

**INDICAZIONI ATTUATIVE DEL  
PIANO SOCIALE DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2013-2014**

## **1. IL PERCORSO TRA LIVELLO LOCALE E REGIONALE**

*“Si può dire quindi che, insieme agli esiti di prodotto (documenti, piste di lavoro, progetti), il Patto ha conseguito anche un importante risultato in termini di processo: questo percorso mette infatti a disposizione della città non solo un patrimonio di riflessioni progettuali, ma anche l'avvio di una consuetudine a riflettere e progettare tra attori diversi in un nuovo contesto che non è né immediatamente operativo né meramente accademico”.* Con queste parole, alcuni mesi fa, venivano introdotte alcune riflessioni in merito alle prospettive del confronto intorno ad un Nuovo Patto sul Welfare. La proposta contenuta nel presente documento si pone non solo in continuità con quel percorso ma mira a determinarne anche un salto di qualità. Si registra infatti non solo l'approfondirsi della crisi economica, sociale e finanziaria (come diversi autorevoli osservatori anche locali hanno rilevato) ma, in particolare, l'avanzare di nuove consapevolezze in relazione alla necessità di innovare nel metodo oltre che nel merito l'impianto del sistema di welfare emiliano. Ci si riferisce segnatamente al documento della Regione Emilia Romagna dal titolo *“Indicazioni attuative del piano sociale e sanitario per gli anni 2013-2014”* al quale si farà riferimento sia in termini normativi che sul piano delle politiche. Possiamo quindi affermare che le intuizioni maturate all'interno del percorso PW hanno fatto da apripista ben oltre la realtà locale e oggi, di rimando, il nostro progetto di rivisitazione del Piano Distrettuale trova cittadinanza, sul piano dei contenuti e degli approcci, anche oltre il livello locale.

## 2. I TRATTI SALIENTI DEL CONTESTO ECONOMICO, FINANZIARIO E SOCIALE

### 2.1 Impoverimento<sup>2</sup>

Fenomeno che attraversa la nostra società senza risparmiare nessuno: dalle persone in situazione di povertà estrema, che oggi vivono una recrudescenza, agli immigrati che, dopo un periodo di relativa integrazione, si trovano a vivere una nuova difficoltà dopo la perdita del lavoro e senza potere contare su una rete familiare di appoggio, fino ad arrivare al ceto medio che affronta oggi nuove difficoltà, solo apparentemente sostenibili con contributi economici, ma in realtà molto più durature e complesse. Si presentano disagi attualmente quasi “invisibili” al nostro sistema dei servizi, non ricompresi nel mandato istituzionale storico, che si manifestano in una fascia di popolazione che potremmo definire “ceto medio impoverito” e che in letteratura viene definita fascia dei “vulnerabili” (Negri e Saraceno, 2004), una parte di popolazione in silenziosa e veloce espansione e trasformazione; persone che, pur partendo da una condizione economica decorosa, incrociano eventi esistenziali che – spesso a motivo della scarsità di risorse di rete o perché spinte a vivere al di sopra dei propri mezzi-, finiscono per collocarli rapidamente ai confini della soglia di povertà. Tale condizione è accompagnata da una forte difficoltà o vergogna ad essere esplicitata da parte del singolo o dalla famiglia poiché tale ammissione contrasterebbe con l'ideologia performativa dominante. Numerosi sono i casi di famiglie e individui per i quali la perdita del lavoro e la difficoltà di trovare una nuova occupazione, comporta un progressivo e drammatico scivolamento nella povertà e/o il rischio della irregolarità della propria presenza nel caso dei cittadini stranieri.

Il tema dell'impoverimento induce ad una reale necessità di ripensare il sistema dei servizi sociali, ma comporta anche una riflessione sugli effetti che produce sulla salute della popolazione che vive queste difficoltà, alla necessità di valutare l'impatto delle disuguaglianze sull'accesso ai servizi e sui risultati di salute. Diventa più che mai necessario pensare al sociale come ad un'area di attività ampia, collegata agli altri settori, in cui il reperimento di un lavoro, la problematica abitativa diventano snodi fondamentali per potere attivare interventi, risorse e aiuti efficaci. Così come si rende necessario ripensare gli stili di consumo: è possibile promuovere stili di vita che consentano di vivere con meno risorse, perseguendo un modello di benessere diverso da quello fino ad oggi idealizzato?

