

ISSN 1591-223X
DOSSIER
233-2013



La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna

Rapporto finale di ricerca

Innovazione sociale



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

 Regione Emilia-Romagna

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER
233-2013

La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna

Rapporto finale di ricerca

Innovazione sociale

La redazione del Dossier è a cura di

Paola Bragagnolo Sinodé srl
Romano Astolfo Sinodé srl
Massimo Lazzarotto Sinodé srl
Fabrizia Paltrinieri Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Raffaele Tomba Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Corrado Ruozi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2013

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss233>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	5
Introduzione	7
1. Il percorso di ricerca per definire la qualità del servizio sociale territoriale	9
1.1. Articolazione del progetto	9
2. Mappatura dei modelli istituzionali e organizzativi dei Servizi sociali territoriali in Emilia-Romagna	15
2.1. Premessa	15
2.2. Principali risultati	15
2.3. Conclusioni	26
3. L'organizzazione del servizio sociale territoriale e la legislazione regionale	29
3.1. L'era dei Consorzi socio-sanitari	30
3.2. La fase delle riforme organiche dell'intervento sociale	32
3.3. Conclusioni	34
4. Le mission del servizio sociale territoriale: i risultati dei focus group	37
4.1. Introduzione	37
4.2. Sistema di accesso e presa in carico	38
4.3. Committenza	49
4.4. Promozione della comunità	57
4.5. Conclusioni	66
5. Il profilo di qualità del servizio sociale territoriale	71
5.1. Introduzione	71
5.2. Il profilo di qualità del servizio sociale territoriale	72
5.3. Ipotesi di lavoro per il piano di miglioramento	91
Bibliografia	99
Allegati	133
Allegato 1. Glossario	135
Allegato 2. Questionario "La qualità del servizio sociale territoriale (SST)"	141

Sommario

Questo report contiene i risultati di una ricerca condotta dall'Area Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale negli anni dal 2010 al 2012 sulla realtà organizzativa e istituzionale dei servizi sociali territoriali in Emilia-Romagna.

Questi servizi dovrebbero essere assicurati dai Comuni in forma associata nell'ambito distrettuale, che mediamente ha una dimensione di circa 100.000 abitanti. Di fatto, solo pochi ambiti distrettuali scelgono un'unica forma di gestione, mentre la maggior parte presenta una pluralità di forme gestionali.

La legislazione e le normative regionali non forniscono indirizzi prescrittivi per garantire che i servizi sociali possano svolgere le funzioni di accesso, tutela dei diritti e promozione della comunità, come invece sarebbe necessario.

Il report contiene gli esiti del monitoraggio sistematico dei servizi sociali territoriali nella Regione e un'ipotesi di profilo di qualità del servizio, che dovrà essere sviluppato negli anni futuri con eventuali iniziative di formazione, diffusione delle buone pratiche e produzione normativa.

Abstract

Quality of local social services in Emilia-Romagna. Final report

The report presents the results of a research conducted by the Area Innovazione sociale (Social Innovation Area) of the Agenzia sanitaria e sociale regionale (Regional Agency for Health and Healthcare) in the 2010-2012 period on the organisational and institutional situation of the social services at local level in Emilia-Romagna.

These services should be managed and guaranteed by Municipal authorities organised in territorial entities denominated Health Districts, which assemble municipal areas up to 100.000 inhabitants. However, in practice only few Districts adopt an exclusive management format. more often each District decides to adopt diversified operational structures.

The regional legislation and regulations do not provide prescriptive approaches to guarantee a universal access to social services, as well as an exhaustive respect of human rights and a concrete promotion of local communities as necessary.

Based on this discrepancy, the report presents the outcomes of a systematic monitoring of performances by local social services of the Emilia-Romagna region and it recommends for ideal standards of quality which will need to be developed in future years through capacity building activities, exchange of good practices of service and normative enhancements.

Introduzione

In una relazione sullo stato di salute del sistema di *governance* e programmazione presentata dall'Area Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale alla Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie della Regione Emilia-Romagna nel settembre 2009, era evidenziato che:

Lo Sportello sociale ha molto spazio nella normativa regionale, con compiti di informazione, orientamento ai servizi e rilevazione della domanda. Nel sistema regionale di governance non è invece adeguatamente descritto il rapporto tra Sportello sociale e Servizio sociale professionale, né il compito di quest'ultimo, per il sistema di accesso ai servizi e per la presa in carico integrata (sociale e sanitaria). Non è stata effettuata di recente una rilevazione sistematica, ma appare chiaro che nei distretti gli orientamenti sono i più diversi, collocando il servizio sociale professionale e l'accesso di volta in volta presso i singoli comuni, in una forma di gestione associata distrettuale (ad esempio consorzio), nell'ASP o in un'Azienda Speciale. In un sistema regionale in cui sono definiti diffusamente i requisiti di qualità dei servizi, non è più sostenibile che proprio il servizio sociale professionale non sia promosso con gli opportuni requisiti organizzativi.

Parve già da allora che una Regione come l'Emilia-Romagna, nota per il suo impegno nel *welfare*, dovesse porre maggiore attenzione proprio al principale strumento di attuazione a livello locale delle politiche per il benessere sociale. Una prima sommaria conclusione fu che la Regione non aveva bisogno di promuovere e normare una realtà, autonomamente assicurata e sostenuta dai Comuni. Rimaneva però la sensazione di non conoscere adeguatamente questa realtà organizzativa, che si percepiva molto articolata sotto il profilo istituzionale e organizzativo.

L'anno successivo, nel luglio 2010, l'Agenzia sanitaria e sociale ha pubblicato il volume della collana Dossier "La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna" (Campedelli, 2010) che ha messo in luce come l'attenzione della Regione e degli Enti locali nell'ultimo decennio fosse stata focalizzata da un lato sulle funzioni di supporto alla *governance*, dall'altro sulla funzione di produzione dei servizi interessati dall'introduzione del sistema di accreditamento. Di conseguenza era rimasto sfuocato il ruolo del servizio sociale territoriale.

Intanto, nel febbraio dello stesso anno l'Area Innovazione sociale aveva presentato un progetto di ricerca sull'organizzazione e sulla qualità del servizio sociale territoriale, elemento fondamentale del sistema regionale di *welfare* e, certamente, strumento per erogare i livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Scopo della ricerca - oggetto della presente pubblicazione - era la definizione di un profilo di qualità del servizio concretamente realizzabile e adattabile alle diverse realtà locali, cercando di orientare i risultati verso la promozione della cultura della qualità e lo sviluppo professionale dei responsabili e degli operatori del servizio.

La ricerca è stata condotta da un comitato guida composto da esperti dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, degli Enti locali, delle Aziende USL e delle ASP, dei Comuni, dei servizi sociali territoriali, supportati da Sinodè srl, società specializzata sui temi della ricerca, della regolazione, del *management*, della valutazione della qualità dei servizi e delle politiche di *welfare* nazionali e locali.

Durante la realizzazione del programma sono state scelte modalità che consentissero la più ampia partecipazione possibile e l'espressione di punti di vista diversi. Per questo si è optato per metodologie di ricerca partecipative (NGT - tecnica del nominal group e focus group) che hanno permesso di coinvolgere tutti gli ambiti territoriali della regione.

