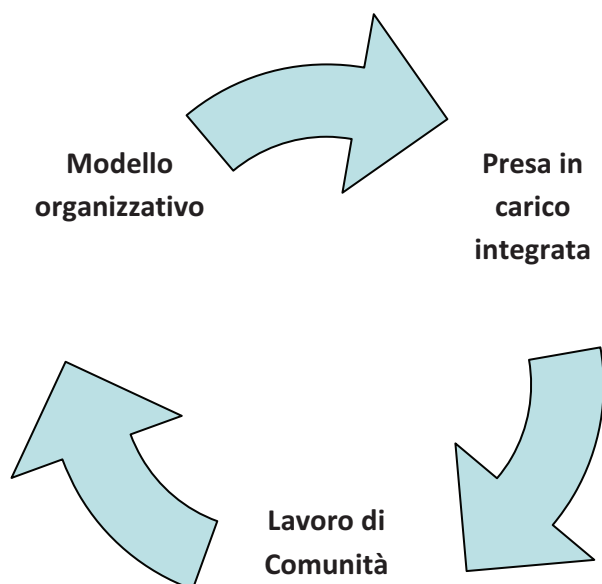
- La Presa in carico integrata
- Il Lavoro di Comunità
- Il Modello organizzativo

Si evidenzia come gli ambiti prioritari siano aggregazioni funzionali all'esposizione sintetica dei contenuti e divisioni concettuali di un unicum che sta alla base della prospettiva programmatica descritta.

Parlare di **Presa in carico** integrata significa porre l'attenzione sui soggetti maggiormente portatori di bisogni e di difficoltà, per promuovere una forte alleanza tra le diverse realtà della comunità (istituzionali, del privato sociale e dell'informale) coinvolti ed impegnati nel progetto di vita degli stessi.

Con l'attenzione posta sul **Lavoro di Comunità** si vogliono indicare azioni, progetti e strategie operative che guardano in modo più complessivo ai fenomeni, che si rivolgono a target più ampi della popolazione, per agganciare risorse non adeguatamente valorizzate, per costruire relazioni e legami di fiducia, per includere nel sistema di welfare locale realtà e componenti della società oggi non vicine (se non lontane).

Quando si affronta il **Modello organizzativo** si vogliono declinare obiettivi e scelte concrete finalizzate a creare le condizioni, soprattutto all'interno degli enti locali, per dare sostenibilità e concretezza ai punti precedenti, affinché non rimangano solo delle strategie dichiarate.



Dal punto di vista dell'azione sociale, il processo di presa in carico non riflette più soltanto il bisogno di 'curare', 'assistere', 'sostenere', 'prendersi cura' di una o più persone con disagio sociale. Esso implica necessariamente un impegno più largo e diffuso che va oltre l'intervento diretto alla persona e richiede un'azione di cura indirizzata alla comunità, all'ambiente sociale di cui la persona è parte. Curare la comunità e il territorio diventa allora essenziale per promuovere il diritto delle persone di fascia debole ad essere cittadini a tutti gli effetti, senza discriminazioni e con uguali opportunità rispetto a tutti gli altri cittadini. L'orizzonte entro cui collocare il tema della presa in carico delle persone diviene quindi 'semplicemente' quello della **tutela e della promozione dei diritti**. Entro questo orizzonte è lecito chiedersi quali garanzie e opportunità siamo in grado di assicurare a tutte le persone affinché possano godere e fruire dei più elementari diritti umani.

Agire per la tutela dei diritti delle persone significa allora essenzialmente e prioritariamente essere capaci di garantire la piena ed effettiva partecipazione ed **inclusione nella società**. Il concetto di inclusione sociale conduce al riconoscimento di un diritto come forma di contrasto al suo opposto: l'esclusione. Porta ad affermare che le strategie e le azioni da promuovere devono tendere a rimuovere quelle forme di esclusione sociale di cui le persone soffrono nella loro vita quotidiana.

Percorrere le strade dell'inclusione sociale significa porre la questione nella dimensione sociale del diritto di cittadinanza, perché riguarda tutti coloro che partecipano alla vita sociale all'interno di un determinato contesto: includere vuol dire offrire l'opportunità di essere cittadini a tutti gli effetti, spostare i focus di analisi e intervento dalla persona al contesto, per individuarne gli ostacoli ed operare per la loro rimozione. E' un po' la differenza che passa tra integrazione ed inclusione: nella prima significa

riconduurre le caratteristiche della persona ad una realtà sociale preesistente, in una logica assimilativa, piegare la persona al contesto di vita, al contrario l'azione di includere comporta un movimento attivo dell'ambiente di vita della persona che si struttura per inserirla e renderla una risorsa anziché costringerla all'interno di percorsi stabiliti a priori.

Prendersi cura della persona significa comprendere quanto l'ambiente sociale in cui si opera, le modalità per descrivere le situazioni e definire cosa è il problema, le rappresentazioni individuali e sociali, siano tutte determinanti nel costruire esclusione e disagio piuttosto che inclusione e benessere e pertanto acquisire consapevolezza che occorre agire anche su questi versanti. **È una sorta di rovesciamento di paradigma: curare il territorio per curare le persone, andando oltre l'erogazione dei servizi alla persona.**

In questa prospettiva appare lecito aprire interrogativi in un certo senso radicali sulla presa in carico: Chi deve essere preso in carico? La persona con disagio? La sua famiglia? I suoi vicini di casa? I suoi operatori? E infine di che cosa ci si deve fare carico?

La prospettiva delineata appare molto critica e sfidante rispetto agli attuali assetti organizzativi e istituzionali dei vari servizi alla persona.

Significa acquisire e riconoscere che il mandato degli operatori non consiste solo nella gestione della persona, ma richiede anche la capacità di stabilire delle relazioni possibili attorno alla persona e alla famiglia in un'ottica che è quasi di mediazione culturale nei confronti della società.

Allo stesso modo è molto importante che i servizi individuino come destinatari del proprio lavoro il contesto esterno e tutto ciò che sta intorno al servizio, non solo le persone che vi accedono: la parrocchia, l'oratorio, il bar, il centro di aggregazione giovanile, la polisportiva, l'ambiente di lavoro, il condominio, la scuola, ecc.

Il fine della nostra azione diventa allora quello di promuovere condizioni di vita dignitose e un sistema di relazioni soddisfacenti nei riguardi di persone che presentano difficoltà nella propria autonomia personale e sociale, in modo che esse possano sentirsi parte di comunità e di contesti relazionali dove poter agire, scegliere, lavorare, giocare e vedere riconosciuti il proprio ruolo e la propria identità. È evidente che ciò richiede – prima di tutto da parte delle istituzioni, delle diverse realtà e degli operatori – lo sforzo di acquisire un pensiero e un approccio mentale aperto al cambiamento e al superamento di un’ottica d’intervento centrata sulla relazione duale “operatore/utente”.

La presa in carico è definita come un’azione complessiva volta a riconoscere e valorizzare le capacità e le abilità delle persone, favorire lo sviluppo delle più ampie forme possibili di vita indipendente che si attua tramite l’offerta dei servizi pubblici e privati che assicurano interventi di accoglienza, sostegno e promozione, coordinati e svolti con la necessaria continuità.

L’appropriatezza delle risposte ai bisogni, in questa prospettiva, non è data solo dal fatto che il servizio competente sia coinvolto quanto dalla modalità delle prestazioni rese in quel servizio, dalla personalizzazione degli interventi, dalla natura specialistica messa in atto dal servizio, dal grado di efficacia e sensibilità nel percorso attuato per il conseguimento della pari opportunità dei cittadini e il raggiungimento dei massimi livelli possibili di vita indipendente.

Assumere la prospettiva dei diritti umani non ci impone solo una visione più ampia del processo di presa in carico, ma ci spinge anche ad approfondire il nostro sguardo sulla condizione esistenziale delle singole persone.

Ci porta a riconoscere la necessità di passare dalla logica del curare e del servizio, in cui il destinatario dei nostri interventi è un malato, un utente-cliente, alla logica del prenderci cura di una persona.

Significa che prima del contenitore (il servizio, la risposta, l’intervento) si devono porre al centro e al cuore del sistema la difesa della persona con la propria dignità e il suo diritto a rimanere, costruire o ricostruire reti familiari e/o sociali nell’ambito della comunità. [La strategia che deve contraddistinguere tale sistema è la creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari, allargati anche a componenti della comunità, che costruiscano una rete attorno alla persona presa in carico.](#)

Prima di pensare al servizio o all’intervento occorre allora pensare alla persona. Cercare di conoscerla, ascoltarla, capirla, comprenderla, scoprire i suoi bisogni, i suoi desideri, le sue risorse e le sue potenzialità. Attivare le risorse vicine al suo mondo vitale.



3.1 La Presa in Carico Integrata

a) Continuità Assistenziale

La questione della “continuità assistenziale”, se affrontata come questione specifica delle situazioni di disagio, rischia di essere a priori sminuita oppure fondata su un’artificiosità scollegata dalla centralità della persona in quanto tale.

Una significativa esperienza di riflessione in merito si è sviluppata nell’ultima triennalità in occasione del progetto ORMA, che ha visto il lavoro coordinato di soggetti istituzionali e non e ha previsto, al suo interno, l’attivazione di un tavolo di lavoro specifico sull’argomento.

Concentratosi inizialmente sul periodo di transizione dalla minore alla maggiore età di soggetti autistici, le considerazioni fatte nel corso dei mesi – continuate oltre la chiusura del progetto ORMA – hanno portato alla stesura e approvazione di un protocollo di più ampio respiro, soprattutto in merito al target dei destinatari.

Il lavoro fatto fino ad oggi dovrà ora essere ripreso, implementato e sperimentato.

È ormai quindi patrimonio condiviso che i principi di una buona presa in carico e della sua continuità nel tempo e nello “spazio” dovrebbero essere validi a prescindere dai soggetti sui/per/con i quali viene declinata. Ciascuno di noi, anche se non riconducibile a una categoria svantaggiata, beneficia, in modo implicito, di forme di presa in carico: il sistema sanitario nazionale, l’accesso al mondo del lavoro, le offerte per il tempo libero, il sistema dell’istruzione sono alcuni elementi per noi scontati ma che sostanzialmente sono riconducibili, unitamente alla nostra possibilità di autodeterminarci, a una presa in carico messa a sistema dallo stato sociale. Tuttavia questa altro non è se non la declinazione di alcuni principi fondanti per una buona qualità della vita, principi

che devono trovare declinazioni, in modo diverso, per ciascun soggetto indipendentemente e/o in conseguenza della propria condizione, sia essa temporanea o permanente.

