



Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le
Politiche Sociali - CNR

Monografie

2005

Processi decisionali e sistemi informativi nei piani di zona

Giuseppe Ponzini

What is IRPPS?

IRPPS is an Interdisciplinary Research Institute that conducts studies on demographic and migration issues, welfare systems and social policies, on policies regarding science, technology and higher education, on the relations between science and society, as well as on the creation of, access to and dissemination of knowledge and information technology.

www.irpps.cnr.it



Processi decisionali e sistemi informativi nei piani di zona / Giuseppe Ponzini. - Roma: IRPPS, 2005. (*IRPPS Monografie*)

ISBN: 978-88-906439-5-8 (online)

IRPPS Editoria Elettronica: <http://www.irpps.cnr.it/e-pub/ojs/>

Giuseppe Ponzini è primo ricercatore presso l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali (e-mail: giuseppe.ponzini@irpps.cnr.it).



Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali - CNR
Via Palestro, 32 - 00185 Roma
<http://www.irpps.cnr.it/it>

Questa ricerca è stata realizzata nell'ambito del progetto "Scenario" ed è stata utilizzata per la redazione del Technical Report RT 1.7. Al lavoro di ricerca ha partecipato Anna Milione, che ha realizzato le interviste citate nel testo ed ha contribuito al reperimento ed alla raccolta dei materiali di riferimento

Indice

Capitolo 1

I sistemi informativi nel sistema integrato dei servizi sociali

Capitolo 2

Indicatori e fonti informative per l'analisi della domanda e dell'offerta di servizi socio-assistenziali

Capitolo 3

Processi decisionali e sistemi informativi nel Piano di Zona

Note conclusive

Riferimenti bibliografici

Capitolo 1

I sistemi informativi nel sistema integrato dei servizi sociali

Le trasformazioni relative alla struttura e alle dinamiche dei bisogni e alle trasformazioni delle reti informali di cura impattano in modo diretto sul modo di intendere le politiche socio-assistenziali così come fino ad ora sono state concepite.

L'aumento dei bisogni pone innanzitutto il problema di riflettere sui limiti strutturali della crescita dell'intervento pubblico nel campo dei servizi sociali. Le previsioni sull'evoluzione del bisogno indicano con chiarezza che il prossimo futuro non potrà più essere affrontato senza procedere ad una razionalizzazione delle risorse, partendo dalla definizione di una scala di priorità degli obiettivi degli interventi e da un'analisi sul migliore uso delle risorse disponibili.

L'aumento del numero dei cosiddetti "grandi anziani", l'invecchiamento progressivo della popolazione, le trasformazioni delle strutture familiari, i flussi migratori, le nuove povertà e forme di esclusione economica e sociale, rappresentano fenomeni che alterano in profondità gli equilibri esistenti tra le risorse disponibili e i servizi effettivamente erogabili.

Tuttavia, l'emergere di una domanda differenziata e di dimensioni crescenti impone risposte plurime e articolate. L'emergere di bisogni plurimi che, per dimensioni e caratteristiche qualitative sono solo parzialmente comparabili con quelli distintivi della prima metà degli anni novanta, impone insomma di rilanciare con decisione il *processo di analisi, interpretazione e osservazione dei bisogni*, assegnando alla fase programmatica una centralità prioritaria nell'economia del governo del sistema. Di fronte ad una complessificazione molto forte dello scenario è necessario, infatti, che i decisori istituzionali siano in grado di scegliere le tipologie di programmi da continuare a finanziare o da attivare, sulla base di un principio di legittimità e di compatibilità politica, economica e sociale delle decisioni prese. Vanno dunque approntate misure atte a conoscere, osservare e definire le priorità di intervento, al fine di permettere l'esercizio di forme di governo del territorio che massimizzino l'utilizzo delle risorse disponibili.

Fissazione di obiettivi rispondenti ai bisogni, attenzione alla spesa, flessibilizzazione delle risposte e dei processi produttivi, qualificazione e investimento sulla qualità sociale degli interventi trovano il loro completamento, come parti di un processo efficiente ed efficace di costruzione delle politiche sociali e assistenziali nella fase cruciale della *verifica e valutazione* dei risultati dei programmi attivati. Elementi di controllo della spesa e della funzionalità delle risorse impiegate in rapporto agli obiettivi prefissati devono essere di conseguenza accompagnati da azioni miranti alla

verifica e alla valutazione dei risultati, per correggere gli interventi non efficaci e non efficienti e permettere il miglioramento continuo dei servizi e degli interventi.

Da qui il rilievo di efficaci sistemi informativi per la progettazione, la programmazione e l'implementazione delle politiche socio-assistenziali.

1. Il sistema informativo dei servizi sociali¹

Il Sistema Informativo dei Servizi Sociali (d'ora in poi SISS) è previsto dalla legge 328/2000 per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e per poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione (art. 21). Alla sua realizzazione concorrono Stato, Regioni, Province e Comuni.

Si tratta di uno strumento riconosciuto fondamentale per il reale sviluppo del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, ma che comporta notevoli difficoltà di realizzazione, sotto molteplici punti di vista: in termini di architettura istituzionale, in termini metodologici e dal punto di vista organizzativo.

Per la sua realizzazione la legge 328 prevede una Commissione tecnica di durata biennale (e che è stata nominata con decreto ministeriale del 20 aprile 2001) composta da sei membri. Al momento non risultano esservi atti formali licenziati da tale Commissione in ottemperanza alle funzioni di proposta e di indirizzo che la legge le assegna. Oltre alla istituzione di una Commissione tecnica, la legge prevede (art. 21, comma 3) che il Presidente del Consiglio dei Ministri, con proprio decreto, definisca le modalità e individui “gli strumenti necessari per il coordinamento tecnico con le Regioni e gli Enti Locali ai fini dell'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali”. Peraltro, ad oggi, tale decreto non risulta essere stato emanato.

La legge demanda quindi ampiamente al ruolo della Commissione tecnica la possibilità di realizzare un sistema informativo compiuto, che dovrà necessariamente costruirsi in un rapporto stabile e costruttivo principalmente con due soggetti: l'Istat², a livello nazionale, e le Regioni, a livello locale.

¹ Per la stesura di questo paragrafo è stata utilizzato essenzialmente il rapporto di ricerca Formez 2003, *L'Attuazione della riforma del welfare locale*, pp. 107-118.

² L'Istat ha già attivato in passato dei flussi informativi su parti del sistema dei servizi sociali, in particolare sui presidi residenziali (per anziani, disabili, minori). Una rilevazione “sperimentale” su altri tipi di servizi sociali è stata condotta nel 1997, sui Comuni con più di 20.000 abitanti, i cui risultati appaiono nel Rapporto Istat 1999.

Sulla base di quanto appena richiamato, non si può parlare in senso stretto di adempimenti legislativi cui le Regioni devono ottemperare, quanto piuttosto di indicazioni programmatiche, nonché di percorsi di lavoro, che le Regioni assumono per concorrere, nei diversi contesti, alla realizzazione di un Sistema informativo applicato all'area sociale. In merito, quasi tutte le Regioni prevedono un Sistema informativo dei servizi sociali regionali. Il riferimento programmatico è generalmente il Piano Sociale Regionale (Cfr. tavola 1)³.

L'analisi degli atti amministrativi, normativi o di programmazione svolta dal Fornez consente di evidenziare diverse impostazioni normativo-programmatiche.

Innanzitutto, riguardo alla *definizione* è relativamente condivisa, anche se non sempre esplicitata, la nozione di sistema informativo sui servizi sociali come un "insieme, logicamente integrato, di metodi, strumenti, procedure e tecniche per la selezione, la raccolta, l'archiviazione, l'elaborazione e la restituzione di informazioni relative all'area delle politiche sociali" (Mauri, 1993). Il Sistema informativo sociale, ai suoi vari livelli di articolazione istituzionale e territoriale, deve essere concepito come strumento di gestione ed insieme come risorsa per la programmazione, per il monitoraggio delle attività e per la valutazione delle politiche sociali. In questa ottica, il SISS si differenzia sia dalla banca-dati tradizionale, intesa come base statica di informazioni, e sia dall'*osservatorio sociale*, che rappresenta un insieme di attività conoscitive e di ricerca su determinate e specifiche problematiche sociali. "Il SISS si caratterizza per una logica di riduzione dell'incertezza sul sistema sociale nel suo complesso, orientata alla elaborazione e alla diffusione di scenari, analisi, modelli programmatici e valutativi in ambito di *policy making*" (Mauri, 2002).

Il SISS si caratterizza anche rispetto alle modalità di raccolta dei dati, le quali non possono essere le modalità proprie delle ricerche mirate, delle indagini empiriche e, comunque, delle rilevazioni *una tantum*; il SISS deve piuttosto alimentarsi di informazioni che devono costituire uno dei prodotti *ordinari* delle attività di gestione dei servizi.

Per quanto concerne l'oggetto di cui il SISS deve occuparsi, la funzione fondamentale che gli viene riconosciuta non è solo e non è tanto il *reporting* fine a se stesso, ma è piuttosto il supporto alla presa di decisioni per la gestione e il governo del sistema dei servizi. Questa sottolineatura emerge soprattutto dai documenti più recenti, come ad indicare l'esigenza di legare, il più possibile, una attività complessa e costosa come il SISS a funzioni non solo di *rendicontazione* ma anche, e sempre più, di *valutazione*, e di *supporto per la gestione dei servizi*. L'aver assegnato al SISS una funzione puramente descrittiva ha del resto determinato elementi di criticità in diverse esperienze

³ Occorre evidenziare che soprattutto del centro-nord Italia diverse Regioni hanno allestito già da anni sistemi di raccolta e analisi di dati nell'area dei servizi sociali (cfr. S. Pasquinelli, *Il Sistema informativo sociale*, in "Prospettive Sociali e Sanitari", n. 20-22, 2000).

del passato, quando non addirittura il fallimento di quei casi che non sono riusciti a collegare l'attività di *reporting* al processo decisionale.

In questa prospettiva la funzione di utilità del SISS si può declinare a diversi livelli: nelle funzioni di governo, in quelle di gestione, nella formazione degli operatori.

In merito, alcuni Piani Sociali Regionali – per esempio quello dell'Umbria – sono espliciti nel delineare un sistema informativo finalizzato a produrre informazioni utili sia al livello gestionale proprio dei Comuni, sia al livello di programmazione e di governo proprio della Regione.

Un impegno molto forte per la costruzione di un SISS regionale è presente in molti atti di programmazione regionali, quali quelli dell'Abruzzo, della Toscana, della Liguria, della Campania, dell'Emilia-Romagna, della Provincia di Bolzano. L'analisi delle diverse esperienze rileva, però, che i risultati fin qui conseguiti sono molto differenziati e nella quasi generalità embrionali. Mentre in alcuni casi la normativa di riferimento è relativamente succinta, rinviando solitamente ad atti di indirizzo e a decisioni della Giunta regionale, in altri casi – soprattutto quando vige un Piano regionale dei servizi sociali – viene dettagliato ciò di cui il SISS dovrebbe occuparsi. In termini di sistema d'offerta, gli elementi informativi più ricorrenti riguardano:

- l'articolazione territoriale delle diverse reti di servizi
- le attività e le prestazioni realizzate da ciascuna unità d'offerta
- l'utenza servita da ciascuna unità d'offerta
- il personale impiegato
- le risorse economiche interessate, in partita corrente e in conto capitale.

Gli orientamenti espressi dalle varie Regioni circa le funzioni del SISS tendono inoltre a differenziarsi in relazione a due importanti aspetti:

a) *L'intenzione di coprire, oltre al sistema di offerta dei servizi, anche quello della domanda, cioè dei bisogni sociali.*

In alcuni casi è esclusiva o prevalente l'attenzione al sistema dell'offerta (ad esempio in Lombardia e in Liguria), mentre in altri si esprime una attenzione altrettanto specifica sul versante dei bisogni e della fenomenologia sociale della domanda di servizi (ad esempio in Campania, nelle Marche e in Toscana). In questo secondo caso è frequente il richiamo alla presenza, o alla previsione dell'avvio, di un Osservatorio sociale, inteso come luogo di coordinamento e raccordo delle informazioni sulla domanda e sull'offerta di interventi sociali. Significativo è il caso della Toscana, che è attualmente impegnata nella progettazione del sistema regionale per il monitoraggio e la valutazione delle politiche sociali e che – una volta individuati i bisogni informativi connessi alla costruzione dei principali indicatori di attività, risultato, impatto e di rendicontazione finanziaria e di spesa – ha ritenuto opportuno strutturare i flussi informativi legati all'accesso alle

prestazioni da parte degli utenti e alla rilevazione della spesa sociale, di concerto con gli Osservatori Provinciali Sociali e le Segreterie Tecniche di Zona.

b) Il grado di integrazione prevista con la sanità.

Mentre la maggior parte delle Regioni esprime la volontà di costruire un sistema informativo sociale autonomo, benché raccordato con il sistema sanitario, alcune Regioni (ad esempio la Lombardia e la Valle d'Aosta) prevedono un sistema informativo socio-sanitario unico, che solitamente fa capo alle ASL (anziché alle Province) per la raccolta dei dati. Se questo può essere legato ad una tradizione consolidata – come nel caso della Lombardia – dove i flussi informativi sono sempre stati legati ai flussi di spesa e alle transazioni economiche Regioni-Comuni nell'area sociale, dall'altro la presenza di un sistema unico può comprimere le esigenze specifiche che il comparto sociale presenta, e che riguardano il funzionamento dei servizi, le specificità dell'utenza cui ci si rivolge e le specificità dei bisogni sociali.

2. L'articolazione organizzativa dei SISS

Non tutte le Regioni sono sufficientemente esplicite nell'indicare l'architettura organizzativa del SISS. Lo studio del Fornez utilizza come chiave di lettura il *livello di decentramento* previsto nei vari casi, e il ruolo attribuito agli organi del Governo locale. In tal modo, l'analisi individua un *continuum* che presenta da un lato le Regioni che centrano il sistema sul ruolo preminente degli enti locali, e dall'altro le Regioni che invece preferiscono centralizzare le funzioni del SISS, o che comunque attribuiscono agli enti locali un peso inferiore nella gestione dei flussi informativi.

Nei casi in cui è previsto il decentramento, la Provincia rappresenta un ente strategico, in diversi casi richiamato⁴. Molte Regioni fanno affidamento alle Province in modo significativo, per le funzioni di raccolta, validazione e prima elaborazione dei dati che vengono poi trasmessi alla Regione. L'Emilia-Romagna, le Marche, il Friuli-Venezia Giulia e la Toscana sono tra le Regioni che attribuiscono alle Province un ruolo strategico in questo senso. Talvolta, questo ruolo di mediazione viene attribuito alle ASL, oppure più specificatamente ai Distretti sociosanitari. Quest'ultimo caso è quello della Regione Liguria, il cui SISS fa perno, a livello locale, sulla presenza e sull'attività dei Distretti.

Viceversa tra le Regioni il cui orientamento è quello di centralizzare le funzioni del SISS, o che comunque attribuiscono ai poteri locali un peso inferiore nella gestione dei flussi informativi,

⁴ Le Province rappresentano un ente strategico in quanto si collocano in una posizione che è sì sovra-comunale, ma al tempo stesso non troppo distante dall'operato quotidiano dei singoli Comuni, con cui intrattengono spesso rapporti giornalieri.

troviamo, ad esempio, il Veneto (che non sembra attribuire lo stesso peso alle Province rispetto a quello assegnato dall'Emilia-Romagna) e la Regione Sicilia (che nel documento “*Verso il Piano regolatore Sociale della Regione Sicilia - 2001-2003*” non prevede un ruolo specifico degli Enti Locali, mentre prevede la costituzione di una Commissione *ad hoc* composta dall'Istat regionale e da enti universitari presenti nella Regione).

Un ulteriore elemento di differenziazione tra le Regioni, segnalato dallo studio del Formez, riguarda l'attenzione rispetto alle due principali tipologie di informazioni trattabili. Un SISS può riguardare, infatti, informazioni *macro* o informazioni *micro*. Nel primo caso abbiamo *dati di tipo aggregato*, raccolti per singola unità d'offerta (l'asilo nido, il servizio domiciliare di un Comune, e così via) e poi sommati per avere un quadro d'insieme (ad esempio, quanti sono gli utenti degli asili nido in una Provincia). In altre parole si tratta di dati aggregati che servono soprattutto a funzioni di governo complessivo del sistema dei servizi; nel secondo caso possiamo avere *informazioni di tipo individuale*, relativamente al singolo utente (tipicamente raccolte nella cosiddetta “cartella sociale”). Si tratta di micro-dati in grado di rispondere a esigenze di gestione operativa, fino ad arrivare alla ricostruzione di vere e proprie “carriere assistenziali” degli utenti.

Solo in alcune Regioni (la Liguria, la Toscana e la Basilicata sono fra queste) è già previsto lo sviluppo di una strumentazione omogenea per la raccolta e l'analisi dei micro-dati, attraverso supporti informatici. Questo secondo versante è oggi di importanza crescente, soprattutto in ordine al funzionamento dei servizi sociali di base dei Comuni, nei quali l'adozione di strumentazioni diverse tra loro anche all'interno di territori molto circoscritti rende impossibile un confronto e una verifica comune, un monitoraggio a livello d'area, nonché una condivisione dei dati tra servizi diversi.

3. *Lo stato di realizzazione dei SISS*

Sulla base di elementi di conoscenza diretta e un insieme di testimonianze, lo studio del Formez fornisce anche alcuni elementi circa l'attuale stato di realizzazione dei SISS nelle Regioni.

Diverse Regioni si sono attivate ben prima della L. 328/2000 in merito alla realizzazione di un sistema informativo sociale (i primi tentativi risalgono alla metà degli anni Ottanta). Da questo punto di vista non sembra che la legge 328 abbia dato un impulso determinante all'avvio di sistemi informativi là dove mancavano, e dove mancano tuttora, o allo sviluppo di situazioni solo parzialmente avviate.

La legge ha piuttosto dato un impulso alla programmazione di tale strumento di governo nelle Regioni, ne ha in qualche modo legittimato la presenza e la necessità di sviluppo, con tutto ciò che questo comporta in termini di costi organizzativi, professionali ed economici.

L'analisi rileva che sussiste una forte disomogeneità tra le diverse esperienze di SISS regionali, individuando tre modelli di riferimento che sono andati affermandosi in questi ultimi anni:

a) sistemi che sono essenzialmente strumenti di *reporting* delle attività, la cui funzione principale, anche se non unica, è quella di utilizzare dati (tipicamente risorse finanziarie, utenza, personale impiegato) per ripartire di anno in anno le risorse esistenti. La Regione Lombardia, per esempio, ha allestito un sistema di questo tipo. Si tratta di sistemi relativamente snelli, che consentono di monitorare l'andamento delle attività, ma che sono molto meno utili per rilevare la qualità dei servizi;

b) esperienze che superano una logica di rendicontazione, analizzando i servizi sociali per settori di intervento e raccogliendo un numero estremamente ampio di informazioni quanti-qualitative: dati strutturali e organizzativi, sulle attività e le prestazioni fornite, sul tipo di utenza servita, sulle caratteristiche del personale coinvolto. Quando ci si trova di fronte ad un problema decisionale (politico, programmatico) si attinge così al giacimento informativo creato, in genere aggiornato annualmente, per istruire la decisione che si deve assumere (o il rapporto o la *Relazione Sociale* che si intende pubblicare).