Durante lo svolgimento della ricerca si è aggravata la crisi economica. Si è cominciato a ipotizzare di orientare gli indirizzi delle politiche di *welfare* verso un approccio capace di tenere conto delle risorse della comunità. Per questo, nel monitoraggio delle realtà locali è stata rilevata anche la presenza o meno di politiche di promozione della comunità.

L'ipotesi iniziale era che i servizi sociali territoriali, a causa delle carenze di organico e risorse, fossero rimasti schiacciati sulla sola funzione di accesso ai servizi. I risultati hanno parzialmente smentito questa percezione, facendo scoprire l'esistenza di estese esperienze di promozione, prevenzione ed *empowerment* della comunità e soprattutto che questi aspetti risultano essere quelli ritenuti prevalenti come azioni da promuovere e potenziare per sviluppare un servizio sociale territoriale di qualità.

In virtù di questa considerazione l'Agenzia sanitaria e sociale ha pertanto deciso di promuovere nel corso del 2011 un percorso formativo/laboratoriale sperimentale¹ rivolto agli assistenti sociali della Provincia di Bologna, sul ruolo del servizio sociale nelle politiche di sviluppo delle risorse comunitarie.

Il tema della qualità del servizio sociale territoriale dovrà essere cruciale nel prossimo Piano sociale e sanitario regionale e negli atti di programmazione locale. Questo tema va inserito nel contesto della definizione degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, come peraltro previsto dalla Legge regionale n. 2/2003. Infatti, il servizio sociale territoriale, le sue articolazioni funzionali e organizzative, lo sportello sociale, il segretariato sociale, il servizio sociale professionale ed eventualmente anche il servizio pedagogico-educativo sono gli strumenti attraverso i quali assicurare prestazioni cruciali per l'equità e l'appropriatezza delle politiche per il benessere: l'informazione, la tutela, l'accompagnamento ai servizi, il contrasto dell'emarginazione e della discriminazione.

¹ Il corso è stato tenuto da IRESS soc. coop.

1. Il percorso di ricerca per definire la qualità del servizio sociale territoriale

1.1. Articolazione del progetto

La definizione del Profilo di qualità illustrato nei Capitoli seguenti è stata articolata secondo una metodologia di ricerca fortemente partecipata. Il presupposto teorico che fa da sfondo all'intera ricerca è che non si possa discutere di qualità - e quindi non si possa stilare un profilo di qualità del servizio sociale territoriale - senza avere condiviso l'intero percorso di discussione dei criteri con tutti i soggetti, istituzionali e non, portatori di interesse rispetto al tema. Hanno quindi partecipato e condiviso gli obiettivi e le finalità dell'iniziativa, con la costante supervisione del Comitato guida di progetto, i rappresentanti dei servizi sociali territoriali dell'Emilia-Romagna, i rappresentanti delle Aziende USL, delle Aziende di servizi alla persona (ASP), di una Azienda speciale consortile (ASC) e delle cooperative sociali. Sono stati inoltre coinvolti in varie fasi anche i rappresentanti delle associazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e del mondo sindacale, oltre all'Ordine degli assistenti sociali della Regione Emilia-Romagna.

L'intero percorso di ricerca, nei vari passaggi, è stato condiviso e supportato dal Comitato guida del progetto composto inizialmente da esperti di Comuni, Unioni di Comuni, Aziende USL, ASP e Regione nominati dalla Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie; nel corso della ricerca si è deciso di ampliare la composizione del Comitato guida a tutti i responsabili degli Uffici di supporto delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e ai Direttori dell'integrazione sociale e sanitaria delle Aziende USL al fine di garantire una maggiore rappresentatività territoriale. Il Comitato guida ha accompagnato ogni fase del percorso di ricerca realizzato e ha condiviso sia la definizione degli strumenti di indagine sia l'analisi degli esiti, oltre all'articolazione complessiva del percorso (fasi, tempi e interlocutori da coinvolgere). Il Comitato guida del progetto, gli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e i Direttori Integrazione sociale e sanitaria delle Aziende Usl sono stati di notevole sostegno nel supportare e monitorare l'adeguato svolgimento della ricerca, in termini sia organizzativi che concettuali.

Tutto il percorso è stato supportato e realizzato con la collaborazione della società Sinodé srl che si occupa di consulenza e ricerca nell'ambito sociale e socio-sanitario.

1.1.1. Prima fase della ricerca

La prima fase della ricerca ha previsto la realizzazione della mappatura dei modelli organizzativi e gestionali dei servizi sociali territoriali dell'Emilia-Romagna. Tale mappatura è stata realizzata attraverso la compilazione di due questionari appositamente predisposti (*Allegato 2*). La definizione dello strumento è stata condivisa in seno al Comitato guida del progetto e preceduta da una decina di interviste preliminari a testimoni significativi al fine di raccogliere informazioni e calibrare al meglio lo strumento rispetto alle specificità territoriali. L'unità di analisi di questa prima fase della ricerca sono stati i singoli Comuni, che per praticità organizzativa sono stati contattati dagli Uffici di piano che hanno gestito la consegna e la restituzione dei singoli questionari. Un *help desk* operativo a disposizione dei Comuni e degli Uffici di piano è stato predisposto per eventuali chiarimenti e supporto nella compilazione fino alla conclusione della rilevazione. Allo scopo di informare Uffici di piano, Uffici di supporto e Direttori Integrazione sociale e sanitaria delle Aziende USL sulle finalità della rilevazione e per presentare loro il questionario, sono stati organizzati tre incontri di Area vasta a Reggio Emilia (per le province di Reggio Emilia, Parma, Piacenza e Modena), Ravenna (per Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini) e Bologna (per Bologna e Ferrara). Il tasso di restituzione dei questionari è stato pari al 90% dei Comuni (314 Comuni su 348) e al 92% dei Distretti (35 ambiti distrettuali su 38).

È tuttavia opportuno ricordare che la rilevazione ha incontrato alcuni ostacoli che hanno rallentato la compilazione e la restituzione dei questionari da parte dei Comuni coinvolti. Innanzitutto la complessità dello strumento: dovendo riuscire a rappresentare la globalità delle forme istituzionali e organizzative presenti sul territorio regionale, si è reso indispensabile creare uno strumento di rilevazione che permettesse a tutti i territori di compilarlo agevolmente. Questo ha però portato a un questionario complesso e non necessariamente di immediata lettura. Un secondo fattore che ha rallentato la restituzione dei questionari e ha comportato la mancata risposta da parte di alcuni Comuni è stata la concomitanza con altre indagini e l'impegno richiesto agli operatori dei servizi in altre attività urgenti (contratti di servizio, adempimenti per l'accreditamento, ...).

I risultati della mappatura sono presentati nel Capitolo 2.

1.1.2. Seconda fase della ricerca

La seconda fase della ricerca si è posta l'obiettivo di giungere alla definizione di un profilo di qualità del servizio sociale territoriale, proprio a partire dalla lettura della situazione di questi servizi in regione effettuata con la mappatura svolta nella prima fase della ricerca.

La metodologia utilizzata in questa seconda fase è stata di stampo prettamente qualitativo, utilizzando tre tecniche di ricerca sociale differenti, fra di loro opportunamente integrate: interviste semi-strutturate, *nominal group technique* (NGT), discussione guidata tramite la tecnica del focus group.