Il rischio è quello di pensare a una presa in carico costruita ad hoc per altri ma che nessuno di noi vorrebbe vedere realizzata su di sé. La questione della continuità assistenziale è da intendersi come processo che deve svilupparsi senza soluzione di continuità lungo due direttrici: quella temporale e quella degli “spazi” della rete relazionale e di cura. Dal punto di vista del continuum nel tempo risulta ovviamente importante presidiare soprattutto le situazioni che presentano il rischio di possibili interruzioni non tanto di esperienze e contesti – cosa normale all’interno del ciclo di vita di ciascuno – quanto di flusso della storia di vita della persona, quali ad esempio, i passaggi dei vari cicli scolastici, il passaggio alla maggiore età, la soglia dei 65 anni per le persone disabili, ...

In merito alla continuità degli spazi della rete di cura è importante lavorare affinché i contesti di vita della persona siano in grado di far sperimentare il senso di appartenenza a quel contesto individuato quale uno dei luoghi, fisici o no, nel quale la persona può essere protagonista in un dato momento.

La condizione di presa in carico e il processo di continuità assistenziale sono da intendersi come dinamiche fortemente relazionali nelle quali i diversi soggetti coinvolti devono necessariamente essere parimenti riconosciuti quali portatori di dignità, competenze, limiti e risorse.

La “presa in carico” da una parte e “la famiglia al centro” dall’altra, portano al loro interno due rischi opposti: il primo è quello d’un rapporto asimmetrico nel quale qualcuno in condizione d’inferiorità è preso in carico da qualcun altro facendo così emergere una componente attiva e una passiva; l’altro è quello del sistema che vede la famiglia quale portatrice di soli diritti in virtù d’un bisogno conclamato.

Il giusto mezzo è forse quello che mette al centro, oltre ai concetti di diritti e doveri, anche quelli di corresponsabilità e reciprocità, laddove ciascuno è portatore di risorse e limiti e dove quindi ciò che si va a costruire (una condizione di vita migliore?!) deve essere la risultante dell'interazione di professionalità, competenze, storie in un contesto di fiducia che è al contempo riconoscente e esigente.

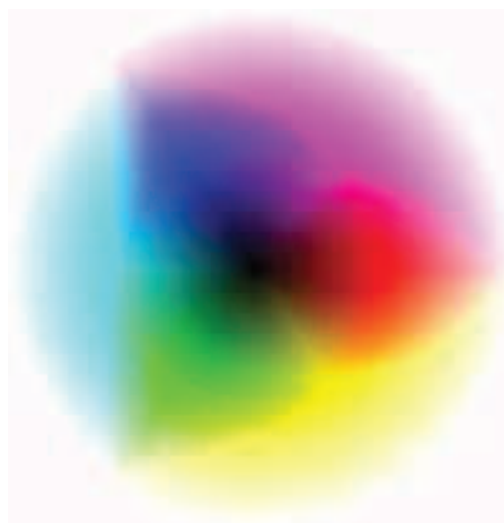
Obiettivo specifico del prossimo triennio è attuare ed implementare il Protocollo di continuità assistenziale nato nell'ambito del Progetto Orma.

L'implementazione del modello costruito prevede: approvazione e formalizzazione del Protocollo da parte di tutti i soggetti coinvolti; azioni formative mirate; interventi di traduzione operativa dei contenuti di lavoro condivisi; sviluppo del modello su altri target di riferimento.

In relazione al tema il Documento ISS 2012-14 indica due ambiti specifici di lavoro integrato:

"attenzione alle situazioni di fragilità e di non-autosufficienza senza risposte appropriate della rete. Azione: rinforzo delle azioni di integrazione per la segnalazione, l'accesso e la presa in carico, anche attraverso nuovi modelli di intervento ad esempio per i minori disabili e di continuità/dimissione protetta".

"... potenziamento di azioni coordinate e/o integrate per lo sviluppo della funzione di case manager secondo gli indirizzi del piano di azione locale sulla disabilità".



b) Case Management Comunitario

Le più recenti ricerche rilevano che il primo aiuto ai soggetti in difficoltà viene fornito dalla loro rete primaria che purtroppo spesso è costretta ad abbandonare il suo carico, perché a sua volta, da sola e non sostenuta dai servizi, finisce per essere spossata. Nello stesso tempo, quando il sostegno dei servizi esiste, rischia di perpetuare all'infinito il proprio intervento, sviluppando processi d'assistenzialismo e di dipendenza, anche quando è possibile che esistano risorse informali ancora fruibili. I servizi sociali e sanitari hanno fatto enormi investimenti nell'innovazione, ma si riscontra ancora, a livello dell'intervento, frammentazione, settorialità, discontinuità, scollamento, difficoltà a spezzare la spirale tra domanda ed offerta. La qualità del servizio, in effetti, è costituita da una capacità di progettare interventi in cui il carico di cura, perché sia umanamente accettabile e tecnicamente sostenibile richiede di essere, da un lato ridistribuito all'interno delle reti primarie e secondarie, dall'altro ricondotto in unità grazie ad una funzione di management del caso che dia continuità tra l'unità dell'intervento e l'unità della persona. Tuttavia, una buona managerialità della casistica, per risultare appropriata, richiede che l'intervento possa situarsi in una prospettiva più ampia di welfare comunitario, che valorizza la mobilitazione delle reti primarie (famiglia, parentela, amici, colleghi) e secondarie (servizi pubblici, organizzazioni del terzo settore, ambienti di lavoro) come capitale sociale fruibile, coniugando la solidarietà con la sussidiarietà. La proposta si pone l'obiettivo di implementare conoscenze e strumenti sull'intervento di rete al fine di identificare e di rendere attuabile un percorso metodologico condiviso dagli operatori delle diverse aggregazioni del territorio. Essa si situa in una logica di sperimentabilità, secondo la specificità propria della salute mentale che in questo campo può trovare un terreno fertile per lo sviluppo dell'approccio di rete. Il rischio di

scollamento dell'intervento specialistico rispetto alle risorse del territorio, è quello di creare un circolo chiuso rispetto alla risposta alla domanda di bisogno. Il disagio, crescente all'interno del tessuto sociale contemporaneo, non può essere contenuto entro il servizio specialistico ma può essere gestito secondo i più ampi principi della community-care, la comunità curante, principio fondante del sodalizio umano. Da qui il potenziamento delle micro équipes come strumento operativo per affrontare nel modo più adeguato il disagio nella sua componente di distribuzione del carico di cura. I risultati dell'intervento possono essere l'uscita delle singole persone dalla solitudine e dall'isolamento; il riavviarsi di una dinamica di 'condivisione' tra le persone; la produzione di senso nelle relazioni, attraverso la riattivazione di dinamiche che non sono solo di reciprocità ma anche di dono; la complementarità tra le reti primarie e le reti secondarie. Il Case Manager coordina, all'interno dell'équipe, un progetto coerente e realistico coinvolgendo la persona e la comunità di appartenenza in una logica inclusiva. Il progetto "Case Management Sociale", realizzato in forma sperimentale su di un numero limitato di soggetti nel corso del 2011, ha permesso di strutturare una modalità condivisa di presa in carico di soggetti con problematiche inerenti il disagio psichico, con l'obiettivo di attivare esperienze di rete per la piena inclusione sociale nei contesti di vita delle persone...

Obiettivo specifico del prossimo triennio è dare piena attuazione alla modalità delineata nella sperimentazione avviata nell'ambito del progetto citato. L'implementazione del modello costruito prevede azioni formative e di traduzione operativa dei contenuti di lavoro già condivisi con la sperimentazione.

In relazione al tema il Documento ISS 2012-14 indica un ambito specifico di lavoro integrato: ... "potenziamento di azioni coordinate e/o integrate per l'integrazione sociale e l'assistenza domiciliare di persone con problemi di salute mentale, sia minorenni che adulte."

c) Azioni coordinate per l'emarginazione sociale

Il Report realizzato nel 2011 dal Progetto "Sentinelle di strada" evidenzia bene la solitudine, l'isolamento e l'abbandono di molte persone del nostro territorio che si trovano in una condizione di vulnerabilità personale e sociale o che rischiano di entrarvi, come ad esempio tossicodipendenti, alcolisti, senza fissa dimora, immigrati in condizione di marginalità, soggetti multiproblematici, soggetti legati a detenzione carceraria ed alternativa, vittime di sfruttamento, donne maltrattate, nuclei famigliari multiproblematici, soggetti con problemi o a rischio indebitamento, vittime di usura...

Il Report ha fatto capire quanto ci sia una scarsa visibilità del fenomeno e ha ipotizzato diversi fattori che possono concorrere a "tener nascosto" il reale livello del problema: insufficiente forza di restituzione alla collettività del fenomeno da parte delle organizzazioni pubbliche e private coinvolte; scarsità, approssimazione, lettura non integrata dei dati quantitativi e qualitativi inerenti le problematiche in oggetto; mancanza di una attività coordinata tra le organizzazioni coinvolte; debole sostegno istituzionale alle organizzazioni di terzo settore che si muovono quasi esclusivamente su spinta solidaristica; cultura diffusa che tende all'occultamento di realtà (e quindi di persone) difficili e complesse che mettono a nudo alcuni malfunzionamenti della società in cui viviamo.

Obiettivo del prossimo triennio è la realizzazione di un OSSERVATORIO - LABORATORIO SULL'EMARGINAZIONE SOCIALE all'interno del quale un gruppo di lavoro multi professionale, interistituzionale e permanente, realizzi una azione progettuale dedicata al tema.

Lo scopo è imparare attraverso la pratica nell'ambito concreto di un gruppo che, lavorando attorno al problema, fa emergere un suo sapere su quel problema. Si tratta di un

gruppo di lavoro che "attivizza" la persona in stato di marginalità mediante una presa in carico partecipata, le dà voce partendo dal presupposto che conoscere è creare legami, verso un'autonomia il più possibile realizzabile.

Tale osservatorio/laboratorio ha l'ambizione, in una dimensione molto concreta, nella quale pensiero e azione si fondono, di rispondere ad un'esigenza forte di coordinamento delle attività e delle azioni sparse nel territorio sul tema emarginazione e diventare, nel tempo, interlocutore privilegiato proprio in virtù delle conoscenze-attività sviluppate.

Il Laboratorio per essere concreto e riconosciuto prevede un lavorare insieme di rappresentanti del terzo settore e di rappresentanti degli enti pubblici, in un contesto di sviluppo di comunità.

In relazione al tema il Documento ISS 2012-14 indica due ambiti specifici di lavoro integrato:

"... prosecuzione degli interventi di collaborazione per la definizione di specifici piani di intervento integrati, compartecipazione alla pianificazione nell'area del carcere e degli interventi di integrazione degli ex detenuti".

"... potenziamento di azioni coordinate e/o integrate per il reinserimento sociale delle persone con problematiche di dipendenza."



d) Azioni di supporto ai caregivers familiari - il mutuo aiuto

Per illustrare il senso profondo di questa area che poniamo tra le priorità di intervento, facciamo nostro un testo di Mara Mutti (AMA Brescia):

“I gruppi di auto/mutuo aiuto possono essere intesi come reti sociali, create per produrre aiuto e sostegno, costituite da persone accomunate da una situazione problematica o di disagio. In quasi tutte le circostanze pensiamo alle persone in due ruoli diversi: quello di chi ha bisogno e quello di chi dà aiuto: genitori-figli, insegnante-studente, medico-paziente, politico-elettore, avvocato-cliente, imprenditore-dipendente, e così via.