Questo approccio presenta peraltro alcuni limiti: si tratta infatti di un approccio "enciclopedico", spesso costoso, e che sovraccarica chi deve fornire i dati, chi deve elaborarli e aggiornarli, e gli stessi "decisori", che si devono districare in un sistema piuttosto complesso. Ne discende che i sistemi costruiti secondo questa logica sono, paradossalmente, molto costosi ma spesso sottoutilizzati;

c) esperienze che puntano su ricerche di sfondo e su indagini empiriche su fenomeni sociali specifici, da condurre su larga scala, per fornire spaccati di dimensione regionale su alcuni fenomeni ed orientare (spesso in condizioni non ottimali rispetto all'aggiornamento e al livello di dettaglio delle informazioni) la definizione delle politiche e degli interventi.

Tavola 1

I riferimenti normativi per i SISS Regionali

<i>Regione</i>	<i>Normativa di riferimento</i>	<i>Architettura istituzionale</i>
Abruzzo	DGR /2002 “Piano sociale regionale 2002/2004”	Il SISS si collega con l’attuale Osservatorio regionale. La giunta regionale è chiamata ad emanare indirizzi attuativi.
Basilicata	DCR 1280/99 “Piano Regionale socio-assistenziale 2000/2002”	La Regione deve provvedere con atto deliberativo a istituire un gruppo di lavoro ad hoc. Il SISS deve riguardare sia il livello di governo delle risorse (macrodati) che la gestione dei servizi (microdati).
Calabria	DGR 212/2000 “Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”	Il SISS riguarda il sistema della domanda e quello dell’offerta. Le Province coordinano la rilevazione dei dati funzionali all’attivazione del SISS.
Campania	DGR 1826/2001 “Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali”	Il SISS è strumento di feed-back sull’andamento dei servizi, ed è funzionale ai Piani di Zona. Sono previsti Osservatori provinciali. Le Province coordinano le funzioni di raccolta dati e analisi
Emilia-Romagna	DGR 2621/2001 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato d’interventi e servizi sociali”	Il Sips regionale opera in stretto collegamento con le Province, attraverso una rilevazione annuale delle attività dei diversi servizi: residenziali, domiciliari e diurni.
Friuli V.G.	L.R. 33/88 “Piano socio-assistenziale”	Il Sistema informativo regionale opera attraverso l’apporto delle Province per la raccolta e l’analisi delle informazioni
Lazio	L.R. 38/1996 (modificata da L.R. 40/2001) “Riordino, programmazione e gestione degli interventi socio-assistenziali”	Le Province concorrono alla programmazione del SISS regionale
Liguria	DCR 65/2001 “Piano triennale dei servizi sociali 2002/2004”	Il SISS raccoglie dati attraverso i Distretti. Il SISS, sulla base della L.R.30/98, è funzionalmente legato all’Osservatorio sociale

		regionale.
Lombardia	DGR VII/0462/2002 “Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004”	Il SISS è strettamente connesso con le ASL, i cui Dipartimenti Assi raccolgono dati sui servizi sociali.
Marche	DCR 306/2000 “Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002”	Il SISS, operante con l’apporto delle Province, si collega funzionalmente con l’Osservatorio regionale per le politiche sociali
Molise	L.R. 1/2000 “Riordino delle attività socio-assistenziali”	Le funzioni di sistema informativo rientrano nel previsto Osservatorio regionale dei fenomeni sociali
Piemonte	DDL 348/2001 “Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004”	La giunta Regionale è demandata a individuare Linee Guida e modelli organizzativi del SISS piemontese
Puglia	L.R. 13/2002 “Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali”	Nessuna previsione specifica
Sardegna	DCR /1998 “Piano socio-assistenziale per il triennio 1999/2001”	Il SISS deve riguardare sia il livello di governo delle risorse (regionale) che la gestione dei servizi (locale). Il SISS opera in collaborazione con le Province.
Sicilia	Giugno 2002 “Verso il piano regolatore sociale della Regione Siciliana”	È prevista l’istituzione di una Commissione specifica per l’avvio del SISS regionale.
Toscana	DCR 118/2001 “Piano integrato sociale regionale per il 2001”	Il SISS si collega organicamente all’Osservatorio sociale regionale, in stretta collaborazione e raccordo con gli Osservatori sociali provinciali.

Fonte: Formez, *Lo Stato di attuazione del welfare locale*, 2003.

Capitolo 2

Indicatori e fonti informative

per l'analisi della domanda e dell'offerta di servizi socio-assistenziali

Vedremo ora i principali indicatori e le principali fonti informative disponibili in relazione alla domanda ed all'offerta di servizi socio-assistenziali. Nell'esposizione, offriremo dapprima l'elencazione degli indicatori generali che si possono ritenere essenziali e di base e che dovrebbero comunque far parte delle informazioni raccolte da un SISS. Quindi passeremo all'analisi degli indicatori (e delle fonti informative disponibili) relativamente ad alcune delle diverse aree di intervento delle politiche socio-assistenziali, approfondendo in particolare quella riguardante i minori e la famiglia ma riportando alcune essenziali indicazioni anche per le aree che riguardano gli anziani, la povertà, e la disabilità.

Naturalmente, il quadro qui tracciato riproduce uno scenario che potremmo definire auspicabile, o ottimale, ma che non necessariamente coincide con l'effettivo contenuto dei SISS così come essi sono stati per il momento realizzati. Analogamente, non tutti gli indicatori che vengono riportati sono altrettanto facilmente utilizzabili, a causa della diversa accessibilità e del diverso livello di disaggregazione e di copertura territoriale dei dati (più o meno agevolmente) disponibili.

1. Gli indicatori generali

In linea generale, l'analisi dei bisogni sociali deve partire dallo studio del quadro socio-demografico del contesto territoriale di riferimento. In merito gli indicatori principali sono:

- il saldo demografico; il trend della popolazione residente e le relative previsioni;
- la popolazione straniera residente articolata per sesso, età, cittadinanza;
- il quoziente di natalità; il tasso di fecondità (numero medio di figli per donna in età feconda 15-49 anni);
- le caratteristiche della famiglia (per tipologia e numero di componenti, i nuclei con componenti di cittadinanza straniera, le famiglie con almeno un componente anziano, le famiglie con almeno un componente minore di 18 anni);
- i matrimoni celebrati (indicando il numero di quelli con almeno un coniuge di cittadinanza straniera)
- separazioni e divorzi (articolati secondo la durata del matrimonio);

- i bambini residenti suddivisi per fascia di età e le relative percentuali sull'intera popolazione; i bambini di nazionalità non italiana residenti suddivisi per fascia di età e le relative percentuali sull'intera popolazione;
- i nuclei familiari con bambini in fasce di età 0-2 e 3-5;
- la popolazione residente anziana articolata per fascia di età, indicando il numero degli anziani soli; la tipologia delle famiglie con anziani;
- l'indice di vecchiaia;
- l'indice di dipendenza.

La scelta di questi indicatori deriva dalle considerazioni già sinteticamente esposte in precedenza. L'evoluzione della struttura demografica della popolazione unitamente all'evoluzione della struttura familiare costituisce un elemento di fondamentale importanza per comprendere la dinamica dei bisogni. Le trasformazioni sociali intervenute negli ultimi decenni hanno indotto profonde modificazioni della struttura demografica e del ruolo sociale della famiglia. La diminuzione del numero medio di componenti per famiglia, l'aumento dei nuclei composti da un solo individuo, l'aumento delle famiglie di tipo monoparentale in seguito alla crescita di separazioni e divorzi, l'aumento delle famiglie con almeno una persona anziana o di soli anziani, la diminuzione dei tempi di cura e assistenza da parte delle donne in seguito all'incremento della partecipazione al mercato del lavoro hanno comportato una minore capacità della stessa di fare fronte alle attività di cura nei confronti dei propri componenti più deboli quali i bambini, i disabili e gli anziani non autosufficienti, con la conseguenza che si rende necessario attivare una serie di servizi ed interventi a sostegno delle funzioni familiari.

In questo quadro diviene importante agire non solo per prendere in carico le situazioni problematiche delle famiglie sofferenti, deprivate o che devono occuparsi di casi e problemi particolarmente pesanti, ma anche per sostenere e supportare il ruolo cruciale della famiglia nei processi di educazione, assistenza e cura che essa riesce ad attivare in forza dei legami affettivi e relazionali di cui è espressione.

Risulta cruciale inoltre fornire risposte ai problemi non solo della famiglia tradizionale, ma anche a quelli delle nuove forme di famiglia: donne sole con figli, famiglie di fatto, famiglie ricostituite, coppie separate.

2. Gli indicatori e le fonti informative riferiti alla domanda sociale distinta per area di intervento

2.1 Area minori e famiglie

Gli indicatori generali per l'area minori e famiglie

Il sistema di indicatori dei servizi a minori e famiglie dovrà in primo luogo prendere in considerazione, sul territorio considerato e alla data definita:

- popolazione residente in età 0-17 anni;
- percentuale di popolazione residente in età 0-17 anni sul totale della popolazione;
- numero di famiglie
- numero medio di componenti la famiglia
- numero di nuclei familiari con minori presenti;
- numero di nuclei familiari monogenitoriali con minori;
- numero di nuclei familiari con almeno un membro extracomunitario;
- numero di minori residenti suddivisi per fascia di età e relative percentuali sull'intera popolazione;
- numero di minori di nazionalità non italiana residenti suddivisi per fascia di età e relative percentuali sull'intera popolazione;
- numero di nuclei familiari con bambini in fasce di età 0-2 e 3-5.

Tali dati rapportati in percentuale all'intera popolazione, evidenziano la popolazione target di riferimento del sistema dei servizi.

E' importante innanzitutto considerare che si tratta di una popolazione profondamente variegata, per la quale è necessario progettare servizi ed interventi diversificati. In passato il minore "a rischio" proveniva da famiglie multiproblematiche, spesso a basso reddito, con carenze più o meno gravi nello svolgimento delle funzioni genitoriali (che potevano determinare anche situazioni di abbandono e maltrattamento). Oggi sempre più diffusamente si rileva che accanto ai minori i cui problemi sono strettamente dipendenti dalle carenze della famiglia di origine, sono sempre più numerosi i minori che, pur provenendo da famiglie cosiddette "normali", presentano problemi di sviluppo, di integrazione e di socializzazione all'interno delle varie agenzie educative e scolastiche. Questo significa che i modelli di causalità lineare, che hanno per anni orientato l'azione dei servizi sociali e assistenziali, necessitano di essere innovati in profondità per evitare di utilizzare risposte inappropriate a fronte di situazioni problematiche relativamente inedite e diversificate. L'insieme delle problematiche che caratterizzano l'universo dell'età minorile richiede anzi l'adozione di nuove categorie interpretative, per sviluppare le quali è indispensabile costruire una conoscenza più approfondita dei bisogni e delle loro espressioni, che tendono spesso ad assumere connotazioni e caratteristiche variabili sia nei diversi gruppi sociali, sia nelle diverse aree territoriali (in particolare zone urbane e zone periferiche).

Tra le problematiche emergenti vi sono quelle relative alla famiglia monoparentale, (per lo più con la madre capofamiglia) che vive una situazione di maggiore rischio dovuta alla frequente presenza di conflitti con il genitore non convivente ed alle difficoltà di conciliare le esigenze di lavoro e di reddito con la cura dei figli.

Risulta significativo il dato del numero dei nuclei familiari con almeno un membro extracomunitario: sono sempre più frequenti i ricongiungimenti familiari con il capofamiglia lavoratore. Tale dato rappresenta ormai in tutto il territorio nazionale, sia nelle città metropolitane, sia nei comuni medio-piccoli, uno dei principali elementi di cambiamento della popolazione di riferimento e, se da un lato si comincia a interpretare questo fenomeno come una risorsa (ad esempio comincia ad invertirsi in molti territori l'andamento negativo del saldo naturale), dall'altro lato esso obbliga gli Enti locali a riflettere su nuove tipologie di servizi da offrire. Rispetto a questi nuclei che sono frequentemente in carico al servizio sociale territoriale vi è la necessità di affrontare bisogni legati alla ricerca di un alloggio adeguato, al reddito insufficiente, a difficoltà di integrazione scolastica e culturale (ad iniziare dall'apprendimento della lingua italiana).

Un fenomeno recente di notevole impatto anche finanziario è quello dei “minori stranieri non accompagnati”, che arrivano con l'obiettivo di trovare lavoro. Rispetto a questa fascia d'utenza occorre garantire accoglienza e formazione nella prospettiva di un inserimento sociale e lavorativo.

Gli indicatori di disagio per l'area minori e famiglie

Il concetto di disagio su cui le politiche per i minori tendono a lavorare identifica un insieme piuttosto ampio di condizioni e condotte che comprende sia differenti forme di malessere psicologico, sia situazioni di marginalità sociale e culturale. In particolare, gli aspetti del disagio minorile sono molteplici: possono comprendere disturbo dello sviluppo, difficoltà di apprendimento, forme di deprivazione affettiva e relazionale, comportamenti disturbati ed anche devianti. Uno dei segni maggiormente evidenti è rappresentato dal dato relativo alla dispersione scolastica che comprende fenomeni quali l'evasione dell'obbligo, le frequenze irregolari, le ripetenze, i ritardi, gli abbandoni prima della conclusione del ciclo formativo, nonché situazioni in cui pur in presenza del completamento di un ciclo di studi, non si riesce a conseguire i requisiti cognitivi e comportamentali sufficienti per poter proseguire nelle successive fasi dell'iter educativo. Ne consegue che la costruzione di una mappa del disagio deve fondarsi sulla raccolta di dati diversi, che rendano ragione della multidimensionalità del fenomeno.

Si procederà, dunque, all'individuazione di indicatori che siano in grado di riflettere in modo sufficientemente adeguato l'andamento del disagio giovanile e che dovrebbero essere

monitorati dagli enti territoriali (che mettono in atto le misure di tutela) per programmare interventi efficaci.

I principali indicatori per sub-area di manifestazione del disagio sono:

Sub Area	Indicatori
Sub-area famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • numero di separazioni • numero di divorzi • separazioni per 100 matrimoni • percentuale di separazioni giudiziali • numero di figli affidati nelle separazioni • percentuale di separazioni con figli affidati • numero medio di figli affidati a separazione • numero di figli affidati nei divorzi • percentuale di divorzi con figli affidati • numero medio di figli affidati a divorzio
Sub-area educazione e studio	<ul style="list-style-type: none"> • numero di alunni ripetenti • numero di alunni respinti • numero di alunni in ritardo • tasso di passaggio al 2° anno delle scuole superiori • numero di iscritti agli istituti tecnico-professionali • numero di iscritti ai licei • tasso di abbandono nel 1° anno delle scuole superiori
Sub-area devianza	<ul style="list-style-type: none"> • numero di reati per 100.000 abitanti • minorenni denunciati in rapporto alla popolazione residente media in età 14-17 • (minorenni femmine denunciate/minorenni maschi denunciati) * 100
Sub-area salute psichica	<ul style="list-style-type: none"> • tasso di interruzione volontaria della gravidanza (IVG) delle minori • numero di suicidi di minori • percentuale di suicidi di minori sul totale dei suicidi • numero di tentati suicidi di minori • percentuale dei tentati suicidi di minori sul totale dei tentati suicidi • tasso di dimissioni per disturbi psichici in femmine in età 15-24 • tasso di dimissioni per disturbi psichici in maschi in età 15-24
Sub-area minori stranieri	<ul style="list-style-type: none"> • numero di minori stranieri con permesso di soggiorno • numero di minori stranieri residenti • minori stranieri con permesso di soggiorno per 1000 minori • minori stranieri residenti per 1000 minori • percentuale di minori stranieri residenti sul totale degli stranieri residenti • numero di minori stranieri non accompagnati senza permesso di soggiorno

Gli indicatori relativi ai singoli interventi e servizi erogati nell'area minori e famiglie

Con riferimento ai *servizi per la prima infanzia* (nidi d'infanzia, scuola dell'infanzia, educatrici familiari, centri gioco ecc.) gli indicatori principali sono:

- la capienza, cioè il numero di posti offerti;
- il numero di bambini in lista d'attesa
- la percentuale di bambini iscritti con almeno un genitore di nazionalità non italiana;
- il tasso di copertura dei servizi rispetto alla popolazione in età eligibile.

Il tasso di copertura dei servizi rispetto ai nuclei con minori è un indicatore non chiaramente definito, e va rapportato alla più precisa individuazione delle domande di servizio e dei bisogni in esse rappresentati. Se ci si riferisce, ad esempio, ai nidi d'infanzia, il tasso di copertura dei servizi rispetto alla popolazione da zero o da uno a tre anni (cioè il rapporto percentuale tra la capienza del servizio rappresentata dal numero di posti disponibili e il numero di utenza potenziale, cioè dei bambini che possono accedere al servizio) illustra la capacità dell'intera rete di rispondere alle domande delle famiglie di servizi socio-educativi. Non è detto, tuttavia, che tutta l'utenza potenziale sia effettivamente portatrice di un bisogno di servizio. Il tasso di copertura andrà quindi analizzato confrontandolo con il numero delle liste di attesa, cioè di famiglie che esprimono una domanda che non è (ancora) stata soddisfatta.

Con riferimento ai *servizi domiciliari*, sono ipotizzabili i seguenti indicatori:

- il numero delle famiglie assistite;
- il numero medio di ore erogate per nucleo familiare (parametro che determina l'intensità assistenziale);
- il costo medio procapite.

Rispetto all'accoglienza in *strutture* abbiamo i seguenti indicatori:

- il numero di minori utenti dei servizi semiresidenziali e residenziali;
- il numero di nuclei madre-bambino accolti in struttura;
- il tempo medio di permanenza in struttura di accoglienza;
- il costo medio procapite.

Considerato che, nel caso specifico, l'intervento di accoglienza non può essere risolutivo del progetto assistenziale, ma ne rappresenta una fase limitata nel tempo, il monitoraggio dell'attività di accoglienza deve, da un lato, considerare le diverse tipologie di servizio (comunità di pronta accoglienza, strutture socio-educative) e, dall'altro, verificare la presenza e l'attuazione di progetti di "uscita" dal sistema dell'accoglienza.

Per quanto riguarda gli *altri servizi ed interventi rivolti a minori e famiglie* si segnalano quali indicatori:

- gli aiuti economici: il numero di famiglie con sussidi, buoni spesa, prestiti sull'onore;
- gli interventi socio-educativi per minori: il numero di interventi, indicando quanti sono individuali e quanti di gruppo;
- il numero di affidi, il numero di adozioni e le rispettive liste e tempi di attesa;
- consulenza legale, mediazione familiare, consulenza educativa, mediazione penale: il numero di interventi erogati.

*Le fonti informative per l'area minori e famiglie*⁵

Le fonti ISTAT

I dati dell'ISTAT coprono le seguenti aree di indagine: *popolazione e statistiche demografiche; Sistema di indicatori territoriali* (in particolare: condizioni economiche delle famiglie; famiglie e aspetti sociali; popolazione; sanità, assistenza, istruzione, cultura e tempo libero); *Giustizia; Immigrazione; Indicatori dello stato di salute.*

Le fonti dell'Istituto degli innocenti

L'Istituto degli Innocenti gestisce le funzioni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'Infanzia e l'adolescenza (legge 451/1997)

Accanto alla relazione con le istituzioni di riferimento (Ministero del lavoro e delle politiche Sociali, Commissione Bicamerale per l'Infanzia, Osservatorio nazionale per l'Infanzia), il Centro ha sviluppato rapporti con Regioni, enti locali, con i soggetti dell'associazionismo e del terzo settore, promuovendo lo sviluppo di una rete di flussi informativi sulle condizioni di vita dei minori mediante la creazione di appositi organismi regionali (osservatori regionali o centri regionali di documentazione) deputati all'analisi, raccolta e diffusione dei dati e dei flussi informativi sui minori (legge 451/1997).