### 2.2 Tramonto dello Stato sociale

La tabella seguente mostra, più di ogni altra descrizione, il rapido e drammatico tramonto dello Stato sociale nel nostro Paese. Si tratta di una sorta di “ritirata” dello Stato rispetto ad un terreno che lo aveva caratterizzato e soprattutto legittimato nel corso della storia repubblicana

<b>Fondi statali</b>
Fondo per le politiche della fam
Fondo pari opportunità
Fondo politiche giovanili
Fondo infanzia e adolescenza
<b>Fondo per le politiche sociali</b>
Fondo non autosufficienza

---

2

Paragrafo tratto dal documento regionale “Indicazioni attuative del piano sociale e sanitario per gli anni 2013-2014”.

### 3. LA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE NEL CONTESTO LOCALE

Nel rispetto del Piano Sociale e Sanitario Regionale, il sistema integrato di governo locale è improntato alla massima valorizzazione della comunità locale ed è articolato in diversi luoghi di programmazione:

- **la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS)** è sede istituzionale di concertazione e integrazione fra i diversi enti coinvolti (Comune, Provincia, Aziende Sanitarie) nella realizzazione del sistema di welfare. In essa si definiscono le linee di indirizzo per la realizzazione del governo integrato del sistema a livello intermedio favorendo il necessario raccordo fra i vari livelli di programmazione (regionale, provinciale e distrettuale). Si avvale dell'Ufficio di Supporto come organismo tecnico;
- **il Comitato di Distretto**, composto dai Sindaci dei Comuni del Distretto, dal Direttore di Distretto - Asul, e dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova, assume le funzioni di governo, indirizzo e programmazione nonché di regolazione e committenza, nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie della Zona Sociale.

Sviluppiamo, di seguito, un'analisi più articolata sulle funzioni dei luoghi organizzativi più interessati da questa prima fase del nuovo processo che si intende avviare - **Ufficio di Piano, Gruppi Interistituzionali, Tavoli Tematici**, per meglio comprendere le nuove e necessarie interazioni funzionali.

#### 3.1 Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano garantisce il supporto tecnico al Comitato di Distretto per lo svolgimento delle funzioni di cui sopra; in coerenza con gli atti normativi e di indirizzo regionali.

L'Ufficio sviluppa il suo mandato su due direttrici prioritarie:

- **asse dell'integrazione sociosanitaria**, attraverso il presidio dei cinque Accordi di programma per la costruzione di processi di lavoro a tutela dei criteri di continuità assistenziale e professionale, nei percorsi di presa in carico e di cura delle persone;
- **asse della partecipazione**, attraverso l'accompagnamento e il monitoraggio dei diversi luoghi, a vario titolo allestiti, per la promozione di forme di responsabilità sociale e di valorizzazione delle risorse comunitarie.

L'Ufficio di Piano assume, fra le altre, le seguenti funzioni:

- supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e sociosanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, Programmi attuativi annuali comprensivi del Piano delle attività per la non autosufficienza);
- supporto per il presidio e la qualificazione della funzione di committenza, in particolare nel raccordo con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ai fini della programmazione e del governo della rete dei servizi,
- costruzione delle proposte di governance della programmazione sociale e socio-sanitaria attraverso l'Ufficio di Supporto quale strumento tecnico della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e dell'Ufficio di Presidenza della stessa;
- impulso e verifica delle attività attuative della programmazione sociale e sociosanitaria, con particolare riferimento:
  - all'utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la non autosufficienza;
  - all'impiego delle risorse per l'attuazione in forma associata del Fondo Sociale Locale e di Programmi finalizzati;
  - al presidio e alla promozione dell'integrazione della progettualità e degli interventi sociali e sociosanitari con le altre politiche;

- alla predisposizione, all'utilizzo e al raccordo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta, anche con riferimento all'attività degli Sportelli sociali e del **P.U.A.**;

### **3.2 Gruppi di Coordinamento Interistituzionali:**

Contestualmente all'approvazione del Piano Sociale 2009-2011 è stata approvata un'intesa generale sull'integrazione sociosanitaria che ha attivato un complesso processo di costruzione di servizi sociosanitari.