In quest’ottica, l’esperto (o il più forte, o il più competente...) dà aiuto e la persona più debole lo riceve. Nell’ottica dell’auto/mutuo aiuto invece tutti sono aiutati e tutti danno aiuto, tutti sono allo stesso tempo forti e deboli, competenti e incompetenti, curati e carers.

Il gruppo di auto/mutuo aiuto può essere definito in modo semplice come un insieme di persone, che condividono un problema o un’esperienza di vita e s’incontrano a cadenza fissa per sostenersi vicendevolmente e avviare un cambiamento personale e sociale. La partecipazione continua permette ai componenti di stringere nuove relazioni, in un clima di fiducia e di condivisione, sviluppando senso di identificazione e di appartenenza, in modo molto simile a quanto avviene in ambito familiare. Tutto questo aiuta i partecipanti a parlare liberamente, a manifestare il proprio sentire più profondo in una dimensione di reciprocità, confronto, responsabilità, rispetto e comprensione. La conoscenza graduale del problema nelle varie dimensioni e sfaccettature (psicologiche, fisiche, normative, economico-finanziarie, temporali....) e il potenziamento delle proprie possibilità, favoriscono il passaggio da una visione del problema centrata su di sé ad una visione comunitaria.

Per questo motivo, coloro che partecipano ai gruppi di auto/mutuo aiuto promuovono azioni

sociali, attente alle persone e alle relazioni che ne fluiscono. La partecipazione attiva ai gruppi di auto/mutuo aiuto consente ai membri di migliorare le capacità di condivisione e ascolto e quelle di fronteggiamento delle proprie problematiche, ma soprattutto fornisce ai partecipanti la possibilità di far emergere le proprie risorse e metterle a disposizione.

Dalla condivisione delle esperienze si passa alla partecipazione attiva, la persona diventa risorsa per la collettività, in un percorso che fa leva sulla volontà delle persone di giocare un ruolo attivo, consapevole, responsabile nella costruzione di relazioni improntate sul rispetto e sulla fiducia nei confronti degli altri. Il gruppo diventa quindi un importante veicolo per l’accrescimento del capitale sociale”.

Obiettivo del prossimo triennio è lo sviluppo di azioni innovative di “presa in carico” all’interno di gruppi di auto/mutuo aiuto .

Si tratta di garantire supporto, sia per la promozione di esperienze di auto/mutuo-aiuto già presenti nel territorio cremasco, sia per la nascita e lo sviluppo di nuove esperienze.

A partire da una specifica azione formativa già prevista per l’anno 2012 si cercherà di favorire una piena integrazione con le realtà già operanti e con le azioni progettuali condivise nei mesi scorsi a valere su fondi specifici.

Un secondo obiettivo è quello di creare una snella mappatura delle esperienze già in atto sul nostro territorio, utilizzando la “Carta d’ambito” quale strumento dinamico di conoscenze e di divulgazione a favore della cittadinanza.

***e) Presa in carico integrata
ASL e Servizi comunali***

Il Documento Linee di indirizzo per la programmazione sociosanitaria integrata nei Piani di Zona 2012-2014 evidenzia, tra gli altri, due ambiti specifici di azione integrata:

- percorsi integrati a favore di persone non autosufficienti (con fragilità sociosanitarie e sociali) al fine di garantire il più possibile la permanenza delle persone stesse a domicilio e per il sostegno al sistema familiare;
- costruzione di spazi di confronto tra Comuni e Asl per una nuova definizione di modalità integrate di lavoro nell'area della tutela dei minori e delle reti per l'affido, con una valorizzazione delle potenzialità di integrazione delle competenze.

In relazione al tema il Documento ISS 2012-14 indica due ambiti specifici di lavoro integrato:

Area: domiciliarità. Indirizzo: integrazione degli interventi ADI e SAD. Azione: progetto sperimentale con risorse ASL per la definizione e la conduzione di Piani di Assistenza Individualizzata a favore di cittadini in carico sia ai servizi domiciliari dell'Asl (ADI) che dei Comuni (SAD), ed in particolare dove erogati da enti accreditati, in particolare attraverso il CeAD quale luogo integrato dei Comuni e dell'ASL per la presa in carico delle situazioni complesse domiciliari, costituendo equipe multi professionali per la valutazione multidimensionale e loro specifica formazione. La valutazione deve vedere la responsabilità dei diversi professionisti ASL e Comuni, in particolare il servizio sociale del Comune e/o associato, in modo integrato nei CeAD.

Area: tutela dei minori. Indirizzo: integrazione degli interventi per affidi di minori. Azione: verifica del rilievo sociosanitario degli interventi post-decreto del Tribunale per i minorenni e della possibilità di maggior carico all'ASL al fine di promuovere azioni più integrate e flessibili. Partecipazione a progettualità di reti di affido.



3.2 Il Lavoro di Comunità

f) Costruzione di tessuto sociale per azioni di prossimità

L'adozione di un orientamento di lavoro di tipo promozionale, volto a coinvolgere il contesto comunitario dove vivono le persone e si generano problemi e risorse, è strategia prioritaria alla luce della sempre maggiore consapevolezza che le condizioni attuali rendono inefficace l'intervento di un solo soggetto/attore sociale.

Ci sono problemi che per essere affrontati non richiedono solo più competenze specialistiche ma maggiori connessioni con altre organizzazioni e soggetti sociali.

La complessità dei problemi sociali, non più decifrabili e affrontabili tramite le categorie concettuali e le routine operative consolidate, che richiedono più sguardi per essere compresi e per costruire letture più attente e articolate, sollecita la necessità di poter lavorare in rete all'interno di un tessuto sociale che va costruito e curato come risorsa primaria.

I disagi che oggi arrivano al Servizio Sociale investono sempre più "un'area di normalità" (famiglie che non riescono a sostenere l'affitto, persone che perdono il lavoro e non riescono a reinserirsi nel mondo produttivo, famiglie con problemi di coppia e grosse difficoltà nella gestione educativa dei figli, famiglie in affanno nella gestione di familiari anziani o disabili, ecc. ecc). Dato comune di questi disagi appare essere un certo isolamento e la carenza di legami e di reti di supporto.

Il prossimo triennio di programmazione prevede azioni finalizzate a creare vicinanze con i contesti di vita delle persone, convinti che i disagi della vita quotidiana non possono trovare risposte solo istituzionali, ma debbano essere assunti e gestiti all'interno della comunità.

Risulta quindi opportuno che i Servizi istituzionali ed il contesto sociale arrivino a "vedere" insieme i problemi e a sviluppare nuove vicinanze e nuove competenze.

Obiettivo per il prossimo triennio è definire un processo di lavoro volto all'identificazione ed al riconoscimento dei problemi sociali, nella prospettiva di aiutare la comunità ad assumere il disagio che è iscritto nella vita quotidiana delle persone e trovare insieme le modalità per aiutarle ad aprirsi, per stimolare e favorire lo sviluppo di relazioni e di un tessuto sociale di accoglienza, di solidarietà e di mutualità.

Obiettivo di lavoro è l'avvio di una fase sperimentale per un lavoro di collaborazione/coinvolgimento delle realtà significative che operano nel territorio, per sollecitare la costruzione di relazioni sociali e di disponibilità nelle persone; disponibilità che non si innescano a "chiamata", ma attraverso un cammino di crescita comune.

In relazione al tema il Documento ISS 2012-14 indica un ambito specifico di lavoro integrato:

"... sviluppo di strumenti di lettura del bisogno in tutte le sue dimensioni, tenendo conto del contesto familiare e socio ambientale di vita."

In questa prospettiva si pone anche il progetto sperimentale di cui alla successiva lettera u)



g) Scelta - Sfida educativa

La realtà che le famiglie del nostro territorio vivono risulta connotata da fattori critici che nel triennio 2009/11 sono stati oggetto di analisi e confronto nell'ambito del Gruppo di progetto "scelta educativa". Il Gruppo è stato impegnato a condividere ipotesi di lettura interpretativa delle problematiche familiari e a progettare azioni mirate a sostenere alcuni snodi ritenuti significativi.

Atteggiamento di chiusura ed individualismo, così come disorientamento rispetto alle difficoltà di gestione ed educazione dei figli soprattutto in alcune fasi evolutive, sembrano essere condizioni ricorrenti nei vissuti delle famiglie: il confronto sull'esperienza di coppia e genitoriale è occasionale e frammentato, pur riconosciuto come utile e desiderato e non si attribuisce valore ad una modalità di confronto più leggero. La presenza di famiglie anche giovani, provenienti da altri territori (come la zona milanese) senza appoggi parentali non solo funzionali ma anche affettivi e relazionali, che non hanno o non si danno il tempo per costruire nuove conoscenze, accentua il clima di isolamento e di non condivisione.

L'aumento delle famiglie monoparentali, donne sole con minori, con esperienze di maternità fragile per separazioni, abbandoni, pone richieste di attenzione da parte dei servizi e della comunità locale, non solo in termini di aiuti concreti, ma con una vicinanza relazionale che sostenga la scelta di autonomia a partire dalla consapevolezza delle proprie risorse e limiti. Di contro l'attuale condizione socio economica con le difficoltà legate al lavoro, all'abitazione, alla cura di familiari non autosufficienti, aggravano ulteriormente il carico e le responsabilità e alimenta la fatica delle famiglie a tenere insieme i vari impegni e reggere ritmi sostenuti e che spesso rischia di non essere vista.

Sul fronte dei preadolescenti ed adolescenti, negli ultimi anni si registra un aumento della presenza di ragazzi con difficoltà di integrazione sociale che facilmente si traducono in tensioni sociali; i ragazzi extracomunitari appaiono i più esposti al rischio di esclusione; alle difficoltà linguistiche si sommano quelle di inserimento nel gruppo dei coetanei. Punti di osservazione quali i Centri di Aggregazione Giovanile e la Neuropsichiatria Infantile e servizi di doposcuola, segnalano l'aumento di adolescenti con drop out scolastico, a rischio di abbandono o con grave insuccesso scolastico.

Anche la rete dei servizi che si occupano della famiglia evidenzia delle fragilità riconducibili a posizioni radicate su autoreferenzialità a discapito di un'analisi integrata del bisogno, alla mancanza di un presa in carico condivisa di situazioni complesse, alla connotazione dei servizi di accompagnamento educativi, centrata sul disagio e quindi non percepita come risorsa per le famiglie, mentre altre realtà che si occupano di adolescenti in contesti di normalità, non sembrano in grado di accogliere ed accompagnare minori più problematici.