L'attività di raccolta e di organizzazione dei dati del Centro nazionale viene documentata nella pubblicazione del Quaderno *"I numeri italiani"*, con uscita biennale. Si tratta di un lavoro di ricognizione, raccolta e omogeneizzazione dei dati disponibili ma dispersi in diverse fonti e pubblicazioni prodotte dalle istituzioni che a vario titolo si occupano di minori (ISTAT, Ministeri,

⁵ Sulla condizione dei minori esiste una vera messe di dati sociologici, rilevati su porzioni grandi e piccole del territorio nazionale, da istituti privati, centri di ricerca ed enti pubblici.

Tali dati riguardano ogni segmento della popolazione ed ogni particolare aspetto della vita sociale, ma l'enorme quantità di numeri che essi rendono disponibili non avvantaggia uno studio sistematico. Le *metodologie diverse*, da ricerca a ricerca, e le differenti *unità di misura* rendono di fatto inutilizzabili dati statistici simili raccolti da istituti diversi su aree territoriali diverse. Citeremo, pertanto, i principali istituti che raccolgono dati a livello nazionale.

Istituto Superiore di Sanità, Inail, Tribunale dei minori). I dati “grezzi” reperiti nelle diverse banche dati sono stati elaborati e sistematizzati e hanno permesso di predisporre oltre 100 indicatori relativi alla realtà dei minori in Italia.

L’analisi degli indicatori è stata articolata per permettere confronti a livello territoriale – per regione e per ripartizione geografica – e temporale, prevedendo dove possibile una serie storica di almeno cinque anni.

I dati forniscono informazioni su: popolazione, adozioni e affidamenti, istruzione, sanità, giustizia, abusi e violenze, sicurezza e infortuni sul lavoro.

Nel Quaderno “*I numeri europei*” sono pubblicati i dati relativi ad altri paesi dell’Unione Europea.

Il Centro nazionale ha inoltre realizzato cinque indagini nazionali, producendo direttamente dati sulla condizione dell’infanzia e l’adolescenza rispetto a specifiche tematiche.

La prima indagine si è svolta nel 1998 e ha censito tutte le *strutture residenziali di tipo educativo-assistenziale* che accolgono minori che vivono fuori dalla famiglia, quantificando le presenze per genere, età, nazionalità, durata e motivo di permanenza.

La seconda si è svolta tra il 1999 e i primi mesi del 2000 e ha rilevato i *servizi pubblici per l’affidamento familiare*, le loro caratteristiche, il personale impiegato e, soprattutto, ha realizzato un primo “censimento” dei bambini e dei ragazzi in affidamento familiare nel primo semestre dell’anno 1999, la durata e le tipologie di affido.

Le altre tre indagini sono state realizzate nel corso dell’anno 2000 e nei primi mesi del 2001. Quelle sugli *asili e i servizi educativi 0-3 anni integrativi al nido* e sui *servizi pubblici per gli adolescenti* hanno realizzato un “censimento” di tali strutture presso tutti gli Enti pubblici (i Comuni, le Province, le Comunità montane); infine l’indagine, presso le Procure della Repubblica dei tribunali per minori e presso i tribunali stessi sui *minori non imputabili per età che hanno commesso un reato*, ha quantificato il loro numero e ricostruito i percorsi predisposti dai servizi sociali per attivare misure di recupero.

2.2 Area Anziani

Dovendo progettare servizi rivolti alla popolazione anziana occorre innanzitutto rilevare la popolazione in età maggiore o uguale a 65 anni nel territorio considerato, alla data definita. Tale dato rappresenta il target di riferimento per i servizi agli anziani.

L’indicatore relativo alla popolazione deve articolarsi per:

- sesso
- classi di età

- tipologia familiare (in particolare se si tratta di anziani soli o inseriti in nuclei allargati).

Rappresenta ormai un dato consolidato il fatto che le fasce di età della popolazione anziana incidono sull'intensità dei bisogni e quindi sulle possibili risposte della rete dei servizi: nel primo periodo dell'anzianità il principale bisogno è di integrazione sociale, perciò sono necessarie iniziative collegate alla prevenzione e alla socializzazione (quali i centri sociali, i soggiorni climatici); con l'incremento dell'età si riduce la condizione di autosufficienza ed aumenta il bisogno di carattere assistenziale. Il dato relativo ai grandi anziani (ultra 85enni) serve ad individuare servizi specifici (quali i servizi di assistenza domiciliare integrata, i servizi residenziali e quelli semiresidenziali) collegati ai bisogni assistenziali di questo specifico target di utenza.

Analoghe riflessioni possono essere condotte sul tema degli anziani soli (ovvero che non hanno una rete parentale di supporto) articolati per fasce di età (per i quali a seconda della condizione di autosufficienza si prevedono servizi di assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale o semiresidenziale).

In fase di monitoraggio il dato della "popolazione in età" sarà utile per stabilire il *tasso di copertura* dei servizi, cioè il rapporto percentuale tra la capienza complessiva (il numero di posti offerti) e l'utenza potenziale (cioè la popolazione in età eligibile), che raffigura il livello di diffusione dei servizi erogati.

Gli indicatori relativi ai singoli interventi e servizi erogati nell'ambito delle politiche per gli anziani

Per l'*assistenza domiciliare* possono essere considerati come indicatori:

- il numero degli utenti nell'anno (distinguendo tra gli utenti assistiti che contribuiscono, anche parzialmente, alla spesa e gli utenti a totale carico del servizio);
- il numero delle ore erogate complessivamente, suddivise per classe di età, e per sesso;
- il numero medio di ore per utente (al mese, all'anno): tale indicatore diviene, inoltre, un parametro qualitativo, nella misura in cui rivela l'intensità dell'intervento in corso;
- il numero di ore di assistenza domiciliare erogata direttamente, oppure in convenzione, oppure tramite volontariato, o integrata con i servizi sanitari;
- il costo medio orario del servizio, eventualmente articolato per tipologia (volontariato, convenzione ecc.).

Per quanto attiene ai *servizi residenziali*, gli indicatori principali sono:

- il numero dei posti offerti nell'anno (dato che rappresenta la capienza del servizio);
- il numero di utenti assistiti nell'anno, distinguendo tra utenti autosufficienti e utenti non autosufficienti;

- il numero dell'utenza media;
- il numero di utenti in lista d'attesa: questo indicatore è importante, perché dà informazioni sulle previsioni di investimento in strutture a destinazione sociale; occorre tuttavia considerare anche come sono costruite le liste di attesa eventualmente separando, ad esempio, il numero di famiglie che non sono mai state contattate dai servizi da quello delle famiglie che hanno rifiutato un posto in una struttura residenziale perché preferiscono aspettare una disponibilità in quella preferita;
- Il costo medio dei servizi, suddiviso per tipologia (casa di riposo, casa protetta, appartamento protetto, residenza sanitaria assistita, ecc.).

Con riferimento ad *altri servizi e interventi* che rappresentano le altre opportunità offerte dal sistema di servizi, quali ad esempio il servizio di telesoccorso, le “vacanze in città”, i sussidi minimo vitale, i sussidi una tantum, i servizi di trasporto, il servizio di mensa, il servizio di lavanderia, le tutele gestite, i principali indicatori sono:

- il numero di utenti assistiti nell'anno per tipologia di servizio;
- l'eventuale lista di attesa, ed i tempi medi di attesa;
- i costi medi unitari.

Le fonti informative per le politiche per gli anziani

Le fonti ISTAT

I dati dell'ISTAT coprono le seguenti aree di indagine: *popolazione e statistiche demografiche*; *Sistema di indicatori territoriali* (in particolare, condizioni economiche delle famiglie; famiglie e aspetti sociali; popolazione; sanità, assistenza e previdenza; cultura e tempo libero); *Indicatori dello stato di salute*.

2.3 Area povertà

Il concetto di povertà, soprattutto per i paesi con un'economia avanzata, presenta aspetti di crescente complessità ed il panorama teorico di riferimento non risulta ancora ben delineato e univocamente definito.

Ciononostante la misura della povertà presenta, nella maggior parte dei paesi, tra cui anche l'Italia, due connotazioni comuni:

- a) l'uso di variabili di tipo economico: generalmente reddito o spesa per consumi;
- b) la determinazione di una “linea di povertà”, come soglia di demarcazione per classificare le famiglie e gli individui in poveri e non poveri: le famiglie o gli individui con reddito o spese per consumi inferiori o pari al valore della linea di povertà vengono classificati come poveri.

L'ISTAT, nell'ambito delle collaborazioni con le diverse Commissioni governative di Indagine sulla Povertà che, a partire dal 1984, si sono susseguite con il compito di fornire dati conoscitivi ed indicazioni operative per la messa a punto di politiche volte a combattere la povertà in Italia, ha sviluppato un filone di ricerca che inizialmente ha riguardato le misure di *povertà relativa*, successivamente ha analizzato la *natura multidimensionale* del fenomeno (utilizzando cioè una pluralità di indicatori) ed infine si è esteso alle misure di *povertà assoluta*⁶.

La base informativa per l'analisi della povertà è costituita dall'Indagine sui Consumi delle famiglie condotta annualmente dall'Istat⁷. A partire dal 1986⁸ le informazioni sulla povertà sono state diffuse annualmente e nel 1996 è stata pubblicata la ricostruzione della serie storica degli indici di povertà a partire dal 1980 (Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione, 1996).

A partire dal 1997 l'Indagine sui consumi delle famiglie è stata profondamente rinnovata sia nel materiale statistico di base, sia nei metodi di elaborazione dei dati originali, determinando una rottura nella serie storica. L'interruzione della serie storica limita i confronti dei dati sulla povertà agli ultimi quattro anni.

Possiamo brevemente riassumere le caratteristiche delle diverse modalità di misurazione della povertà.

La misura della povertà relativa e della povertà assoluta

Povertà relativa:

la povertà viene individuata in una situazione di svantaggio di alcuni membri della comunità (famiglie o individui) rispetto ad altri, tenendo conto dello standard di vita medio della popolazione di riferimento oggetto di analisi.

La misura di povertà relativa si basa sull'uso di una linea di povertà (valore soglia utilizzato per discriminare le famiglie povere da quelle non povere) nota come *International Standard of Poverty Line* (ISPL). Tale soglia è calcolata annualmente e applicata alla distribuzione della spesa per consumi delle famiglie italiane, rilevata dall'Indagine sui Consumi delle Famiglie, e definisce povera una famiglia di due componenti con una spesa per consumi inferiore o pari alla spesa media per consumi pro-capite. Per famiglie di diversa composizione la soglia viene individuata applicando

⁶ Nel 1995 la Commissione di indagine sulla Povertà ed Emarginazione, presieduta dall'onorevole Carniti, ha deciso di affiancare agli indicatori di povertà relativi fino ad allora prodotti, ulteriori indicatori basati su una misura di povertà assoluta.

⁷ Nell'estate di ogni anno, dopo aver diffuso i principali risultati dell'Indagine sui Consumi, l'Istat pubblica una "Nota Rapida" sulla povertà in Italia relativa all'anno precedente (disponibile anche sul sito www.Istat.it).

⁸ Anno in cui è stato presentato il primo rapporto ufficiale sulla povertà in Italia.

una scala di equivalenza. Si definisce cioè un coefficiente di equivalenza che indica, rispetto ad una famiglia presa come standard di riferimento, di quanto ha bisogno una famiglia con caratteristiche diverse (per numero di componenti, per sesso, età, ecc) per godere dello stesso tenore di vita.

Allo scopo di fornire una rappresentazione sintetica del fenomeno povertà si utilizzano generalmente due indici:

- *Incidenza di povertà*: indica la percentuale di famiglie che hanno una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà.
- *Intensità di povertà*: misura di quanto, in media, la spesa delle famiglie povere si discosta in termini percentuali dalla linea di povertà. In altre parole, tale indicatore ci dice quanto sono poveri i poveri.

Confrontando l'andamento dei due indici considerati è quindi possibile verificare se il numero delle famiglie povere si è modificato e anche se la loro condizione risulta peggiorata o migliorata nel tempo. Se, ad esempio, per due anni consecutivi, si avesse lo stesso valore di incidenza ma l'intensità fosse più elevata per il secondo anno, avremmo una situazione invariata per quanto riguarda la percentuale di famiglie povere, ma potremmo concludere che la condizione di tali famiglie risulta di fatto peggiorata rispetto all'anno precedente.

Povertà assoluta:

la povertà viene individuata nella incapacità all'acquisto di determinati beni e servizi, indipendentemente da quello che è lo standard di vita medio della popolazione di riferimento.

La stima della povertà viene fatta in base alla dotazione di un *paniere di beni e servizi* essenziali in grado di assicurare alle famiglie uno standard di vita che eviti forme di esclusione sociale. Attualmente il paniere italiano è costituito da tre principali componenti: quella alimentare, quella relativa all'abitazione (comprensiva delle quote di ammortamento dei principali beni durevoli) ed una residuale che rappresenta l'insieme di tutte le altre necessità familiari ed individuali (le spese per vestiario e calzature, per la cura personale, per cultura e attività ricreative, altre spese per la casa, trasporti e così via). Le spese per la salute e l'istruzione si suppongono a completo carico dello Stato per le famiglie indigenti. Il valore monetario di tale paniere costituisce la soglia di povertà assoluta per l'anno in cui è stato definito; viene aggiornato nel tempo per tenere conto delle variazioni dei prezzi di beni e servizi.

Povertà soggettiva:

percezione soggettiva della propria condizione di difficoltà.

Gli indicatori di povertà soggettiva focalizzano l'attenzione sugli obiettivi individuali (valori, preferenze, convinzioni personali), valorizzano le percezioni personali e le definizioni culturalmente e localmente situate di benessere e povertà. In contesti sociali e culturali differenti, infatti, uno stesso livello di povertà monetaria può tradursi in modo molto diverso in termini di deprivazione materiale e di esclusione sociale.

Il concetto di povertà deve in ogni caso essere inteso in senso multidimensionale. La definizione di povertà non si esaurisce infatti nella carenza di risorse monetarie, ma riguarda una pluralità di dimensioni di natura sociale e culturale (l'istruzione, la condizione abitativa, la salute ecc.) che, peraltro, non si associano necessariamente alla deprivazione in termini strettamente monetari. Accanto alle tradizionali misure di povertà, è possibile considerare altri indicatori di carattere oggettivo che misurano il disagio della famiglia indipendentemente dal livello di consumo, e anche le misure soggettive, che informano sulla percezione del disagio da parte delle famiglie. L'analisi congiunta delle diverse dimensioni oggettive e soggettive della povertà consente di mettere in luce le sfaccettature del disagio e di caratterizzare la condizione delle famiglie escluse dagli standard di vita medi in un preciso contesto geografico, sociale e culturale.

Altri indicatori di povertà e di esclusione sociale

Oltre agli indicatori comunemente utilizzati, e prima richiamati, basati sul livello del reddito o dei consumi, esistono altri indicatori che sono in grado di fornire utili indicazioni circa le dimensioni dell'esclusione sociale in un determinato ambiente. Elenchiamo qui i principali.

Indicatori di *disagio abitativo*:

- scarsa luminosità degli ambienti
- infiltrazioni di acqua negli ambienti
- infissi o pavimenti fatiscenti

Indicatori di disagio legato alla *zona di residenza*:

- sporcizia nelle strade
- alto tasso di criminalità nella zona di residenza
- atti vandalici o di violenza e presenza in strada di persone che si drogano, ubriacano o prostituiscono

Indicatori di disagio legato alla *difficoltà di utilizzo di alcuni servizi di base*:

- difficoltà di accesso ai servizi della ASL
- difficoltà di accesso al pronto soccorso

Indicatori di disagio legato alla *difficoltà nell'acquisizione di beni e servizi essenziali*:

- difficoltà nell'acquisizione di cibo
- difficoltà relativamente alle utenze per l'abitazione (gas, luce, telefono ecc.)
- difficoltà di accesso alle cure mediche

Disagio legato alle *diverse opportunità di aiuti informali* (parenti e/o amici):

- difficoltà ad ottenere aiuti in natura
- difficoltà ad ottenere aiuti in denaro

A questi indicatori si può aggiungere, come già avvertito in precedenza, un indicatore squisitamente qualitativo, rappresentato dalla percezione soggettiva della propria condizione economica e delle proprie difficoltà finanziarie

Occorre aggiungere che, tradizionalmente, l'analisi della povertà viene condotta in un'ottica *trasversale*; l'attenzione viene cioè rivolta alla definizione dei profili familiari e individuali di coloro che, in un determinato momento, risultano in condizione di povertà.

Un'ulteriore dimensione che caratterizza gli studi sulla povertà è quella *temporale* che tiene conto anche della lunghezza del periodo passato in tale condizione. In questo caso è possibile distinguere le situazioni di povertà a carattere permanente da quelle transitorie e delimitare quel segmento del fenomeno (poveri cronici) su cui far convergere specifiche politiche di intervento; la povertà transitoria può, infatti, essere vista come l'effetto di cause e situazioni contingenti. L'obiettivo, inoltre, non è più soltanto quello di definire e quantificare il fenomeno, ma anche quello di esaminare i percorsi familiari od individuali (in termini di cambiamenti nella struttura familiare, di partecipazione al mercato del lavoro, di eventi di disabilità, ecc.) che possono determinare l'entrata o l'uscita da tale condizione ed individuare quindi gli eventi che maggiormente risultano associati al rischio di cadere in una condizione di disagio.

La componente temporale può essere sostanzialmente introdotta tramite l'uso di dati di tipo longitudinale, in particolare di tipo *panel*, dai quali è possibile ricostruire comportamenti e storie individuali (cfr. panel europeo delle famiglie).

Le fonti informative per l'area povertà

Le fonti ISTAT

La base informativa per l'analisi della povertà è costituita *dall'Indagine campionaria sui Consumi delle Famiglie*, a cadenza annuale.

Nell'indagine *La povertà e l'esclusione sociale nelle regioni italiane - anno 2002*, l'Istat ha presentato per la prima volta informazioni organiche sulla povertà e l'esclusione sociale nelle regioni italiane. L'esigenza di fornire dati territorialmente disaggregati nasce dalla constatazione

che un'adeguata programmazione delle strategie di intervento implica una corretta conoscenza dell'articolazione dei fenomeni sul territorio. Lo sviluppo dell'informazione statistica sui fenomeni della povertà e del disagio economico-sociale a livello regionale è uno degli obiettivi del progetto "informazione statistica territoriale e settoriale per le politiche strutturali 2001-2008", previsto da una convenzione stipulata tra Istat e Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e Coesione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, e cofinanziato dai fondi strutturali Comunitari.

Le fonti della Banca d'Italia

Accanto all'indagine sui consumi dell'Istat, l'altra fonte statistica di base per la stima della povertà in Italia è costituita dall'*Indagine sui Bilanci delle famiglie* condotta dalla Banca d'Italia, che fornisce informazioni complementari perché valuta la povertà in termini di scarsità di reddito. I dati forniscono informazioni sul reddito disponibile delle famiglie (ovvero, al netto dei tributi pagati e dei trasferimenti monetari percepiti dai membri del nucleo).

2.4 Area disabilità

La disponibilità di informazioni statistiche sulla disabilità rappresenta un presupposto fondamentale per la corretta attuazione delle norme e per l'assegnazione di risorse adeguate. Tuttavia in Italia, come nella maggior parte degli altri Paesi, non si è ancora giunti ad un insieme organico e completo di dati sui diversi aspetti della disabilità. Ne consegue che non si è in grado di dire con precisione quante siano le persone con disabilità in Italia, quali disabilità abbiano, quale sia il loro livello di integrazione sociale e neppure quali bisogni, (delle persone con disabilità e dei loro familiari) siano soddisfatti e non soddisfatti. All'inizio del 2000 l'allora Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio - oggi Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - ha assegnato all'ISTAT il compito di sopperire a questa carenza.

Il Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità

Il Progetto *Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità* affidato all'ISTAT dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (legge 162/98) si propone di costituire un insieme coordinato e integrato di fonti statistiche sulla disabilità che consenta di porre in essere azioni di programmazione sulla base di dati completi e affidabili.

