



HAL
open science

Dalla parte dei cittadini: programmazione partecipata e qualità dei servizi

Emanuele Polizzi, Tommaso Vitale

► To cite this version:

Emanuele Polizzi, Tommaso Vitale. Dalla parte dei cittadini: programmazione partecipata e qualità dei servizi. Programmare i territori del welfare. Attori, meccanismi ed effetti, Carocci, pp.103-124, 2013, 9788843055449. hal-01044560

HAL Id: hal-01044560

<https://sciencespo.hal.science/hal-01044560v1>

Submitted on 29 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dalla parte dei cittadini: programmazione partecipata e qualità dei servizi

L'analisi sistematica dei Piani di zona della terza triennalità, e delle interviste condotte con i responsabili degli Uffici di Piano e le parti sociali, può sembrare di scarso interesse ai non addetti alla materia. E anche fra gli operatori più interessati a ragionare sui Piani di zona e le forme di programmazione partecipata, si pone spesso il dubbio che una ricerca sui rapporti fra enti locali e cittadini non possa fornire opportunità di apprendimento. Che tutto sia noto, prevedibile, scontato.

Diversamente, lavorando sulle carte e sulle interviste, siamo rimasti colpiti. Conoscevamo la frammentazione del nostro welfare locale, ma non ne avevamo la misura. Solo l'analisi dettagliata e documentata permette di entrare nelle pieghe della faticosa attività di coordinamento che si pone come vera e propria sfida agli enti locali. Chiediamo, perciò, al lettore di darci fiducia e seguirci in un ragionamento che passa attraverso la comparazione delle modalità di accesso ai servizi e la partecipazione degli utenti ai costi (PAR. 4.1), le modalità di presa in carico e la costruzione di progetti individualizzati (PAR. 4.2), per poi spingersi a riflettere sugli strumenti di regolazione della qualità dei servizi attraverso l'accreditamento, la formazione e la valutazione.

4.1

Quando i cittadini si rivolgono ai servizi

Cosa accade quando i cittadini si rivolgono ai servizi nei Comuni della provincia di Milano? La domanda è centrale per gli studi sul welfare (Oberti, 2000), e ha permesso di mostrare quali siano i problemi principali che impediscono la presa in carico (Kazepov, 1999). Alcune acquisizioni cominciano a essere note, e discusse. Fra queste

il fatto che per le persone più fragili la famiglia sia fondamentale, non solo per l'assistenza e la cura diretta, ma anche per poter negoziare con gli operatori sociali e per ricomporre i diversi servizi e agenzie di welfare che sono istituzionalmente separati e sconnessi (Saraceno, 1998). Si sa anche delle difficoltà degli immigrati, e delle donne in particolare, di accedere ai servizi sociali e socio-sanitari, e spesso anche solo ad avere l'informazione corretta sul ruolo e il significato di questi servizi (Tognetti Bordogna, 2007, 2013). La scarsa disponibilità di informazioni (Bifulco, Vitale, 2003) e la condizione assai subordinata sul piano contrattuale degli utenti (Bifulco, Vitale, 2006), per altro, non riguardano solo le donne immigrate, ma più in generale l'utenza dei servizi sociali e socio-sanitari (Giorgi, Polizzi, 2007). L'assenza di distinzione di fatto fra soggetto che garantisce la presa in carico e organizzazioni che erogano i servizi è un'altra questione da più parti evidenziata come foriera di problemi strutturali (Ascoli, Pavolini, Ranci, 2003). Non ultimo, si conoscono le rigidità di servizi prevalentemente basati sulla relazione duale operatore-utente, poco inclini a rivolgersi all'insieme della popolazione di un territorio (De Leonardis, 1997) e restii a valorizzare compiutamente le risorse sociali diffuse e le reti presenti nelle comunità locali (De Leonardis, 2009).

Se questo genere di critiche è diventato patrimonio comune nel lavoro riflessivo degli operatori e dei dirigenti dei servizi sociali (Ruggeri, 2010), ci siamo chiesti in che modo la programmazione sociale ne tenesse conto. La risposta non è scontata: in ogni caso non può essere liquidata come se i Piani di zona in provincia di Milano non avessero mai tentato di affrontare i problemi principali di accesso ai servizi e di incremento della loro qualità. Nemmeno, tuttavia, si possono tracciare delle tendenze chiare e maggioritarie di innovazione. Analizzeremo, quindi, passo passo i principali accorgimenti introdotti nella terza triennalità di pianificazione sociale.

4.1.1. Criteri di accesso disomogenei

Nella maggior parte degli ambiti territoriali i criteri di accesso ai servizi non sono condivisi fra i Comuni. I servizi hanno criteri di accesso mal definiti, in alcuni casi opachi, più frequentemente decisi dai singoli Comuni. I Comuni faticano a coordinarsi per uniformare gli standard in base ai quali valutare chi può fruire o meno di un servizio. Ciò nonostante sono moltissimi gli ambiti territoriali che definiscono come priorità nel documento di programmazione il procedere alla

condivisione dei criteri, senza tuttavia ben nominare le inerzie che impediscono di procedere in quella direzione, né individuando un sistema di incentivi che aiutino, come propulsori, a superare gli ostacoli.

Sappiamo bene che i Piani non sono vincolanti, pur non di meno, rispetto alla precedente stagione di programmazione, in cui questo obiettivo era assai poco tematizzato, vediamo qui una discontinuità che potrebbe segnalare una nuova sensibilità amministrativa. Il lavoro congiunto fatto da Comuni limitrofi nei Piani di zona, sebbene non risolutivo sul piano decisionale, in cui prevalgono stili campanilistici di lunga durata, porta comunque una circolazione di informazioni sulle stridenti differenze nell'organizzazione del welfare locale da città a città. Certo, rispetto alle urgenze che il cambiamento demografico e l'emergere di nuovi rischi sociali pone ai servizi sociali, questi cambiamenti sono assai lenti e poco incisivi.