La scelta strategica sottostante attesta una decisa volontà di realizzare un sistema integrato per l'accesso ai servizi oltre che un governo integrato delle relative risorse. Sono così stati individuati cinque ambiti a cui corrispondono i relativi Accordi di Programma a presidio dell'integrazione professionale ( Unità di Valutazione Multiprofessionale) e dell'integrazione istituzionale ( programmazione congiunta). Sono così stati istituiti i Gruppi di Coordinamento Istituzionale, afferenti all'Ufficio di Piano, che presiedono a ciascun Accordo di ambito ( anziani, disabili, minori, dipendenze, salute mentale). Ai Gruppi sono attribuite le seguenti funzioni:

- gestire l'uso delle risorse assegnate;
- garantire il costante confronto con i soggetti pubblici e privati della rete locale;
- monitorare l'andamento dei servizi;
- formulare all'Ufficio di Piano le proposte di programmazione dei servizi, con riferimento ai bisogni emergenti e alle indicazioni di priorità provenienti dal Comitato di Distretto.

### **3.3 Tavoli Tematici**

Sin dall'avvio del Piano di Zona 2005 –2007, la definizione delle linee strategiche di indirizzo delle politiche socio-sanitarie e l'attuazione del Piano stesso sono state svolte attraverso un costante rapporto di partecipazione con i diversi organismi della comunità, così come previsto nei diversi ordinamenti nazionale e regionali e scelta strategica, più volte sottolineata dagli Amministratori locali. In uno scenario così complesso che vede una pluralità di attori presenti nel territorio, la condivisione delle scelte è garanzia della loro efficacia.

Si sono così allestiti tavoli tematici per aree - secondo le indicazioni della Regione - con funzione di analisi e negoziazione delle diverse ipotesi di lavoro e di formulazione delle priorità strategiche per la programmazione. Il coordinamento dei tavoli è stato garantito dalla co-conduzione di professionisti dei Comuni e dell'AUSL e hanno visto la partecipazione realtà istituzionali (Comuni, Ospedale, AUSL), delle ASP e del Terzo Settore. L'esperienza condotta ci consegna, insieme ad esiti assai positivi, anche la necessità di rivitalizzare il processo, anche riconoscendo e capitalizzando interessanti processi innovativi avviati nel frattempo (Patto per il Welfare, Tavoli di Quartiere...).

La partecipazione presuppone costruzione di percorsi condivisi e la precisazione di reciproci livelli di riconoscimento e titolarità. Per questo si possono identificare due livelli di espressione di partecipazione:

- il livello della "rappresentanza" espresso nei diversi luoghi, con la funzione di ampliare il più possibile la capacità di ascolto dei diversi soggetti del territorio
- il livello consultivo, organizzato nei tavoli tematici, che ha visto la presenza di operatori degli Enti e di rappresentanti, per le diverse aree, del Terzo settore.

La funzione dei tavoli non attiene strettamente alla fase della definizione del Pdz, ma più coerentemente alla volontà di costruire una partecipazione vera, al fine di realizzare fattivamente un sistema di servizi più rispondente ai bisogni delle nostre comunità.

In tal senso, Tavoli tematici hanno seguito, nel tempo, un regolare svolgimento di approfondimento e accompagnamento dell'evolversi dei progetti e delle situazioni; la loro composizione ha subito alcuni nuovi assestamenti o avvicendamenti di referenti, pur mantenendo una linearità di percorsi.

La logica di questa scelta è stata quella di collegare pensieri, obiettivi e responsabilità diverse, di soggetti differenti ma accomunati da una capacità di lettura del territorio e dei suoi bisogni e delle sue risorse.

La sfida assunta è stata quella di voler mettere in complementarietà e sinergia queste diverse appartenenze, partendo dalla considerazione che insieme - ciascuno con le proprie specifiche responsabilità - si riesce meglio e con maggiore compiutezza a programmare un intervento per una comunità, a partire dai suoi bisogni di benessere sociale e non solo.

Perché di questo si tratta: partire dal bisogno, dal disagio, dalla difficoltà che ci chiede interventi puntuali e sistematici, e da questi bisogni arrivare, progressivamente, ad una capacità di intervento complessiva per e con quella comunità.