Tale sistema informativo permetterà di conoscere in modo più approfondito il mondo della disabilità, da un lato avviando un processo di riorganizzazione dei dati esistenti, e di coordinamento - laddove possibile - degli attuali flussi informativi e, da un altro lato, stimolando la

realizzazione di nuove indagini per quei settori o aspetti della tematica ancora scoperti o carenti di informazioni.

Il progetto impegna, oltre all'ISTAT, altre Istituzioni competenti in materia e produttrici di informazioni statistiche fondamentali alla comprensione delle problematiche connesse alla disabilità.

Il destinatario prioritario del sistema informativo è il decisore politico, ai diversi livelli decisionali. Il sistema si rivolge tuttavia anche a studiosi del settore, alle associazioni ed organizzazioni che si impegnano nella promozione dei diritti dei disabili e nell'erogazione di servizi, alle stesse persone con disabilità e ai loro familiari, e ai cittadini che vogliono conoscere il mondo della disabilità. Per questo uno dei prodotti principali del progetto è rappresentato dal sito "Disabilitaincifre" reso accessibile alle persone con disabilità.

Per rispondere alle differenti esigenze informative dei soggetti interessati alle politiche sulla disabilità ed ai relativi dati il sito offre, nella sua configurazione attuale, la possibilità di consultare dati e indicatori già organizzati, ma ha l'obiettivo a lungo termine di creare un sistema di interrogazione di dati personalizzato, che permetta all'utente di ottenere informazioni che non siano già contenute negli indicatori "preconfezionati". Inoltre, è in corso di studio l'elaborazione di un piano operativo che permetta ai soggetti produttori di dati di poter aggiornare le informazioni statistiche e di poter integrare i dati in base ai risultati di ricerche effettuate a livello locale.

Il sito "Disabilitaincifre" è suddiviso in due principali aree: Tematiche e Approfondimenti.

L'area *Tematiche* contiene informazioni e dati su: Protezione Sociale, Famiglie dei disabili, Incidenti, Istruzione ed integrazione scolastica, Lavoro e occupazione, Salute, Assistenza Sanitaria e Sociale, Trasporto, Vita sociale. Selezionando un'area qualsiasi della pagina indice si accede ad una breve descrizione dell'argomento contenente alcuni dati, percorsi di lettura e livelli di analisi.

Nell'area *Approfondimenti* sono contenute informazioni specifiche riguardanti le diverse tematiche. Al momento sono presenti: Quanti sono i disabili in Italia, Alcuni aspetti delle persone disabili, Turismo accessibile, Differenze tra donne e uomini disabili, Sindrome di Down⁹.

Per una corretta lettura dei dati è indispensabile conoscerne la fonte, la definizione di disabilità utilizzata ed altre informazioni più dettagliate. A questo scopo è stata sviluppata l'area "Fonti dati" che mostra tutte le fonti da cui sono stati tratti i dati utilizzati per la costruzione degli indicatori statistici.

⁹ Sono inoltre presenti informazioni, linee guida, sintesi di ricerche, testi esplicativi in tema di disabilità e politiche relative; Le informazioni rese disponibili dagli uffici dell'Unione Europea sono contenute nell'area "l'Europa per i disabili".

I dati sono tratti e/o elaborati sulla base delle attuali fonti disponibili (Rilevazioni e indagini ISTAT, Archivi o sistemi informativi di Ministeri e di Enti Pubblici).

Nel dettaglio le fonti informative disponibili sono:

- Archivio INAIL sugli eventi lesivi (infortuni sul lavoro e malattie professionali)
- Archivio sulle patenti di guida. Ministero delle infrastrutture e dei trasporti - Centro Elaborazione Dati del Dipartimento dei Trasporti Terrestri
- Banca Dati MIUR-CINECA (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Consorzio Interuniversitario)
- Casellario centrale per la raccolta, la conservazione e la gestione dei dati e degli elementi relativi ai titolari di trattamenti pensionistici
- Contabilità Nazionale, Conto satellite della Protezione Sociale
- European Community Household Panel
- Indagine sugli interventi e servizi socio-assistenziali delle amministrazioni provinciali
- Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali (ISTAT)
- Indagine: "Aspetti della Vita Quotidiana" (ISTAT)
- Indagine: "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" (ISTAT)
- Indagine: "Famiglie soggetti sociali e condizione dell'infanzia" (ISTAT)
- Indagini Multiscopo sulle famiglie (ISTAT)
- Infortunistica sportiva SPORTASS - CONI
- Monitoraggio dei Servizi per l'Impiego (ISFOL)
- Registri regionali dei difetti congeniti
- Rilevazione dei lavoratori che fruiscono della disciplina sulle assunzioni obbligatorie
- Rilevazioni delle Cooperative sociali (ISTAT)
- Rilevazione delle Organizzazioni di volontariato
- Rilevazione sulla Federazione Italiana Sport Disabili
- Rilevazione sulle cause di morte
- Rilevazione trimestrale sulle Forze Lavoro
- Scheda di dimissione ospedaiera (SDO)
- Sistema Informativo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca (SIMPI)
- Sistema Informativo del Servizio Sanitario Nazionale
- Sistema Informativo del Servizio Sanitario Nazionale: dati di contabilità

L'indagine sulle certificazioni di disabilità ed handicap

L'Istat sta avviando una nuova indagine che ha come unità di rilevazione le certificazioni di disabilità ed handicap, previste dalla legge 104/1992, e quella di invalidità, prevista dalla legge 118/1971. Tale sistema di certificazioni rappresenta una preziosa fonte informativa che può aiutare a conoscere meglio la popolazione con disabilità.

Attualmente le informazioni desumibili dalle certificazioni non sono utilizzabili a tale fine per vari motivi. Il primo motivo risiede nella complessità della materia di cui si tratta; è ben noto infatti che nel parlare di certificazioni si fa in realtà riferimento a molteplici tipologie, utilizzate per fini differenti: le certificazioni di invalidità civile, invalidità per cecità e sordità, le certificazioni di handicap, le certificazioni per l'inserimento scolastico e per l'inserimento lavorativo mirato e le certificazioni per il rilascio o la conferma delle patenti speciali, o per i contributi alla spesa per le modifiche degli strumenti di guida.

Il secondo motivo è l'assenza di coordinamento nel territorio. Il rilascio delle certificazioni è infatti di competenza di specifiche commissioni istituite presso le ASL (che poi devono lavorare di concerto con altri Enti territoriali che hanno la competenza sulla specifica certificazione). Tali Commissioni, che hanno composizione differente nella stessa ASL a seconda del tipo di certificazione, rilasciano delle certificazioni che non sono standardizzate nel territorio, ma che cambiano da regione a regione, da ASL a ASL, e talvolta addirittura da distretto a distretto. In sostanza, ogni commissione adotta la modulistica che ritiene più opportuna.

L'assenza di coordinamento nel territorio rende, finora, inutilizzabili i dati presenti nelle certificazioni.

Un altro ordine di problema è rappresentato dalle definizioni utilizzate. Sebbene esistano delle classificazioni riconosciute a livello internazionale sia per le malattie (ICD, International Classification of Diseases) che per le disabilità e l'handicap (ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps e ICF International Classification of Functioning, Disability and Health), queste sono di rado utilizzate. L'assenza di un linguaggio comune ha la grave conseguenza che la stessa persona potrebbe, in teoria, essere classificata diversamente nel momento in cui cambia ASL. In linea generale, ciò significa che in ogni ASL si fa potenzialmente riferimento a aggregati diversi di persone, portatrici di caratteristiche differenti o, comunque, per le quali sono state rilevate caratteristiche differenti.

L'ultimo problema che appare importante menzionare è dato dall'assenza di informatizzazione dei dati e, più in generale, di un progetto di analisi e utilizzo degli stessi. La grande maggioranza delle certificazioni, infatti, è solo su supporto cartaceo, ed è perciò impossibile effettuare analisi e approfondimenti sui dati.

Queste problematiche sono emerse chiaramente nel corso della "Ricognizione Territoriale delle Fonti di Dati su Disabilità ed Handicap" che l'ISTAT ha effettuato presso le Regioni, le ASL, i Provveditorati, le Province e le Prefetture, al fine di investigare quali fossero i flussi informativi (intesi come indagini, rilevazioni, archivi, basi di dati) sulla disabilità e handicap posseduti.

I flussi informativi delle ASL sulle certificazioni

L'indagine, che si intende avviare su tutto il territorio nazionale, si pone l'obiettivo di conoscere, da una certa data in poi, il numero, la tipologia e la gravità della disabilità delle persone che ottengono una certificazione da parte delle Commissioni medico-legali operanti presso le ASL. In particolare, verranno rilevate le seguenti informazioni:

- dati anagrafici della persona certificata
- classificazione della patologia che ha causato la disabilità, secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie ICD10
- classificazione della disabilità, secondo la ICDH (Classificazione delle Menomazioni, Disabilità e Handicap) e, dove applicata, secondo la ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute).

3. Elementi di criticità per lo sviluppo dei SISS

Con riferimento alla articolazione ed al livello di sviluppo dei SISS, le criticità fondamentali che, allo stato dell'arte attuale, si pongono, riguardano principalmente la forte disomogeneità delle esperienze sul territorio nazionale e la scarsa integrazione tra livello centrale e livello regionale. Il rischio, reale, è che – come viene osservato nel Rapporto del Formez citato in precedenza - si vadano a creare più sistemi informativi, uno nazionale e tanti regionali: il che costituirebbe un errore grave e tradirebbe gli stessi intendimenti del disegno riformatore introdotto con la legge 328/2000.

La sfida che si pone per il SISS nazionale consiste infatti nell'integrare parti diverse tra loro (livelli centrale e regionale), nel rispetto delle specifiche funzioni.

Al livello centrale viene riconosciuta la funzione primaria di garantire un sufficiente grado di uniformità, all'interno dei vari sistemi regionali e locali, di sistemi informativi sociali già avviati: uniformità, in particolare, relativamente alle funzioni svolte, ai criteri di raccolta delle informazioni, alla terminologia utilizzata per definire servizi e prestazioni, all'utilizzo delle informazioni raccolte. Viene sottolineata anche la necessità di costruire un vocabolario comune che tenga conto anche delle linee di indirizzo che vanno maturando a livello europeo. Inoltre, l'architettura istituzionale del SISS necessita di estrema chiarezza in merito al modello di funzionamento dei flussi informativi

che esso avvierà (chi rileva i dati, come li trasmette, come vengono trattati, come vengono restituiti), entro una logica che si auspica sia sufficientemente decentrata, perché è a livello locale che si gioca la possibilità di creare un sistema affidabile. A livello nazionale dovrà essere definito uno “zoccolo” di informazioni da raccogliere e trattare, una sorta di minimo denominatore comune, in stretto collegamento con le informazioni richieste per monitorare i LIVEAS. Su ciò le Regioni potranno poi innestare ulteriori elementi di rilevazione e di analisi.

Lo studio si conclude avanzando due significative considerazioni sul metodo di costruzione del SISS.

In primo luogo occorre riconoscere che il SISS, a livello centrale e locale, richiede investimenti specifici e una costante azione di raccordo organizzativo. La riuscita dell'intero progetto dipende molto dalla stabilità temporale degli investimenti, anzitutto sul piano del personale: con soluzioni che possono andare dal distacco di una quota di tempo adeguata e coerente con il lavoro richiesto, fino alla creazione di uno staff apposito.

In secondo luogo, chi fornisce informazioni deve trovare un senso e aspettare benefici da ciò che fa. In passato molte esperienze, pur ben costruite sulla carta, sono risultate inefficaci perché i “rilevatori” (gli stessi operatori dei servizi) non erano parte attiva del progetto. Citando il *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003*, si sottolinea che esiste un *bilancio informativo* tra i dati che si acquisiscono e le conoscenze che si restituiscono che deve essere rispettato, caratterizzando in senso circolare i rapporti tra i diversi attori coinvolti (all'interno degli enti e tra centro e periferia).

Un ulteriore elemento di criticità dipende dalle carenze che talvolta caratterizzano il materiale informativo disponibile. Come si è visto, in alcuni settori i dati sono pochi o addirittura del tutto assenti, oppure non sono facilmente confrontabili sia per quanto riguarda la dimensione territoriale e sia per quanto riguarda la dimensione temporale. Inoltre, molti dati sono disponibili solo in forma cartacea, e questo li rende, se non proprio inutilizzabili, certamente assai poco maneggiabili.

Capitolo 3

Processi decisionali e sistemi informativi nel Piano di Zona

1. Il quadro istituzionale

Il Piano di Zona, introdotto dalla legge 328/2000, è il risultato di un complesso processo decisionale che si sviluppa, a cascata, a livello centrale, regionale e locale.

Il Governo è chiamato a definire il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di durata triennale, tenendo conto delle risorse finanziarie disponibili (in primo luogo di quelle destinate al Fondo nazionale per le politiche sociali e delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dagli enti locali).

Le Regioni, sulla base delle indicazioni del Piano nazionale e d'intesa con i Comuni, adottano il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, fornendo le linee guida per la definizione dei Piani di Zona e stabilendo l'articolazione territoriale di ciascuna zona. Alla Regione spettano le funzioni generali relative alla programmazione, al coordinamento e all'indirizzo dei servizi sociali, e quelle di verifica dell'attuazione degli interventi a livello locale. E' inoltre compito della regione promuovere l'integrazione tra servizi sociali e sanitari (in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale) ed il coordinamento delle politiche socio-assistenziali con quelle dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

In tale quadro, spetta ai Comuni ricadenti in ciascuna zona, associati attraverso un accordo di programma (ex legge 142/1990), la progettazione, la programmazione, la gestione e l'erogazione dei servizi sociali.

A questi tre attori principali si aggiunge la Provincia, alla quale è affidato un importante ruolo di supporto, specialmente per quanto riguarda la costruzione e la gestione dei sistemi informativi.

Nell'insieme, abbiamo quindi un processo decisionale complesso, articolato in tre fasi relativamente autonome.

Dal punto di vista delle funzioni che direttamente o indirettamente implicano la costruzione, la gestione o l'utilizzazione di sistemi informativi specifici, e con riferimento al livello locale (comune, provincia, regione), le attribuzioni previste dalla legge 328/2000 possono essere riassunte nello schema seguente.

Comune	
Funzioni previste dalla legge 328/2000	Note

<p>Definire ed adottare, con gli altri Comuni del medesimo ambito territoriale e con gli altri attori della programmazione socio-sanitaria, il Piano di Zona per la progettazione, la programmazione e la realizzazione dei servizi sociali a rete (art. 19).</p>	<p>Di norma i comuni si associano ed adottano il Piano sociale di Zona attraverso lo strumento dell'accordo di programma, secondo quanto previsto dalla legge 142/1990 e successive modificazioni.</p>
<p>Istituire un sistema informativo dei servizi sociali comprendente dati sui bisogni sociali e sui servizi e gli interventi erogati (art. 21).</p>	<p>Funzione attribuita in modo specifico a Stato, regioni, province e comuni dall'art. 21 della legge.</p>
<p>Definire i parametri per la valutazione delle condizioni che attribuiscono il diritto all'accesso prioritario alle prestazioni ed ai servizi sociali (persone in condizione di povertà o di limitato reddito, persone in condizione di incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico, persone con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, e persone sottoposte a provvedimenti giudiziari che rendono necessari interventi assistenziali). (art. 6, art. 2).</p>	<p>Tali parametri sono definiti sulla base dei criteri generali fissati dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (art.18).</p>
<p>Adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni (art. 6).</p>	
<p>Predisporre, d'intesa con la Asl, i progetti individuali per le persone disabili (art. 14).</p>	
<p>Provvedere alla verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere (art. 3).</p>	<p>Principio generale stabilito dall'art. 3 della legge.</p>
<p>Adottare il principio del coordinamento e dell'integrazione degli interventi sociali con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le</p>	<p>Principio generale cui devono attenersi lo Stato, le regioni e gli enti locali.</p>

politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro (art. 3).	
Adottare il principio della concertazione e della cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e tra questi e il terzo settore e le Asl (art. 3).	Principio generale cui devono attenersi lo Stato, le regioni e gli enti locali.

Provincia	
Funzioni previste dalla legge 328/2000	Note
Istituire un sistema informativo dei servizi sociali comprendente dati sui bisogni sociali e sui servizi e gli interventi erogati (art. 21).	Funzione attribuita in modo specifico a Stato, regioni, province e comuni dall'art. 21 della legge.
Analizzare l'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali (art. 7).	
Promuovere, d'intesa con i Comuni, iniziative di formazione con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento (art. 7).	
Provvedere alla verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere (art. 3).	Principio generale stabilito dall'art. 3 della legge.
Adottare il principio del coordinamento e dell'integrazione degli interventi sociali con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro (art. 3).	Principio generale cui devono attenersi lo Stato, le regioni e gli enti locali.
Adottare il principio della concertazione e della cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e	Principio generale cui devono attenersi lo Stato, le regioni e gli enti locali.

tra questi e il terzo settore e le Asl (art. 3).	
--	--

Regione	
Funzioni previste dalla legge 328/2000	Note
Definire gli ambiti territoriali dei Piani di Zona (art. 8)	
Istituire un sistema informativo dei servizi sociali comprendente dati sui bisogni sociali e sui servizi e gli interventi erogati (art. 21).	Funzione attribuita in modo specifico a Stato, regioni, province e comuni dall'art. 21 della legge.
Verificare l'attuazione della programmazione regionale a livello territoriale, promuovendo l'applicazione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste (art. 8).	
Definire i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni (art. 8).	
Istituire, sulla base di indicatori oggettivi di qualità, registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività socio-assistenziali (art. 8).	
Definire i criteri per la concessione, da parte dei Comuni, dei titoli per l'acquisto di servizi sociali (art. 8).	
Definire i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni (art. 8).	
Predisporre e finanziare i piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali (art. 8).	
Determinare i criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere	

ai soggetti accreditati (art. 8).	
Provvedere alla verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere (art. 3).	Principio generale stabilito dall'art. 3 della legge.
Adottare il principio del coordinamento e dell'integrazione degli interventi sociali con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro (art. 3).	Principio generale cui devono attenersi lo Stato, le regioni e gli enti locali.
Adottare il principio della concertazione e della cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e tra questi e il terzo settore e le Asl (art. 3).	Principio generale cui devono attenersi lo Stato, le regioni e gli enti locali.

Il Piano di Zona costituisce il fulcro del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. Le sue finalità generali sono le seguenti:

- Realizzare sistemi locali di intervento socio-assistenziale basati su criteri di efficacia, efficienza, unitarietà, complementarietà, flessibilità;
- Qualificare la spesa sociale e definirne il riparto tra comuni, Asl ed altri soggetti firmatari del Piano (Ipab);
- Definire iniziative di formazione e aggiornamento del personale che opera nei servizi sociali.

I contenuti generali del Piano di Zona, a loro volta, si possono riassumere come segue:

- Stabilire le modalità organizzative dei servizi, accertando le risorse disponibili e definendo quelle necessarie per l'ottimizzazione dell'offerta, e fissando i requisiti di qualità dei servizi;
- Fissare le priorità di intervento e gli obiettivi strategici;
- Definire le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- Definire le modalità di collaborazione tra i servizi sociali pubblici ed i soggetti del terzo settore impegnati a livello locale nella solidarietà sociale;

- Definire forme di concertazione con le Asl allo scopo di garantire l'integrazione dei servizi socio-sanitari.

Il principale riferimento normativo è rappresentato dalla già ricordata legge 328/2000, alla quale occorre tuttavia aggiungere il D.L. 229/1999 relativo al Programma delle attività territoriali delle Asl. Ciascuna Regione ha poi emanato le proprie linee guida attraverso apposite leggi regionali.