In questa direzione, i casi degli ambiti territoriali che si sono dati forme di gestione associata (cfr. *infra* il CAP. 3) sono un indizio assai interessante. Il lavoro più intenso di coprogrammazione fra diversi enti locali, che ha portato alla costituzione di aziende consortili, ha creato condizioni politiche, organizzative e comunicative capaci di rendere necessaria l'uniformizzazione dei criteri di accesso. Così nell'ambito il cui Comune capofila è San Donato (Distretto 2, ASL Milano 2), in cui è presente l'azienda sociale consortile Incrociocomuni (a cui aderiscono, lo richiamiamo per comodità, otto Comuni su nove), i criteri d'accesso e la quota di compartecipazione degli utenti alla spesa sono definiti, per i servizi a gestione associata, dai regolamenti redatti dall'azienda consortile (cfr. anche Boccacin, 2009). Così, il servizio di segretariato sociale è gestito in forma associata con un sistema informativo condiviso e un monitoraggio comune delle richieste e delle domande presentate dai cittadini. Inoltre, da questa esperienza è emersa una spinta a lavorare con la ASL per iniziare a garantire forme di integrazione tra le informazioni di carattere socio-assistenziale e quelle di carattere sanitario. Si vede qui un esito portato dal lavoro congiunto dei Comuni, permesso proprio dall'azienda consortile. In altri termini, possiamo guardare all'azienda consortile in questione come a un vero e proprio “strumento per governare”¹

1. Strumento nel significato assunto da questo termine nella sociologia politica (Lascoumes, Le Galès, 2009a; Kassim, Le Galès, 2010). Studiare uno strumento permette non tanto di identificare la variabile determinante nella spiegazione della vita politica, ma di ricavare un indicatore per analizzare delle trasformazioni: esso è infatti un dispo-

i rapporti fra i Comuni e ottenere effetti di apprendimento che si diffondono per contagio.

Ovviamente questi effetti sono comunque limitati, e non è un caso che si riscontrino più al livello dei desideri che di precise indicazioni programmatiche. Essi rimangono comunque circoscritti, dovendo fronteggiare le spinte localiste che caratterizzano la maggior parte della politica locale attuale in Italia (Burrioni *et al.*, 2010).

Restiamo aderenti al caso dell'ambito di San Donato². Ebbene proprio in questo ambito, al di fuori dell'azienda, i servizi gestiti dai singoli Comuni hanno criteri di accesso e una quota di compartecipazione alla spesa che variano da Comune a Comune. In altri termini, la gestione associata non sembra produrre effetti al di fuori del proprio dominio di azione, in cui i Comuni restano gelosi delle loro scelte pregresse e della loro autonomia regolativa, o quantomeno non nel breve periodo, e nemmeno nella definizione di obiettivi da raggiungere. Il primato del localismo, e le logiche ferree della costruzione del consenso politico nel rapporto con target privilegiati, tendono a prevalere anche a fronte dell'esperienza di messa in comune e standardizzazione di criteri e tariffe.

4.1.2. La sfida di una porta d'accesso unico

Nel paragrafo precedente abbiamo accennato all'importanza degli scambi comunicativi nel sostenere il coordinamento degli attori e la discussione sui criteri di accesso. È pur vero che questi scambi sono a loro volta codeterminati, e trovano fondamento su un lavoro organizzativo. In questa direzione, è proprio il riconoscimento dell'importanza dell'integrazione fra i servizi, a livello organizzativo oltre che istituzionale e operativo³, che viene assunto in molti Piani di zona come aspetto centrale per giungere a rivedere i criteri di

sitivo aperto agli effetti degli usi che lo possono piegare in più direzioni, influenzato dagli effetti delle interpretazioni e delle pratiche che suscita: in altri termini una vera e propria istituzione che «orienta e rende prevedibile i comportamenti, coordina attività disparate e produce dei significati sulle azioni condotte» (Lascombes, Le Galès, 2009b, p. 311).

2. Ambito, in effetti, assai studiato, anche per una certa capacità di ben formalizzare ruoli e possibilità di intervento della società civile nel corso della prima stagione della programmazione (cfr. Bifulco, Centemeri, 2007; Polizzi, 2008).

3. Sull'importanza di questa distinzione, cfr. Bissolo, Fazzi (2010), per una tipologia più articolata, cfr. Mozzanica (2002, pp. 245-6).

accesso e a innovare le prestazioni e gli interventi sostenuti. Così, ad esempio, l'obiettivo della costituzione di un punto unico di accesso alla pluralità di servizi presenti sul territorio diviene la leva con cui una programmazione per obiettivi lavora per favorire l'innovazione organizzativa. Si tratta, come hanno sottolineato nel Piano dell'ambito di Pieve Emanuele, di costruire una presenza capillare sul territorio dello sportello unico integrato, strumento considerato in grado di ascoltare, indirizzare e fornire risposte integrate in termini sia sociali che sanitari. Nelle parole del responsabile dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Cinisello, «attivare un punto unico di accesso consentirà di individuare criteri omogenei di risposta al cittadino; costruire una forma operativa e gestionale integrata; facilitare il bisogno istituzionale di “mappare” costantemente le strutture e i servizi del territorio»⁴.

Certamente questa posizione non è diffusa e condivisa su tutto il territorio provinciale. Basti pensare ad esempio al limitrofo Piano di zona il cui Comune capofila è Sesto San Giovanni. Qui l'Ufficio di Piano ha una posizione molto critica rispetto all'opportunità di un punto unico di accesso che avvicini ASL e segretariato sociale. La strada privilegiata dalla programmazione non è tanto quella di spingersi verso un punto unico di accesso ai servizi ritenuto infattibile e insostenibile nella sua realizzazione concreta. Le finalità di presa in carico delle persone sono qui perseguite attraverso la leva del coordinamento fra tutti i servizi presenti nel territorio. Non si tratta di rispondere ai problemi che impediscono la presa in carico sopra citati (dipendenza dalla famiglia, discriminazione delle donne immigrate, metodologia di lavoro basata sulla sola relazione operatore-utente, assenza di informazione ecc.) attraverso la costituzione di un luogo unico di cura e presa in carico, ma attraverso l'investimento nel qualificare le capacità di coordinamento degli attori della rete dei servizi.

D'altronde, laddove il Piano di zona richiama esplicitamente come scopo il giungere a uno sportello unico di accesso, una delle leve principali per andare in questa direzione è costituita proprio dalla condivisione delle informazioni sociali e socio-sanitarie fra operatori. A Rozzano, segnatamente, le basi informative – e la loro messa in comune – sono considerate il punto focale di una strategia che

4. In questa direzione vanno anche gli ambiti capitanati da San Donato e da Pieve Emanuele.

potrà permettere innovazioni organizzative maggiori nella direzione dell'integrazione socio-sanitaria⁵.

Nei territori che non hanno forme di gestione associata sotto forma di azienda consortile o simile, l'idea di perseguire una maggiore integrazione dei servizi attraverso la realizzazione di punti di accesso unico viene comunque discussa intensamente. Nel caso dell'ambito di Cernusco sul Naviglio, il processo è guidato dalla ASL, che ha elaborato un documento sul processo di integrazione, testo di fatto divenuto parte integrante del Piano di zona, e sulla cui base si è creato un gruppo di lavoro che avrà anche il compito di definire non solo gli aspetti inerenti al punto unico di accesso ma anche al Progetto assistenziale individuale (cfr. *infra*)⁶.