Capacità allora non solo di connettere attori diversi, ma anche politiche programmatiche diverse, che dall'ambito più propriamente sociale, ed assistenziale si "contaminano" con quelle sanitarie, ma anche con le politiche educative e formative, del lavoro e dello sviluppo, della cultura, dell'urbanistica. Integrare organizzazioni diverse significa anche questo: ampliare lo sguardo e tentare una prima, ancora una volta "incrementale", visione d'insieme.

Integrare significa anche governare, portare a sistema, coordinare, in una parola, consente l'esercizio della *governance*.

Si tratta di costruire le condizioni per un Welfare comunitario reale, capace di perseguire il vero benessere delle persone e della comunità tutta; si tratta di integrare i diversi soggetti territoriali, realizzando una condivisione di intenti ed una corresponsabilità dove la funzione pubblica (istituzionale) si sposi alla vocazione pubblica (società civile), dove il territorio sia luogo e spazio della comunità.

Le specificità e la responsabilità propria di ciascuno si collega a quella degli altri attori ed interlocutori territoriali, e diventa possibile realizzare un'integrazione, una filiera compiuta di pensieri e azioni che, appunto, creano benessere, nel senso più compiuto del sistema di Welfare.

Il lavoro dei tavoli ha accompagnato lo svolgersi delle diverse fasi programmatiche (ai diversi livelli), come previsto dalle indicazioni regionali, lavorando sulle elaborazioni ricavate dai documenti regionali e contestualizzandoli alle letture locali.

Nel recente documento assunto dalla Regione "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario per gli anni 2013-2014", si affronta il tema dei modelli partecipativi della programmazione, in questo modo:

*"Per dare corpo ad una visione di programmazione partecipata in cui l'intera comunità diventa parte attiva nella definizione degli ambiti di intervento e nella valorizzazione delle risorse di contesto, si sostiene e si promuove, nei territori che siano interessati, la possibilità di applicare il modello partecipativo (tipo Community Lab per quanto riguarda l'aspetto metodologico) e di affrontare il lavoro di analisi e proposta per "problemi trasversali", non quindi necessariamente per target consueti (anziani, minori, immigrazione...).*

*I modelli di elaborazione partecipata, che si stanno sperimentando in alcuni territori, sono utili all'allestimento di un contesto per la lettura e progettazione di risposte ai cambiamenti sociali e si prestano bene al momento della programmazione dei piani attuativi annuali per la salute e il benessere sociale".*

Il modello proposto dalla Regione trova progettazioni già avviate nel nostro territorio, assunte nell'organizzazione stessa dei Servizi ed, in particolare e per il Comune di Reggio Emilia, la qualificazione del processo di accoglienza, condotta su due assi: 1) la centralità del territorio (inteso come: singolo cittadino, famiglia, pluralità delle organizzazioni formali e informali che vi risiedono) quale referente privilegiato del servizio a cui offrire risposte congruenti e il più possibile integrate, sia attraverso una presa in carico tradizionale sia attraverso una presa in carico leggera,

sia attraverso la progettazione territoriale; 2) l'armonizzazione, l'efficienza e l'implementazione delle pratiche di lavoro degli operatori attivi all'interno dell'area accoglienza.

Su questi assi in ciascun Polo Territoriale di Servizio Sociale si sono costituiti spazi organizzativi nei quali confluiscono l'azione dello Sportello Sociale (filtro delle istanze del cittadino), la funzione di attribuzione delle situazioni (in vista della presa in carico sociale) e la funzione di progettazione territoriale. A questa compete anche farsi carico, accanto agli altri operatori, di quel delicato processo che, partendo dai singoli casi, individua le radici sociali dei problemi (attraverso l'analisi ed elaborazione dei dati messi a disposizione) a cui, di conseguenza, agganciare progettazioni territoriali più congruenti (es. tavoli di quartiere).

Anche per l'ambito della "presa in carico" e quindi della progettazione sociale individuale, si è scelto di implementare e ri-orientare la funzione di valutazione delle singole casistiche su criteri di omogeneità, trasversalità e lettura complessiva dei fenomeni sociale.

