

CONDIZIONI PER UN EFFICACE PROCESSO PROGRAMMATARIO DEI PIANI DI ZONA

1. I Piani di zona come azione amministrativa e strumento di comunicazione

La legge di riforma dei servizi sociali del 2000 propone un impegnativo lavoro sociale in cui sono coinvolti moltissimi soggetti, ognuno dei quali è fortemente caratterizzato con riferimento alle proprie funzioni, ruoli, appartenenze. Agli enti pubblici (enti locali, con particolare riferimento a comuni, regioni, stato) spettano compiti di sviluppo dell'offerta, programmazione ed organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, da svolgere nell'ambito delle proprie competenze e con un orientamento culturale teso a "riconoscere ed agevolare"¹ il ruolo dei vari soggetti appartenenti al Terzo settore. A questi ultimi spettano compiti di gestione ed offerta dei servizi "in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi"².

Evidentemente fare tutto questo non è facile. Sia nella lettura dei bisogni e della domanda, sia nella produzione dei servizi, si confrontano identità forti. In queste situazioni ciascuno tende a valorizzare e ad affermare il proprio punto di vista e la comunicazione interpersonale, interistituzionale ed interorganizzativa può diventare molto complessa, conflittuale e può interrompersi. In rapporto a queste problematiche vale la pena di richiamare le tre "forme di scambio sociale" proposte negli studi di Karl Polanyi: 1) *reciprocità*, basata su scambi intersoggettivi fra gruppi, tipica delle varie forme con cui si esprime anche il volontariato; 2) *politica*, basata sulla tassazione e la redistribuzione del reddito, che investe le responsabilità pubbliche; 3) *mercato*, basata su scambi mediati dal prezzo dei beni³.

L'esperienza di lavoro insegna che queste diverse modalità di scambio si presentano costantemente nell'attività di produzione dei servizi. Le politiche non sono solo azioni in rapporto ad obiettivi, risultati attesi e risorse, ma sono anche linguaggi e modi di ordinare e scambiarsi le informazioni.

Lo strumento identificato dalla legge per elaborare obiettivi comuni, nonostante le varie differenze che si presentano nei territori, è il "Piano di zona" che individua: obiettivi

strategici; priorità di intervento; modalità organizzative dei servizi; risorse finanziarie; impegni professionali; requisiti di qualità; attività di rilevazione dei dati; forme di collaborazione ed integrazione fra enti diversi, con particolare riferimento alla strategica relazione fra i comuni e l'ASL⁴.

Il Piano di zona è dunque il più importante strumento per la programmazione locale dei servizi alla persona. Esso ha vari obiettivi che tendono a sovrapporsi e ad interferire l'uno con l'altro: deve essere molto curato sotto il profilo amministrativo poiché non è solo un "rapporto di ricerca sociale", ma è anche un atto amministrativo da adottarsi tramite "accordo di programma"⁵; inoltre diventa necessariamente un mezzo di comunicazione fra operatori, amministratori, cittadini utenti e cittadinanza organizzata.

La condizione necessaria (ma non sufficiente) per l'elaborazione dei Piani è di curare gli snodi metodologici e tecnici dei gruppi di lavoro: composizione, distinzione fra livello politico e livello tecnico, interazioni fra questi ultimi, orientamenti culturali, strategie, individuazione dei "ruoli integrativi", ossia di chi si assume il compito di tenere insieme il processo, rimettendo continuamente in gioco le informazioni e le decisioni intermedie che sono state prese durante il percorso. Quest'ultimo aspetto è spesso poco curato: eppure senza le persone che si assumono il doppio onere di far valere le ragioni del proprio ente e quelle del gruppo inter-istituzionale è difficile far procedere queste attività.

Il doppio aspetto dei Piani (atti amministrativi e contemporaneamente comunicativi), e il pluralismo degli attori che sono coinvolti nella loro formazione, rendono indispensabile trovare accordi continui anche sulle parole che si utilizzano nei rapporti intersoggettivi. Si vuole dire che occorre accordarsi anche sulle definizioni che si danno durante i vari processi operativi.

Nei paragrafi successivi se ne propongono alcune.

2. Sistemi di finanziamento

La spesa socio-sanitaria grava sul bilancio pubblico ed è alimentata dalla tassazione. In questa fase storica è in atto un processo di redistribuzione dei carichi fiscali fra Stato e Regioni⁶.

¹ Legge n. 328/2000, art. 1, c. 4

² Legge 328/2000, art. 1, c. 5

³ Sul tema si veda in particolare: Gianprimo Cella, *Le tre forme di scambio: reciprocità, politica, mercato a partire da Karl Polanyi*, Il Mulino, Bologna, 1997.