I servizi educativi si confrontano con situazioni di disagio mai segnalate prima, dove si intrecciano fattori socio ambientali e cognitivi difficili da reinterpretare e classificare con le categorie e i criteri tradizionali e che nell'adolescenza diventano ingestibili.

Gli operatori che hanno ruoli educativi, faticano a rappresentarsi la possibilità di avviare processi di comprensione del significato del disagio e di interfacciarsi con altri soggetti e con le famiglie stesse.

Verso il mondo della scuola diventa importante rimettere a tema la sua funzione di "attore sociale" e in quanto tale partecipe dei processi di riflessione e di progettazione, declinando opportune strategie utili ad un maggior raccordo con le componenti della comunità.

La scuola rappresenta un interlocutore significativo per chi lavora con le famiglie e i minori in quanto depositaria del patrimonio di orientamenti, valori, modi di relazione, pratiche operative per l'educazione e l'istruzione delle nuove generazioni. Oggi ancora troppo distante dalla realtà locale dove vivono le famiglie e dal complesso dei servizi sociali se non per singole situazioni conclamate di disagio che si manifestano al proprio interno, è richiesto un coinvolgimento più diretto della scuola per sperimentare modelli educativi territoriali in grado di agganciare le famiglie e generativi di progettazioni mirate che possono svilupparsi al di là delle mura scolastiche e accompagnare la crescita di nuovi soggetti sociali.

A partire da esperienze positive già messe in campo da varie realtà pubbliche e private, si valuta prioritaria per il prossimo triennio una progettualità che si collochi negli ambiti di vita quotidiana delle famiglie, promuovendo occasioni di incontro intermedi tra la semplice aggregazione e il confronto strutturato, pensando a spazi per facilitare le relazioni tra le famiglie mantenendo un livello di leggerezza che aiuti un confronto autentico e utile..così come lo sviluppo e la diffusione dei percorsi di sostegno alla genitorialità (scuola genitori) visti come possibili accompagnamenti all'esercizio del ruolo genitoriale in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli e sperimentando modalità innovative di coinvolgimento dei genitori, di operatori e di altri soggetti, nella costruzione di conoscenza, di competenze che possono essere messe in circolo all'interno della comunità

Sul versante dei servizi socio assistenziali lo spostamento culturale e progettuale fa intravedere l'opportunità di investire verso un'area di normalità con lo scopo di sviluppare consapevolezza in grado di ricostruire, rinforzare reti di solidarietà, capaci a loro volta di venire incontro alle esigenze delle famiglie più vulnerabili.



h) Progetti di attivazione delle comunità e di promozione/formazione del Volontariato

L'enunciazione "cittadinanza attiva" rinvia all'idea che vi siano, nella comunità, persone ed organismi in grado di interpretare un ruolo attento e partecipe alla vita stessa della comunità e delle persone che vi abitano, sia nei confronti di chi vive condizioni di fragilità, sia con una funzione di promozione della comunità stessa, esprimendo in ogni caso i valori della solidarietà e della sussidiarietà.

Vi sono sul territorio molte associazioni di volontariato per le quali è esperienza comune da un lato l'invecchiamento degli aderenti (da un punto di vista anagrafico) dall'altro lato la difficoltà ad intercettare nuovi aderenti così da garantire un ricambio generazionale ed anche l'apporto di nuove idee e nuove energie.

È una criticità che rischia di portare le associazioni ad avvitarci su se stesse, in un pensiero che si chiude ed impedisce ad altri di avvicinarsi.

Vi sono poi esperienze associative "informali", gruppi che operano da anni, ma senza aver mai formalizzato lo stare insieme, ritenendo che l'impegno debba essere rivolto esclusivamente al "fare del bene per gli altri" piuttosto che a dare una cornice (visibilità, stabilità, rappresentanza, ecc.) al proprio stare insieme.

Vi sono poi associazioni che ritengono concluso il proprio mandato nell'operare concretamente, convinti che competa ad altri (al Comune!) occuparsi, per esempio, di sviluppare progetti, di ricercare finanziamenti, di partecipare agli organismi di rappresentanza, ecc.

In tal modo l'esperienza di tali organismi rimane chiusa nella propria storia e non si trasforma in contributo alla co-costruzione dei problemi sociali del territorio.

Sostenere e promuovere il volontariato, in stretto raccordo con il CISVOL e con il Forum del Terzo Settore, significa mettere a disposizione delle associazioni di volontariato competenze, strumenti e risorse, per consentire di:

- mettersi in rete, imparare a lavorare con altri;
- valorizzare le proprie competenze;
- acquisire competenze nella progettazione;
- divenire risorsa per la programmazione in quanto aumenta la capacità di trasferire al livello programmatico la lettura e l'analisi dei bisogni di cui ci si occupa;
- contribuire alla promozione del volontariato.

Obiettivo per il prossimo triennio è riconoscere e valorizzare le realtà di volontariato presenti nel territorio.

A questo si aggiunge l'obiettivo di promuovere il volontariato attraverso la sperimentazione di nuove forme di gratuità dell'impegno che coinvolga le diverse fasce di età della popolazione, in particolar modo attraverso un forte investimento sui giovani, potenziale elemento di ricchezza per il nostro territorio.

Infine è obiettivo del Piano sostenere lo sviluppo del volontariato e dell'associazionismo attraverso un impegno per favorire utili sinergie tra i tanti soggetti in campo, per una più efficace gestione delle risorse, non solo economiche, ma anche professionali ed esperienziali.



*i) Nuovi spazi di
vulnerabilità (Lavoro, Casa)
e azioni di sistema verso il
profit*

I temi dell'accesso alla casa e della problematica abitativa oltre che del rientro nel mercato del lavoro per coloro che hanno difficoltà ad integrarsi o ad essere reintegrati, sono entrati prepotentemente nei luoghi del confronto e della riflessione sulla spinta della quotidianità e delle numerose richieste rilevate. Questi temi ci trovano impreparati, incompetenti e inesperti. Le nostre "armi" sembrano "spuntate", i nostri strumenti abituali di lavoro appaiono inefficaci. Nell'ultimo triennio si è lavorato su questi temi attraverso due specifici progetti: il primo **"Dinamicalavoro"** ha cercato di sviluppare progetti di collaborazione/dialogo tra servizi, cooperative sociali, pubbliche amministrazioni e gli ambiti produttivi del mercato del lavoro. Una collaborazione non determinata esclusivamente dalla necessità di rispettare degli obblighi normativi, ma fondata sul senso di responsabilità sociale delle parti interessate in un continuo dialogo/confronto; il secondo **"Casa vuoi?"** partendo dalla necessità di dotare il territorio di un gruppo di lavoro che studiasse indirizzi strategici e strumenti per una gestione più responsabile e partecipata del patrimonio abitativo, sia pubblico che privato, ha cercato di rispondere alla domanda fortemente crescente di alloggi per le fasce più deboli della popolazione attraverso un accompagnamento di famiglie in difficoltà.

Anche il nostro territorio risente dell'impatto della crisi socioeconomica, lasciando aperti i dubbi su quando avrà luogo davvero l'effettiva ripresa dei sistemi economici. Siamo convinti che occorra agire in discontinuità con il passato e mettere in campo nuove strategie e nuove politiche, che partendo dai livelli attuali di welfare consentano di "alzare ulteriormente l'asticella", cioè di intercettare in maniera anticipatoria il cambiamento sociale ed essere in grado, anche come pubblica amministrazione, di dare risposta ai nuovi bisogni che la nostra

società, in continua evoluzione, esprime. Nuovi bisogni dei cittadini e delle famiglie comportano la rivisitazione dei servizi, il che richiede di mettere in campo in modo totalmente diverso e innovativo il rapporto con le imprese e le agenzie profit, riformulando il paradigma di posizionamento del pubblico con il mondo del privato sociale e aprendo ad una maggior partecipazione dei beneficiari. L'occasione del nuovo Piano di Zona è propizia per ribadire in modo convinto la volontà di accettare la sfida e di mettersi in gioco, confidando nella capacità di governare il cambiamento. Si può pensare quindi a un diverso ruolo del pubblico, che deve agire in chiave sussidiaria e flessibile lungo l'intero arco della filiera del welfare, dalla co-progettazione con i beneficiari delle strategie e delle politiche, fino all'erogazione dei servizi finali. In altre parole la sfida è coniugare politiche più efficaci, a minor costo e altamente capacitanti, creando processi virtuosi tali per cui il welfare non rappresenti più un costo, ma un "investimento" per il "benessere" del territorio, dell'economia e della società nel suo insieme. Al centro si pone qui la costruzione di condizioni per l'inserimento abitativo e lavorativo dei soggetti più deboli. Riteniamo opportuno, nel nostro territorio, uno sviluppo di partnership ampie, in grado di assicurare l'adozione di approcci integrati, oltre a rispondere all'esigenza di costruire i presupposti per affermare la logica di un nuovo welfare attento alle fasce più deboli.

Obiettivo per il prossimo triennio è:

- **un'azione di sistema per il dialogo e il coinvolgimento delle realtà economiche locali, affinché i temi dell'inserimento lavorativo e abitativo vengano affrontati in uno scenario di stabilità, corresponsabilità e valorizzazione delle possibilità esistenti;**
- **dare piena attuazione e continuità alle modalità delineate nelle sperimentazioni avviate negli ambiti dei progetti "Dinamicalavoro" e "Casa vuoi?".**

l) Conciliazione Tempi di Vita e Tempi di Lavoro

L'Ente Locale agisce da tempo interventi diversificati in materia di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro attraverso servizi per l'infanzia, pre e post-scuola, centri estivi, ... anche da prima che la tematica divenisse prioritaria all'interno delle indicazioni regionali.

L'accezione introdotta dalle Linee Guida Regionali invita però ad ampliare il ruolo degli Enti Locali come promotori di partnership finalizzate alla co-progettazione di azioni ed interventi per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Si ritiene prioritaria da parte degli Enti Locali un'azione di regia e di coordinamento di azioni di sistema per una migliore gestione delle risorse in campo destinate a tali finalità.

Visto che non si parte oggi a lavorare sul tema, è inoltre opportuno potenziare il livello conoscitivo di buone prassi già in essere per favorirne la diffusione.

Obiettivo del prossimo triennio è partecipare in modo attivo alla realizzazione a livello locale delle azioni condivise con i partner provinciali.

Azioni coordinate con l'Amministrazione Provinciale:

Sportello provinciale diffuso sulla conciliazione: istituire una funzione territoriale diffusa sull'intero territorio, costituita da un team multidisciplinare di operatori/operatrici opportunamente formati per fornire orientamento, supporto tecnico-specialistico e progettuale e, in prospettiva, consulenza in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Albo provinciale baby sitter: promuovere servizi integrativi per la prima infanzia qualificati e flessibili, stimolare e promuovere l'incontro tra domanda e offerta, favorire l'emersione di

situazioni di irregolarità, stimolare partenariati tra Pubblico, Privato e Privato Sociale.