2. Le fasi del processo decisionale

Non è prevista una specifica metodologia per quanto riguarda la definizione ed il successivo aggiornamento dei Piani di Zona; tuttavia, sulla base delle esperienze fin qui maturate, si possono identificare le seguenti fasi.

Fase 1 – Avvio del processo e costituzione degli organismi gestionali, tecnici e politici.			
Il processo viene avviato dal Comune capofila, ad esempio convocando una conferenza dei servizi o una conferenza zonale di piano, coinvolgendo i Comuni appartenenti alla Zona, la Provincia, la Asl, gli altri enti che a livello locale si occupano di politiche sociali ed il terzo settore. Lo scopo è da un lato quello di definire le procedure, i tempi, e gli apporti e le funzioni di ciascun soggetto. E, da un altro lato, quello di costituire ed attivare gli organi gestionali, tecnici e politici necessari per la stesura e l'implementazione del Piano. L'organo gestionale è l'Ufficio di piano sociale di zona; quello tecnico è il Tavolo tecnico distrettuale; quello politico è il Comitato di distretto.			
Organo	Composizione		Funzioni
Comitato di distretto	Assessori e/o Sindaci, Asl		Individua le priorità di intervento, le risorse economiche, gli indirizzi rispetto all'integrazione delle politiche. Attiva tavoli di concertazione con le organizzazioni sindacali e con il terzo settore.
Ufficio di Piano sociale di Zona	Staff tecnico		Svolge azione di supporto a tutta l'attività di programmazione e di raccordo fra gli indirizzi e le priorità proposte dal Comitato di distretto e l'attività tecnica e progettuale del Tavolo tecnico distrettuale.
Tavolo	Referenti	degli Enti	Analizza la domanda ed i bisogni sociali,

tecnico distrettuale	istituzionali e non coinvolti nella programmazione locale dei servizi sociali	individua le criticità, elabora proposte tecniche progettuali. E' suddiviso in tavoli tematici dedicati a settori quali: famiglia e minori, povertà ed esclusione sociale, immigrazione, anziani, disabili, tossicodipendenze.
----------------------	---	---

Fase 2 – Mappatura del territorio e analisi della domanda e dell’offerta
<p>Viene sviluppata dall’Ufficio di Piano sociale di zona attraverso il lavoro dei tavoli tecnici tematici allo scopo di acquisire dati sul sistema dei servizi e delle prestazioni esistenti, sui soggetti erogatori delle prestazioni dei servizi, sulle forme di collaborazione e di integrazione in essere e su quelle possibili e/o indispensabili, sulle risorse disponibili e/o necessarie, sui bisogni e sulla domanda sociale.</p> <p>In questa fase è essenziale poter disporre di dati attendibili e di strumenti per la loro elaborazione.</p>

Fase 3 – Definizione degli obiettivi, delle priorità e delle scelte strategiche (programma triennale)
<p>Viene sviluppata dal Comitato di Distretto, sulla base dei dati e delle indicazioni emerse dalla fase 2 e sulla base della concertazione con le organizzazioni sindacali e con le organizzazioni del terzo settore.</p> <p>Si tratta di delineare il modello di welfare locale ritenuto più adeguato alle esigenze della popolazione, tenendo conto delle risorse disponibili e dei vincoli esistenti.</p> <p>Gli obiettivi devono essere: osservabili, misurabili, perseguibili, pertinenti e compatibili. Per ciascun obiettivo è opportuno indicare le responsabilità (chi ne risponde direttamente e chi in termini di collaborazione), le risorse assegnate (finanziarie, umane, strutturali), i risultati attesi in tempi dati, come quando e chi dovrà monitorare e valutare il grado di raggiungimento dell’obiettivo stesso.</p> <p>E’ anche opportuno distinguere gli obiettivi a seconda della loro tipologia (obiettivi relativi a specifiche aree di utenza, relativi a specificità territoriali come nel caso di aree montane o interne o di aree suburbane, relativi a modalità di integrazione delle politiche, relativi a specifiche azioni di sistema come nel caso di nuove forme di gestione dei servizi, relativi a eventuali obiettivi sovrazonali, etc.).</p>

Fase 4 – Definizione dei contenuti e del piano attuativo (programma annuale)

Si tratta di definire le azioni concretamente previste per l'attuazione del Piano di Zona, secondo una programmazione a cadenza annuale.

Occorre indicare l'articolazione, le modalità organizzative e gestionali e le modalità di finanziamento del sistema dei servizi e delle prestazioni da erogare con riferimento almeno alle principali aree di intervento: responsabilità familiari, diritti dei minori, immigrazione, contrasto alla povertà, prevenzione e contrasto delle dipendenze, anziani, disabili, formazione e aggiornamento del personale.

Occorre inoltre indicare il ruolo e l'apporto del Terzo settore e le modalità e gli strumenti per l'integrazione e il coordinamento degli interventi degli Enti locali, delle altre istituzioni e degli organi periferici dello Stato.

Infine, occorre indicare le modalità e gli strumenti per l'integrazione tra interventi sociali e interventi sanitari (area socio-sanitaria) e con le politiche del lavoro, della formazione, dell'istruzione, del territorio e dello sviluppo.

Fase 5 – Approvazione del Piano di Zona

Adozione del Piano di Zona attraverso un accordo di programma.

A queste fasi se ne aggiungono altre due, legate al monitoraggio ed alla valutazione dei risultati raggiunti.

Fase 6 – Monitoraggio e valutazione in itinere del Piano di Zona

Raccolta e aggiornamento costante dei dati, e costruzione degli indicatori, utili per la verifica dei risultati raggiunti (normalmente a cura dell'Ufficio di Piano, utilizzando i dati raccolti nel sistema informativo sui servizi sociali).

Fase 7 – Valutazione ex post del Piano di Zona

Bilancio conclusivo del Piano di Zona, e valutazione dei risultati raggiunti, come base per la successiva programmazione.

3. Processi decisionali e sistemi informativi nel Piano di Zona: Studi di caso

Per approfondire l'analisi relativamente ai processi decisionali e ai fabbisogni informativi nei Piani di Zona, con particolare riferimento alla situazione rilevabile nelle regioni del Mezzogiorno italiano, abbiamo realizzato due studi di caso.

In entrambi i casi (rappresentati da due Piani di Zona dell'area salernitana) l'attenzione è stata concentrata sulle funzioni e sull'attività dell'Ufficio di Piano (UdP), trattandosi dell'organismo al quale è di fatto demandato il compito di garantire, sul piano tecnico, sia il regolare svolgimento delle attività previste dal Piano di Zona, sia la valutazione degli interventi posti in essere, sia la raccolta e la gestione delle informazioni.

3.1 L'Ufficio di Piano dell'ambito Irno Picentini S2

L'Ufficio di Piano preso in esame è quello relativo all'Ambito Irno Picentini S2, nella provincia di Salerno, con Baronissi comune capofila¹⁰.

L'ufficio di piano rappresenta l'organo di regia tecnica del sistema di rete dei servizi sociali e socio-sanitari, assolvendo alle funzioni di programmazione, gestione, amministrazione e valutazione degli interventi.

L'UdP dell'ambito S2 è dotata di una sede ubicata nel Comune capofila (Baronissi) e una sede decentrata ubicata presso la Comunità Montana Zona Monti Picentini, Località S. Maria a Vico - Giffoni Valle Piana. L'organigramma dell'Ufficio di Piano prevede le seguenti figure, competenze ed uffici:

- Responsabile dell'Ufficio di Piano
- Sociologo *Area Monitoraggio e Valutazione*
- Sociologo *Area Dipendenze -Reperimento Fondi*
- Sociologo *Area Minori*
- Sociologo *Area Immigrati -Referente Ufficio di Piano sede decentrata*
- Sociologo *Area Disabili*
- Sociologo *Area Anziani*
- Sociologo *Area Integrazione Socio-Sanitaria*
- Sociologo *Rapporti Con i Segretariati Sociali e con i Servizi Sociali Professionali*

¹⁰ Lo studio di caso è stato realizzato attraverso interviste a testimoni privilegiati consulenti dell'ufficio di piano: Cristina Nicoletti *Responsabile Ufficio di Piano*, Gerardo Aliberti *Area Monitoraggio e Valutazione*, Mariagrazia Sessa *Area integrazione socio-sanitaria*.

- Mediatore socio istituzionale
- Esperto Informatico per la Comunicazione
- Contabile
- Unità Amministrativa
- Unità Amministrativa
- Consulente Legale

La struttura è dotata di un'area deputata alla raccolta e alla gestione dei dati, ovvero l'area Monitoraggio e Valutazione. L'UdP ha riservato notevole attenzione all'intercettazione di nuove risorse, con particolare riguardo all'innovazione tecnologica, accompagnando il progetto Social Force Automation (SFA), progetto pilota in campo nazionale che ha come obiettivo la costruzione di un Sistema Informativo Unitario territoriale sui servizi sociali e socio-sanitari.

Sul territorio sono presenti le antenne sociali (assistenti sociali) e 3 segretariati sociali formati da un'equipe composta da un sociologo coordinatore, da educatori, psicologi e da un mediatore, insediati a livello distrettuale; vale a dire che le sedi dei segretariati sociali coincidono con le sedi dei distretti sanitari, e ciò allo scopo di favorire l'integrazione socio-sanitaria.

Il processo decisionale di definizione dell'assetto istituzionale dell'Ambito Territoriale e di definizione delle politiche locali

La Regione, in attesa della predisposizione del Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali, ha emanato le Linee Guida di indirizzo alla programmazione territoriale individuando gli ambiti, coincidenti sul piano territoriale con i distretti sanitari, e conferendo alla Provincia il mandato di accompagnare il processo di costituzione degli ambiti. Tale processo si è concretamente sviluppato attraverso le seguenti fasi.

Fase 1- Avvio del processo e costituzione della rete di partecipazione

La fase di avvio prevede l'attivazione delle procedure per l'individuazione e il coinvolgimento di tutti gli attori, per la definizione dei ruoli di ciascuno di questi e per l'avvio dei tavoli di coordinamento territoriali.

I sindaci dei comuni associati, secondo le linee di programmazione regionali, hanno istituito un *Coordinamento istituzionale* per la definizione del Piano Sociale di Zona, composto dal Presidente della Provincia, dal Direttore Generale dell'A.S.L., dai Sindaci dei Comuni aderenti e dai Presidenti delle Comunità Montane dell'Ambito S2 (ovvero da loro delegati).

Il Coordinamento istituzionale, convocato per la prima volta dal Sindaco del Comune di Baronissi, ha in particolare definito:

- i tempi, le modalità, l'assetto organizzativo e le procedure per la concertazione e per la definizione del Piano;
- le modalità di partecipazione al percorso di definizione del piano da parte degli altri soggetti indicati dalla legge 328/2000;
- le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- le modalità per la collaborazione tra i servizi territoriali ed i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- le modalità ed i tempi di attuazione della concertazione con le organizzazioni sindacali e di tutela degli utenti che concorrono al raggiungimento degli obiettivi fissati dalle linee di programmazione regionale;
- la quota che ciascun comune dell'Ambito Territoriale riserverà sul capitolo spese sociali per l'avvio, l'organizzazione e il coordinamento delle attività connesse all'elaborazione del Piano di Zona;
- le modalità di gestione delle risorse finanziarie da parte del Comune capofila.

Al termine di questa prima fase il Coordinamento ha sottoscritto quanto concordato attraverso un apposito *protocollo d'intesa*, trasmesso dal Comune capofila alla Regione Campania, Assessorato alle Politiche Sociali, per comunicare l'avvio delle procedure.

Fase 2 – Analisi dei Bisogni e analisi dell'Offerta

Con il protocollo d'intesa, il Coordinamento istituzionale dell'ambito S3 ha costituito un *Gruppo tecnico di piano*, quale strumento operativo della programmazione locale, con il compito di provvedere all'elaborazione del Piano sociale di zona, secondo le modalità indicate dal coordinamento istituzionale stesso.

Al Gruppo tecnico di piano sono stati attribuiti i seguenti compiti:

- elaborare il piano di zona;
- progettare e coordinare le analisi e le ricerche propedeutiche alla definizione di piani di settore (lettura dei bisogni, analisi dell'offerta di prestazioni e servizi);
- curare i lavori di raccolta e di coordinamento dei progetti previsti per la definizione del piano di zona in relazione alle aree d'intervento previste ai sensi della L. 328/2000.

Il principale output di questa fase è stata la definizione delle scelte strategiche e delle priorità d'intervento.

Fase 3 – Stesura, Approvazione e avvio del Piano di Zona

Definite le priorità d'intervento si è proceduto alla stesura del Piano di Zona.

La stesura del Piano ha previsto:

- la valutazione ex ante del campo d'indagine e delle ipotesi progettuali elaborate sia in relazione alle priorità di intervento indicate dalle linee di programmazione regionale che alle specifiche esigenze rilevate dalla lettura dei bisogni e delle risorse nell'ambito territoriale;
- la definizione degli obiettivi, interventi ed azioni per ogni area di intervento prevista dalla legge 328/2000 all'art.22;
- l'individuazione dei servizi e degli interventi previsti dal piano nazionale e dalle linee guida regionali specificando le priorità del Piano di Zona nel triennio;
- l'individuazione delle risorse necessarie per realizzare le azioni, dei soggetti responsabili per ogni azione e delle modalità di riparto degli oneri finanziari tra i vari soggetti competenti;
- la definizione del sistema di monitoraggio, verifica e valutazione degli interventi e servizi previsti;
- la definizione dei tempi di attuazione di ogni azione in rapporto alla durata triennale del piano;
- la definizione delle modalità di gestione del piano, dei servizi e degli interventi previsti;
- la definizione degli accordi interistituzionali per assicurare il coordinamento tra i soggetti, l'unitarietà del sistema di interventi e servizi, l'integrazione socio-sanitaria e il raccordo con le altre politiche territoriali per l'istruzione, la formazione, i trasporti, la pianificazione urbana e l'inserimento lavorativo.

Il Coordinamento istituzionale ha effettuato l'analisi del piano e la sua approvazione mediante la sottoscrizione di un *accordo di programma* tra tutti i soggetti partecipanti alla costruzione del sistema integrato degli interventi sociali (secondo quanto previsto dall'art. 19 della legge 328/2000).

Infine il gruppo tecnico di piano, in quanto attore esecutivo, ha inviato il piano alla Regione Campania, che ha autorizzato la pubblicazione dell'Accordo di programma di approvazione del Piano stesso sul BURC.

Gli output di questa fase sono stati rappresentati dal Piano di Zona e dall'Accordo di programma.

Fase 4 – Assetto istituzionale per il periodo successivo all'Accordo di programma

Elaborato il Piano di Zona, si sono realizzati gli incontri istituzionali per decidere quale potesse essere il più adeguato strumento di gestione dei servizi sociali e quindi del piano (convenzione, consorzio ecc.). I Comuni dell'ambito S2, secondo l'indirizzo della Provincia, hanno scelto come forma di gestione associata delle loro funzioni la *convenzione*, che regola i rapporti tra gli enti sottoscrittori e definisce le funzioni del Coordinamento istituzionale.

Il Coordinamento istituzionale è diventato così il vertice politico-istituzionale della programmazione e gestione delle politiche sociali nell'Ambito Territoriale. In particolare, esso

svolge la funzione di indirizzo programmatico e amministrativo, di attuazione e di controllo della gestione del Piano di zona. E' costituito dai referenti dei soggetti, pubblici e privati, dell'Accordo di programma; viene convocato e presieduto dal legale rappresentante del Comune capofila tutte le volte che lo ritenga necessario e comunque una volta a bimestre e quando ne sia fatta richiesta scritta da almeno 1/3 dei membri. In particolare, al Coordinamento istituzionale compete:

- l'istituzione dell'Ufficio di Piano e la nomina del suo coordinatore e delle persone che andranno a costituirlo;
- sovrintendere alle funzioni di monitoraggio di tutte le iniziative interne ed esterne;
- la verifica del raggiungimento degli obiettivi del piano;
- l'eventuale rimodulazione delle azioni del piano stesso sulla base delle indicazioni provenienti dall'Ufficio di Piano e fermi restando gli obiettivi come definiti nell'Accordo di programma;
- la definizione delle procedure che devono essere applicate uniformemente dai Comuni, nonché le dotazioni tecnologiche di cui gli stessi devono essere dotati;
- la stipula di protocolli di intesa con terzi non partecipanti all'accordo di programma e tutti gli altri atti necessari alla realizzazione degli interventi previsti nel piano che non rientrano nella competenza dei singoli Comuni o di altri soggetti istituzionali;
- l'individuazione di futuri obiettivi da recepire negli accordi di programma da stipularsi;
- Il Coordinamento predispose altresì periodicamente relazioni sull'attività svolta e piani di lavoro per l'attività del Piano di Zona nel periodo successivo, nei quali vengono operativamente tradotti il complesso degli obiettivi e degli indirizzi stabiliti dagli enti aderenti, nonché fornite proposte ed indicazioni di carattere programmatico.

Nell'ambito S2 il Coordinamento istituzionale ha istituito l'Ufficio di Presidenza, con compiti di predisposizione ed organizzazione dei lavori del Coordinamento istituzionale medesimo. Tale metodologia si è dimostrata particolarmente efficace per il processo di costruzione e cura delle reti interistituzionali.

Per quanto concerne il proprio funzionamento, il Coordinamento istituzionale, secondo le linee di indirizzo regionali, si è dotato di un proprio regolamento.

Per quanto riguarda l'ambito S2, nel processo decisionale il Comune capofila non prevale sugli altri Comuni: ad ogni Comune è stato infatti assegnato un voto, quindi tutti i Comuni hanno uguale capacità decisionale e per la validità della seduta è richiesta la presenza della metà più uno dei componenti. Si può aggiungere che, nell'esperienza qui descritta, le scelte in merito alla programmazione degli interventi sono state sempre approvate all'unanimità.

L'output di questa fase è stato costituito dall'implementazione del Piano sociale di Zona.

La partecipazione dell'Ufficio di Piano al processo decisionale

L'ufficio di Piano costituisce l'organo tecnico-operativo del Coordinamento istituzionale, e le sue funzioni vanno considerate in continuità con quelle precedentemente svolte dal gruppo tecnico di piano. L'Ufficio di Piano si relaziona al Coordinamento istituzionale attraverso momenti formali ed informali di lavoro su tavoli specifici, e mediante l'Ufficio di presidenza. All'Ufficio di Piano spetta inoltre di raccogliere le istanze emergenti nei tavoli di concertazione¹¹, ai quali partecipano il Terzo settore (cioè le organizzazioni non profit), i sindacati, l'Asl, i funzionari dei Comuni associati e le assistenti sociali.

In particolare, per quanto concerne la programmazione e la gestione tecnico-amministrativa degli interventi, l'Ufficio di Piano svolge le seguenti attività:

Per quanto riguarda la *programmazione*:

- l'analisi del sistema di offerta dei servizi (localizzazione, funzioni, prestazioni, personale, costi) presenti nell'ambito territoriale per valutarne l'appropriatezza e l'eventuale ridefinizione;
- il monitoraggio della domanda sociale e l'individuazione di eventuali nuovi bisogni, attraverso l'organizzazione di momenti concertativi con i soggetti presenti nell'Ambito territoriale;
- la costruzione di strumenti di monitoraggio e di valutazione in grado di sostenere il processo di adeguamento del Piano di Zona o la sua ripianificazione;
- il confronto sinergico e l'accoglimento degli orientamenti del Coordinamento istituzionale;
- la progettazione o la rimodulazione dei servizi e degli interventi da attivare nell'ambito;
- l'individuazione delle problematiche e l'attivazione delle connessioni della rete complessiva dei servizi;
- la definizione del sistema di rete fra i Comuni ed i diversi soggetti dell'ambito territoriale;
- la predisposizione di una relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano di Zona con l'indicazione del livello di attuazione e del grado di soddisfazione dell'utenza;
- la predisposizione di piani di lavoro e di comunicazione relativamente alle Aree di intervento previste dal Piano di Zona;
- l'aggiornamento e la diffusione di informazioni in materia di normativa regionale, nazionale ed europea, anche al fine di intercettare ulteriori risorse economiche;
- l'attuazione del sistema informativo unitario, promuovendo altresì l'innovazione tecnologica del sistema;

¹¹ Per i tavoli di concertazione è stata costituita una Consulta del terzo settore che in relazione alle attività espletate riferisce i bisogni del territorio, di cui poi l'Udp tiene conto in fase di programmazione.