- Le interviste semi-strutturate sono state rivolte a testimoni privilegiati che hanno permesso, congiuntamente all'analisi della letteratura presente in materia, di proporre al Comitato guida del Progetto e, successivamente, al gruppo di lavoro NGT una prima ampia lista di criteri di qualità. Le interviste si sono focalizzate su alcune macro-aree chiave del servizio sociale territoriale (sistema di accesso e gestione del Piano di intervento personalizzato, committenza, promozione di comunità, ...), in maniera semi-strutturata consentendo agli intervistati di spiegare e argomentare liberamente le proprie opinioni. Protagonisti delle interviste sono stati i responsabili di SST e vari *stakeholder* (rappresentanti di cooperative e di associazioni di volontariato e/o di promozione sociale, ASP, ordine degli assistenti sociali). Il frutto del lavoro di queste interviste preliminari, successivamente rielaborato con il supporto del Comitato guida del progetto, è riportato nel Capitolo 4.
- La *nominal group technique* è una tecnica strutturata di gestione dell'interazione, in cui il confronto fra gli esperti viene regolato e segue un processo ben definito. Ai partecipanti viene chiesto di interagire secondo un percorso articolato e strutturato; in tal modo è più semplice controllare l'effetto di fattori di condizionamento dell'interazione imputabili a dinamiche socio-emotive, ai rapporti di potere e di conflitto/alleanza che regolano abitualmente la comunicazione all'interno di un gruppo o di un'organizzazione.

Per rendere più efficiente il processo di confronto fra esperti, la società Sinodè ha sviluppato un software *ad hoc* che consente di gestire una riunione strutturata NGT in maniera informatizzata: ogni esperto è dotato di un computer portatile collegato in rete locale *wireless* e l'intera riunione viene gestita da un conduttore per via informatizzata, mantenendo degli adeguati e bilanciati spazi di valutazione individuale e di confronto tra i partecipanti e consentendo di concludere la riunione con risultati tangibili e valutazioni condivise tra gli esperti.

Sono stati quindi realizzati 3 incontri con metodo NGT (uno preliminare con il gruppo di esperti e 2 con metodo informatizzato) coinvolgendo, con attenzione a coprire tutto il territorio regionale:

- 2 rappresentanti della Regione Emilia-Romagna
- 1 Presidente dell'Ordine degli assistenti sociali dell'Emilia-Romagna
- 1 Direttore delle Attività socio-sanitarie dell'Azienda USL
- 1 rappresentante del servizio sociale territoriale di un'Unione dei Comuni
- 1 rappresentante del servizio sociale territoriale di una ASP
- 1 rappresentante di un Comune capoluogo di Provincia
- 1 rappresentante di un Ufficio di piano
- 2 rappresentanti del Terzo settore
- 1 rappresentante di una cooperativa sociale

Questa tecnica è stata utilizzata al fine di condividere i criteri di qualità del servizio sociale territoriale, chiedendo agli esperti di votare *in primis* l'importanza dei criteri e, durante il secondo NGT, di votarne la relativa fattibilità di realizzazione. I risultati dei due NGT sono presentati nel Capitolo 4.

- I criteri votati durante gli NGT sono stati poi oggetto della successiva discussione nei focus group territoriali. Uno degli scopi della *nominal group technique* era anche di portare ai partecipanti ai focus group una sintesi di *item* ritenuti condivisibili in quanto caratterizzanti un servizio sociale territoriale di qualità e sostenibile nel contesto sociale regionale.

Sono stati poi organizzati 13 focus group a livello provinciale. Nelle Province di Bologna, Reggio Emilia, Modena e Piacenza - data la numerosità degli interlocutori da coinvolgere - si è optato per la realizzazione di due incontri, per meglio favorire il confronto e l'approfondimento delle singole realtà distrettuali.

Agli incontri sono stati invitati esponenti degli Enti locali, Aziende USL, ASP ... a seconda delle diverse forme organizzative e gestionali presenti nei territori, esponenti del Terzo settore, dalle organizzazioni di volontariato alle associazioni di promozione sociale, alle cooperative di fornitori, ad esponenti delle Caritas locali, alle organizzazioni sindacali; in qualche caso sono stati coinvolti anche amministratori locali "particolarmente sensibili" al tema del servizio sociale territoriale. Nella fase di reclutamento dei partecipanti è stato chiesto l'aiuto degli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, in quanto sono state considerate - ciascuna per il proprio territorio di competenza - i migliori conoscitori delle singole realtà distrettuali e dei relativi assetti organizzativi.

I focus group sono stati realizzati predisponendo una griglia di analisi secondo il modello SWOT (come si vedrà in maniera più approfondita nel *Capitolo 4*) che permette di differenziare tra punti di forza e punti di debolezza (interni all'organizzazione) e opportunità e minacce (esterni all'organizzazione). Questi incontri sono stati un'utilissima occasione di confronto, dibattito e discussione per raccogliere riflessioni sul servizio sociale territoriale, ma anche per avere il quadro delle differenti situazioni esistenti a livello locale: hanno permesso di raccogliere opinioni e valutazioni sul servizio sociale territoriale e il lavoro svolto ma anche riflessioni più complessive e generali sul *welfare* e sul sistema di *welfare* regionale nello specifico.

Tendenzialmente i 13 focus group hanno registrato una buona partecipazione, coinvolgendo complessivamente quasi 200 professionisti del territorio regionale fra operatori del servizio pubblico, fornitori, rappresentanti del mondo del volontariato e di quello sindacale. Si è notata una buona predisposizione al dialogo e al confronto in quasi tutti gli incontri, tranne in un ridotto numero di territori dove si è evidenziata una difficoltà in tal senso, probabilmente ascrivibile alla minore abitudine alla discussione fra professionisti (in particolar modo fra operatori dei servizi e fornitori).

Si evidenziano anche alcune note critiche sulla mancata partecipazione di alcune figure chiave a questo processo di riflessione: quattro Distretti non hanno infatti accettato l'invito al focus group; in alcuni contesti, la presenza degli *stakeholder* esterni al servizio (in particolar modo delle ASP) è stata piuttosto scarsa.

I risultati dei 13 focus group sono presentati nel Capitolo 4.

A seguito dei focus group è stato inviato a tutti i partecipanti un questionario per raccogliere ulteriori informazioni sull'attuazione dei criteri di qualità considerati nei singoli territori. La proposta iniziale era di somministrare il questionario a conclusione dei focus group, ma per non togliere spazio alla discussione si è preferito procedere con un invio post-incontro. I risultati di questa parte del lavoro sono presentati nel Capitolo 5.

2. Mappatura dei modelli istituzionali e organizzativi dei servizi sociali territoriali in Emilia-Romagna

2.1. Premessa

La prima parte della ricerca sullo sviluppo della qualità nei servizi sociali territoriali ha riguardato gli assetti istituzionali e i modelli organizzativi e gestionali. Alla ricerca hanno collaborato 314 Comuni su 348 (90%), per un totale di 35 Distretti su 38² (92%).

2.2. Principali risultati

2.2.1. Il Servizio sociale territoriale

La ricerca ha innanzitutto messo in evidenza le marcate diversità istituzionali e organizzative dei servizi sociali territoriali attualmente esistenti in Regione, molte volte anche all'interno dello stesso ambito distrettuale. Si osserva infatti come le funzioni di servizio siano esercitate (*Figura 1*):

- direttamente dal singolo Comune, in 20 Comuni (6%);
- dai Comuni in forma associata, attraverso un'Unione dei Comuni, una Comunità montana, una forma associativa comunale o una convenzione finalizzata alla gestione unitaria dei servizi sociali,³ in 32 Comuni (10%);
- dal Comune, in parte direttamente e in parte in forma associata, in 51 Comuni (16%);
- dal Comune, singolarmente o in forma associata, in parte attraverso delega⁴ a soggetti terzi, in 178 Comuni (57%); questa modalità è risultata prevalente;
- completamente delegato attraverso una delega a uno o più soggetti terzi, in 33 Comuni (11%).