In relazione al tema il Documento ISS 2012-14 indica un ambito specifico di lavoro integrato:

Area: Piano territoriale per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Indirizzo: prosecuzione degli interventi integrati in materia di conciliazione. Azione: prosecuzione degli interventi previsti nel piano territoriale 2011/12 e loro mantenimento (mappatura, sportello, rete di conciliazione) anche a conclusione delle azioni finanziate dal PTC.



m) Piano Integrato Locale Salute

Il Piano Integrato Locale (P.I.L.) è un documento di programmazione locale di interventi di promozione della salute, deliberato da ASL in base ad indirizzi contenuti in specifici disposti normativi emanati da Regione Lombardia. Sostituisce quello che fino a qualche tempo fa era indicato come “Piano di educazione sanitaria”, ma a differenza di quest’ultimo il P.I.L., si connota quale strumento funzionale per una più marcata integrazione tra le differenti aree tematiche di intervento e per un maggiore coinvolgimento degli attori locali presenti sul territorio per la sua elaborazione definitiva.

Il documento contiene un’analisi del contesto di riferimento e dati epidemiologici e sociali in grado di supportare la definizione di vere e proprie strategie di intervento di promozione della salute.

In data 28 febbraio 2012, con deliberazione del Direttore Generale n. 101, l’ASL di Cremona ha approvato il Piano Integrato Locale 2012 orientato alle seguenti attività di educazione e promozione: Fumo, alcool e sostanze illegali; Alimentazione e attività motoria per minori e/o adulti; Sicurezza stradale; Sicurezza in ambiente domestico; Promozione dei corretti stili di vita in generale; Attività educativa e formativa in ambito scolastico; Adolescenza e bullismo; Affettività e sessualità; Supporto all’infanzia; Buone prassi e sperimentazioni.

Il valore del P.I.L. 2012 ammonta a complessivi €. 171.500,00

Si fa notare altresì che nel disposto della deliberazione sopra citata, l’ASL prende atto che all’interno del P.I.L. “viene ricondotto il programma – Costruire la Salute – contenente la descrizione degli interventi di educazione alla salute che l’ASL, anche in collaborazione con altre istituzioni e soggetti del territorio pubblici e privati, si propone di realizzare”.

Obiettivo per il prossimo triennio è creare delle vere e proprie “sinergie territoriali” volte all’individuazione di metodologie di intervento concordate e condivise, per promuovere iniziative non più estemporanee e frammentate, ma al contrario in grado di risultare più efficaci in termini di ricaduta sulla comunità di riferimento.

La definizione del Piano prevede l’istituzione di un gruppo tecnico di lavoro costituito presso l’ASL di Cremona, partecipato da riferimenti opportunamente individuati dagli Uffici di Piano della Provincia, con il compito di giungere alla definizione di interventi concertati tra la stessa ASL e gli ambiti sociali.

In relazione al tema il Documento ISS 2012-14 indica un ambito specifico di lavoro integrato:

Area: Piano integrato locale di educazione alla salute. Indirizzo: prosecuzione degli interventi integrati in materia di educazione alla salute e di prevenzione. Azione: partecipazione degli ambiti sociali al processo di governo delle azioni di educazione alla salute nelle scuole e nel mondo del lavoro, con metodologia e strumenti concordati (es. life skill program).



3.3 Il Modello organizzativo

Per dare concretezza all'attuazione delle nuove visioni del lavoro sociale è necessario ripensare all'organizzazione che si è venuta a definire negli anni, costruita più per giustapposizioni che per una condivisione di sistema. Il tema è stato affrontato nei vari Piani di Zona, ponendo l'attenzione sia sugli standard di personale sia sulla funzione di coordinamento, investendo anche risorse significative. Tuttavia si rilevano una serie di criticità che evidenziano rilevanti differenze nel modo di intendere il lavoro sociale nei vari sub ambiti, rivelando lo scostamento tra la dinamicità con cui evolvono i bisogni e la capacità di stare nel cambiamento in modo pro-attivo da parte dei servizi. È tempo perciò di investire risorse e tempo in relazione ad una "rifondazione" del Servizio Sociale professionale. Come possiamo pensare di "legittimare il lavoro sociale oltre la gravità" se le richieste che vengono fatte agli Assistenti Sociali sono sempre nella direzione di "coprire" delle emergenze? Come possiamo pensare di aprire sistematici spazi di conoscenza e di lettura dei fenomeni, se agli Assistenti Sociali non vengono garantite le condizioni per alzare lo sguardo oltre la pressione dei "casi"? Come pensiamo di poter costruire alleanze con la comunità locale se questa dimensione di lavoro non viene posta al centro del ruolo dell'operatore sociale? Oggi sono ancora presenti, in troppi Comuni e nonostante i diversi tentativi fatti negli scorsi anni, condizioni che rendono impraticabile l'attuazione delle nuove visioni. Stare nel cambiamento (riconoscere i problemi e le risorse dei legami sociali) richiede competenze che vanno costruite, accompagnate e sostenute sia con investimenti personali sia con scelte formative e soprattutto con assetti organizzativi congruenti. Gli operatori sono ancora troppo condizionati da "precarietà" che a volte dipende da relazioni problematiche e instabili con l'amministratore di riferimento, altre volte da soluzioni organizzative e contrattuali che non consentono investimenti di medio/lungo periodo.

Ciò che di buono si è costruito negli anni non va sottovalutato, ma deve diventare patrimonio comune. Siamo però convinti che serva un reale salto di qualità che porti ad una chiara adesione alla visione di un lavoro sociale che investe sui potenziali delle persone, che si fa attivatore e facilitatore di reti di comunità, che sostiene la programmazione utilizzando i dati e mettendo in circolo le conoscenze, che contribuisce ai processi valutativi orientati alla valutazione degli esiti. Il nuovo Piano di Zona è l'occasione per ripensare a come stiamo funzionando per porre alcuni obiettivi concreti di lavoro per il prossimo triennio.

*n) Un servizio sociale
territoriale a forte
coordinamento
organizzativo e gestionale
di livello distrettuale.*

Il legame tra l'Assistente Sociale e l'Amministrazione Comunale è certamente un punto di forza.

Oggi lo scenario complessivo ci fa però vedere che la questione non può ridursi solo ad un problema di presenza dell'operatore nel singolo comune. Serve un investimento trasversale e qualificato che può trovare attuabilità solo a livello di distretto. Ne segue che l'investimento sulla dimensione distrettuale non può e non deve far venir meno la presenza, la relazione e la forte integrazione di livello comunale, ma, al contrario, deve essere pensata proprio allo scopo di definire "standard" qualitativi che garantiscano una ricaduta omogenea sui diversi comuni e a beneficio dei cittadini delle diverse amministrazioni.

Si tenga inoltre in debita considerazione quanto introdotto dalla LR.39/2012 quando si afferma che: " *L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona costituisce, di norma, la dimensione territoriale ottimale per lo svolgimento in forma*

associata da parte dei comuni, delle funzioni in materia di servizi sociali”.

Diventa obiettivo prioritario del primo anno del prossimo triennio giungere all'individuazione di un nuovo modello di organizzazione e funzionamento del servizio sociale a livello distrettuale, che si prefigga: stabilità degli operatori; riorganizzazione delle modalità e dei tempi di presenza sul territorio; azioni di formazione e di supporto; riformulazione delle modalità operative di lavoro sociale alla luce delle nuove visioni indicate. Si ritiene che un coordinamento distrettuale stabile e riconosciuto sia lo strumento per dare attuazione agli obiettivi prefissati. Il progetto di riorganizzazione non può prescindere da una nuova stagione di riflessione comune sul ruolo e la funzione della nostra azienda consortile.

o) Revisione del modello di integrazione tra servizio sociale territoriale e servizi distrettuali TM e IL

Con riferimento a quanto illustrato nel punto precedente, l'integrazione tra servizi territoriali e distrettuali viene ad avere una reale possibilità di successo a partire da una forte e nuova sottolineatura della **titolarità comunale** sia del servizio territoriale sia dei servizi distrettuali di Tutela dei Minori e di Integrazione Lavorativa dei disabili. Nonostante scelte organizzative e gestionali diversificate, i diversi interventi devono avere una radicale unitarietà d'impostazione sia negli orientamenti, sia nelle modalità operative di lavoro.

Contestualmente alla riorganizzazione del servizio sociale, sarà riformulata la modalità di assolvimento delle competenze comunali nei settori della Tutela dei Minori e dell'Integrazione Lavorativa, valorizzando i punti di integrazione e di raccordo tra le diverse dimensioni di lavoro sociale, in coerenza con le nuove visioni introdotte.

p) Consolidamento delle modalità di lavoro integrato con i servizi di area sociosanitaria e sanitaria

Altro aspetto che deve essere presidiato a livello organizzativo è quello relativo ai rapporti con gli enti ed i servizi di area sociosanitaria e sanitaria (ASL e Azienda Ospedaliera).

Questo livello di integrazione è riconosciuto da più parti come un obiettivo strategico e in futuro dovranno essere più ampie le aree di lavoro integrato.

Per fare in modo che detta linea di lavoro abbia una qualche possibilità di successo è necessario uno specifico investimento per creare contesti organizzativi che sostengano il presidio, il dialogo e l'interrelazione.

Durante il prossimo triennio la promozione di integrazione sociosanitaria dovrà avvenire su diversi piani: piano politico-amministrativo con la scelta esplicita e responsabile di partecipazione attiva al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, dopo puntuale preparazione e condivisione delle tematiche oggetto di confronto; piano tecnico professionale mediante l'individuazione di figure referenti che possano partecipare a nome e per conto del distretto cremasco ai luoghi di lavoro integrato e di costruzione di linee di intervento comune.

A tale proposito l'Accordo di programma definisce le modalità attuative.

Il Documento ISS 2012-14 indica un ambito specifico di lavoro integrato:

Area: compartecipazione ai costi. Indirizzo: potenziamento di azioni coordinate e/o integrate per l'accesso ai servizi in modo uniforme sul territorio.

Area: compartecipazione ai costi. Indirizzo: sperimentazione del fattore famiglia lombardo.

q) Consolidamento delle relazioni di lavoro coordinato con l'Istituzione scolastica

Nonostante le molteplici esperienze già attive, la partecipazione della scuola al percorso di lavoro coordinato a livello distrettuale non ha ancora trovato una fisionomia ed un assetto stabile. La dimensione comunitaria dell'azione sociale e la particolare connotazione promozionale ed educativa del Piano di Zona, richiede sul piano organizzativo un nuovo investimento affinché enti locali e istituzioni scolastiche stabiliscano modalità e luoghi di incontro.