Fa riflettere anche il caso dell'ambito territoriale di Paullo, in cui una delle azioni di sistema previste nel triennio riguarda proprio il potenziamento del servizio sociale professionale organizzato sulla base di un'unica porta di accesso alla rete sociale e socio-sanitaria. L'obiettivo sottostante non è solo di integrazione in quanto tale, ovvero la presa in carico multidimensionale della persona, attraverso la messa in connessione di servizi di natura socio-sanitaria con servizi socio-assistenziali e servizi sanitari in senso stretto. La finalità è anche quella di rispondere ai problemi di mancanza di informazioni per gli utenti (e fra i servizi stessi). Per questo il responsabile dell'Ufficio di Piano insiste molto sulla visibilità dei percorsi di orientamento ai vari servizi e progetti che prendono in carico il cittadino su progetti individualizzati. Nulla è stato realizzato nel passato, ma l'obiettivo oggi è quanto meno più esplicito che negli anni precedenti.

4.1.3. Criteri di accesso, soglie ISEE e scelte di bilancio

Non si può, tuttavia, essere ingenui o sottovalutare le ragioni politiche del localismo. A fronte di obiettivi retoricamente dichiarati di voler perseguire una maggiore equità territoriale uniformando criteri di accesso e tariffe, le difficoltà politiche sono assai forti, e ben avvertite dagli attori locali, dentro i singoli Comuni e nel rapporto – sempre un po' competitivo – fra enti locali limitrofi.

5. Sull'importanza delle basi informative nella programmazione delle politiche, cfr. Bonvin, Rosenstein (2009); Di Monaco, Pilutti (2012).

6. Una dinamica simile sta emergendo anche nell'ambito territoriale di Corsico (Distretto 3, ASL Milano 1).

In assenza di vincoli posti dall'alto, per autorità, da un livello di governo superiore, la scelta di omogeneizzare i criteri di accesso richiede ai decisori politici locali profonde modifiche nella allocazione del bilancio comunale. Toccare i criteri di eleggibilità e accesso ai servizi vuol dire necessariamente modificare il livello della spesa sociale. Nell'ambito di Pioltello (Distretto 3, ASL Milano 2), in cui vi è un unico servizio distrettuale che richiede specifici requisiti di accesso (ISEE, il Reddito di inserimento sociale) (cfr. *infra* il CAP. 5), vengono previste delle soglie ISEE condivise per gli assegni di cura di ambito (anziani e disabili), mentre per gli altri servizi le soglie ISEE differiscono molto da Comune a Comune. In questo ambito uno dei principali obiettivi del triennio 2009-11 è l'attivazione di percorsi che mirino a omogeneizzare e standardizzare l'accesso alle prestazioni e ai servizi socio-assistenziali; pur tuttavia le difficoltà sono serie. Il coordinatore dei tavoli d'area è consapevole della difficoltà a modificare lo *status quo* nel coordinamento fra i Comuni: «quando tra Vimodrone e Pioltello c'è una differenza di 40 euro nella spesa sociale pro capite (90 euro Vimodrone, 130 euro Pioltello) non è semplice parlare di omogeneizzazione». Ma si pensi anche all'ambito territoriale di Melzo (Distretto 4, ASL Milano 2), in cui la spesa sociale dei Comuni varia dai 70 ai 182 euro pro capite. Giungere a soglie ISEE condivise, in altri termini, richiederebbe di ripensare *in toto* le scelte di bilancio dei Comuni, e di conseguenza le priorità politiche.

Anche quando i servizi hanno una gestione associata le resistenze alla condivisione di criteri comuni sono assai forti. Emblematico, da questo punto di vista è il caso dell'ambito territoriale il cui Comune capofila è Cernusco sul Naviglio (Distretto 4, ASL Milano 2). Qui il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) è gestito a livello di ambito, ma ogni Comune prevede in base a un proprio regolamento la quota di compartecipazione a carico degli utenti, che quindi varia di città in città⁷. Vi sono quindi criteri di accesso al servizio condivisi in merito alla tipologia degli utenti potenziali (non autosufficienza parziale e totale, insufficienza della rete familiare, fragilità) ma non vi è uniformità per quanto riguarda la compartecipazione degli utenti alla

7. Anche nell'ambito di Corsico (Distretto 3, Milano 1), l'accesso ai servizi distrettuali che prevedono una selezione basata sul reddito ISEE presenta differenze nei criteri e nella contribuzione degli utenti da un Comune all'altro; al contrario, i servizi che non prevedono una selezione in base al reddito presentano criteri d'accesso omogenei a livello di ambito.

spesa⁸. Lo stesso accade nell'ambito di Rho (Distretto 2, ASL Milano 1), in cui, nonostante la gestione associata tramite azienda consortile (SER.CO.P), la quota di partecipazione alla spesa degli utenti per i servizi di assistenza domiciliare agli anziani e alle persone con disabilità cambia in ogni Comune assecondando l'autonomia tariffaria di ciascuna amministrazione.

Non è accessorio segnalare, però, che in questi casi (Cernusco sul Naviglio, Rho, ma anche Garbagnate) la programmazione 2009-11 ha affrontato direttamente il problema, e lo ha additato come un nervo scoperto del sistema di welfare locale, ponendosi l'obiettivo di uniformare le tariffe, e di conseguenza, i criteri di stanziamento di ciascun Comune, nonché di uniformare le soglie ISEE.

L'esperienza dell'ambito di Melzo e quella di Rozzano sembrerebbero mostrare una maggiore facilità a uniformare le soglie ISEE per il trasferimento di risorse economiche (per esempio i buoni sociali di ambito per anziani e persone con disabilità, o il contributo economico per le famiglie numerose) piuttosto che le soglie relative al contributo che i cittadini devono versare per partecipare al costo dei servizi.