Le specificità territoriali riscontrate - ad esempio in provincia di Modena è largamente prevalente la gestione diretta del Comune, singolarmente o in forma associata (95,7% degli Enti locali), mentre a Ferrara c'è una maggiore presenza della delega completa a

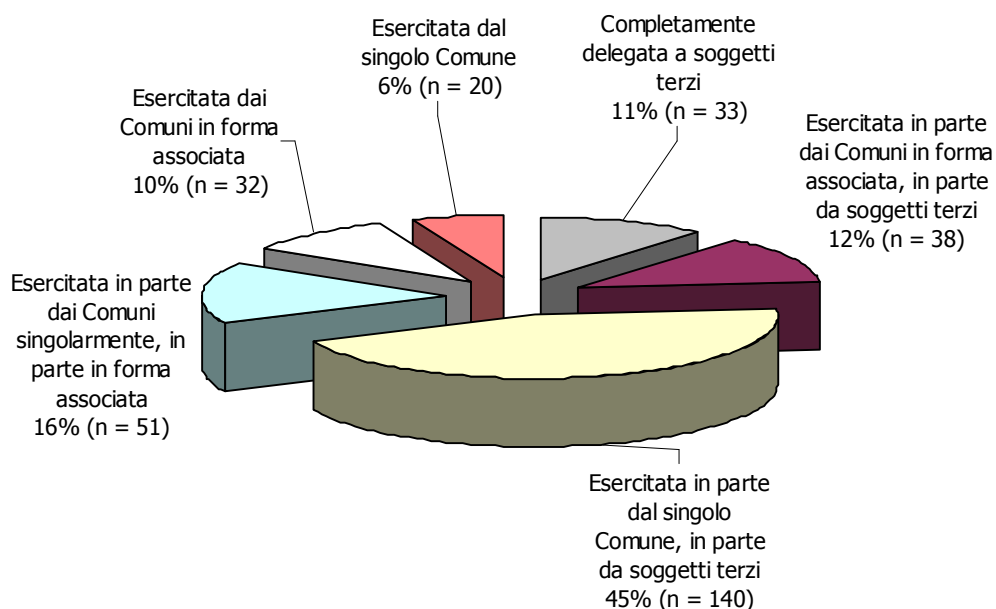
² Alla rilevazione quantitativa non hanno partecipato i Comuni degli ambiti distrettuali di sud est (Parma), Modena e Forlì e altri 3 Comuni dell'ambito distrettuale di Rimini sud.

³ Gestione associata dei servizi sociali fra soli Comuni.

⁴ La delega può riguardare parte o intere aree di intervento. Ricadono in questa categoria anche i casi in cui il Comune abbia delegato tutte le aree di intervento, ma gestisca in maniera diretta attività quali lo Sportello sociale, l'accesso ai servizi o l'erogazione di contributi economici.

soggetti terzi (34,6% dei Comuni) - non sono riconducibili a caratteristiche socio-demografiche dei Comuni (es. numero abitanti, densità abitativa, ...) quanto ad altri fattori, probabilmente di natura storico-politica del territorio.

Figura 1. Modalità di esercizio della funzione del servizio sociale territoriale



Sono 19 su 35 (66%) gli ambiti distrettuali in cui è presente un unico assetto istituzionale fra quelli sopra indicati: questo significa che nei rimanenti 16 Distretti co-esistono una pluralità di assetti istituzionali del servizio sociale all'interno dello stesso territorio, la qual cosa sicuramente comporta un aumento della complessità del governo d'insieme del sistema. Si riducono, però, ad 11 gli ambiti distrettuali nei quali è presente un unico SST: in 8 territori il servizio sociale territoriale è dell'Unione dei Comuni (n = 7) o del Comune (n = 1), in un caso è della gestione associata dei Servizi sociali, in un caso è delegato all'Azienda di servizi alla persona (ASP), in un ultimo caso è delegato all'Azienda speciale consortile (ASC). La presenza di più di un SST nel territorio dell'ambito distrettuale è fortemente legata al numero dei Comuni che compongono tale ambito: se si considerano i 12 ambiti distrettuali che sono costituiti da più di 10 Comuni, infatti, solo in un caso c'è un unico SST nel territorio distrettuale.

I Comuni che delegano, parzialmente o completamente, l'esercizio della funzione del servizio sociale territoriale tendono a preferire la delega a un unico soggetto:

- nei 33 Comuni che delegano completamente le funzioni del servizio sociale, ciò avviene in 23 Comuni (69%);
- nei 178 Comuni che delegano parzialmente tali funzioni, ciò avviene in ben 169 Comuni (95%).

Nel caso di delega completa, la preferenza è decisamente a favore delle ASP (in 13 dei 23 Comuni) e dell'Azienda speciale consortile (6 Comuni): a questo proposito è anche da notare come in queste situazioni la funzione di verifica dei requisiti di accesso al sistema e la funzione di produzione (quest'ultima tipica delle ASP, a seguito del recente processo di trasformazione delle IPAB⁵) vengano ad essere esercitate dallo stesso soggetto. A tal proposito, si rimanda al dibattito relativo alla separazione (o meno) tra accesso ai servizi e organizzazione degli stessi, alternativa su cui sembrano esistere in Regione esperienze e opinioni diverse (Giorgi, Tomba, 2010). La delega parziale, invece, vede primeggiare di gran lunga le Azienda USL (in 133 Comuni), per funzioni, ad esempio, come l'affidamento dei minori.

Le funzioni di servizio sociale più delegate⁶ dai Comuni (totalmente o parzialmente) riguardano l'area "Famiglia e minori" (73,8% dei Comuni), seguita dall'area "Disabili" (62,9%), dall'area "Adulti" (61,5%), dall'area "Anziani" (40,7%) e, infine, dall'area "Immigrati" (35,3%), per la quale si riscontra anche il maggior numero di esperienze di delega al Comune capofila. Le percentuali fanno riferimento ai 211 Comuni che delegano in toto o in parte le funzioni di servizio sociale.