- l'attuazione delle azioni di sistema quali relazioni di rete e culturali, di formazione, di ricerca, di integrazione socio-sanitaria e di quant'altro assicuri l'organicità e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni, nonché la valorizzazione dei diritti di cittadinanza.

Per quanto riguarda la *gestione tecnico-amministrativa*:

- la definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, alla gestione, al controllo e alla rendicontazione delle risorse finanziarie, sia per la gestione corrente dell'Ufficio di Piano, sia per la materiale erogazione delle somme destinate al finanziamento dei soggetti che gestiscono i servizi; la predisposizione di atti per l'organizzazione dei servizi, ivi incluse le attività di programmazione e progettazione degli interventi e quelle per l'eventuale affidamento di tali interventi ai soggetti previsti all'art.1, comma 5 della legge 328/2000;

- la predisposizione dell'articolato dei protocolli d'intesa e degli altri atti finalizzati a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;

- l'assistenza agli uffici degli enti convenzionati con il Piano di Zona nelle procedure di affidamento di servizi (predisposizione di bandi, gare d'appalto, ecc.).

Secondo quanto emerge dalla nostra rilevazione, nel caso preso in esame sono emerse diverse criticità in merito al processo decisionale relativo alla programmazione e alla gestione degli interventi.

Riguardo alla costruzione e al governo della rete territoriale si sono rilevate forti difficoltà a superare la tendenza a chiudersi entro logiche autoreferenziali proprie di ciascuna organizzazione. La codifica di impegni comuni in un atto formale (Accordo di programma) si è rivelata, da sola, insufficiente a produrre sistema; e si è rilevata quindi la necessità di sviluppare e migliorare ulteriormente i legami intra ed inter-organizzativi (questa è l'opinione espressa dalla coordinatrice dell'UdP).

Rispetto alla definizione degli interventi, solo in teoria il processo decisionale muove dal basso, nel senso del tener conto dei bisogni del territorio rilevati attraverso i tavoli di concertazione prima di decidere su una data programmazione. In pratica, nel processo decisionale che porta alla definizione del piano le linee di indirizzo regionali esercitano una funzione vincolante per i Comuni, in quanto definiscono le priorità d'intervento¹² e assegnano risorse vincolate a specifiche aree di intervento (cioè una quota per gli anziani, una quota per i disabili, una quota per i minori ecc.). Questo rappresenta una forte criticità, che vanifica il processo decisionale che si attiva nei tavoli di concertazione (processo decisionale dal basso) in quanto, se emergono istanze non

¹² Più precisamente i Livelli essenziali di intervento che non sono stati ancora definiti.

rispondenti agli indirizzi regionali, queste vengono necessariamente disattese per mancanza di fondi.

Un'altra criticità riguarda la definizione regionale delle priorità d'intervento, cui non viene data la necessaria continuità. Ad esempio, per quanto riguarda l'area delle tossicodipendenze, l'anno scorso sono state assegnate risorse per le attività di prevenzione, che però non sono state successivamente rifinanziate. E ciò, come è facile capire, pone grossi limiti alla continuità dei servizi. A questo proposito, un vincolo molto forte è stato fino ad ora legato al fatto che, in passato, la programmazione è sempre stata annuale (per cui occorreva riprogrammare gli interventi ad ogni nuova annualità). Con la legge 328/2000, a partire dal 2007 (cioè con il concreto avvio delle attività del Piano di Zona), la programmazione sarà triennale, con risorse triennali, e questo potrà assicurare maggiore continuità ai servizi: ovviamente se le risorse saranno effettivamente disponibili.

Venendo alla frequenza con la quale l'Ufficio di Piano partecipa al processo decisionale, possiamo dire che il coinvolgimento di tale organismo appare continuo nel tempo e relativamente frequente (almeno una volta al mese), così da configurare una attività routinaria di supporto alle decisioni. La progettazione generale, secondo le linee di indirizzo regionali, è annuale, anche se a partire dal 2005 si è realizzata una progettazione annuale di orientamento per il futuro triennio.

Ad oggi la programmazione si è realizzata su quattro annualità.

Dati ritenuti fondamentali alla costruzione della "base conoscitiva" propedeutica alla programmazione

La nostra rilevazione ha cercato di chiarire quali siano i dati che gli operatori dell'Ufficio di Piano ritengono fondamentali per la costruzione del SISS relativo all'Ambito territoriale. Le indicazioni raccolte sono riassumibili come segue:

- dati sugli aspetti geomorfologici dell'Ambito territoriale, sulle linee di comunicazione, sulle caratteristiche economiche e occupazionali, sugli andamenti demografici;
- in particolare, per quanto riguarda i dati demografici: popolazione residente per sesso e classi di età; numero di famiglie per tipologia e classe di ampiezza; indice di vecchiaia e indice di dipendenza degli anziani; numero di famiglie costituite da anziani soli; numero di famiglie monoparentali (per sesso e classe di età del capofamiglia); popolazione immigrata per nazionalità, sesso e classe di età;
- dati sulle condizioni di povertà, sulla disoccupazione, sulla devianza (evasione scolastica, numero di reati per abitanti, criminalità minorile, tossicodipendenza ecc.);
- dati sulle strutture sociali e sociosanitarie presenti nel territorio, sia pubbliche che private, con particolare riferimento ai servizi essenziali di cui all'art. 22 della legge quadro;

- descrizione del carico dei servizi sociali e socio-sanitari in termini di domanda espressa;
- descrizione delle dotazioni in termini di servizi in relazione alle aree previste dalla legge 328/2000 (famiglia, minori, anziani, disabili, immigrati ecc.)
- descrizione delle dotazioni organiche di personale dei servizi sociali e socio-sanitari;
- elenco dei progetti in atto finanziati da leggi di spesa attualmente confluite nel fondo sociale nazionale;
- descrizione di interventi e servizi già avviati caratterizzati da innovatività e sperimentazione;
- mappa dei soggetti del privato sociale
- mappa dei servizi e degli interventi integrati con la specificazione delle relazioni esistenti tra i diversi soggetti coinvolti.

Il processo di monitoraggio e valutazione

La valutazione della qualità dei servizi da erogare rappresenta un punto cardine della programmazione sociale, al fine di realizzare un sistema di servizi efficiente ed efficace, ovvero che ottimizzi le risorse in maniera rispondente il più possibile ai bisogni che emergono nel territorio. Tale processo prevede la costruzione di un sistema di informazioni e indicatori tesi a evidenziare le buone pratiche emerse e ad individuare tempestivamente i punti di criticità.

Il processo di valutazione interviene:

- nella fase iniziale del percorso attraverso la definizione degli obiettivi (*ex-ante*);
- nella fase processuale, ovvero attraverso la verifica dei risultati intermedi (*in itinere*);
- alla fine del percorso, ovvero attraverso la verifica dei risultati finali (*ex-post*).

Le attribuzioni ed i compiti in materia di regolazione del sistema investono tanto il livello statale quanto quello regionale e quello locale. In particolare, alla Regione spetta il compito di definire criteri e standard di qualità per i servizi, le figure professionali, gli interventi, le strutture.

In attesa della messa a punto di un sistema regionale di monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi e degli interventi, previsto fra le azioni strategiche del Piano Sociale Regionale, attualmente in via di completamento, la verifica del Piano di Zona va comunque predisposta a livello locale in quanto essa rappresenta una condizione essenziale per la valutazione dei risultati conseguiti e per la successiva riprogrammazione. Pertanto i Piani di Zona, fin dalla fase di progettazione, devono prevedere tempi, modalità e criteri di valutazione.

Per quanto concerne il processo di verifica, secondo le linee di indirizzo regionali, al Coordinamento istituzionale compete:

- sovrintendere alle funzioni di monitoraggio di tutte le iniziative interne ed esterne;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi del piano;

- procedere all'eventuale rimodulazione delle azioni del piano sulla base delle indicazioni provenienti dall'Ufficio di Piano e fermi restando gli obiettivi come definiti nell'Accordo di programma.

Per quanto concerne il monitoraggio e la valutazione all'Ufficio di Piano compete:

- la costruzione di sistemi di monitoraggio e di valutazione da utilizzare in itinere;
- la costruzione di strumenti di monitoraggio e di valutazione in grado di sostenere il processo di adeguamento del Piano di Zona o la sua ripianificazione;
- il monitoraggio delle procedure di affidamento dei servizi previste nel Piano di Zona, con particolare attenzione alle caratteristiche dei soggetti affidatari, ai criteri di valutazione delle proposte progettuali ed ai vincoli posti nei bandi e negli avvisi per sostenere il rispetto della normativa vigente in materia di contratti di lavoro per tutte le risorse umane impegnate per l'erogazione dei servizi.

La frequenza della partecipazione dell'Ufficio di Piano al processo di monitoraggio è periodica per quanto concerne il monitoraggio richiesto dalla Regione e continua per quanto riguarda il sistema di monitoraggio interno.

Per quanto concerne l'attività di monitoraggio, vengono utilizzati due strumenti di rilevazione: la scheda predisposta dalla Regione sull'offerta dei servizi presenti in ciascun Comune dell'Ambito territoriale, e la scheda elaborata dall'Ufficio di Piano. I dati vengono reperiti mediante i *servizi di accesso*, ovvero i servizi di Segretariato sociale, che svolgono funzione di informazione e orientamento sul sistema di offerta pubblica e sui soggetti privati che erogano servizi a pagamento (tariffe praticate e caratteristiche dei servizi erogati). Le informazioni sull'utente vengono raccolte attraverso una scheda informatizzata.

Quest'anno la rilevazione è stata realizzata da tirocinanti dell'università supportati dalle assistenti sociali dei Comuni e dei Segretariati sociali. Per quanto concerne la scheda interna, la rilevazione viene fatta per annualità. I dati rilevati vengono imputati in un foglio elettronico SPSS e successivamente analizzati. Alla fine di ogni annualità, l'Ufficio di Piano elabora un report sullo stato di attuazione dei servizi. Sono stati finora realizzati il report sulla prima annualità, il report sul triennio successivo, e quest'anno uscirà il report sulla quarta annualità. Inoltre anche il sistema informativo in dotazione al Piano di Zona rappresenterà un supporto importante per l'attività di monitoraggio e valutazione dei servizi.

In sintesi, le procedure seguite per la raccolta dei dati attraverso le due schede di rilevazione citate in precedenza sono le seguenti:

Monitoraggio attraverso la scheda di rilevazione regionale:

- Fase 1 - *Avvio*: la Regione invia la scheda di rilevazione all'Ufficio di Piano;

- Fase 2 - *Somministrazione*: l'Ufficio di Piano consegna alle coordinatrici dei segretariati e alle assistenti sociali la scheda di rilevazione che viene compilata in tutte le sue parti;
- Fase 3 - *Registrazione*: l'Ufficio di Piano raccoglie le schede di rilevazione compilate e i dati rilevati vengono inseriti nel SISS del Piano di zona;
- Fase 4 - *Trasmissione*: l'Ufficio di Piano invia le schede di rilevazione compilate alla Regione.

Monitoraggio attraverso la scheda di rilevazione predisposta dall'Ufficio di Piano:

- Fase 1 – *Avvio*: la scheda di rilevazione viene data in dotazione ai segretariati sociali;
- Fase 2 – *Somministrazione*: le assistenti sociali (o altro personale, come nel caso citato in precedenza di tirocinanti dell'università) provvedono alla rilevazione dei dati;
- Fase 3 - *Imputazione*: i dati vengono imputati in un foglio elettronico Spss;
- Fase 4 – *Elaborazione*: i dati vengono elaborati e il risultato dell'elaborazione costituisce la base per la redazione di un report annuale sullo stato di attuazione dei servizi.

Il monitoraggio dell'offerta degli interventi e dei servizi ha segnalato l'esistenza di rilevanti criticità in alcuni settori. Ad esempio, come ci ha riferito la Coordinatrice dell'Ufficio di Piano, *“Noi abbiamo dei grossi problemi relativamente agli anziani e ai disabili perché non abbiamo strutture [specializzate] accreditate, [come] le residenze sanitarie assistite, per cui noi di fatto abbiamo attualmente nelle case albergo o nelle case di riposo anziani non autosufficienti che non sappiamo dove mettere perché è impossibile mandarli in altre regioni perché ci sono dei costi altissimi, e li teniamo in strutture che non hanno personale adeguato”*.

In generale, si rileva una grave carenza di strutture, e di centri polivalenti: *“se dobbiamo implementare i servizi noi abbiamo bisogno di strutture, non avendo strutture i servizi saranno necessariamente di bassa qualità”* (così ci ha dichiarato il sociologo responsabile dell'area monitoraggio e valutazione).

Per quanto concerne invece il monitoraggio dei bisogni, attualmente si dispone di dati qualitativi rilevati attraverso l'organizzazione di tavoli di concertazione con i soggetti presenti nel territorio dell'Ambito, e dei dati relativi alla domanda espressa rilevati mediante i servizi di accesso. Tuttavia, con il progetto SFA (Social Force Automation, descritto in seguito), si sta mettendo a punto lo strumento di rilevazione che consentirà di disporre anche di dati quantitativi rispetto ad alcuni indicatori fondamentali per la programmazione. La scheda informatizzata rileva informazioni anagrafiche e relative alla struttura del nucleo familiare, alle reti di supporto (parenti, amici, vicinato), a eventuali altri disagi, al lavoro e al reddito, alla condizione legale. Inoltre verifica se il soggetto fruisce di altre prestazioni assistenziali (ad esempio assistenza economica, contributo per i

libri scolastici ecc.) e prevede una sezione specifica per gli immigrati dei quali rileva la condizione di soggiorno (permesso di soggiorno, situazione lavorativa, problemi di integrazione legati alla lingua ecc.). Infine la scheda presenta una sezione riservata all'equipe multidisciplinare (psicologo, sociologo, mediatore familiare, animatore di comunità) in cui registrare la valutazione del caso e la tipologia di intervento.

Attualmente, dunque, si dispone dello strumento di rilevazione, che non è tuttavia operativo per la mancanza dei necessari finanziamenti del progetto SFA.

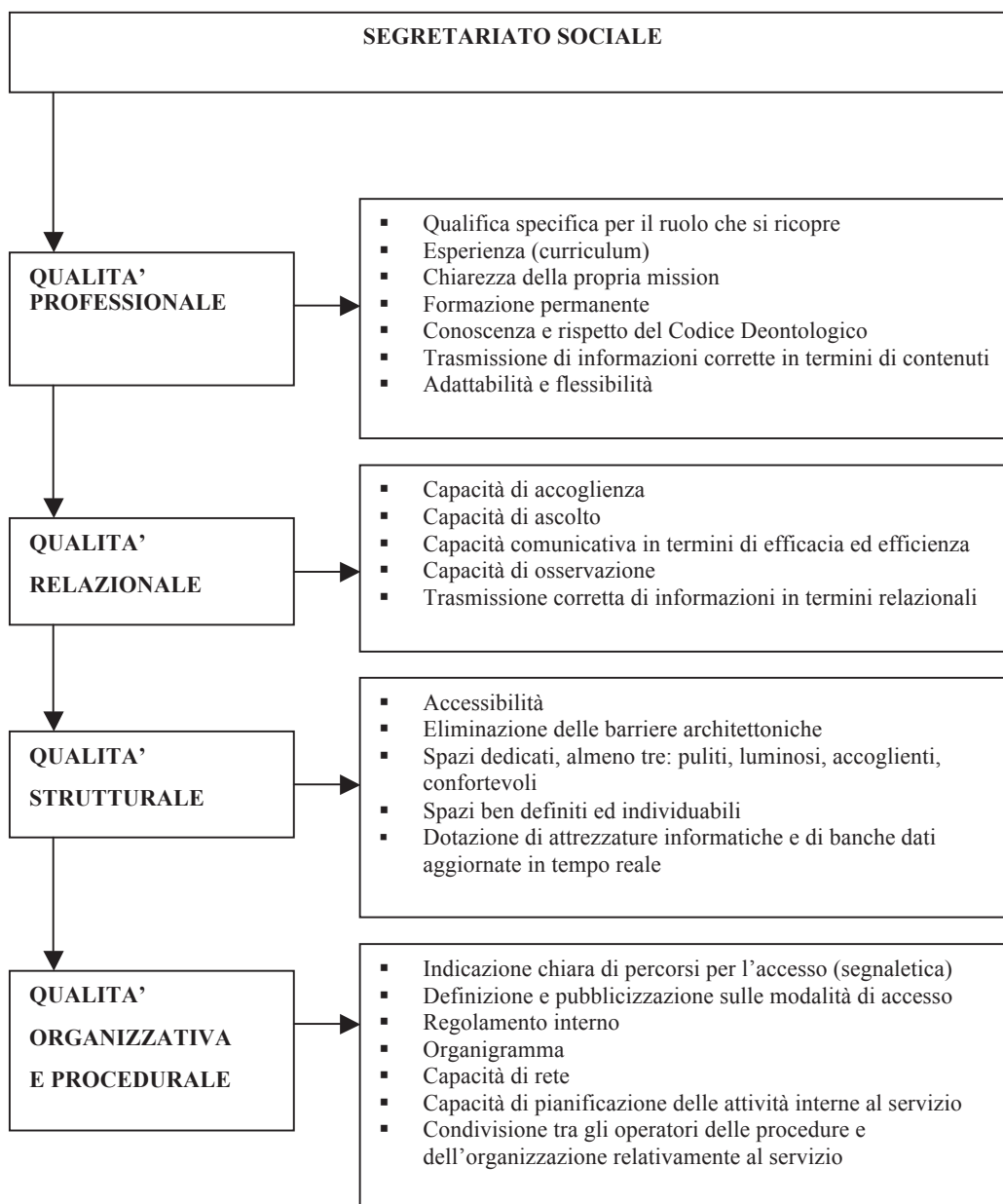
La provincia di Salerno, nella sua attività di supporto ai Piani di Zona, ha avviato un tavolo di lavoro, costituito da un referente di ciascun Ufficio di Piano, con l'obiettivo di arrivare alla definizione di un modello di valutazione della qualità dei servizi. I lavori sono iniziati con alcune lezioni teoriche riguardanti il processo della valutazione della qualità dei servizi. Gli argomenti trattati hanno riguardato il concetto di qualità, la differenza tra verifica e valutazione, la valutazione ex ante, in itinere, ed ex post, la definizione degli obiettivi della valutazione, l'analisi delle dimensioni, la definizione dei criteri di qualità, la costruzione degli indicatori. Operativamente, il gruppo di lavoro sta provvedendo a definire i criteri di qualità dei servizi di accesso e dei servizi domiciliari secondo le seguenti dimensioni:

- Qualità professionale;
- Qualità relazionale;
- Qualità strutturale;
- Qualità organizzativa e procedurale.