Al contempo va segnalato come questi richiami continui al dover essere, propri ovviamente della pianificazione, non si appoggiano mai su una verifica di quanto è stato, o non è stato fatto nelle stagioni precedenti, dei motivi di stallo, e degli strumenti per affrontare le rigidità in tempi vincolati. Torneremo sul punto nel PAR. 4.3. Per ora ci limitiamo a segnalare che nella maggior parte degli ambiti territoriali la grande maggioranza dei servizi sono gestiti direttamente dai Comuni e si registra una forte differenziazione tra gli stessi nella determinazione dei criteri di accesso al servizio e della partecipazione degli utenti alla spesa. Inutile citare i singoli casi: il fenomeno riguarda pressoché tutti gli ambiti territoriali del nostro campione. Per altro, vedremo nel CAP. 6 come il problema delle disuguaglianze su base territoriale si riproponga anche in relazione agli accordi o ai fondi anticrisi stanziati negli ultimi anni da alcuni Comuni (si

8. Al contrario, il reddito di promozione sociale gode di criteri di accesso condivisi sia per quanto concerne la tipologia dei potenziali utenti (stato di grave emarginazione sociale e indigenza, impossibilità di disporre di un reddito minimo, situazione di disagio rispetto alla possibilità di una collocazione lavorativa), sia per quanto riguarda i requisiti di natura reddituale e patrimoniale (certificazione ISEE non superiore ai valori stabiliti per il minimo vitale), cfr. il CAP. 5.

pensi ad esempio a Cernusco sul Naviglio o Cinisello Balsamo) che determinano una disparità di trattamento tra lavoratori di una stessa azienda in crisi a seconda della loro residenza, o meno, nel Comune che ha deliberato il fondo.

4.2 **La presa in carico**

Cosa accade quando una persona riesce ad accedere ai servizi sociali? Molta letteratura sociologica ha mostrato che il welfare locale italiano è caratterizzato soprattutto da problemi di presa in carico delle persone: mancanza di continuità, scarsità di operatori sociali, progressivo abbandono – seppure con le dovute eccezioni – di un atteggiamento proattivo fatto di visite domiciliari e attenzione ai casi più difficili, che da soli non riescono nemmeno a domandare aiuto (Carabelli, 1993; Kazepov, 1996; Mingione, 2001; Sabatinelli, 2009).

Il punto è ovviamente assai centrale, ma anche spesso trascurato nel disegno delle politiche pubbliche (Ferguson, 2008). Sia le politiche settoriali, che le politiche di riforma complessiva del comparto sociale, tendono a eludere la questione. Danno per scontato che l'amministrazione sia in grado di seguire e prendere in carico continuamente le persone, e che le politiche debbano fornire risorse che si innestano su questa base garantita.

L'espressione "presa in carico" è una formula tipica del linguaggio dei servizi sociali. Espressione dal contenuto poco definito sul piano concettuale, essa rimanda all'idea di un servizio che "si fa carico" di seguire continuamente una persona (o una famiglia), di non lasciarla a se stessa, di garantire una presenza capace di offrire opportunità e sostegni, con l'obiettivo promozionale di permettere alle persone di controllare attivamente la propria vita (Milani, 2001). Volendo giungere a una definizione, possiamo intendere la presa in carico come un processo in cui un operatore sociale, a fronte di una domanda espressa o inespressa⁹, ma comunque sulla base di un man-

9. Nel suo studio comparativo sul segretariato sociale, Vanna Riva (2011) mostra empiricamente come nel lavoro con le persone e/o in nuclei familiari, la presa in carico parta o da una richiesta che le persone rivolgono a un servizio, o che il servizio cerca di far emergere in quanto domanda inespressa, a seguito della quale, grazie a un mandato istituzionale, si progettano gli interventi.

dato istituzionale, progetta uno o più interventi rivolti a una persona o a un nucleo di convivenza, mantenendo con essa (esso) un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso nel corso del tempo. Questa definizione insiste sul fatto che la "presa in carico" non sia impersonale e di responsabilità generica di un servizio, ma abbia responsabilità precise all'interno del servizio con l'attribuzione di un ruolo a un singolo professionista, titolato a stabilire e mantenere una relazione di aiuto personalizzata. Il mandato "istituzionale" (De Leonardis, 2006) è, al contempo, un aspetto centrale: la presa in carico non è una forma di aiuto di tipo spontaneo che nasce in una relazione personale: avviene su un mandato istituito da un'organizzazione¹⁰ e non è riconducibile a una forma di solidarietà per appartenenza o per scambio. Ne consegue anche che, essendo la presa in carico un percorso che implica del lavoro professionale, ha una base organizzativa che richiede non solo competenze individuali ma anche un'attenta programmazione che permetta di pianificare i carichi di lavoro, esigenze di formazione e aggiornamento, controlli, confronti fra pari in un gruppo di lavoro, supervisione, forme di valutazione (Abbott, 1995)¹¹.

In Lombardia, la L.R. 3/2008 statuisce con precisione che sia compito del segretariato sociale garantire la presa in carico degli individui (cfr. Previdi, Rossi, 2011). Il rischio che il segretariato sociale non riesca a prendere in carico tutti i "casi" che si presentano è assai presente, e la programmazione sociale avrebbe proprio il compito di

10. Ad esempio un'associazione che dice ai suoi volontari cosa fare e dove stare; un'amministrazione comunale che apre un servizio di segretariato sociale; una parrocchia che apre un centro di ascolto, un circolo o una sede sindacale che apre uno sportello di patronato. Ovviamente, il mandato da solo non basta a garantire la presa in carico, che dipende segnatamente dalla qualità sociale della relazione intrattenuta (De Leonardis, Vitale, 2001).

11. Può essere utile richiamare la tipologia di Bianchi e Vernò che ben distingue fra 1. presa in carico tecnico-professionale «ove ciò che legittima l'intervento è la particolare conoscenza del problema, l'uso di strumenti adeguati e di particolari procedimenti metodologici»; 2. presa in carico del servizio «che dovrà mettere insieme mandato istituzionale e risorse umane, tecnico-professionali strumentali economiche logistiche e che dovrà definire procedure perché tutto contribuisca alla soluzione di questo o quel problema-bisogno»; 3. la presa in carico dell'istituzione «che risulta titolare di quella competenza in forza di questa o quella legge» (Bianchi, Vernò, 1995, p. 156); 4. la presa in carico comunitaria definibile in termini di «capacità dell'insieme dei soggetti locali, istituzionali e sociali di attivare e condividere responsabilità e risorse per garantire risposte ai bisogni delle persone in difficoltà e azioni coordinate, in grado di favorire processi di promozione, prevenzione e benessere» (Vernò, 2007, p. 76).

pianificare modalità organizzative, carichi di lavoro, possibili nuove assunzioni o ripartizioni dei carichi per fare fronte ai flussi stimati di utenti. Effettivamente questo avviene nelle abitudini di programmazione per obiettivi di più paesi in Europa, tra cui sono noti i casi di Francia, Paesi Bassi e Spagna (Hudson, 1992) e, con capacità tecniche ancor più consolidate, delle social-democrazie scandinave (Poon, Button, Nijkamp, 2006). Anche in Italia, Regioni quali la Campania, la Puglia e il Veneto hanno investito sistematicamente per sostenere gli Uffici di Piano affinché acquisissero maggiore competenza nel programmare gli oneri di lavoro per garantire una presa in carico affidabile degli utenti dei servizi.