Durante il prossimo triennio, per ricercare maggiore coordinamento tra enti locali e scuola si delineano i seguenti obiettivi: individuazione di tecnici comunali referenti per tematiche a forte integrazione tra scuola e comune, con la costruzione di occasioni e luoghi di incontro tematici dedicati alle scuole; valorizzazione degli spazi di confronto sovra comunale tra amministratori (Assemblea dei Sindaci, Comitato ristretto, incontri di sub ambito...) anche per tematiche legate alla pubblica Istruzione, al diritto allo studio e a questioni educative.



r) Consolidamento delle relazioni di collaborazione con il Tribunale e con la Procura della Repubblica

Sempre più si registra la necessità di strutturare relazioni stabili con il Tribunale e con la Procura della Repubblica, quali soggetti a forte rilevanza per tematiche e aree di intervento comuni con il lavoro sociale.

Nel corso del triennio 2009-2011 sono state poste le basi per l'apertura di canali comunicativi meglio definiti e molteplici sono state le occasioni di collaborazione e di lavoro comune che, oltre a favorire l'acquisizione di strumenti nuovi per affrontare le problematiche, hanno favorito una maggiore conoscenza tra le parti.

In particolare è emersa l'esigenza di una modalità organizzativa definita per la gestione coordinata delle problematiche rilevate dai servizi territoriali che possono avere implicanze di tipo penale.

Con il nuovo Piano di Zona si intende dare piena attuazione alle modalità di collaborazione definite nel Protocollo Operativo costruito con il Tribunale di Crema e l'Azienda Sanitaria Locale in merito al tema dell'Amministratore di Sostegno.

Inoltre, ci si prefigge l'obiettivo di attivare alcuni operatori referenti distrettuali che possano essere adeguatamente formati ed in possesso degli strumenti necessari a favorire un maggior raccordo tra la Procura della Repubblica, le Forze dell'Ordine ed i servizi sociali distrettuali e territoriali.

s) Revisione e implementazione delle modalità di integrazione con l'Amministrazione Provinciale.

Il confronto ha permesso di enucleare alcuni temi specifici di collaborazione tra la Provincia di Cremona e i Distretti di Crema, Cremona e Casalmaggiore nell'ambito dei Piani di Zona 2012-2014. Di seguito si evidenziano le aree in relazione alle quali si conferma la collaborazione in atto: conoscenza ed analisi del contesto attraverso l'attività degli Osservatori Provinciali; interventi economici a sostegno di progettualità personalizzate a favore di persone con disabilità sensoriale e di minori in situazioni di fragilità familiare e disagio sociale; interventi di formazione per gli operatori del welfare locale; Tavolo Famiglia Conciliazione e Solidarietà Sociale; interventi per il contrasto e la prevenzione delle violenze contro le donne; sistema di governance territoriale per la qualificazione dei servizi di cura e assistenza alla persona; azioni per il miglioramento delle capacità degli immigrati di accedere e permanere nel mercato del lavoro; interventi di mediazione penale minorile; inserimento lavorativo dei disabili ex l. 68/99; interventi provinciali per il sostegno all'occupazione di soggetti svantaggiati nell'accesso al mercato del lavoro; integrazione degli studenti disabili; i Centri per l'impiego

Con il nuovo Piano di Zona si intende concentrare l'attenzione sui seguenti obiettivi comuni:

Destinazione lavoro: l'intervento, strutturato in doti formazione e doti lavoro, è rivolto a soggetti provenienti da crisi aziendali e a soggetti a forte rischio esclusione dal mercato del lavoro (lavoratori in stato di disoccupazione da oltre 12 mesi e attualmente privi di lavoro, lavoratori provenienti da aziende in CIGS per crisi aziendale, lavoratori iscritti nelle liste di mobilità a cui manchino almeno 12 mesi all'uscita dalla lista, giovani under 30 inoccupati dal almeno 6 mesi). Il progetto prevede anche incentivi all'assunzione – diversamente modulati a seconda

della tipologia contrattuale – da riconoscere ai datori di lavoro. I lavoratori in questione, a seconda della tipologia di dote richiesta, verranno presi in carico da operatori accreditati ai Servizi per il lavoro o ai Servizi Formativi.

Potenziamento del servizio Incontro Domanda Offerta (IDO) e mappatura delle imprese del territorio: l'intervento intende realizzare un percorso "pilota" che sarà strutturato in molteplici azioni: rilevazione, attraverso contatti diretti con le aziende locali che appaiono in "buona salute", della potenziale capacità di assorbimento di manodopera; mappatura dei profili professionali dei lavoratori provenienti da situazioni di crisi aziendali del territorio interessato; condivisione e scambio delle informazioni raccolte durante l'attività di mappatura, attraverso incontri periodici con le parti sociali al fine di individuare le modalità di intervento più adeguate. Per garantire la massima concretezza ed efficacia alle azioni sopra descritte, la Provincia si impegnerà, in parallelo, a dare un forte impulso anche a tutti i servizi per il lavoro erogati dai Centri per l'Impiego dando, in particolare, priorità al servizio di incontro domanda/offerta di lavoro (IDO).

Interventi di riqualificazione finalizzati a immediata e diretta occupazione: l'intervento intende potenziare lo strumento della riqualificazione, che può risultare decisivo ai fini del reinserimento lavorativo, con particolare riferimento ai lavoratori provenienti da crisi aziendali (CIGS/mobilità). I lavoratori interessati potranno avere a disposizione un voucher da utilizzare presso un operatore accreditato ai Servizi Formativi che provvederà ad erogare il necessario percorso di riqualificazione che farà loro acquisire le competenze utili affinché il nuovo datore di lavoro possa procedere all'assunzione. Un apposito "gruppo di valutazione" istituito presso il Settore Lavoro, Formazione e Politiche Sociali procederà all'istruttoria delle istanze presentate a "sportello" dai lavoratori potenzialmente interessati alla riqualificazione per verificarne la coerenza con i requisiti richiesti. All'operatore verrà riconosciuto il voucher solo a fronte dell'avvenuta assunzione del lavoratore con relativo superamento del periodo di prova contrattualmente previsto.

3.4 I Progetti sperimentali

t) Y.A.P.: *Young active policies*

GIOVANI politiche ATTIVE

Strumento di programmazione territoriale: gli Ambiti Territoriali di Crema, Cremona e Casalmaggiore, con l'Amministrazione Provinciale di Cremona e l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, individuano i Piani di Zona 2012/2014 quali strumenti di programmazione locale per lo sviluppo di una specifica progettualità che possa tradurre in termini operativi sull'intero territorio provinciale le Linee di indirizzo per una governance delle politiche giovanili in Lombardia 2012/2015 – DGR 16 novembre 2011 – n. IX/2508.

Partenariato e reti: come già prassi consolidata nell'ambito della programmazione sociale dei Piani di Zona, l'azione prevede lo sviluppo di lavoro di rete e di partenariato diffuso con altri soggetti pubblici e del privato sociale, valorizzando la prospettiva della co-progettazione e della corresponsabilità dei diversi attori coinvolti. Una particolare attenzione sarà dedicata a favorire il coinvolgimento diretto dell'associazionismo giovanile e/o di altre forme di "partecipazione" attiva dei giovani nelle fasi di costruzione del planning territoriale e dei piani attuativi annuali.

Assi d'intervento prioritari: dalla lettura dei dati di contesto e a seguito del confronto tra i soggetti sopraindicati, si individuano i seguenti assi d'intervento quali ambiti prioritari:

- A. Promozione dell'autonomia e transizione alla vita adulta: formazione, occupazione imprenditoriale, politiche abitative.
- B. Politiche per la responsabilità e la cittadinanza attiva in una dimensione di costruzione e sviluppo di "senso di comunità": associazionismo, volontariato, servizio civile.

Obiettivi di lavoro comune: in particolare si condividono e si fanno propri i seguenti obiettivi indicati dalla Linee Guida regionali:

A. Promozione dell'autonomia e transizione alla vita adulta: formazione, occupazione imprenditoriale, politiche abitative.

- Sviluppare iniziative mirate a dare impulso a percorsi di inserimento nel mondo del lavoro e all'imprenditoria giovanile attraverso iniziative per l'avvicinamento dei giovani ad arti e mestieri della tradizione culturale locale, captando le esigenze del territorio.
- Sviluppare occasioni di formazione sia in ambito formale che complementare al sistema tradizionale di apprendimento, con particolare attenzione alla conoscenza di professioni innovative e a esperienze di «pre-formazione», valorizzando il metodo del «fare per apprendere».
- Riconoscere la specificità del territorio, anche con attenzione all'occupazione e all'imprenditoria di giovani agricoltori e allo sviluppo del sistema produttivo agro-alimentare.
- Potenziare i servizi di orientamento e informazione sulle opportunità, anche con un'attenzione a sviluppare forme di comunicazioni tecnologicamente avanzate.
- Favorire la transizione alla vita adulta attraverso misure che consentano l'autonomia abitativa, anche attraverso gli elementi individuati dai Regolamenti Regionali 27 marzo 2006 n.5 e 20 giugno 2011 n.3, ai quali i Comuni possono ricorrere per migliorare l'offerta in base alle differenti situazioni locali.
- Sperimentare formule per l'accesso a sistemi di credito agevolato.

B. Promozione della responsabilità e della partecipazione

- Promuovere la partecipazione e il protagonismo dei giovani attraverso iniziative dirette a:
 - favorire forme di cittadinanza attiva;
 - favorire lo sviluppo di un senso di appartenenza, quale prerequisito per una partecipazione responsabile;
 - far emergere e sostenere l'associazionismo giovanile;
 - incentivare l'impegno sociale;
 - sperimentare nuove metodologie di coinvolgimento dei giovani;
 - favorire occasioni di apertura e confronto con realtà giovanili nazionali ed europee.

*u) Azioni di prossimità a
supporto della
domiciliarità*

Strumento di programmazione territoriale: gli Ambiti Territoriali di Crema, Cremona e Casalmaggiore, con l'Amministrazione Provinciale di Cremona e l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, individuano i Piani di Zona 2012/2014 quali strumenti di programmazione locale per lo sviluppo di una specifica progettualità per implementare le forme di assistenza a domicilio per le persone anziane, al fine di promuovere e facilitare il concreto mantenimento nel proprio ambiente di vita, creando le condizioni di una costante interazione sociale. L'idea guida è rappresentata dalla constatazione che la persona deve essere al centro degli interventi progettati e l'azione deve essere individualizzata e fornire una corretta risposta ai bisogni. Le modalità di intervento devono essere pensate per mantenere il massimo dell'identità e dell'autostima delle persone anziane sole o in situazione di fragilità, per l'assenza del nucleo familiare di appoggio, rendendo loro possibile la permanenza presso il proprio domicilio in condizioni di sufficiente autonomia personale.

Partenariato e reti: nel corso del triennio, gli Ambiti Territoriali intendono sviluppare questa linea progettuale considerando un importante apporto sia delle comunità locali, sia del Terzo Settore.