Frattanto è si è concluso il percorso di stesura della Carta dei Servizi del Piano di Zona, nella quale sono stati definiti gli standard di qualità che i servizi devono mantenere e le procedure di accesso al sistema dei servizi cui i Comuni devono attenersi. Il Piano di comunicazione¹³ prevede la diffusione della Carta dei Servizi prioritariamente per i servizi gestiti in forma unitaria nell'Ambito territoriale. Lo schema che segue riassume i requisiti di qualità identificati dal tavolo di lavoro provinciale.

¹³ Il Piano di comunicazione è lo strumento di supporto alla gestione del Piano di Zona, orientato non solo alla promozione dei servizi ma soprattutto dei contenuti del Piano di Zona.

Abstract prodotto tavolo di lavoro: Servizio per l'accesso



Il Sistema Informativo Territoriale Unitario. Il Progetto SFA

L'Ambito S2 ha avviato l'integrazione tra azioni del Piano di Zona ed interventi promossi a valere su risorse del POR Campania 2000–2006, secondo le Aree di intervento sociale previste nello stesso Piano¹⁴.

Nell'ambito dei servizi e degli interventi previsti dal Piano di Zona Irno Picentini, l'Ufficio di Piano ha presentato il progetto "Social Force Automation" (SFA) finanziato dalla Giunta Regionale della Campania, a valere sulla misura 6.2 Azione C - POR Campania 2000/2006, ottenendo un finanziamento di € 3.600.000,00.

Il progetto SFA ha rappresentato nella prima fase di attuazione un'importante innovazione, significativa sia per ampiezza territoriale che per settore di intervento. Ha coinvolto, infatti, quali Enti attuatori, sei ambiti territoriali, di cui 4 della Provincia di Salerno (Scafati: Ambito S1, Baronissi: Ambito S2, Capaccio: Ambito S6 e Sala Consilina: Ambito S4) e due della provincia di Avellino (Lioni: Ambito A2, Mugnano del Cardinale: Ambito A5). Complessivamente partecipano al Progetto 120 comuni.

Per quanto concerne il settore d'intervento il progetto persegue l'obiettivo di costruire un Sistema Informativo Territoriale Unitario per realizzare e rendere fruibile un modello di gestione unitario dei servizi sociali e socio-sanitari, pur garantendo l'autonomia della gestione e dell'operatività dei diversi Ambiti territoriali, con la finalità di individuare un modello replicabile in altre realtà.

Baronissi, Comune capofila, e gli Enti partners, sono impegnati a ridefinire il sistema informativo per tutti gli Ambiti territoriali della Regione Campania. Ciò alla luce dell'Accordo di Programma sottoscritto dai Sindaci dei Comuni capofila degli Ambiti S1, S2, S4, S6, A2, A5.

Nella prima fase di attuazione è stato istituito il Centro Servizio, ubicato presso l'Ufficio di Piano del Comune capofila (Baronissi), ovvero la struttura capace di raccogliere e incanalare le informazioni necessarie all'erogazione ed al monitoraggio dei servizi e che fornisce un'unica interfaccia agli utenti degli ambiti territoriali interessati (utilizzatori dei servizi) ed agli Enti che gestiscono l'erogazione del servizio.

Il sistema prevede:

¹⁴ Le risorse POR Campania 2000-2006 rappresentano fondi integrativi ulteriori al FRSP (Fondo Sociale per le politiche Sociali) che, già nelle precedenti annualità, il Piano di Zona Ambito S2 è riuscito ad intercettare. Infatti, alcune Misure POR offrono l'opportunità agli Enti Locali e, di conseguenza, agli Ambiti Territoriali, di attingere ulteriori finanziamenti per la gestione unitaria di servizi/interventi unitari.

- Portale e Contact Center, che rappresentano il canale di contatto con gli utenti, siano essi cittadini o operatori del settore, mediante l'istituzione di un numero verde 800328000 e/o collegamento Internet attraverso il portale www.social-fa.org;

- Modulo applicativo SFA, che gestisce la memorizzazione in modo univoco ed integrato della domanda di servizi attraverso la predisposizione di una scheda di accesso al servizio sociale professionale concordata con tutti gli Ambiti afferenti il progetto;

- Data Warehouse e Knowledge Management, che rappresentano i sistemi a valore aggiunto di supporto agli operatori del Centro Servizi per l'elaborazione dei dati. I dati opportunamente elaborati, consentono di avere le informazioni necessarie per le decisioni da adottare.

Nella prima fase del progetto sono stati realizzati il luogo e gli strumenti di raccolta dei dati: ovvero, il Centro servizio, il portale, il numero verde, la scheda unitaria di accesso, il server, ed è stata definita l'organizzazione (chi deve fare cosa) della procedura. Con il (futuro) finanziamento per il progetto di riuso e di implementazione dello SFA si prevede di implementare il sistema, ovvero di riempire di contenuti il contenitore, per costruire una banca dati relativa all'offerta e alla domanda dei servizi socio-assistenziali.

Qualità e caratteristiche delle fonti informative locali attualmente disponibili

Al di là dei progetti, la situazione attuale appare piuttosto deficitaria sul piano della disponibilità e della qualità delle fonti informative locali. Le basi dati interne non sono quasi mai informatizzate e nella maggior parte dei Comuni manca anche l'anagrafe informatizzata. I dati, quindi, sono in larghissima prevalenza cartacei.

Manca spesso, inoltre, anche la condivisione di basi dati interne alla medesima amministrazione. Ad esempio, se l'assistente sociale del Comune ha esigenza di conoscere lo stato di famiglia di un cittadino che ha contattato i servizi di accesso, deve fare una richiesta scritta al responsabile dell'ufficio anagrafe. La procedura è quindi burocratica e farragিনosa.

Per quanto concerne le fonti informative esterne ai Comuni, quella più utilizzata (e utilizzabile) è rappresentata dall'Istat, specialmente per i dati di carattere socio-demografico (indice di vecchiaia, indice di dipendenza, tasso di attività ecc.).

Qualche forma di collaborazione è stata stabilita con la ASL: in particolare, l'anno scorso nell'ambito del progetto "Perseo" che prevede la realizzazione sul territorio di centri servizi informatici cui possono accedere i disabili per la prenotazione on-line (o tramite un numero verde), di servizi sanitari e sociali, l'Ufficio di Piano ha realizzato, tramite le assistenti sociali, una rilevazione sulle tipologie di disabilità presenti nell'Ambito territoriale. In tale occasione, l'ASL ha comunque fornito dati cartacei. Del resto, la ASL non possiede una banca dati informatizzata, ma

dispone unicamente di dati cartacei. Il che rappresenta un forte elemento di criticità in relazione all'attuazione degli interventi intesi a favorire l'integrazione socio-sanitaria.

La Provincia non fornisce dati all'Ufficio di Piano ("non so se abbia una banca dati" ci ha detto il sociologo responsabile dell'area integrazione socio-sanitaria).

Manca la condivisione di banche dati anche tra Comune e ASL. Ad esempio, l'aggiornamento dei dati sui nati e sui morti viene realizzato attraverso la trasmissione di floppy, e con tempi lunghi: in altre parole se all'ospedale di Mercato San Severino muore una persona residente a Baronissi (si tratta di due Comuni limitrofi), l'informazione arriva al Comune di Baronissi dopo tre mesi su un floppy. In merito uno degli obiettivi dello SFA è quello di creare delle interfacce tra le strutture residenziali del territorio, le basi anagrafiche dei Comuni e l'ASL, in modo da avere informazioni disponibili in tempo reale. Ma, come già detto, il perseguimento di tale obiettivo è subordinato al rifinanziamento dello SFA (il cui sviluppo si presenta, in ogni caso, molto complesso, lungo e costoso).

Allo stato attuale, la mancanza di uno strumento unitario di rilevazione e di un sistema di raccolta e gestione dei dati produce ridondanza in diverse basi dati interne ed esterne all'Ufficio di Piano, e al tempo stesso delle lacune.

La banca dati dell'Ufficio di Piano, benché carente, è utilizzabile e utilizzata da tutti i sociologi consulenti dell'Ufficio stesso, ma non è accessibile da parte di utenti esterni.

Nel progetto relativo al riuso dello SFA si prevede di offrire questo servizio a soggetti esterni (Asl, Comuni, Università ecc.) inserendo nel portale un link a pagamento in cui sarà possibile scaricare tutti i dati relativi ai Piani di Zona (relativi ai bisogni del territorio, all'offerta ecc.) pagando un abbonamento mensile o annuale. L'obiettivo finale della Regione (Assessorato alla ricerca scientifica, che sta erogando maggiori finanziamenti, e Assessorato alle Politiche sociali) è quello di creare un centro servizi per ogni provincia e avere poi un portale unico come punto di riferimento.

3.2 L'Ufficio di Piano dell'Ambito Cava - Costiera Amalfitana S3¹⁵

L'ufficio di piano rappresenta l'organo di regia tecnica del sistema di rete dei servizi sociali e socio-sanitari, assolvendo alle funzioni di programmazione, gestione, amministrazione e valutazione degli interventi. La sede dell'Ufficio di Piano è a Cava de' Tirreni (SA).

¹⁵ Il report è stato realizzato attraverso interviste a testimoni privilegiati consulenti dell'Ufficio di Piano: Assunta Medolla, dirigente servizi sociali e coordinatore dell'Ufficio di Piano; Mariagrazia Sessa, sociologa addetta alle aree anziani e disabili, nonché all'integrazione socio-sanitaria; Teresa Schiavone, sociologa addetta all'area minori e responsabilità familiari.

L'organigramma dell'Ufficio di Piano¹⁶ è il seguente:

- Responsabile, coordinatore dell'Ufficio di Piano (Dirigente settore servizi sociali del Comune di Cava de'tirreni)
- Sociologo consulente *Area Minori-Responsabilità Familiari*
- Sociologo consulente *Area Anziani-Disabili-Integrazione sociosanitaria*
- Sociologo consulente *Area Povertà-Dipendenze-Immigrati*¹⁷
- Esperta in Comunicazione¹⁸
- Assistente sociale ASL/Sa1 *Area integrazione socio-sanitaria*
- Esperto Contabile (Ufficio Ragioneria del Comune di Cava de'Tirreni)
- Esperto Legale (Ufficio Legale del Comune di Cava de'Tirreni)

La struttura manca di un'area deputata alla raccolta e alla gestione dei dati. Di conseguenza manca di una banca dati informatizzata, né è stato avviato il processo di costruzione del Sistema Informativo sui servizi socio-sanitari.

Il processo decisionale per la definizione del Piano di Zona

Il processo decisionale per la definizione del Piano di Zona è stato sostanzialmente analogo a quello già descritto a proposito del precedente caso di studio. Le fasi di tale processo possono essere riassunte come segue.

Fase 1- Avvio del processo e costituzione della rete di partecipazione

La fase di avvio prevedeva l'attivazione delle procedure per l'individuazione e il coinvolgimento di tutti gli attori, per la definizione dei ruoli di ciascuno di questi e per l'avvio dei tavoli di coordinamento territoriali.

I sindaci dei Comuni associati, secondo le linee di programmazione regionali, hanno istituito un *Coordinamento istituzionale* per la definizione del Piano Sociale di Zona. Tavolo costituito dal Presidente della Provincia, dal Direttore generale dell'ASL, dai Sindaci dei Comuni aderenti e dal Presidente della Comunità montana dell'Ambito S3 (ovvero da loro delegati).

Il Coordinamento istituzionale doveva in particolare definire:

¹⁶ I tre consulenti sociologi e l'addetto alla comunicazione costituiscono personale esterno assunto con incarico triennale tramite avviso pubblico. Gli altri componenti provengono dal Comune capofila e dall'ASL di riferimento.

¹⁷ Nella sede dell'UdP è presente anche lo "sportello immigrati", ovvero il servizio di orientamento per immigrati che funge anche da sportello, di cui si occupa un sociologo consulente che lavora nello specifico sul progetto ma non fa parte dell'organico dell'UdP.

¹⁸ L'addetto alla comunicazione si occupa della comunicazione interna ed esterna (con i mezzi di comunicazione, i giornali, televisioni, aggiorna il sito internet, cura l'immagine del Piano di Zona, qualsiasi attività pubblicizzata, i rapporti con grafici, fotografi, tipografie). La comunicazione interna attiene ai rapporti tra i diversi Comuni dell'Ambito territoriale finalizzati alla pubblicizzazione delle attività.

- i tempi, le modalità, l'assetto organizzativo e le procedure per la concertazione e per la definizione del Piano;
- le modalità di partecipazione al percorso di definizione del Piano da parte degli altri soggetti indicati dalla legge 328/2000
- le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- le modalità e tempi di attuazione della concertazione con le organizzazioni sindacali e di tutela degli utenti che concorrono al raggiungimento degli obiettivi fissati dalle linee di programmazione regionale;
- la quota che ciascun comune dell'ambito, riserverà sul capitolo spese sociali per l'avvio, l'organizzazione e il coordinamento delle attività connesse all'elaborazione del Piano di Zona;
- le modalità di gestione delle risorse finanziarie del Piano da parte del Comune capofila.

Al termine di questa prima fase il Coordinamento ha sottoscritto un apposito *protocollo d'intesa*, trasmesso dal Comune capofila alla Regione Campania, Assessorato alle Politiche Sociali, per comunicare l'avvio delle procedure.

Fase 2 – Analisi dei Bisogni e analisi dell'Offerta

Con il protocollo d'intesa il Coordinamento istituzionale dell'ambito S3 ha costituito un *gruppo tecnico di piano* quale strumento operativo della programmazione locale, con il compito di provvedere all'elaborazione del Piano Sociale di Zona, secondo le modalità indicate dallo stesso Coordinamento istituzionale.

Al gruppo tecnico di piano esso sono stati attribuiti i seguenti compiti:

- elaborare il piano di zona;
- progettare e coordinare le analisi e le ricerche propedeutiche alla definizione di specifici piani di intervento (lettura bisogni, analisi dell'offerta di prestazioni);
- curare i lavori di raccolta e di coordinamento dei progetti previsti in relazione alle aree d'intervento indicate nella legge 328/2000 ai fini della loro integrazione nel Piano Sociale di Zona.

L'output risultante è consistito nella definizione delle scelte strategiche e delle priorità d'intervento.

Fase 3 – Stesura, approvazione e avvio del Piano di zona

Definite le priorità d'intervento si è proceduto alla stesura del Piano di zona.

La stesura del Piano ha previsto:

- la valutazione ex ante del campo d'indagine e delle ipotesi progettuali elaborate, sia in relazione alle priorità di intervento indicate dalle linee di programmazione regionale, sia alle specifiche esigenze rilevate dalla lettura dei bisogni e delle risorse dell'Ambito territoriale;
- la definizione degli obiettivi, degli interventi e delle azioni per ogni area di intervento prevista dalla legge 328/2000;
- l'individuazione dei servizi e degli interventi previsti dal piano nazionale e dalle linee guida regionali specificando le priorità del Piano di Zona nel triennio;
- l'individuazione delle risorse necessarie per realizzare le azioni, dei soggetti responsabili per ogni azione e delle modalità di riparto degli oneri finanziari tra i vari soggetti competenti;
- la definizione del sistema di monitoraggio, verifica e valutazione degli interventi e dei servizi previsti;
- la definizione dei tempi di attuazione di ogni azione in rapporto alla durata triennale del piano;
- la definizione delle modalità di gestione del piano, dei servizi e degli interventi previsti;
- la definizione degli accordi interistituzionali per assicurare il coordinamento tra i soggetti, l'unitarietà del sistema di interventi e servizi, l'integrazione socio-sanitaria e il raccordo con le altre politiche territoriali per l'istruzione, la formazione, i trasporti, la pianificazione urbana e l'inserimento lavorativo.

Il Coordinamento istituzionale, dopo l'analisi del Piano, ha proceduto alla sua approvazione mediante la sottoscrizione di un *accordo di programma* tra tutti i soggetti partecipanti alla costruzione del sistema integrato degli interventi sociali, così come previsto dalla legge 328/2000.

Infine il gruppo tecnico di piano ha inviato il Piano alla Regione Campania, che ha autorizzato la pubblicazione dell'Accordo di programma sul BURC.

L'output di questa fase è stato quindi rappresentato dal Piano di zona e dall'Accordo di programma.

Fase 4 – Assetto istituzionale per il periodo successivo all'Accordo di programma

Elaborato il Piano di Zona, si sono realizzati gli incontri istituzionali per decidere quale strumento di gestione dei servizi sociali e quindi del piano (convenzione, consorzio ecc.) adottare. I Comuni dell'ambito S3, secondo l'indirizzo della Provincia, hanno scelto come forma di gestione associata delle loro funzioni la *convenzione*, che regola i rapporti tra gli enti sottoscrittori e definisce le funzioni del Coordinamento istituzionale.

Il Coordinamento istituzionale diviene il vertice politico-istituzionale della programmazione e della gestione delle politiche sociali nell'Ambito territoriale. In particolare esso svolge la funzione di indirizzo programmatico e amministrativo, di attuazione e di controllo della gestione del Piano di

zona. Esso è costituito dai referenti dei soggetti, pubblici e privati, dell'Accordo di programma; viene convocato e presieduto dal legale rappresentante del Comune capofila tutte le volte che lo ritenga necessario e comunque una volta a bimestre e quando ne sia fatta richiesta scritta da almeno 1/3 dei membri. In particolare, secondo le linee di indirizzo regionali al coordinamento istituzionale compete:

- l'istituzione dell'Ufficio di Piano, con la nomina delle persone che andranno a costituirlo e del coordinatore;
- sovrintendere alle funzioni di monitoraggio di tutte le iniziative interne ed esterne;
- la verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano;
- l'eventuale rimodulazione delle azioni del Piano sulla base delle indicazioni provenienti dall'Ufficio di Piano e fermi restando gli obiettivi così come definiti nell'Accordo di programma;
- la stipula di protocolli di intesa con terzi non partecipanti all'Accordo di programma e l'adozione di tutti gli altri atti (che non rientrino nella competenza dei singoli Comuni o di altri soggetti istituzionali) necessari alla realizzazione degli interventi previsti nel Piano.
- l'individuazione di futuri obiettivi da recepire negli Accordi di programma da stipularsi.

Per quanto concerne il proprio funzionamento, il Coordinamento istituzionale, secondo le linee di indirizzo regionale, si dota un proprio regolamento. In merito, l'Ambito S3 presenta una peculiarità. Mentre negli altri Ambiti territoriali ad ogni Comune viene assegnato un voto nella decisione, nell'ambito S3 ad ogni Comune è stato attribuito un numero di voti proporzionale alla popolazione residente. Ciò significa che i Comuni più piccoli possono esprimere meno voti e quindi hanno una minore capacità decisionale. Ne consegue che in sede di Coordinamento istituzionale la decisione in merito alla programmazione degli interventi fa capo a un gruppo ristretto di Comuni: in pratica, per raggiungere il numero legale previsto per deliberare è fondamentale che siano presenti il Comune di Cava de' Tirreni (il Comune più grande, oltre che capofila), il Comune di Cetara, il Comune di Vietri e la ASL. Nella sostanza, queste quattro istituzioni possono prendere da sole tutte le decisioni relative al Piano di Zona.