Di tutto ciò non si trova traccia nei Piani di zona da noi analizzati. Le interviste hanno contribuito a confermare che le modalità e la qualità della presa in carico non sono state tematizzate come oggetto di valutazione e nuova programmazione. In alcuni Piani di zona, come abbiamo visto, si trovano indicazioni esplicite finalizzate a estendere le capacità di coordinamento del servizio sociale, ma nulla di più.

Fra le modalità di gestione della presa in carico, vi sono due strumenti che meritano di essere analizzati più nel dettaglio, perché richiedono opzioni organizzative più complesse, e costituiscono sfide più elaborate al lavoro sociale: il Piano assistenziale individuale, rivolto in particolare ad anziani e persone con disabilità, e l'amministratore di sostegno, per le persone non in grado di disporre dei propri patrimoni e delle più rilevanti scelte di vita (residenza, lavoro).

L'attenzione agli individui e alla loro presa in carico trova sempre più traduzione nel linguaggio della programmazione in termini di PAI (Piano assistenziale individuale). Si rivolge in particolare agli anziani che vivono in residenze sanitarie o che ricevono cure domiciliari. È uno strumento che nelle sue dimensioni mediche, assistenziali, riabilitative e sociali apre su un orizzonte di promozione delle «capacità (anche) residue; quasi a dire che gli insulti della non autosufficienza non possono e non debbono togliere possibilità espressive a una vita degna, vivibile, buona» (Mozzanica, 2007, p. 22). Così del PAI si discute fra Ufficio di Piano e ASL, ma nella maggior parte dei territori non si è ancora giunti ad alcuna decisione (emblematico il caso dell'ambito il cui Comune capofila è Paullo). Nell'ambito di San Donato si è giunti a vedere nella formazione per gli operatori al contempo la *conditio sine qua non* e la leva per poter giungere a

mettere a regime il PAI come strumento ordinario per l'assistenza¹². A Cernusco, invece, si è già costituito un gruppo di lavoro fra Comuni e ASL per implementare gli obiettivi della programmazione di zona in proposito, e in questa direzione sta procedendo anche Melzo. Al contrario negli ambiti di Garbagnate, Pieve Emanuele e di Pioltello, nel momento in cui abbiamo condotto l'indagine, non era ancora in atto alcun confronto tra Ufficio di Piano e la ASL: il PAI qui era considerato un mero strumento delle ASL, mentre i servizi del Piano prevedevano da tempo piani personalizzati e formalizzati con apposite procedure per gli utenti presi in carico. Questo è vero, d'altronde, anche per ambiti territoriali (Melzo, ad esempio) che hanno inserito nella programmazione indicazioni precise per procedere verso un'introduzione fattiva del PAI.

Le questioni relative all'amministrazione di sostegno sono ugualmente assai importanti per ragionare sulle diverse sfaccettature della presa in carico dal punto di vista della programmazione sociale partecipata. La legge stabilisce che la persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trovi nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un "amministratore di sostegno", nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio¹³. In Lombardia, a seguito della L.R. 3/2008 (art. 9, comma 6°), con circolare 9/2008 si è disposta la realizzazione dell'Ufficio di protezione giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi¹⁴: «L'ufficio è costituito all'interno delle ASL con atto del direttore generale e inserito all'interno dell'organizzazione del Dipartimento ASSI, alle dirette dipendenze del diret-

12. In questa direzione, cfr. anche l'utile e profondo lavoro a cura di Mozzanica e Granata (2007), i quali propongono una antropologia del PAI capace di distaccarsi dalla logica del bisogno per tenere conto, anche per le persone più fragili e meno autosufficienti, della "meta" logica del desiderio (cfr. Mozzanica, 2010).

13. L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. In mancanza, ovvero in presenza di gravi motivi, il giudice tutelare può designare con decreto motivato un amministratore di sostegno diverso. Nella scelta, il giudice tutelare preferisce, ove possibile, il coniuge che non sia separato legalmente, la persona stabilmente convivente, o un parente entro il quarto grado. Non possono ricoprire le funzioni di amministratore di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario (cfr. anche Gualdani, 2007).

14. L'ufficio non dovrebbe occuparsi solo dell'amministrazione di sostegno ma anche dell'istituto dei vincoli di destinazione sui patrimoni, dell'istituto del trust e di quello delle fondazioni di partecipazione.

tore sociale. È concesso che nell'ambito dell'accordo di programma che formalizza il Piano di zona, o mediante accordi separati, le ASL e i Comuni associati di un ambito territoriale decidano di organizzare un unico ufficio per la protezione giuridica delle persone incapaci, avvalendosi della struttura posta all'interno del Dipartimento ASSI» (pp. 1-2). In tal caso, l'ufficio opera anche per conto dei Comuni associati e la sua dotazione organica può essere integrata mediante risorse poste a disposizione dai Comuni o dagli Uffici di Piano (cfr. anche circolare 10/2009 su bollettino ufficiale della Regione Lombardia, 21/2009, p. 1488).

Nonostante le indicazioni regionali, la programmazione territoriale è spesso assai aleatoria. Così, l'ambito di Cinisello Balsamo ricorda fra gli scopi del Piano di zona il promuovere e divulgare l'istituto dell'amministrazione di sostegno in stretto raccordo con l'ufficio competente dell'ASL di Milano. Nell'ambito di Rho e in quello di Corsico la tutela giuridica tramite amministratore di sostegno è gestita in forma associata, e in collaborazione con la ASL Milano 1. Anche gli ambiti di Garbagnate Milanese e di San Donato hanno un servizio in gestione associata, pensato soprattutto per fornire consultazioni, consulenze, supervisioni e controllo; accompagnando nella predisposizione delle istanze ordinarie e straordinarie da inviare al giudice tutelare e di tutti quegli atti che richiedono competenze amministrative e gestionali. La realizzazione di un ufficio comune per la gestione dell'amministrazione di sostegno è obiettivo dell'ambito di Rozzano, dove ad oggi viene gestita dai singoli Comuni. A Paullo si inizia a discutere della possibilità di giungere a criteri omogenei all'interno dell'ambito per i servizi dei singoli Comuni che si occupano di amministrazione di sostegno. Negli altri ambiti questo non sembra essere nemmeno un obiettivo¹⁵.