Assi d'intervento prioritari: l'obiettivo di massima è concentrato nella volontà di migliorare lo standard di vita delle persone anziane che hanno bisogno di appoggiarsi a soggetti terzi per la risoluzione di difficoltà, problemi, fragilità e disagi, pur rimanendo nella propria casa in maniera il più possibile autonoma. In questa ottica l'operatore di prossimità è una figura di riferimento che rileva il bisogno, ascolta le richieste e le problematiche, si raccorda con i Servizi Sociali comunali, dà vita a sinergie operative allo scopo di integrare le risorse e rendere più vivibile e partecipata la rete di

protezione, cioè, attiva le risorse esistenti intorno all'anziano, mobilitando quei nodi della rete alternativi agli interventi di assistenza domiciliare tradizionale.

Obiettivi di lavoro comune:

- Sostenere la famiglia nella scelta consapevole verso le possibili soluzioni di domiciliarità per la persona anziana: migliorare gli ambiti di ascolto, di orientamento, di consulenza, di sollievo alla famiglia.
- Supportare la famiglia nella libertà di scegliere e costruire progetti di cura per le persone anziane, garantendo l'orientamento nella rete dei servizi ed integrando i servizi esistenti sul territorio.
- Facilitare l'accesso delle famiglie ai servizi pubblici del territorio ed ai servizi resi dall'associazionismo e dal privato sociale.
- Favorire il benessere personale dell'anziano ed il mantenimento delle relazioni in ottica preventiva e di aggancio precoce di situazioni di bisogno che possano essere gestite e mantenute in percorsi di domiciliarità.
- Sviluppare la capacità dei soggetti coinvolti di interloquire con il territorio e promuovere la rete territoriale dei servizi di cura.

Prendendo spunto dall'esperienza maturata in ambito territoriale, possono essere definite, seppure sommariamente, le attività in capo all'operatore di prossimità:

- ⇒ attiva contatti con le persone anziane sole o in difficoltà e le loro famiglie per un ascolto dei bisogni;
- ⇒ promuove spazi e momenti di ascolto;
- ⇒ attiva contatti telefonici e visite domiciliari periodici per una attività di monitoraggio, ma anche quale forma di prevenzione della solitudine relazionale;
- ⇒ collabora con i Servizi Sociali comunali, segnala nuovi bisogni, fornisce elementi e notizie utili alla valutazione degli esiti di percorsi attivati;
- ⇒ monitora, in accordo con i Servizi Sociali comunali, le situazioni a rischio (condizioni climatiche avverse, epidemie influenzali, accertamento stati depressivi);
- ⇒ si attiva direttamente per interventi non coperti dai servizi territoriali (fare la spesa, recapito e ritiro di documentazione in busta chiusa presso i medici di medicina generale, acquisto e recapito farmaci, elementari necessità domestiche, accompagnamento presso uffici pubblici e privati per disbrigo pratiche);
- ⇒ fornisce informazioni e notizie utili;
- ⇒ promuove, in accordo con associazioni ed enti presenti, iniziative di socializzazione, facilitando la partecipazione.

v) *“Obiettivo famiglia”*

Strumento di programmazione territoriale: gli Ambiti Territoriali di Crema, Cremona e Casalmaggiore hanno condiviso, nel corso del trascorso triennio, il progetto di utilizzo, implementazione e valorizzazione della cartella sociale informatizzata, quale strumento evoluto per il lavoro sociale. Il progetto che si intende proporre, in una logica di lavoro sinergico, costituisce un’ulteriore arricchimento dello strumento in essere, finalizzato a conoscere e considerare la famiglia in tutte le sue istanze, ma anche in tutte le risorse che l’Ente o gli Enti rendono di fatto disponibili a favore del nucleo familiare, anche nella logica di integrazione con il Fattore Famiglia Lombardia. Orientare e programmare le risorse significa conoscere i soggetti beneficiari sia nella loro dimensione sociale sia nella loro dimensione economico – finanziaria.

Assi d’intervento prioritari: una famiglia può essere nella condizione di richiedere varie prestazioni, da quelle scolastiche (mensa, trasporti) a quelle integrative della scuola (doposcuola) a quelle educative (centri ricreativi diurni, comunità educative, assistenza domiciliare, ecc.) a quelle tipicamente assistenziali, sia nei servizi, sia nell’erogazione di contributi. Il Comune frequentemente non ha una visione complessiva di quanto perviene alla famiglia da altri canali (Regione, Provincia, A.S.L., I.N.P.S., enti assistenziali del privato sociale).

Il progetto che si intende attuare, coinvolgendo Regione Lombardia e partendo dalla cartella sociale informatizzata, prevede una implementazione delle funzionalità della cartella sociale, caricando tutte le informazioni su prestazioni e servizi in capo ad un nucleo familiare. Sul versante del Comune, sono caricati tutti i servizi, anche quelli non propriamente assistenziali; sul versante degli altri soggetti, si prevede un flusso informativo costante da parte

degli altri soggetti, anche grazie all’attività di coordinamento.

Tre sono i vantaggi identificati: una pianificazione dettagliata delle risorse da assegnare ai vari segmenti delle politiche sociali mediante la realizzazione di scenari che consentano di valutare a priori l’impatto nelle scelte e nei servizi; valutare a posteriori la destinazione delle risorse: solo ad alcune categorie sociali (lavoratori dipendenti, autonomi, pensionati, ecc.) oppure si distribuiscono trasversalmente? I beneficiari sono sempre i medesimi oppure per ogni politica sociale ci sono beneficiari diversi? In sintesi, questo comporta il rafforzamento da parte dei soggetti interessati delle capacità di orientamento, monitoraggio, valutazione e rendicontazione delle politiche sociali e delle politiche tariffarie.

Obiettivi di lavoro comune:

- Fornire un sistema informatico che consenta di gestire tutte le informazioni a livello familiare (composizione, relazioni, agevolazioni in essere, richieste di agevolazioni, ecc.); la storia di ogni componente; il tutto integrato con la “cartella sociale informatizzata”. Il sistema, aperto anche agli enti esterni “Regione”, “Azienda Sanitaria Locale”, ecc. consentirà a questi ultimi e agli Ambiti di avere sempre disponibili la reale situazione familiare.

Il progetto si prefigge di raggiungere i seguenti benefici:

- ⇒ Conoscenza della reale situazione assistenziale della famiglia indipendentemente dall’ente erogatore.
- ⇒ Miglioramento del servizio offerto, in termini di tempi di risposta e tracciamento di tutte le attività svolte per i componenti della famiglia.
- ⇒ Migliore pianificazione delle attività relative alla famiglia.
- ⇒ Ottimizzazione della distribuzione delle attività.
- ⇒ Ottimizzazione dei costi.

z) Edu-care

Strumento di programmazione territoriale: gli Ambiti Territoriali di Crema, Cremona e Casalmaggiore, con l'Amministrazione Provinciale di Cremona e l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, individuano i Piani di Zona 2012/2014 quali strumenti di programmazione locale per lo sviluppo di una specifica progettualità che possa tradurre in termini operativi sull'intero territorio provinciale un'attenzione alla piena valorizzazione delle attività a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Partenariato e reti: da tempo il terzo settore costituisce nel nostro Paese uno dei principali attori del sistema di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari ed educativi a fianco alle agenzie della pubblica amministrazione e, in misura crescente, a fornitori privati lucrativi. Spesso i leader delle organizzazioni no profit vantano una distintività e una specificità in termini di qualità dei servizi erogati (personalizzazione), di vicinanza ai bisogni espressi (prossimità), di gestione democratica (multi-stakeholders), di compartecipazione alle scelte decisionali da parte degli utenti (governance allargata), di capacità di lavorare in rete (networking) con gli altri attori della comunità locale, di pluralismo dei valori espressi e praticati da parte di questa particolare tipologia organizzativa. Attraverso questa progettualità l'intento è di fornire supporto e consulenza alle fasi di progettazione, realizzazione, attivazione e promozione di progettualità mirate alla promozione del benessere per l'infanzia e l'adolescenza in chiave di ottimizzazione delle risorse e delle opportunità per i cittadini e le famiglie. Come già prassi consolidata nell'ambito della programmazione sociale dei Piani di Zona, l'azione prevede il sostegno al lavoro di rete e al partenariato diffuso con altri soggetti pubblici e del privato sociale, valorizzando la prospettiva della co-progettazione e della corresponsabilità dei diversi attori coinvolti.

Assi d'intervento prioritari: dalla lettura dei dati di contesto e a seguito del confronto tra i soggetti sopraindicati, si individuano i seguenti assi d'intervento quali ambiti prioritari:

- Promozione della conoscenza delle risorse presenti sul territorio provinciale atte a favorire lo sviluppo del benessere dell'infanzia e dell'adolescenza in contesti educativi extrascolastici.
- Definizione di adeguati strumenti promozionali volti a far conoscere le opportunità territoriali in chiave di conciliazione fra tempi di vita e tempi di cura.
- Supporto alla fase di progettazione e fund raising per soggetti pubblici e del privato che intendono sviluppare iniziative educative nel territorio provinciale.

Obiettivi di lavoro comune: in particolare si condividono e si fanno propri i seguenti obiettivi indicati dalle Linee Guida regionali:

A) Promozione della conoscenza delle risorse presenti sul territorio, svolte dal pubblico, dal privato sociale e dal privato, che rispondano ai seguenti ambiti di lavoro:

- promozione di contesti e azioni educative, nella fascia extra-scolastica, rivolti ai ragazzi delle scuole materne, elementari e medie;
- promozione di interventi di protagonismo per gli adolescenti;
- integrazione sociale dei minori in condizione di disagio socio-culturale;
- realizzazione di servizi ricreativi/educativi per l'infanzia e l'adolescenza per i periodi di sospensione delle attività scolastiche.

B) Definizione di adeguati strumenti promozionali omogenei a livello provinciale (blog, siti, brochure) volti a far conoscere le opportunità territoriali, anche in chiave di supporto alla conciliazione tempi di vita e di cura, dei luoghi educativi presenti nei territori; presentare la rete delle azioni e dei servizi ed eventuali facilitazioni all'uso degli stessi; orientare le persone all'individuazione delle opportunità maggiormente rispondenti alle necessità di cura educativa; garantire supporto alla fase di progettazione e fund raising per soggetti pubblici e privati che intendono sviluppare iniziative educative nel territorio provinciale. Gli uffici di piano si impegnano a svolgere azioni di consulenza mirata alla realizzazione di nuove opportunità educative sul territorio.

Quarta Parta: LA VALUTAZIONE

La valutazione regolare e sistematica dell'appropriatezza, efficacia, efficienza dei processi ed esiti di progetti e interventi di qualsiasi tipo è da tempo un passaggio metodologico fondamentale per migliorare la gestione, la pianificazione e la realizzazione di nuovi obiettivi.

Mentre conserviamo nella nostra cultura personale e collettiva un'idea giudicante e limitativa della valutazione, siamo poco abituati a vedere il movimento circolare che porta dalla pianificazione all'azione, al ripensamento dell'azione per riprogrammare l'azione stessa.