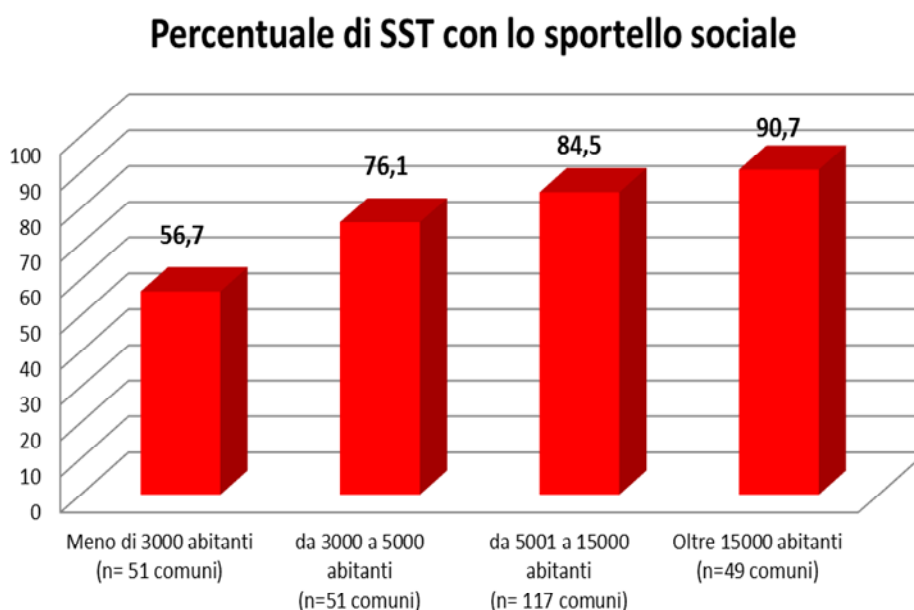
Si considerano ora più nel dettaglio le risultanze dell'indagine con specifico riferimento allo Sportello sociale e al Servizio sociale professionale, che rappresentano i due elementi organizzativi fondanti del servizio sociale territoriale (il primo nell'ambito della più generale funzione di segretariato sociale).

Lo Sportello sociale è presente in 268 Comuni (85%), ma la sua diffusione a livello territoriale è molto variabile spaziando dalla copertura del 59% dei Comuni in Provincia di Rimini, al 66,7% di Ravenna, al 100% di Ferrara. Anche all'interno degli stessi ambiti distrettuali si trovano situazioni molto diversificate: in due terzi degli ambiti distrettuali (68,5%) lo Sportello sociale è presente in tutti i Comuni che compongono l'ambito distrettuale; nei 7 ambiti distrettuali di Reggio Emilia è presente in più della metà dei Comuni; in 4 ambiti distrettuali, infine, è presente in meno del 50% dei Comuni: Faenza, Imola, Pavullo nel Frignano, Rimini (che risente, al proposito, del recente passaggio di alcuni Comuni dalla Regione Marche alla Regione Emilia-Romagna). La presenza dello Sportello sociale all'interno del SST aumenta al crescere della dimensione demografica del Comune, come evidenziato in Figura 2.

⁵ Vedi Legge regionale n. 2/2003, Delibere Consiglio regionale n. 623/2004 e n. 624/2004 e successivi provvedimenti.

⁶ Si ricorda che la delega può riguardare l'intera area di intervento o anche un solo servizio.

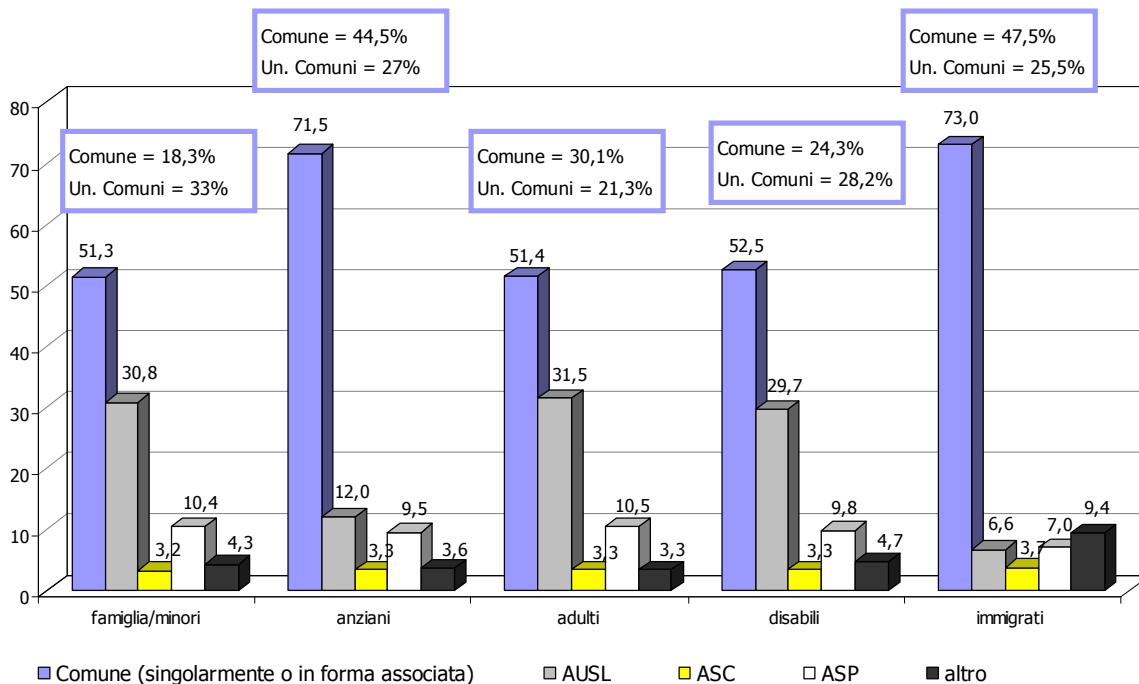
Figura 2. Presenza dello Sportello sociale nei servizi sociali territoriali per dimensione dei Comuni



È da evidenziare anche la frequente presenza, accanto allo Sportello sociale, dei cosiddetti "sportelli tematici". Questa modalità organizzativa potrebbe nascondere una inadeguatezza degli sportelli generalisti e, comunque, produce una certa dispersione di risorse e una maggiore complessità dei percorsi che i cittadini devono seguire per soddisfare i bisogni informativi. Il tema richiede sicuramente una riflessione, che andrà sviluppata nel prosieguo della ricerca e che deve anche approfondire le relazioni tra Sportelli sociali e Servizi sociali professionali.

Il Servizio sociale professionale è presente in tutte le realtà territoriali considerate, ma l'esercizio delle relative funzioni fa capo a soggetti diversi a seconda delle aree di intervento: i Comuni presidiano direttamente (singolarmente o in forma associata) soprattutto le aree anziani (71,5%) e immigrati (73%), mentre in un caso su due, nelle rimanenti aree, l'esercizio della funzione è delegato a un soggetto terzo, principalmente l'Azienda USL. In 72 casi è il Comune (direttamente o in forma associata) ad esercitare globalmente la funzione del Servizio sociale professionale, ovvero per tutte le aree di intervento considerate.

Figura 3. Esercizio della funzione del Servizio sociale professionale, per area di intervento⁷



⁷ La categoria "altro" è residuale rispetto alle precedenti e vi rientrano situazioni tipo: la gestione associata fra Comuni e Azienda USL, la delega al Comune capofila, ...

2.2.2. Produzione degli interventi e dei servizi sociali

La ricerca ha evidenziato l'estrema varietà del numero e della tipologia di servizi⁸ presenti a livello comunale, anche se si rileva un "nocciolo duro" di servizi per ciascuna area, che risulta attivo in quasi tutti i Comuni della regione (*Tabelle 1 e 2*). Alcuni esempi per l'area anziani e disabili sono: l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e l'assistenza domiciliare integrata, la promozione del trasporto sociale pubblico e altre forme di mobilità, oppure la gestione degli assegni di cura. Tali servizi sono presenti praticamente in tutti i Comuni della Regione.