Fa eccezione il caso dell'ambito territoriale di Pioltello. Qui una ricerca sulle modalità di funzionamento della figura dell'amministratore di sostegno ha offerto spunti concreti per valutare l'offerta esistente, e rivederla incrementalmente attraverso la programmazione. Dal giugno 2009 è attivo l'Ufficio di protezione giuridica distrettuale, la cui gestione è affidata a una ONLUS di Segrate. Offre orientamento e accompagnamento ai cittadini e alle famiglie del territorio

15. Nell'ambito territoriale di Melzo una organizzazione di Terzo settore fornisce consulenza agli enti locali per la gestione dell'amministratore di sostegno.

in merito alle modalità di predisposizione della richiesta al Tribunale per ottenere la nomina di amministratore di sostegno e allo svolgimento dei compiti propri dell'amministratore stesso: la gestione patrimoniale, la rendicontazione periodica al giudice, la gestione della relazione con il beneficiario. È in grado di fornire anche consulenze legali e fiscali personalizzate. L'Ufficio ha inoltre il compito di gestire gli aspetti ordinari legati alla gestione delle amministrazioni di sostegno assegnate dal Tribunale a sindaci, assessori e personale competente dei quattro Comuni dell'ambito territoriale, svolgendo per conto delle pubbliche amministrazioni, tutte le pratiche relative ad adempimenti fiscali, la gestione delle utenze domestiche, l'erogazione di denaro agli amministrati e la rendicontazione economica al giudice tutelare. Ciò che è interessante, ai fini della presente ricerca, non è tanto il tipo di attività realizzate, ma il fatto che attraverso una valutazione del funzionamento dell'amministrazione di sostegno, e più in generale della presa in carico di persone interdette, la programmazione abbia modificato i protocolli di lavoro e le funzioni del servizio, creando le condizioni e i vincoli per un miglioramento della sua qualità.

È proprio su questioni di conoscenza, valutazione e qualità dei servizi che ci concentreremo ora.

4.3

L'accreditamento

Passiamo ora a considerare come è stata gestita la delicata partita dell'accreditamento nei Piani di zona.

L'accreditamento è definibile come un processo attraverso cui l'ente pubblico riconosce a dei soggetti organizzati, a prescindere dalla loro natura pubblica o privata e in base ai propri standard di adeguatezza, la possibilità di erogare servizi pubblici. Esso è necessario ai soggetti erogatori non tanto per poter svolgere il servizio, possibilità che è data dalla semplice autorizzazione, quanto per entrare nel sistema pubblico e dunque vendere i propri servizi all'ente pubblico, direttamente o tramite voucher usati dal cittadino utente.

Il processo di accreditamento presuppone, perciò, una differenziazione tra l'ente che eroga il servizio e l'ente che controlla e paga, totalmente o parzialmente, il servizio stesso. Tale differenziazione è uno degli elementi caratterizzanti il processo di riforma dei servizi di welfare in Italia. Esso si accompagna alla tendenza emersa nei

welfare state europei degli ultimi decenni alla esternalizzazione dei servizi a soggetti erogatori privati, profit o non profit, ma vi aggiunge un elemento di regolazione importante, nella misura in cui supera la logica del semplice affidamento a terzi di servizi pubblici e comprende invece la possibilità che vi sia una pluralità di soggetti che possono offrire tali servizi, tra i quali i cittadini possano scegliere (La Spina, Majone, 2000; Freedland, 2001). L'accreditamento è dunque uno strumento normativo funzionale alla dinamica complessiva, emergente in molti sistemi di welfare europei, di crescita di un mercato dell'offerta privata di servizi (Bartlett *et al.*, 1994; Ranci, 2001).

Il percorso dell'accreditamento nei servizi sociali segue quello avvenuto in altri ambiti di welfare. Le prime forme di accreditamento sono state infatti introdotte in Italia con la riforma sanitaria del 1992, che ha affidato all'ente regionale il compito di individuare criteri e standard per far accreditare le strutture erogatrici di servizi presso le ASL. A partire dalla metà degli anni Novanta, alcune Regioni hanno molto sviluppato la logica dell'esternalizzazione dei servizi, non solo in sanità ma anche nel campo della formazione professionale e in quello dell'assistenza sociale. È stata poi la legge quadro 328/2000, ad aver introdotto a livello nazionale lo strumento dell'accreditamento delle strutture erogatrici di servizi socio-assistenziali. La legge 328/2000 ha anche aperto la strada a una regionalizzazione delle modalità di accreditamento. Tale regionalizzazione è stata poi ulteriormente rafforzata dalla riforma del titolo V della Costituzione del 2001, che ha assegnato alle amministrazioni regionali piena autonomia nell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari. Dopo questa riforma sono state introdotte forme di accreditamento comprendenti dapprima solo alcune categorie specifiche di intervento (ad esempio alcuni servizi domiciliari per anziani o disabili) e si sono progressivamente così affermati diversi modelli regionali di accreditamento (Dalla Mura, 2001; Pesaresi, 2004), differenti soprattutto per il tipo di requisiti richiesti agli erogatori: se in alcuni casi, essi sono stati molto "leggeri", cioè con standard normativi e strutturali minimi, in altri è stata richiesta anche la coerenza con la programmazione sociale regionale.

La Regione Lombardia, in questo quadro, ha seguito nella lunga presidenza di Roberto Formigoni una propria strada, contrassegnata dalla volontà di costruire un sistema improntato al valore della libertà di scelta del cittadino/consumatore e molto simile a un mercato dei servizi sociali (Bifulco, 2005). Tale scelta si è espressa principal-

mente attraverso l'adozione dei voucher, cioè di buoni a disposizione degli utenti da spendere tra i soggetti accreditati per alcuni servizi socio-sanitari prima, come l'assistenza domiciliare integrata per anziani, e più tardi anche per servizi socio-assistenziali, anch'essi di tipo domiciliare (Giorgi, Polizzi, 2007).

Con la L.R. 3/2008, la scelta dell'amministrazione lombarda di accreditare la rete degli erogatori, chiamata rete delle unità d'offerta, è stata ulteriormente generalizzata e allargata all'intero spettro dei servizi alla persona (Carabelli, 2011). Un elemento significativo dell'approccio lombardo all'accreditamento è stata la mancanza di una subordinazione degli strumenti di esternalizzazione e contrattualizzazione dei servizi, compreso l'accreditamento, all'attività di programmazione dei servizi nei diversi territori della regione. In altri termini non sono state individuate le priorità e modalità di intervento appropriate a seconda della specificità del tipo di domanda presente in ogni ambito. Ciò significa che l'amministrazione regionale ha dettato delle regole molto precise di definizione degli standard per l'accreditamento, ponendo quindi molti vincoli ai Comuni, ai quali è demandata la competenza di accreditare gli enti erogatori. D'altra parte la mancanza di un accompagnamento al processo di accreditamento dei Comuni da parte dell'amministrazione lombarda ha fatto sì che tale processo si producesse in modalità e tempi molto differenziati nei diversi ambiti territoriali.