In particolare nei servizi sociali che producono assistenza e prevenzione, la valutazione non porta a fornire verità universali o legittimare soluzioni "salvatutto", ma semplicemente argomentazioni più informate, e dunque più solide, da usare per progettare il futuro con gli occhi dell'esperienza positiva e delle lacune della visione precedente.

Valutiamo per analizzare, confrontare e scegliere tra opzioni alternative oppure per migliorare gestione e rendimento di unità organizzative, per comunicare l'utilità in più delle soluzioni adottate, e anche per formare soggetti interessati a condividere nuovi approcci, e anche per avere più ragioni che motivino una collettività verso scopi comuni.

La valutazione incorpora un movimento migliorativo verso azioni, atteggiamenti e comportamenti successivi. E lo fa attraverso la trasformazione del pensiero degli operatori sul campo, dei responsabili, dei valutatori, dei politici.



4.1 Oggetto della valutazione - Quadro sintetico degli obiettivi

Proviamo di seguito ad enucleare in modo estremamente sintetico un quadro complessivo degli obiettivi presentati nella Terza Parte del Piano.



Presa in carico Integrata

- a) Dare piena attuazione al protocollo di Continuità Assistenziale
- b) Estendere la sperimentazione del Case Management Comunitario
- c) Realizzare l'osservatorio-laboratorio sull'emarginazione sociale
- d) Attivare gruppi di auto-mutuo aiuto
- e) Presa in carico integrata Comuni/ASL nelle aree domiciliarità (ADI-SAD) e Tutela minori



Lavoro di Comunità

- f) Costruire un tessuto sociale con azioni di quartiere e/o paese.
- g) Scelta – Sfida Educativa
- h) Realizzare azioni di promozione del volontariato
- i) Attivare nuove alleanze con il profit per problematiche casa e lavoro
- l) Piano Provinciale conciliazione tempi di vita e lavoro
- m) Piano Integrato Locale Salute



Modello Organizzativo

- n) Riorganizzare il servizio sociale professionale a livello distrettuale
- o) Riorganizzare le modalità di gestione Tutela Minori e Integrazione Lavorativa
- p) Curare spazi istituzionali e professionali di integrazione sociosanitaria
- q) Costituzione Tavolo Scuola
- r) Attivare nuovo modello di collaborazione con Tribunale e Procura
- s) Consolidare relazione progettuale con Amministrazione Provinciale



Progetti Sperimentali

- t) Progetto interdistrettuale Politiche Giovanili
- u) Progetto interdistrettuale Azioni di prossimità e supporto alla domiciliarità
- v) Progetto interdistrettuale "Obiettivo Famiglia"
- z) Progetto Interdistrettuale "Edu-care"

4.2 Come, cosa, perché valutare

Per valutazione intendiamo qui un'attività tesa alla produzione sistematica di informazioni per misurare, analizzare e confrontare le azioni progettuali con l'intento di migliorarle.

Ipotizziamo di costruire la valutazione su modalità diverse di approccio:

-A- Valutare per scegliere (tra alternative)

La sfida cognitiva di questo tipo di valutazione consiste nel costruire un sistema che permetta di razionalizzare e, in ultima istanza, legittimare il processo decisionale, attraverso il quale saranno riconosciuti meriti, opportunità e bisogni e sarà operata la scelta prevista. In altri termini si tenta di rispondere alla domanda: "quale tra gli n° oggetti analizzati si adatta meglio alle intenzioni progettuali?"

-B- Valutare per gestire (organizzazioni)

Occorre misurare ciò che l'organizzazione ha prodotto e confrontarlo con ciò che l'organizzazione avrebbe dovuto (o potuto) produrre. Si parla di valutazione della performance per far riferimento all'insieme di tutte le caratteristiche che descrivono l'operato dell'organizzazione: costi di produzione, volume di attività, qualità delle prestazioni, impiego delle risorse umane. La domanda che motiva questa forma di valutazione è: "quanto bene una determinata organizzazione (o parte di essa) sta svolgendo il compito che le è stato affidato?"

-C- Valutare per rendere conto (a soggetti esterni)

Il concetto si riferisce ad un'idea di trasparenza e di valenza comunicativa. Dalle informazioni raccolte si offre a soggetti esterni un'idea complessiva delle strategie d'intervento adottate dall'organizzazione, delle motivazioni che stanno dietro a tali strategie, delle attività realizzate e dei risultati conseguiti. La domanda rilevante è: "ciò che è stato fatto dall'organizzazione riesce ad adempiere agli impegni assunti?"

-D- Valutare per apprendere (l'utilità delle soluzioni adottate)

Questo approccio ha una forte valenza retrospettiva, ovvero analizza decisioni ed attività del passato. E' volto essenzialmente a far imparare qualcosa di nuovo sull'utilità degli interventi sociali. Una conoscenza che assume valore al di fuori dei ristretti ambiti nei quali la valutazione è stata concepita perché riguarda i processi d'implementazione e gli effetti conseguiti.

Il passaggio delicato è misurare il peso degli atteggiamenti e i modi di pensare dei singoli attori coinvolti nella messa in opera dell'intervento. Essi, decidendo di percorrere alcuni sentieri attuativi e non altri, possono determinare l'efficacia progettuale e il suo proseguo futuro.

Inoltre occorre rilevare i cambiamenti prodotti come effetti raggiunti dall'azione progettuale, cioè in altri termini ricostruire ciò che sarebbe successo a coloro che sono stati oggetto dell'azione, se non lo fossero stati.

-E- Valutare per motivare (una collettività verso lo scopo comune)

Lo scopo è inserito all'interno di un processo dialogico e di riflessione collettiva più ampio, che prevede numerose interazioni e scambi con la comunità di attori a vario titolo coinvolti nell'intervento. L'ambizione consiste nel suscitare tra gli attori un misto di partecipazione e motivazione derivante da una maggiore conoscenza dei fatti e finalizzato al raggiungimento di una finalità comune. Dunque: "come è possibile motivare la collettività a far proprio l'intervento e a muoversi verso una comune direzione di cambiamento?".

Non esiste un modo univoco di concepire la valutazione. E' sempre necessario distinguere e chiarire la valutazione di cui si ha bisogno sulla base delle domande alle quali si vuol dare risposta.

4.3 Valutazione come processo partecipato

Il sistema di valutazione del IV^a Piano di Zona Cremasco è finalizzato a presidiare il monitoraggio è l'esame sistematico e continuo dello stato di avanzamento dell'iniziativa progettuale singola che si svolge durante l'attuazione del Piano.

Il monitoraggio comporta:

- raccolta e analisi delle informazioni;
- predisposizione di rapporti (report) periodici di monitoraggio.

In quanto tale il monitoraggio presuppone una fase di ricerca delle informazioni che si attua sulla base di un panel di indicatori di tipo quantitativo e qualitativo.

Il monitoraggio rappresenta uno strumento di lavoro che sarà costruito in modo partecipato e, dovendo necessariamente passare per la definizione di un vocabolario comune a tutti i soggetti, faciliterà il coordinamento, orizzontale e verticale e l'integrazione delle reti sia a livello pubblico sia a livello privato.

La valutazione nel IV Piano di Zona cremasco è in grado di innescare una crescita di consapevolezza degli attori del territorio, sui processi a cui prendono parte. In questo senso anche la valutazione si caratterizza come atto partecipato e collegiale, non specifico e individuale e per questo in grado di promuovere azioni a partire dalla condivisione dei linguaggi. E' un evento puntuale, realizzato in un momento ben preciso e definito della vita del progetto, in particolare ex ante, in itinere ed ex post.

Il monitoraggio e la valutazione si realizzeranno in tre fasi consequenziali:

-A- FASE 1 o pre-monitoraggio a cui corrisponde la valutazione ex ante. Questa fase è finalizzata a verificare la coerenza delle azioni (tipologia, modalità, strumenti, tempi etc.) che si intendono realizzare con gli obiettivi che il Piano si è proposto di raggiungere. I destinatari del pre-monitoraggio sono da individuare tra i diversi

livelli di responsabilità istituzionale e i singoli responsabili delle azioni/servizi/sperimentazioni. I risultati ottenuti dalla valutazione ex ante, raccolti in una scheda (report), consentiranno di definire gli indicatori, qualitativi e quantitativi, sulla base dei quali sarà possibile avviare la seconda fase di monitoraggio.

-B- FASE 2: le azioni di monitoraggio per la valutazione in itinere. Sulla base degli indicatori precedentemente individuati vengono predisposti gli strumenti e decise le modalità di raccolta dei dati (rilevazioni, questionari, osservazioni dirette, interviste, discussioni di gruppo/focus group etc.). L'attenzione sarà rivolta sia alle informazioni di tipo descrittivo, sia ai processi attivati. I destinatari del monitoraggio per la valutazione in itinere sono tutti gli stakeholders del progetto a partire dagli operatori, gli utenti-partecipanti alla sperimentazione, le associazioni partner, la rete degli enti e delle istituzioni pubbliche e private coinvolte etc...

I risultati ottenuti, adeguatamente sistematizzati, consentiranno la verifica delle prassi adottate, ne misureranno la coerenza o gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi iniziali e ai risultati attesi, evidenzieranno le soluzioni migliori per dare risposte di maggiore efficacia, registreranno l'insorgere di effetti problematici non previsti.

-C- FASE 3: la valutazione ex post. Il processo di monitoraggio si conclude con la stesura di un report conclusivo che rende conto dei risultati e degli impatti rispetto agli obiettivi iniziali. Nel caso del IV PdZ cremasco la valutazione dei risultati ex post è destinata in modo particolare a fare emergere le opportunità di capitalizzazione dell'esperienza progettuale, in altri termini la possibilità concreta che il territorio nelle sue molteplici articolazioni assuma come "buone pratiche" quelle che si sono dimostrate migliori e che si possano riprodurre anche in altri contesti.

4.4 Ruoli e responsabilità

Il presente Piano di Zona individua il Tavolo Locale del Terzo Settore quale luogo privilegiato per il processo valutativo. Si ritiene questo organismo il contesto più opportuno per curare questa “partita”, sia perché al proprio interno sono rappresentate tutte le componenti del Piano di Zona (enti pubblici e del privato sociale), sia per l’adeguata distanza che il Tavolo ha nei confronti del livello programmatico, progettuale e operativo.

Non si tratta quindi di delegare qualcuno a fare valutazione, ma si assume insieme l’impegno di curare l’andamento del Piano per una continua riprogettazione, a partire da una puntuale conoscenza dei dati e dei risultati e della coerenza delle azioni intraprese rispetto al contesto di riferimento.

Al tavolo Locale compete definire, in accordo con l’Ufficio di Piano e a seguito di validazione dell’Assemblea dei Sindaci, le modalità concrete e le tempistiche opportune per svolgere al meglio questo importante e fondamentale passaggio del processo programmatico che, in quanto tale, non ha mai fine.