Ci troviamo, quindi, al punto di riorientare alcune funzioni della programmazione investendo ulteriormente sulla partecipazione ed, in particolare, potenziando il lavoro dei tavoli tematici, opportunamente valorizzati in quest'ottica.

#### 4. IL PERCORSO E GLI STRUMENTI

Il percorso qui descritto e connesso alla costruzione del Piano Sociale di Zona ha seguito quindi queste due direttrici:

1. costruire una nuova lettura dei problemi, superando i confini tra i disagi tradizionali e le nuove vulnerabilità;
2. delineare in concreto le modalità con cui costruire partecipazione con la società civile, in vista non solo di far esprimere dei pareri, ma soprattutto di generare alleanze operative intorno all'allestimento e alla gestione dei servizi.

Logica continuazione del percorso è quella di investire in un'ottica che vuole:

- **innovare la logica di progettazione**, valorizzando ulteriormente nella programmazione i saperi prodotti dalle esperienze locali partecipative, includendo l'esperienza dei Tavoli di Quartiere e delle sperimentazioni avviate con il Patto per il Welfare;
- **innovare il sistema di governance**, superando l'attuale suddivisione dei tavoli per target, andando verso una nuova configurazione basata sull'individuazione di problemi e di oggetti su cui intervenire, dando mandato agli organismi partecipativi di dare priorità ai problemi (più che alle categorie di utenti: alcuni problemi possono essere trasversali a più utenti -non autosufficienza, perdita del lavoro,...-) e a laboratori progettuali partecipati in cui questi problemi vengono affrontati (sarebbe importante dare rappresentanza all'interno dei luoghi di programmazione ad attori provenienti dai laboratori progettuali locali).

Tenendo conto che i processi innovativi hanno necessità di tempi di "cura" adeguati e che si alimentano di sperimentazioni riuscite, vale a dire di casi in grado di dimostrare che un modo diverso di funzionare e di conseguire risultati pratici è possibile, si immagina di concentrarsi durante 2013 intorno ad alcuni oggetti di lavoro concreti (afferenti a progettazioni già avviate all'interno dei tavoli del piano di zona) cercando di farli attraversare dai due obiettivi innovativi prima delineati.

Nella tabella (allegato 2) sono riportati gli oggetti su cui sembra sia importante concentrarsi..

Sono volutamente lasciati indefiniti rispetto alle modalità di implementazione, perché i soggetti che saranno coinvolti sentendosi protagonisti, possano meglio assumere la logica imprenditiva richiesta in questo progetto.

Intorno ad ognuno di questi oggetti dovrà costituirsi un *gruppo di lavoro* in cui i diversi sottosistemi (pubblica amministrazione – area sociale, area sanitaria-, terzo settore, cittadini) devono entrare in gioco.

Gli output attesi, con ovvie specificazioni e differenze da caso a caso, dal lavoro di questi gruppi sono:

- definizione di progetti relativi all'oggetto di lavoro ipotizzato (con ovvia facoltà di articularlo/modificarlo);
- coinvolgimento di cittadini e opinion maker al di fuori della cerchia dei "soliti noti" nell'ottica di:
  - raccogliere dati e indicazioni sui problemi che si intende gestire;
  - attivare disponibilità a cooperare per il fronteggiamento di questi problemi.

##### 4.1 Dispositivi di governance del processo

Molta attenzione andrà dedicata ai dispositivi di accompagnamento di questo percorso: per produrre innovazione serve un'organizzazione adeguata, sia per la conduzione dei gruppi di lavoro intorno agli oggetti specifici, sia per la connessione tra i diversi gruppi.

Se gli oggetti di lavoro dei gruppi di sperimentazione coincidono con la maggior parte delle attività degli attuali tavoli tematici appare chiaro che serve una connessione tra questi diversi gruppi, e si propone, pertanto, **l'istituzione di un gruppo di indirizzo e monitoraggio** che veda la presenza,

oltre che degli attuali componenti dell'ufficio di piano, anche dei coordinatori dei gruppi di lavoro afferenti a questo percorso e delle rappresentanze del terzo settore.

Si propone pertanto di riorganizzare l'attività dei tavoli tematici intorno agli oggetti di sperimentazione individuati da questo percorso, valorizzando i gruppi di lavoro che si costituiranno come nuove sedi di programmazione e progettazione partecipata, sperimentando nuovi livelli di governance (a livello micro e macro) in grado di integrare quelli attualmente funzionanti.