Tabella 1. Servizi presenti in oltre l'80% dei Comuni per area di intervento (anziani e disabili)

Area Anziani	%	Area Disabili	%
Assegno di cura	99,7	Assegno di cura	99,4
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	98,7	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	98,1
Assistenza domiciliare integrata	98,7	Supporto all'inserimento lavorativo	98,0
Sgravi tariffari (energia elettrica, gas, ...)	97,7	Promozione del trasporto sociale, pubblico e altre forme di mobilità	97,0
Contributi economici continuativi	96,8	Interventi per il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia	96,0
Promozione del trasporto sociale, pubblico e altre forme di mobilità	95,2	Sostegno socio-educativo scolastico	94,5
Telesoccorso	87,1	Assistenza domiciliare integrata	93,4
Attività di supporto per il reperimento di alloggi	83,0	Attività ricreative e di socializzazione	87,8
Sostegno Università per anziani, attività motorie, soggiorni, vacanze	80,5	Interventi per l'integrazione sociale	87,7
Interventi di sostegno per assistenti familiari	80,1		

⁸ I servizi e gli interventi oggetto del questionario sono stati ripresi dal Nomenclatore nazionale degli interventi e servizi sociali (versione 2009).

Tabella 2. Servizi presenti in oltre l'80% dei Comuni per area di intervento (famiglia/minori, disagio adulti)

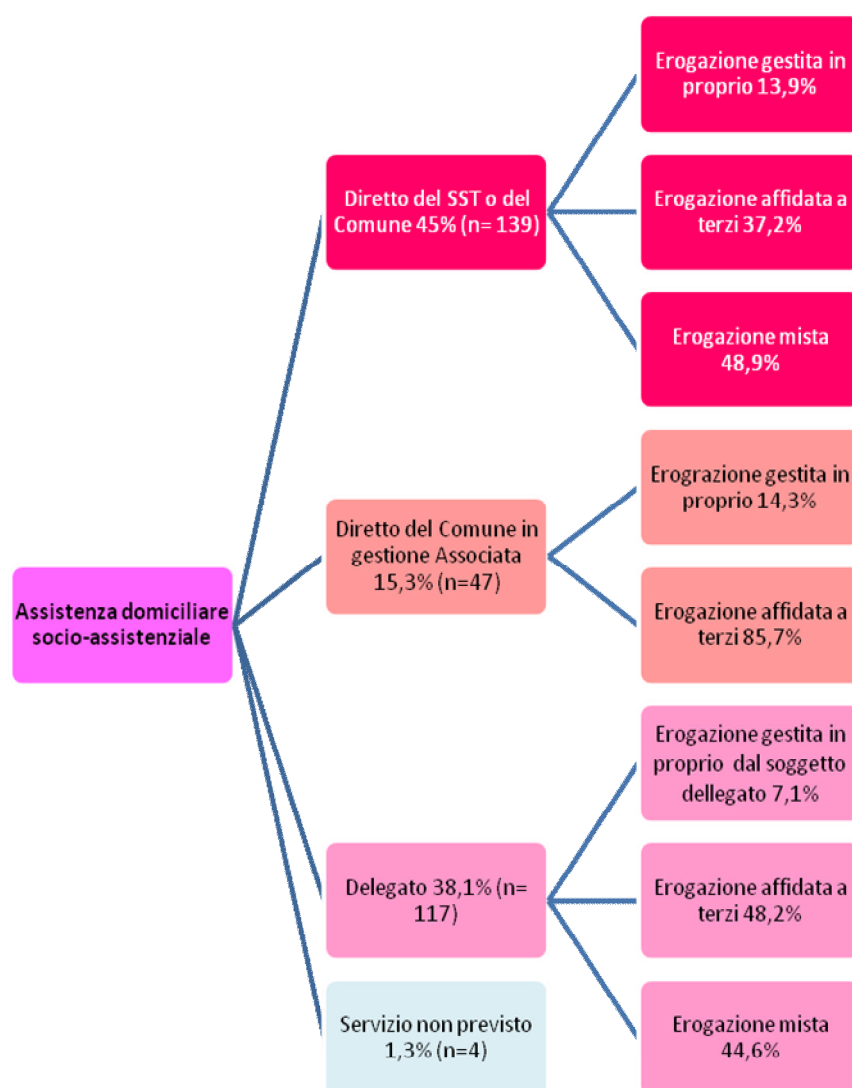
Area Minori, famiglia	%	Area Disagio adulti	%
Attività collegata a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile	99,7	Supporto all'inserimento lavorativo	97,1
Servizio per l'affidamento di minori	99,3	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	90,3
Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori	97,7	Erogazione di contributi economici, buoni pasto e buoni spesa	89,1
Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	96,1	Contributi economici per il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia	84,7
Attività di sostegno alla genitorialità	93,4	Attività di supporto per il reperimento di alloggi	82,7
Contributi per la fruizione di asili nido	91,9		
Servizio di mediazione familiare	85,7		
Contributi per l'affidamento familiare di minori	84,2		
Erogazioni di buoni pasti e di buoni spesa	81,2		

I dati relativi alle singole tipologie di servizi permettono di evidenziare anche due aspetti molto interessanti. Il primo è relativo alla produzione dei servizi, dove appare chiara la distinzione fra gli interventi che i Comuni tendono a erogare direttamente (produzione) e gli interventi che sono generalmente affidati dai Comuni a soggetti terzi. Gli esempi riportati nelle Figure 4 e 5 relativi all'area anziani sono emblematici di una situazione che si manifesta in maniera del tutto analoga anche nelle altre aree di intervento: i Comuni (in forma singola o associata) o gli eventuali soggetti delegati tendono comunque a mantenere la gestione diretta dei servizi di accesso (informazione, orientamento, valutazione del bisogno, programmazione assistenziale, ...) e di contribuzione economica, mentre la produzione dei servizi di natura assistenziale (assistenza domiciliare, sostegno educativo territoriale e domiciliare, ...) è generalmente affidata a soggetti terzi, in toto o almeno in parte (erogazione mista).

A titolo di esempio, il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani la cui titolarità è generalmente assicurata dai Comuni, singoli (45%, n = 139) o associati (15,3%, n = 47) (Figura 4). Tanto nel primo che nel secondo caso la percentuale di Comuni che gestiscono direttamente ed esclusivamente con proprio personale il servizio è molto bassa (inferiore al 15%), mentre prevale largamente l'erogazione affidata a terzi o l'erogazione mista (in parte Comune, in parte soggetti terzi). Questa distribuzione della modalità di erogazione si riscontra in maniera analoga anche nei 117 Comuni (38,1%) che hanno delegato l'esercizio della funzione in questione a un soggetto terzo

(generalmente una ASP): solo nel 7,1% di questi Comuni, l'erogazione delle prestazioni è gestita in proprio dal solo soggetto delegato. A sua volta il soggetto delegato tende ad avvalersi (in toto o in parte) di soggetti terzi per la realizzazione delle attività; questo avviene in maniera analoga per tutti i servizi con un contenuto di tipo assistenziale. Questa lettura, oltre ad aprire la riflessione di come si sviluppi e venga esercitata dal servizio sociale territoriale la funzione di "committenza", pone all'attenzione dei decisori un altro problema, la cosiddetta "filiera lunga delle responsabilità".