⁴ Legge n. 328/2000, art. 19

⁵ Legge n. 328/2000, art. 19, c. 2

⁶ D. Lgs. n. 56/2000 sul "federalismo fiscale"

I flussi di spesa sono distinti in¹:

- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* (a carico della spesa sanitaria e quindi delle regioni e delle ASL): attività finalizzate alla promozione della salute; alla prevenzione; all'individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* (a carico degli enti locali ed in particolare dei comuni): attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità e di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- *prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria* (a carico delle ASL): caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria. Attengono prevalentemente alle aree: materno-infantile; anziani; handicap; patologie psichiatriche; dipendenze da droga, alcool, farmaci; patologie per infezione da HIV; patologie in fase terminale; inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Quello dei finanziamenti è uno dei principali nodi critici. Le risorse, anche a causa delle promesse di riduzione della tassazione fatte dal governo in carica, tendono a essere stabili o addirittura a diminuire. Inoltre i flussi di spesa sopra identificati non vanno a definire enti ed organizzazioni specifiche. Molto più spesso uno stesso servizio è alimentato da tutti i flussi di cui sopra.

Nei Piani occorre quindi ragionare a fondo sulle tipologie di offerta e responsabilizzare gli enti nelle loro specifiche attribuzioni e competenze.

3. Integrazione socio-sanitaria

Alla radice della parola "integrazione" troviamo l'aggettivo "integer" (lat.), vale a dire "intero". In questi processi si tenta di dare unitarietà nelle risposte a bisogni sempre più complessi e diversificati. L'idea è che a bisogni unitari della persona devono corrispondere risposte altrettanto unitarie. Chi opera nei servizi sa benissimo che la progressiva differenziazione delle persone e dei gruppi sociali, unita agli altrettanti meccanismi di specializzazione professionale, rendono molto problematico il lavoro sociale tendente alla integrazione.

Il pluralismo dei soggetti implicati nella riforma dei servizi sociali, e di cui si è parlato all'inizio, conduce alla necessaria ricerca di "strategie di convergenza su obiettivi comuni", nonostante le differenze di ruolo, funzioni, competenze degli enti pubblici e privati.

In questi anni il legislatore ha opportunamente distinto tre livelli di integrazione²:

- *integrazione istituzionale*: necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire obiettivi di salute;
- *integrazione gestionale*: avviene a livello di struttura operativa con particolare riferimento ai distretti socio-sanitari, attivando i servizi presenti nelle zone;
- *integrazione professionale*: dipendente dagli orientamenti del lavoro professionale.

La sempre più crescente articolazione dell'offerta (che rischia di diventare frammentazione) attribuisce ancora maggiore responsabilità ai professionisti dei servizi, sia pubblici sia privati, e ai cittadini organizzati nelle loro forme associative.

Occorre ridurre le conflittualità basate esclusivamente su principi valoriali, trovare accordi (anche provvisori) tenendo fermi gli obiettivi comuni, ricercare punti di connessione e di collaborazione nell'interesse dei bisogni socio-sanitari delle persone che vivono su uno specifico territorio (ribattezzato "ambito" dal legislatore).

4. Accredimento sanitario, socio-sanitario e sociale

Nel sistema dei servizi si sta manifestando con grande forza la tendenza ad allargare l'area dell'offerta coinvolgendo soggetti del terzo settore ed anche soggetti privati "for profit". Le regole del mercato tendono ad invadere anche il campo pubblico. Si parla espressamente di creazione di un "mercato sociale di servizi alla persona".

Lo strumento principe di questa azione è l'*accredimento*, ossia il processo attraverso il quale l'ente pubblico consente ad un soggetto privato, in possesso di requisiti predeterminati, di entrare a far parte della propria rete di fornitori di servizi.

L'accredimento è ampiamente utilizzato in sanità (laboratori diagnostici, medicina specialistica, cliniche private, ecc.) e recentemente anche per le residenze sanitarie assistenziali per anziani. In futuro potrà essere impiegato anche nell'ambito dei servizi sociali. Già fin d'ora è possibile individuare le seguenti aree di offerta: servizi sociali gestiti direttamente dai comuni; servizi sociali gestiti mediante le regole dell'affidamento esterno con procedure di appalto³; servizi sociali gestiti tramite le procedure di accreditamento.

Anche queste modalità organizzative contribuiranno ad articolare ed ulteriormente frammentare l'offerta. Per questi motivi è assolutamente strategico identificare, organizzare e sviluppare negli "ambiti territoriali"⁴ le funzioni di "servizio sociale professionale" e di "segretariato sociale" per

¹ D. Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, art. 3-septies; DPCM 14.2.2001

² Piano sanitario nazionale 1998/2000

³ DPCM 30.3.2001 sui "sistemi di affidamento dei servizi alla persona"

⁴ Legge n. 328/2000 art. 8, c. 3.a; art. 6, c. 2.d

l'informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari¹. Si vuole affermare che in presenza di una progressiva diversificazione del sistema d'offerta (servizi pubblici, servizi appaltati, servizi accreditati, servizi gestiti in convenzione, ecc.) è indispensabile elaborare una cultura dell'accompagnamento delle persone che si trovano in difficoltà.