Rimanendo invariata la struttura che sorregge l'intero percorso della programmazione zonale, si individuano in particolare i Gruppi di Coordinamento Istituzionali (Accordi di Programma) come i luoghi organizzativi che valorizzeranno il lavoro dei nuovi gruppi partecipativi per le funzioni di lettura dei bisogni e di orientamento e costruzione del sistema dell'offerta.

#### **4.2 Visualizzazione degli esiti**

Considerata la complessità della scommessa che viene messa in campo, sembra cruciale investire in momenti di visualizzazione ampia degli esiti, anche parziali, del processo avviato. Già il gruppo di monitoraggio e indirizzo costituisce un'occasione importante in questa direzione. Andranno però pensati anche momenti di restituzione più ampia (verso il sistema dei servizi più complessivamente inteso, il terzo settore, gli amministratori locali e gli altri attori territoriali). L'ottica non è quella di esibire muscoli performativi, bensì di consentire un'appropriazione di finalità complesse attraverso il racconto di alcune esperienze (che ci si augura siano) riuscite.

## **ESEMPI DI POSSIBILI SVILUPPI DI OGGETTI DI LAVORO**

Si descrivono di seguito due oggetti circoscritti che si agganciano ad attività sperimentali già avviate con successo dai servizi in collaborazione con i cittadini che, valorizzando queste sperimentazioni come modalità per fronteggiare problemi concreti con un risparmio di spesa derivante dalla partecipazione dei cittadini, aprono la possibilità di uno spostamento d'ottica molto significativo nella gestione dei servizi, da compiersi non perché "qualcuno dall'alto l'ha progettato", bensì attraverso una persuasione reciproca generata da un fare comune.

Sembra questa la modalità più persuasiva per ottenere modificazioni culturali non solo in questa terra reggiana più amante del fare che delle grandi teorizzazioni, ma anche in generale in un tempo come questo, attraversato da una temperie culturale che spaventa le persone e le rende meno disponibili a cambiare.

### **1 - Tutoring domiciliare per persone -totalmente o parzialmente- non autosufficienti**

A fronte di:

- decremento di richiesta di ore di AD e di domanda di "badantato";
- dimissioni protette dall'ospedale dove è cruciale un'adeguata analisi del contesto di vita del paziente (a partire dagli aspetti logistici);
- opportunità rappresentate dalla costituzione dei P.U.A , dalla disponibilità di OSA sottoutilizzate perché non più idonee per il lavoro assistenziale, dalla rete di servizi e di persone costruita attraverso l'esperienza dei tavoli di quartiere sulla domiciliarità leggera verso le persone anziane.

Si può pensare alla messa a punto di nuovi progetti rivolti alla domiciliarità per persone totalmente o parzialmente non autosufficienti (non solo anziani dunque) e per i loro familiari, con un duplice esito:

- parziale riconversione della spesa;
- estensione ad altri ambiti e consolidamento organizzativo e istituzionale dei servizi per la domiciliarità leggera allestiti su base volontaria intorno all'esperienza dei tavoli di quartiere; è su questo secondo aspetto che si può valorizzare la partecipazione dei cittadini.

### **2 - Potenziamento della rete per le fragilità familiari vecchie e nuove**

A fronte di:

- difficoltà a far fronte ai costi per gli inserimenti in comunità;
- aumento di famiglie attraversate da criticità relazionali tra genitori e figli;
- presenza del progetto "di famiglia in famiglia";
- avvio del progetto "tutore volontario".

Si può pensare a un sistema di sostegni per le famiglie con minori attraversate da fragilità vecchie e nuove con un duplice esito (anche in questo caso):

- parziale riconversione della spesa
- consolidamento organizzativo e istituzionale delle reti nate (o in avvio) intorno ai progetti "di famiglia in famiglia e "tutore volontario"; anche in qs caso è su questo secondo aspetto che si può valorizzare la partecipazione dei cittadini.

In questo modo si immagina di poter nominare in modo nuovo problemi nuovi e al contempo di allestire le condizioni per nuove modalità di intervento.



\* Parteciperanno al Gruppo d'Indirizzo