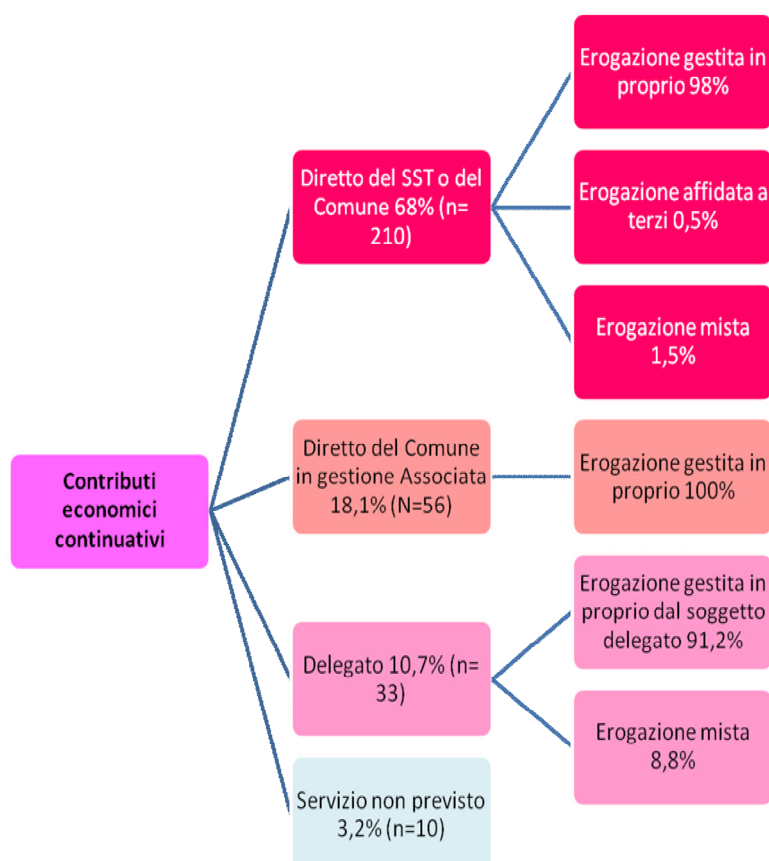
Figura 4. Titolarità ed erogazione del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani



Come anticipato, la situazione è invece diametralmente opposta se si considerano i contributi economici continuativi (Figura 5). Innanzitutto la frazione di Comuni che delega a un soggetto terzo l'esercizio di questa funzione è decisamente minoritaria: 1 Comune su 10 (10,7%, n = 33); prevale invece largamente l'esercizio diretto della funzione da

parte del Comune, con una prevalenza dell'esercizio diretto da parte del singolo Comune (68%, n = 210) rispetto all'esercizio della relativa funzione per il tramite della forma associata di appartenenza (18,1%, n = 56⁹). In tutti i casi l'erogazione del servizio è gestita, quasi in maniera esclusiva, in proprio.

Figura 5. Titolarità ed erogazione del servizio di contributi economici continuativi per anziani



2.2.3. Funzioni di promozione della comunità e di informazione diffusa

Con l'obiettivo di indagare anche le funzioni di promozione della comunità del servizio sociale territoriale, la ricerca ha rilevato anche la diffusione delle attività di promozione della comunità, che sono risultate discretamente diffuse (ad esclusione dei Comuni che afferiscono alle Province di Parma, Rimini e Piacenza, dove sono realizzate in meno del 50% dei casi) ma, soprattutto, con contenuti molto differenziati e ancora da focalizzare.

⁹ Questo dato lascia intendere come una parte (27 su 83) dei Comuni che fanno parte di Unioni dei Comuni o Comunità montane abbia comunque preferito trattenersi direttamente questo servizio.

Con riferimento alle attività realizzate negli ultimi 3 anni nelle quali il Comune ha assunto un ruolo significativo in termini di collaborazione e supporto, si evidenziano almeno cinque diverse declinazioni pratiche del concetto di "promozione della comunità", di seguito tratteggiate nei loro aspetti essenziali.

- Promozione di reti di prossimità
 - Promozione di relazioni sociali fra le famiglie e persone che vivono in un determinato contesto e/o che condividono una medesima problematica, con l'obiettivo di aumentare il capitale sociale della comunità e la capacità di rispondere ai bisogni attraverso le risorse informali
- Promozione di processi di cittadinanza attiva
 - Promozione della partecipazione dei cittadini e dei rappresentanti delle associazioni alle decisioni che riguardano l'ambito socio-sanitario (attività di ascolto del territorio, promozione di tavoli di confronto, consulte di frazione, ...)
 - Creazione di organismi partecipativi delle associazioni di volontariato e/o di altri soggetti del Terzo settore (es. Consulte)
- Promozione del (sostegno al) volontariato
 - Promozione delle attività svolte dalle associazioni di volontariato attraverso l'erogazione di contributi economici
- Valorizzazione del cittadino come risorsa
 - Impiego degli anziani in attività socialmente utili
- Promozione di eventi di aggregazione e socializzazione

La diversità di declinazione del concetto di promozione della comunità testimonia la necessità di un lavoro di condivisione degli obiettivi e dei linguaggi, che su questo tema devono ancora essere pienamente portati a compimento. Questa necessità appare ancora più evidente se si considerano i risultati dell'applicazione dell'analisi lessicale¹⁰ al corpus testuale costituito dalle descrizioni degli interventi di promozione di comunità svolti negli ultimi 3 anni nei vari Comuni. In Figura 6, elaborata attraverso uno specifico programma informatico, sono rappresentate le frequenze dei termini utilizzati: la dimensione del carattere cresce all'aumentare della frequenza di utilizzo delle varie parole. È significativo che, ancora una volta, la categoria più citata sia quella degli anziani.

La mappatura sembra quindi dimostrare le necessità di esperire percorsi di lavoro che favoriscano una piena consapevolezza e interiorizzazione anche di questa funzione che i servizi sociali territoriali dovrebbero specificatamente esercitare.

¹⁰ L'analisi lessicale è una tecnica di analisi che, attraverso lo studio delle frequenze e delle occorrenze dei termini all'interno di un testo, permette di selezionare i termini maggiormente utilizzati e quindi di individuare gli elementi salienti del discorso/ testo.

Tali indirizzi potrebbero trovare nel secondo Piano sociale e sanitario regionale il luogo ideale nel quale essere validati, anche con riferimento alla possibile definizione di livelli essenziali delle prestazioni di livello regionale. Non è da dimenticare infatti che il Servizio sociale professionale e il segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari sono indicati dall'art. 22 della Legge n. 328/2000 come prestazioni che devono comunque essere erogate.

Degne di considerazione sono anche le riflessioni sulle funzioni di committenza e promozione della comunità, che necessitano di una maggiore definizione e qualificazione dei contenuti e dei modelli organizzativi, nell'ottica di un complessivo miglioramento della qualità dei servizi sociali territoriali.

Il tema della committenza, la cui trattazione si riallaccia anche al tema della filiera lunga delle responsabilità, andrebbe sicuramente indagato maggiormente, allo scopo di evidenziare le buone pratiche esistenti a salvaguardia dell'appropriatezza delle prestazioni e della sostenibilità finanziaria del servizio.

Per quanto riguarda la funzione di promozione della comunità, si rimanda alla necessità di sviluppare percorsi di lavoro che favoriscano una piena consapevolezza e interiorizzazione anche di questa *mission* da parte dei servizi sociali territoriali.

Queste riflessioni - e l'ultima in particolare - investono chiaramente anche gli operatori che sono impiegati all'interno dei servizi sociali territoriali, assistenti sociali *in primis*, ed evocano uno scenario di cambiamento professionale su cui è necessario per tempo prepararsi.