A partire da questo contesto regionale è possibile individuare la tendenza dell'accreditamento nella pianificazione zonale nella provincia di Milano.

L'elemento che appare evidente dall'analisi dei documenti di Piano è il fatto che il processo di accreditamento non fosse di fatto ancora iniziato nella maggioranza dei casi. Dove una forma di accreditamento era già iniziata, essa ha riguardato quei servizi nei quali la Regione aveva già da alcuni anni avviato forme di voucherizzazione, come quelli dell'assistenza domiciliare per anziani, disabili e per minori.

Questo mancato avvio dell'accreditamento mette in evidenza quanto esso sia un processo complesso, nella misura in cui richiede di omogeneizzare con uguali standard strutturali e di processo¹⁶ ser-

16. Per una introduzione all'importanza degli standard nei processi di programmazione, cfr. Donolo (1997); con specifico riferimento alla programmazione partecipata di ambito, cfr. Gori (2004).

vizi spesso molto differenziati tra di loro per tipo di territorio e di situazioni personali a cui sono rivolti. Inoltre, non è priva di controversie la scelta di richiedere l'accreditamento anche per quei tipi di attività meno inquadrabili in standard strutturali, come ad esempio i centri di aggregazione giovanile o l'educativa di strada. Infatti, il confronto con i soggetti abituati a operare in ambito sociale, sia in sede regionale nella fase di approvazione delle delibere applicative della legge 3/2008, sia nella fase di implementazione da parte dei Comuni, ha richiesto una maggiore prudenza e lentezza nel processo di accreditamento.

4.4

La formazione

Fin dall'introduzione della legge 328/2000, il Piano di zona è stato pensato e praticato in molti territori come strumento utile non solo a una programmazione sociale che integrasse i diversi servizi e soggetti di un territorio che operano in campo sociale, ma come un'occasione di riflessione, confronto e apprendimento sul lavoro svolto dai vari soggetti che svolgono attività socio-assistenziale¹⁷. In diversi Piani di zona della provincia di Milano, la scelta di dedicare tempo e risorse dei fondi a disposizione degli ambiti sociali per alcune attività di questo tipo è stata adottata fin dalla prima triennialità. È stata soprattutto l'attività di formazione degli operatori dei servizi pubblici a essere stata adottata. Essa è stata attivata in molti casi tramite iniziative della Provincia, cioè l'ente istituzionalmente preposto all'accompagnamento della programmazione dei Comuni. In diversi casi però le amministrazioni hanno deciso di avvalersi anche di consulenze di società private specializzate in politiche e organizzazione dei servizi sociali, spesso unitamente alla consulenza per la stessa elaborazione e scrittura del documento di Piano.

Ciò corrisponde senz'altro all'esigenza che le amministrazioni comunali hanno avuto di coinvolgere tutte le proprie componenti operative, e non solo i livelli dirigenziali dei servizi, alle sfide inedite aperte dall'allargamento dell'attività programmatica a territori più ampi di quello comunale e ad attori nuovi, come sono quelli del

17. Sulla riflessività nella costruzione di innovazione sociale nelle reti di servizi che insistono su uno stesso territorio, cfr. le ricerche di Lichterman (2005) e Eliasoph (2011), e con riferimento alle città europee, Vitale (2009b).

Terzo settore. Ciò ha infatti comportato un'esigenza di omogeneizzazione amministrativa almeno a livello di ambito sociale e di permeabilità del linguaggio amministrativo alla società civile (Battistella, De Ambrogio, Ranci Ortigosa, 2004). D'altra parte, l'utilizzo dei finanziamenti dei Piani di zona per promuovere momenti di formazione e confronto può anche essere interpretata come una occasione colta da assessori e dirigenti dei servizi sociali dei Comuni per svolgere momenti di riflessione ritenuti utili a prescindere dalla questione di Piani di zona.

In continuità con questa tendenza dei primi anni di programmazione zonale, la formazione continua a essere spesso inserita dai Comuni tra le attività della terza triennialità dei Piani di zona nella provincia di Milano. Tali attività formative sono state nella maggior parte dei casi organizzate dalla Provincia, ente deputato ad accompagnare gli ambiti sociali nella programmazione, ma in diversi casi i Comuni chiamano consulenti esterni e società specializzate per svolgere momenti di apprendimento e di seminario rivolte a operatori interni alle amministrazioni impegnati nel settore dei servizi sociali, anche se ciò comprende più spesso i soli tecnici addetti alla gestione dei servizi, segnatamente le assistenti sociali. Solo in pochi casi, come ad esempio nell'ambito con Cernusco sul Naviglio come capofila, la formazione è stata rivolta espressamente, pur se con difficoltà, anche agli amministratori stessi. Altrettanto rare sono le occasioni in cui alla formazione hanno partecipato anche soggetti del Terzo settore locale, come a Sesto San Giovanni, o a Pioltello, dove è stato lo stesso Terzo settore locale a organizzare un'occasione di formazione rivolta anche agli operatori pubblici.

Torneremo sul punto nuovamente anche nel CAP. 6, data l'importanza della questione. Ci preme qui, invece, segnalare lo scarso coinvolgimento di dirigenti e Terzo settore nelle attività di formazione, le quali mettono in luce dunque una tendenza diffusa all'autoreferenzialità. Ciò limita molto la portata di apprendimento organizzativo e di sistema che esse potrebbero favorire, e quindi anche le chance di generare miglioramenti e innovazioni nel modo in cui i servizi sociali di un ambito rispondono alle esigenze socio-assistenziali della cittadinanza (cfr. Tognetti Bordogna, 2013).

Rispetto a questo scenario, una parziale novità degli ultimi anni è rappresentata dalla costituzione dei tavoli interistituzionali che riuniscono tutte le amministrazioni che risiedono sotto la stessa ASL. Si tratta di luoghi di confronto che hanno già rivelato una grande

utilità sia nel rendere possibili una maggiore uniformità territoriale di alcune regole e modalità di intervento, sia nel favorire lo scambio delle esperienze e quindi il possibile apprendimento reciproco.