La partecipazione dell'Ufficio di Piano al processo decisionale

Per quanto concerne la programmazione e la gestione tecnico-amministrativa degli interventi, l'Ufficio di Piano svolge le seguenti attività:

per quanto riguarda la *programmazione*:

- l'analisi del sistema di offerta dei servizi (localizzazione, funzioni, prestazioni, personale, costi) presenti nell'Ambito territoriale per valutarne l'appropriatezza e l'eventuale ridefinizione;

- l'elaborazione della programmazione complessiva delle politiche sociali territoriali in accordo con il Coordinamento istituzionale;

- l'individuazione di responsabilità unitarie (gestione associata);
- l'attivazione della concertazione territoriale per l'analisi della domanda sociale;
- la progettazione o la rimodulazione dei servizi da erogare nell'Ambito territoriale;
- l'individuazione dei nodi strategici e l'attivazione delle connessioni della rete complessiva dei servizi;

- la definizione del sistema di comunicazione fra i Comuni e i diversi soggetti presenti nell'Ambito territoriale;

- il raccordo con i servizi sociali e il segretariato sociale;
- la predisposizione dell'organizzazione necessaria a realizzare le funzioni unitarie di accesso;
- la programmazione socio-sanitaria;
- la predisposizione di piani di comunicazione sociale;
- l'aggiornamento in materia di normativa regionale, nazionale ed europea, anche al fine di intercettare nuove e differenti risorse economiche;

per quanto riguarda la *gestione tecnica e amministrativa*:

- la definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, alla gestione, al controllo e alla rendicontazione delle risorse finanziarie, sia per la gestione corrente dell'Ufficio di Piano, sia per la erogazione delle somme destinate al finanziamento dei soggetti che gestiscono i servizi, così come la predisposizione di atti per l'organizzazione dei servizi, ivi incluse le attività di programmazione e progettazione degli interventi e per l'eventuale affidamento di essi ai soggetti previsti all'art.1 della legge 328/2000;

- la definizione delle modalità di individuazione e allocazione delle risorse economiche, strutturali e umane;

- le attività per l'organizzazione e l'affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore (definizione di bandi, gare d'appalto, procedure per l'autorizzazione e accreditamento ecc.);

- la definizione dei regolamenti d'accesso, di compartecipazione degli utenti, di acquisizione di beni e servizi, di funzionamento contabile, di adozione della carta dei servizi, del funzionamento dell'Ufficio di Piano, del funzionamento del Coordinamento istituzionale.

L'Ufficio di Piano, quale strumento operativo della programmazione locale, è coinvolto in tale processo decisionale con una frequenza continuativa (almeno una volta al mese) svolgendo attività routinaria di supporto alle decisioni.

La progettazione, secondo le linee di indirizzo regionali, è annuale, anche se a partire dal 2005 è stata realizzata una progettazione annuale di orientamento per il futuro triennio.

Ad oggi la programmazione si è realizzata su quattro annualità.

Dati ritenuti fondamentali per la costruzione della “base conoscitiva” propedeutica alla programmazione

La nostra rilevazione ha cercato di chiarire quali siano i dati che gli operatori dell’Ufficio di Piano ritengono fondamentali per la costruzione del SISS relativo all’Ambito territoriale. Le indicazioni raccolte sono identiche a quelle relative al precedente caso di studio:

- dati sugli aspetti geomorfologici dell’Ambito territoriale, sulle linee di comunicazione, sulle caratteristiche economiche e occupazionali, sugli andamenti demografici;
 - in particolare, per quanto riguarda i dati demografici: popolazione residente per sesso e classi di età; numero di famiglie per tipologia e classe di ampiezza; indice di vecchiaia e indice di dipendenza degli anziani; numero di famiglie costituite da anziani soli; numero di famiglie monoparentali (per sesso e classe di età del capofamiglia); popolazione immigrata per nazionalità, sesso e classe di età;
 - dati sulle condizioni di povertà, sulla disoccupazione, sulla devianza (evasione scolastica, numero di reati per abitanti, criminalità minorile, tossicodipendenza ecc.);
 - dati sulle strutture sociali e sociosanitarie presenti nel territorio, sia pubbliche che private, con particolare riferimento ai servizi essenziali di cui all’art. 22 della legge quadro;
 - descrizione del carico dei servizi sociali e sociosanitari in termini di domanda espressa;
 - descrizione delle dotazioni in termini di servizi in relazione alle aree previste dalla legge 328/2000 (famiglia, minori, anziani, disabili, immigrati ecc.)
 - descrizione delle dotazioni organiche di personale dei servizi sociali e sociosanitari;
 - elenco dei progetti in atto finanziati da leggi di spesa attualmente confluite nel fondo sociale nazionale;
 - descrizione di interventi e servizi già avviati caratterizzati da innovatività e sperimentazione;
 - mappa dei soggetti del privato sociale
- mappa dei servizi e degli interventi integrati con la specificazione delle relazioni esistenti tra i diversi soggetti coinvolti.

Il processo di monitoraggio e valutazione e le fonti informative disponibili

I dati vengono reperiti attraverso il monitoraggio effettuato mediante i *servizi di accesso*, ovvero i servizi di Segretariato sociale che svolgono funzioni di informazione e orientamento sul sistema di

offerta pubblica e sui soggetti privati che erogano servizi a pagamento (tariffe praticate e caratteristiche dei servizi erogati).

I bisogni e le attività che rientrano specificamente in ogni singola area di intervento (assistenza domiciliare, strutture residenziali, centri diurni ecc) vengono monitorate attraverso le assistenti sociali che operano sul territorio.

Nell'Ambito S3 sono presenti due Segretariati sociali¹⁹, uno per Cava-Vietri e uno per la Costiera Amalfitana²⁰ e sono stati istituiti prendendo come riferimento i due Distretti dell'ASL SA1 n. 4 e n. 5. Le figure professionali presenti nel segretariato sociale di Cava-Vietri sono: 1 sociologo coordinatore, 6 assistenti sociali, 1 educatore professionale; quelle presenti nel segretariato sociale Costiera Amalfitana sono: 1 sociologo coordinatore, 5 assistenti sociali, 1 educatore professionale. Quindi i gruppi di operatori sono due e operano su due sub-ambiti territoriali. Attraverso il loro operato sul territorio realizzano la rilevazione del bisogno: il che avviene ogni qual volta un soggetto portatore di bisogno si rivolge ai servizi.

Nello specifico, l'assistente sociale registra la dichiarazione del bisogno, perché a lei compete il servizio sociale professionale sul territorio, assolvendo il duplice compito di *front-office* con il pubblico (sportello di cittadinanza) e di *back-office* (attività che comprende, oltre alla predisposizioni di progetti personalizzati per la risoluzione dei problemi degli utenti, anche l'effettuazione di rilevazioni e ricerche).

Nell'attività di front-office l'assistente sociale svolge la funzione di ascolto, di orientamento e di informazione sui servizi. Se il bisogno è un "bisogno semplice", ovvero un bisogno sociale, viene registrato nella *scheda di rilevazione del bisogno*, e l'operatrice medesima orienta il cittadino in base ai servizi disponibili (ad esempio, per i minori c'è il Centro servizi per la famiglia, che è sempre di competenza dell'Ufficio di Piano, e che è costituito da consulenti che lavorano per il Piano di Zona (lo psicologo, l'educatore, altri assistenti sociali che hanno competenze specifiche sui minori) e presso il quale viene indirizzato il minore in difficoltà). Se invece si tratta di un "bisogno complesso", cioè di un bisogno che riveste anche un profilo sanitario, ad esempio una problematica psichiatrica, si avvia un percorso che prevede il raccordo con i servizi sanitari territoriali, con i quali l'assistente sociale si mette in contatto.

¹⁹ Su tutto il territorio della Regione Campania non c'è uniformità, nel senso che vi sono alcuni Ambiti territoriali in cui il segretariato sociale è quello che l'ambito S3 definisce *antenna sociale*, ma nel complesso i modelli adottati sono piuttosto diversi. Solo nel territorio della provincia di Salerno c'è una certa uniformità, nel senso che il Segretariato sociale (che intanto esiste) è costituito dalla coordinatrice, dall'educatore professionale, e da tutte le assistenti sociali che svolgono attività di servizio sociale professionale nei singoli Comuni e che vengono definite "antenne sociali" perché devono essere recettori dei bisogni emergenti dal territorio.

²⁰ L'istituzione del Segretariato sociale ha consentito di garantire il servizio sociale professionale nei comuni della Costiera Amalfitana, che in precedenza erano fortemente carenti rispetto a questo servizio essenziale.

L'attività di back-office comporta l'elaborazione di un progetto personalizzato di risoluzione del problema mediante un case manager.

In definitiva, riguardo al monitoraggio dei bisogni, si realizza una rilevazione con due schede: quella tipica di accesso, che prevede la registrazione dell'utente, e quella di presa in carico del servizio che prevede il progetto personalizzato sull'utente.

La rilevazione dei dati relativi a tutti i servizi e i bisogni effettuata attraverso le antenne sociali fa capo alla coordinatrice del segretariato sociale, che redige un report finale e lo invia ai consulenti sociologi addetti alla programmazione dell'Ufficio di Piano (i dati sono organizzati per utenza, fascia d'età, sesso, tipologia del bisogno ecc.). In seguito i dati vengono discussi con le coordinatrici dei segretariati sociali e le assistenti sociali attraverso *tavoli di concertazione* (tavoli di cittadinanza attiva cui partecipano i sindacati, il terzo settore e i cittadini che lo vogliano).

La *Scheda di dettaglio* è la scheda che redige il sociologo addetto alla programmazione dell'Ufficio di Piano in base ai report delle coordinatrici dei segretariati sociali e che poi invia alla Regione Campania per rendicontare l'attività del Segretariato sociale sul territorio.

La difficoltà relativa alla costruzione di un Sistema informativo, cioè di banche dati integrate sui bisogni della popolazione, sui servizi e sugli interventi erogati, che consenta la condivisione delle informazioni tra i diversi attori che partecipano alla costruzione del sistema integrato degli interventi, si presenta in questo Ambito territoriale come uno dei nodi cruciali dell'implementazione della riforma dei servizi sociali.

L'Ufficio di Piano non dispone di una Banca dati informatizzata. *“Li gestiamo male [i dati] perché non facciamo una raccolta sistematica, non c'è un sistema di informatizzazione come quello che si sta cercando di realizzare a Baronissi”* (secondo la testimonianza della Coordinatrice dell'Ufficio di Piano). In pratica, la raccolta dei dati viene finalizzata a singole esigenze progettuali, e si realizza mediante i servizi erogati. Le informazioni vengono raccolte su supporto cartaceo, e talvolta anche in formato digitale, ma non si realizzano elaborazioni successive delle informazioni, di costruzione del dato e di integrazione dei dati

Anche l'Asl manca di una banca dati, ovvero di un sistema di raccolta e gestione delle informazioni relative alla popolazione assistita da cui poter attingere dati necessari alla definizione delle politiche e degli interventi.

Per l'area anziani, ad esempio, l'Ufficio di Piano conosce solo le richieste di aiuto che pervengono ai segretariati sociali, ma non conosce il bisogno reale di tutta la popolazione anziana. Si avverte pertanto l'esigenza di un maggiore raccordo con la ASL anche relativamente alla costruzione di una banca dati integrata attraverso cui realizzare la programmazione degli interventi (*“con una buona integrazione o con una migliore raccolta dei dati da parte dell'ASL riusciremmo a*

conoscere attraverso i medici di base chi realmente necessita dell'assistenza domiciliare che potrebbe essere poi, oltretutto, anche integrata... invece questo è un problema che si presenta da sempre, che noi non riusciamo a conoscere il reale bisogno della popolazione anziana, perché abbiamo questo problema di dati... è un discorso già avviato con la ASL, è un discorso che la ASL ha anche avviato con i medici di base, ma ci sono delle difficoltà enormi da un punto di vista di procedure... ma questo capita in ogni ambito territoriale!" (testimonianza di un sociologo dell'Ufficio di Piano).

Le fonti informative esterne che vengono utilizzate sono, in primo luogo, quelle dell'ISTAT, soprattutto in relazione a dati socio-demografici.

Altri dati vengono prodotti dalle associazioni del Terzo settore (non profit), che annualmente redigono e trasmettono all'Ufficio di Piano un report sui servizi sociali che esse gestiscono (indicando il numero di persone assistite, il numero di giornate uomo lavorate, il numero di operatori impiegati, ecc.), ottemperando così ad un obbligo prescritto dalla Regione Campania.

La ASL fornisce dati sulla disabilità (per tipologia e livello di invalidità, per età). Il Tribunale per i minori fornisce dati in materia di devianza, affido e adozioni.

Conf-commercio e Ass-industria, nell'ambito di un progetto relativo all'inserimento lavorativo dei disabili psichici, hanno fornito informazioni sulle aziende disponibili ad accogliere disabili.

Le fonti informative interne derivano dall'attività dei Servizi di accesso e dei Tavoli di concertazione (con il Terzo settore, i Sindacati ecc.), ma non sono informatizzate. Ci sono poi i servizi dei Comuni quali l'anagrafe (in questo caso i dati sono informatizzati) l'Informagiovani, la polizia municipale.

Nel complesso, la mancanza di uno strumento unitario di rilevazione e di un moderno sistema di raccolta e gestione dei dati produce ridondanza in diverse basi dati interne ed esterne all'Ufficio di Piano, e al tempo stesso delle lacune e delle pesanti criticità. Ad esempio, la partecipazione dell'Ufficio di Piano al processo di monitoraggio non riveste, nel caso esaminato, carattere di continuità: non essendo infatti stato avviato il processo di costruzione di un SISS, tale attività risulta sporadica, e solitamente connessa ad adempimenti formali nei confronti della Regione Campania.

In pratica, per il monitoraggio l'Ufficio di Piano utilizza una scheda già predisposta dalla Regione Campania (e redatta dal Formez), che somministra attraverso le assistenti sociali. Nella scheda viene indicato il numero degli utenti, il numero degli operatori, le giornate uomo lavorate, quante sono state le domande di intervento (previste, soddisfatte, in attesa): *"questa è la scheda di monitoraggio che noi somministriamo, altro tipo di monitoraggio non ne facciamo, se non attraverso i dati che ci vengono forniti dalle associazioni"* (testimonianza di un sociologo

dell'Ufficio di Piano). I dati rilevati attraverso questa forma di monitoraggio vengono inseriti anche nel Piano di Zona.

L'incognita dell'integrazione socio-sanitaria

Rimane da riportare un importante elemento di criticità, che ci è stato segnalato nel corso delle interviste effettuate in relazione al caso di studio in esame, e che riguarda le modalità secondo le quali implementare le disposizioni concernenti i livelli essenziali di assistenza.

Secondo la normativa di riferimento (il DPCM del novembre 2001) che definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA), questi si dividono in prestazioni sociali che sono di competenza sanitaria, quelle sanitarie che sono di competenza sociale, e quelle ad elevata integrazione socio-sanitaria

La regione Campania ha emanato delle linee guida specifiche per l'integrazione socio-sanitaria, secondo le quali l'integrazione deve avvenire a livello istituzionale, a livello organizzativo e a livello gestionale. A livello istituzionale, le due istituzioni chiamate ad integrarsi sono l'ASL e il Piano di Zona. Pertanto ogni anno, al di là dell'Accordo di programma, viene stipulato un altro accordo, il *protocollo d'intesa*, che viene sottoscritto dall'azienda sanitaria e dagli enti locali per la gestione dei servizi ad integrazione socio-sanitaria.

A livello organizzativo, invece, i distretti sanitari devono interagire necessariamente con i servizi territoriali dell'Ufficio di Piano. Per interagire a livello organizzativo, è stato approvato un regolamento per la valutazione del bisogno complesso, il regolamento delle Unità di Valutazione Integrate (UVI). Questo prevede che dal punto di vista organizzativo ci deve essere un'integrazione tra le figure professionali per la risoluzione, per la presa in carico e l'elaborazione del progetto personalizzato sul bisogno dell'utente.

Quando si parla di integrazione a livello gestionale si fa riferimento all'aspetto finanziario, ed è qui che si rileva la criticità più forte in tutti gli Ambiti territoriali della Regione Campania. La normativa di riferimento (il già ricordato DPCM del novembre 2001) che definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA), nell'elenco delle prestazioni essenziali, indica le percentuali di costo a carico del Comune e le percentuali di costo a carico dell'ASL. Ad esempio, per quanto riguarda i servizi residenziali, il 60% è a carico dell'ASL, il 40% è a carico dell'Ente locale o dell'utente che partecipa ai costi (quindi per un disabile, o un anziano ricoverato in una struttura residenziale, il 60% del costo per il suo soggiorno è a carico dell'Asl, e il 40% è a carico dell'Ente locale o di se stesso, in quanto utente che partecipa ai costi dell'ente locale). Ne è derivato un forte conflitto che ha comportato un rallentamento nell'integrazione a livello gestionale,

in quanto gli enti locali non dispongono delle risorse finanziarie per far fronte a tutte queste prestazioni che precedentemente facevano carico al servizio sanitario.

Note conclusive

Dall'analisi condotta emerge con chiarezza il rilievo e probabilmente l'indispensabilità di un buon sistema informativo per la corretta gestione dei servizi socio-assistenziali in ambiti territoriali complessi come sono quelli dei Piani di Zona, introdotti nel nostro Paese con la legge 328/2000.

Emergono però anche, e con altrettanta chiarezza, preoccupanti fattori di criticità, che potrebbero ostacolare significativamente l'introduzione di adeguati sistemi informativi in tale settore.

In primo luogo, esiste una disparità evidente in rapporto ai modelli di SISS finora adottati nei diversi contesti regionali. Ma, e ciò è forse più rilevante, esistono differenze anche tra i vari Piani di Zona, come documentano gli studi di caso che abbiamo condotto.

In secondo luogo, le fonti informative disponibili attualmente appaiono carenti sia per quanto concerne le modalità di rilevazione dei dati (soprattutto in relazione alla domanda di servizi socio-assistenziali, dal momento che ci si limita alla sommaria registrazione delle richieste di intervento pervenute alle strutture territoriali) e sia, soprattutto, per quanto riguarda la loro archiviazione (spesso su supporto cartaceo, almeno nelle regioni del Mezzogiorno) e la loro utilizzazione (talvolta puramente burocratica).

Ulteriori elementi di criticità derivano dalla natura stessa delle fonti informative disponibili, costruite secondo criteri e standard non sempre omogenei, e dal fatto che esse raramente sono integrate e in grado di dialogare facilmente tra di loro.

Riferimenti bibliografici

A. Corcione, *L'integrazione tra sociale e sanitario. Possibilità e vincoli*, in P. Calza Bini (a cura di), *Lo Stato sociale in Italia. Rapporto Iridiss Cnr 2000-2001*, Donzelli, Roma, 2001.

Formez, *L'attuazione della riforma del welfare locale*, Azioni di sistema per la Pubblica Amministrazione, 6, 2003.

Istat, *La povertà e l'escusione sociale nelle regioni italiane*, 2002.

L. Mauri, C. Penati, M. Simonetta (a cura di), *Pagine aperte. La formazione e i sistemi formativi: strumenti per le politiche sociali*, Angeli, Milano, 1993.

L. Mauri, *Il sistema informativo sociale come strumento di azione*, in F. Carrera, M.L. Mirabile, A. Teselli (a cura di), *La cittadinanza sociale fra vie locali e universalità*, Ediesse, Roma, 2004.

A. Milione, *Le politiche per l'infanzia e l'adolescenza*, in E. Pugliese (a cura di), *Lo Stato sociale in Italia. Un decennio di riforme. Rapporto Irpps Cnr 2003-2004*, Donzelli, Roma, 2004.

S. Pasquinelli, *Il sistema informativo sociale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 20-22, 2000.

Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003.

G. Ponzini, *Il sistema dell'assistenza sociale nel quadro delle politiche di welfare*, in P. Calza Bini (a cura di), *Lo Stato sociale in Italia. Rapporto Irpps Cnr 2002*, Donzelli, Roma, 2003.

G. Ponzini, *I sistemi di welfare negli anni novanta. Il contesto storico e istituzionale*, in E. Pugliese (a cura di), *Lo Stato sociale in Italia. Un decennio di riforme. Rapporto Irpps Cnr 2003-2004*, Donzelli, Roma, 2004.

Regione Emilia Romagna, *Progetti innovativi nelle politiche sociali*, 2005

Regione Sicilia, *Verso il Piano Socio-Sanitario della Regione Siciliana*, Palermo, 2002.