Nel processo programmatico ed organizzativo sarà fondamentale pensare, elaborare e sviluppare nuovi orientamenti riguardanti le regole di accesso alle reti di servizio locali. Non solo l'offerta (o meglio le offerte) ma soprattutto "quali" e "come" utilizzarle. E' qui che il "servizio" esprime il suo più profondo significato.

5. Qualità e valutazione dei servizi

Nel mondo dei servizi socio-sanitari probabilmente la parola più inflazionata di questi ultimi anni è "qualità". Talmente usata da essere consumata: tutti la nominano e ciascuno la intende a suo modo.

In generale per qualità si intende "l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio, che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti ed impliciti degli utenti (o dei "clienti" mutuando un tipico linguaggio del mondo della produzione delle merci). L'orientamento alla qualità nel settore dei servizi alla persona può essere visto in due modi: dal lato della domanda dipende dal fatto che i cittadini sono più "esigenti" ed hanno sempre più crescenti aspettative; dal lato dell'offerta dipende dal fatto che i soggetti erogatori sono sempre di più ed in concorrenza fra loro.

Bisognerebbe almeno distinguere questi aspetti: *qualità tecnica* (cosa fornisce l'ente ed il servizio?); *qualità relazionale* (come fornisce il servizio?); *qualità ambientale* (in quali ambienti è erogato il servizio?); *qualità dell'immagine* (percezione del servizio da parte dell'utente); *qualità organizzativa* (come si organizza l'ente per erogare il servizio?); *qualità economica* (quanto spende l'ente per ottenere il servizio?).

Il legislatore è intervenuto a regolare anche questi aspetti. La strada intrapresa per ora sembra essere la seguente:

- lo Stato deve definire, tramite le regole di *autorizzazione* i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"²;
- le regioni devono elaborare e definire "ulteriori" criteri per l'accreditamento dei servizi e per l'affidamento al Terzo settore "avvalendosi di analisi e verifiche che tengano conto della qualità e delle

caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale"³;

- gli enti locali sono tenuti a dotarsi di una "Carta dei servizi sociali di ambito" (documentazione orientata alla cittadinanza che descrive la rete dei servizi e le modalità di accesso); gli enti accreditati sono tenuti a dotarsi di una "Carta dei servizi" (documentazione che descrive gli obiettivi dell'ente, le prestazioni che è impegnato ad erogare e i risultati attesi rispetto alla soddisfazione degli utenti)⁴.

Si può affermare che diventa sempre più necessario per i vari enti erogatori dotarsi di "sistemi di qualità", intesi come raccolta sistematica di informazioni su uno o più servizi in merito a: risorse utilizzate; processi di funzionamento e di produzione del servizio; attività e prestazioni fornite; risultati conseguiti.

La parola qualità è spesso associata a quella di *valutazione*. Anche rispetto a questa azione occorre mettersi d'accordo sulla definizione. In chiave puramente descrittiva per valutazione si intende "un insieme di azioni tecniche ed organizzative che implicano: raccolta di informazioni; analisi e riflessioni; formulazioni di giudizi di valore su un servizio o su un'attività di servizio".

Si tratta di processi complessi che mettono direttamente al centro dell'attenzione gli obiettivi del servizio. Senza una preliminare e condivisa rappresentazione dei risultati attesi (ossia il passaggio dagli obiettivi generali a quelli specifici), è sostanzialmente impossibile effettuare una valutazione. In questi processi è comunque necessario distinguere:

- la *verifica*: intesa come lavoro professionale, amministrativo e sociale orientato ad analizzare i risultati sulla base di indicatori preliminarmente individuati e successivamente applicati;
- la *valutazione* intesa come attribuzione di significati socio-culturali alla verifica con riferimento agli obiettivi ed ai risultati attesi.

I processi di riconoscimento della qualità e quelli di valutazione includono dunque schemi di riferimento soggettivi e socio-culturali.

Le regole legislative sono importanti e necessarie perché danno segnali e generalizzano le idee ed i comportamenti che si sono determinati nel sistema sociale. Tuttavia, nella operatività occorre tradurre questi strumenti formali in linguaggi appropriati, in metodi, in tecniche, in comunicazione fra persone.

Paolo Ferrario

¹ Legge n. 328/2000 art. 22, c. 4

² Costituzione della Repubblica italiana, con le modifiche della legge costituzionale n. 3/2001, art. 117; Decreto Dipartimento solidarietà sociale 21.5.2001 n. 308 sui "requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione dei servizi".

³ Legge n. 328/2000 art. 5, c. 2

⁴ Legge n. 328/2000 art. 13

⁵ Dipartimento Affari sociali-Gruppo qualità sociale 1998.