È da segnalare, inoltre, il fatto che spesso la formazione per la costruzione dei Piani di zona sia stata avvertita come una necessità anche dal mondo del Terzo settore e dal sindacato. Soggetti come ACLI, AUSER, Caritas e lo stesso Forum del Terzo settore hanno infatti organizzato in questi anni diverse iniziative per la formazione, rivolte a interni ed esterni, alla partecipazione ai Piani di zona, sia a livello provinciale che a livello regionale. Le organizzazioni sindacali, per parte loro, hanno investito negli ultimi anni sempre maggiori risorse nel coordinare e formare l'azione delle proprie organizzazioni categoriali sul tema della presenza nei luoghi dove si discute di politiche sociali locali (Tajani, *infra*, CAP. 6).

4.5

La valutazione

Un ulteriore momento fondamentale nell'attività di pianificazione locale è quello legato alla valutazione. L'utilità di una forma sistematica di valutazione è infatti una delle più condivise acquisizioni della ricerca sulle politiche sociali (Palumbo, 2005; Ranci Ortigosa, 2003; Stame, 1998) e allo stesso tempo una delle più trascurate nelle pratiche effettive dei servizi sociali in Italia. Ciò vale sia per la valutazione dell'andamento dei singoli servizi, sia per l'andamento complessivo del sistema di governance dell'ambito, compreso il processo stesso di programmazione. Essa è il presupposto essenziale per qualsiasi forma di progettazione e programmazione che voglia correggere gli errori, gli ostacoli, le difficoltà dell'esperienza precedente e dunque innovare e migliorare le modalità di intervento.

Nel caso dei Piani di zona dunque, svolgere o non svolgere un processo di valutazione della programmazione risulta decisivo nel dare o meno agli attori che costruiscono il Piano la possibilità di apprendere su quali nodi problematici lavorare, con quali possibili differenti impostazioni o correttivi puntuali. La legge 328/2000, da questo punto di vista, prevedeva espressamente «forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi» (art. 20, comma 5°, lett. d) e l'utilizzo dei sistemi informativi come strumenti di valutazione. La legge 3/2008 della Regione Lombardia, pur riducendo l'importanza di forme di valu-

tazione sistematiche del processo di programmazione, conferma la loro importanza almeno nei confronti delle modalità di intervento individualizzato (art. 6, comma 4°, lett. c) e sull'operato delle unità d'offerta (art. 15, comma 6°).

Cercando quanto e come sia stata pensata e praticata la valutazione nei Piani di zona della terza triennalità emerge un quadro di diffusa debolezza.

Un primo elemento che emerge, in questo senso, è il fatto che non tutti i Piani abbiano sviluppato in passato attività di valutazione, come ad esempio nell'ambito di Cernusco sul Naviglio e in quello di Rho, o non la prevedano neanche nella terza triennalità, come nel caso di Paullo. Ciò denota una scarsa centralità di questa attività per il lavoro di programmazione e la sensazione che in molti casi i responsabili l'abbiano ritenuta, di diritto o di fatto, un'attività prescindibile.

Inoltre, in diversi casi, come negli ambiti di Garbagnate o di Pieve Emanuele, essa è stata svolta solo internamente, come autovalutazione o con personale dell'amministrazione. L'utilizzo nella valutazione di figure esterne, quindi non immerse nella rete di rapporti di fiducia e di potere che inevitabilmente esistono nelle amministrazioni, rende possibile un processo più obiettivo e distaccato. Per quanto anche i valutatori esterni possono essere spesso dipendenti dal committente e quindi meno distaccati nei loro giudizi, la loro presenza è un facilitatore potenziale del processo valutativo. Quando invece le amministrazioni prescindono totalmente da figure esterne, ciò rischia di riprodurre l'autoreferenzialità già individuata a proposito delle occasioni di formazione.

Un ulteriore e decisivo limite per il momento valutativo è quello di rimanere molto separato dal momento programmatorio o progettuale. Si tratta cioè della diffusa tendenza a elaborare il Piano sulla base del semplice andamento inerziale precedente o dei Piani già esistenti in altre amministrazioni (Mirabile, 2005) e non agganciarlo in maniera sistematica al momento valutativo dell'esperienza precedente (Ranci, 2006; Stame, 1998). Questa separazione si manifesta anche nel modo in cui viene utilizzato, o non utilizzato, il sistema informativo. Solo raramente infatti, i dati sulle modalità e le frequenze nell'uso dei servizi vengono utilizzati come elemento di discussione del momento programmatorio. Inoltre tali sistemi informativi a disposizione delle amministrazioni non vengono utilizzati in sede di monitoraggio *in itinere* dell'andamento del Piano lungo il suo

triennio di vita. In questo modo la valutazione rimane incapace di incidere realmente sulla programmazione e quindi di produrre innovazione (Vitale, 2009c). Da questo punto di vista, l'analisi dei Piani evidenzia come nella maggior parte dei casi la valutazione appaia separata dal momento programmatico, sia in termini temporali che in termini discorsivi. In termini temporali, è separata nella misura in cui essa viene fatta in un momento differente, e spesso molto distante, da quello della programmazione. In molti casi, infatti, essa viene svolta *ex post*, alla fine del triennio, mentre non viene svolta a ridosso del momento programmatico stesso. Anche nei casi in cui essa viene svolta *in itinere*, non sembra essere poi tenuta in conto nel momento della programmazione, solitamente ridotto a poche settimane. In termini discorsivi, la valutazione appare come momento separato nella misura in cui le sue conclusioni raramente sono riprese e affrontate nella definizione delle priorità presenti nei documenti di Piano.

Ugualmente, non si riscontrano tracce di una valutazione capace di tematizzare il sistema di incentivi interno all'ambito territoriale e modificarlo in maniera coerente con gli obiettivi della programmazione.

Se dunque da una parte possiamo vedere come molti Piani di zona presentino impianti valutativi molto deboli, tra gli amministratori responsabili della programmazione sociale di zona non sembra mancare la consapevolezza della necessità di dedicare più risorse e più attenzione a questa attività. Infatti, nella maggior parte degli ambiti nei quali non erano state praticate fino a quel momento forme di valutazione, si è scelto di introdurre nella nuova triennalità, mentre dove già la valutazione era presente, se ne sono riconosciuti in molti casi i limiti, o si è deciso di introdurre supporti esterni, monitoraggi sistematici con uso del sistema informativo delle amministrazioni e dell'ASL e forme di valutazione anche *in itinere* ed *ex ante*. Inoltre, si nota una più frequente attenzione alla valutazione del sistema di governance locale dei servizi e non solo a quella dei singoli servizi o delle singole aree di intervento.

Polizzi, Emanuele
Vitale, Tommaso