Da non dimenticare, infine, che le azioni previste nel prosieguo del progetto si andranno a collocare all'interno di un quadro in costante divenire, non solo per il completamento del processo di riforma delle IPAB, ma anche in ragione degli effetti dell'approvazione del Decreto legge n. 78/2010 convertito nella Legge n. 122/2010. Tale provvedimento ha introdotto l'obbligatorietà della gestione associata delle funzioni fondamentali (compreso quindi il settore sociale) per i piccoli Comuni (sotto i 5.000 abitanti).¹¹ La manovra finanziaria di luglio 2011¹² ha impresso un'ulteriore accelerazione ai tempi di realizzazione di questa riforma con la quale dovrà confrontarsi la maggior parte dei Comuni che ricadono nella fascia demografica considerata e che ad oggi non hanno una gestione associata dei servizi sociali.

¹¹ Cfr. art. 14, commi 25-31

¹² Decreto Legge n. 98/2011

3. L'organizzazione del servizio sociale territoriale e la legislazione regionale

Perché la situazione istituzionale e organizzativa dei servizi sociali dei Comuni è così polverizzata e scomposta?

I Comuni tendono molto spesso ad articolare il servizio sociale di base secondo due criteri:

- scelta del referente istituzionale per la gestione del servizio (i servizi sociali possono essere gestiti direttamente dal singolo Comune o in forma associata, possono essere delegati all'Unione dei Comuni o alla Comunità montana, all'Azienda USL, all'ASP, a una istituzione, all'Azienda speciale consortile);
- scelta dell'organizzazione specialistica (esistono più servizi sociali, per minori, famiglie, disabili, anziani, immigrati, adulti, ...).

Non è raro che nello stesso ambito distrettuale conviva un mix di queste scelte, e neppure che un singolo Comune pratichi più scelte organizzative.

È evidente che il motivo principale di questa variabilità risiede nella altrettanto articolata realtà istituzionale. In Regione ci sono 348 Comuni, alcuni dei quali piccolissimi, e le logiche di campanile hanno spesso il sopravvento rispetto alle indicazioni regionali sull'auspicato esercizio associato delle funzioni attraverso le Unioni dei Comuni. A volte neppure la valutazione della convenienza economica prevale rispetto alle esigenze di autonomia.

Questo però non spiega perché molti Comuni, comunque, compiano la scelta di utilizzare contemporaneamente per il servizio sociale forme gestionali e istituzionali diverse, utilizzando la delega all'Unione o alla Comunità montana, la delega all'Azienda USL, il conferimento della funzione all'ASP o all'Azienda speciale o altro; e non spiega neppure la tendenza a suddividere il servizio sociale comunale in servizi specializzati per materia, autonomi dal punto di vista organizzativo.

Sicuramente il fatto che la Legge regionale n. 2/2003 di riforma del *welfare* non affronti minimamente la realtà del servizio sociale territoriale e focalizzi l'attenzione sullo Sportello sociale, non ha certo aiutato le politiche locali a imboccare strade omogenee e comuni.

Si è cercato di verificare se la storia della legislazione sociale regionale potrebbe avere avuto un influsso nel determinare le criticità attuali. Qualche conferma a questa ipotesi è stata trovata.

Fin dal 1972, anno successivo alla sua costituzione, la Regione Emilia-Romagna ha legiferato per dare un assetto organizzativo ai servizi sociali.¹³ Si possono individuare tre fasi storiche: l'era dei Consorzi socio-sanitari, la fase delle riforme organiche dell'intervento sociale, la fase attuale.

3.1. L'era dei Consorzi socio-sanitari

Nel periodo dal 1972 al 1979 la Regione, con numerosi provvedimenti legislativi, promuove e incentiva finanziariamente l'esercizio integrato da parte dei Comuni delle funzioni di assistenza e di quella che allora veniva denominata "medicina preventiva".

In questa fase si incoraggiano e sostengono i Consorzi socio-sanitari, che assicurano una gestione delle attività sociali e sanitarie dei Comuni assieme a quelle delle Province. In un periodo di grande espansione dei servizi, risulta molto positiva la forte relazione professionale tra gli operatori e la presenza di una visione organizzativa unitaria all'interno di una unica istituzione, governata dal Comitato di gestione, organo politico rappresentativo degli Enti consorziati.

Nei primi provvedimenti si prefigura la futura costituzione di Unità locali dei servizi sanitari e sociali.

Nel 1972, tra le materie rilevanti per l'intervento sociale si citano solo la tutela della maternità e dell'infanzia, la tutela della salute degli anziani e l'igiene mentale, cui si aggiungono nel 1974 gli interventi per la riabilitazione e il reinserimento degli handicappati.¹⁴

Nel 1975 la Regione si preoccupa di dare una sede ai servizi dei Consorzi socio-sanitari ed eroga contributi per la realizzazione di Centri socio-sanitari. È da notare che nella deliberazione¹⁵ non è più presente una articolazione della materia attinente all'intervento sociale, ma una denominazione unitaria - "servizi di assistenza sociale", segno che i Consorzi hanno maturato una visione integrata di questa materia.

Nel 1976 il Consiglio regionale dispone che i Consorzi socio-sanitari istituiscano e gestiscano il Servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia.¹⁶ Il Consultorio familiare è l'articolazione specifica di questo servizio sul territorio. È da notare che il Servizio è competente anche per la riabilitazione e integrazione sociale dei minori in

¹³ Legge regionale 11 novembre 1972, n. 10 "Istituzione di un fondo per la prevenzione nei settori della medicina ed assistenza".

¹⁴ Legge regionale 21 novembre 1974, n. 51 "Norme per il finanziamento dei servizi di prevenzione nei settori della medicina ed assistenza".

¹⁵ Legge regionale 16 gennaio 1975, n. 3 "Interventi per finanziamento dei centri socio - sanitari realizzati dagli enti locali e dai loro consorzi".

¹⁶ Legge regionale 10 giugno 1976, n. 22 "Istituzione del servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia".

situazione di handicap e per la lotta contro la droga e il recupero sociale dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope. Nell'organico del Servizio è prevista la figura dell'assistente sociale.

Questa Legge regionale è l'esplicita attuazione della Legge nazionale n. 405 del 29 luglio 1975. Se questo provvedimento produce un indirizzo unitario e coerente delle azioni sociali e sanitarie per la tutela della maternità e dell'infanzia, allo stesso tempo consolida un orientamento, ispirato dall'Opera nazionale maternità e infanzia (ONMI) negli anni '20 e peraltro mai superato, che tiene la programmazione e l'organizzazione delle politiche sociali per l'infanzia e la famiglia distinte dai servizi sociali per le altre fasce di popolazione.

Nel 1978, a seguito dell'emanazione del DPR n. 616/1977 che trasferisce alle Regioni e agli Enti locali funzioni amministrative dello Stato, la Legge regionale n. 10¹⁷ attribuisce ai Comuni le competenze e i beni dei disciolti Enti comunali di assistenza. Si evidenziano nel provvedimento alcune prestazioni economiche che non si sono integrate negli interventi dei Consorzi socio-sanitari e che i Comuni, in generale, continuano ad erogare direttamente. Le prestazioni più rilevanti sono:

- mantenimento degli inabili al lavoro;
- sussidi alle famiglie, alternativi al ricovero in istituto di indigenti, minorenni e dei profughi inabili;
- sussidi di assistenza e contributi per provvidenze eccezionali;
- distribuzione di materiale vario agli assistibili bisognosi.

Nella realtà questo si traduce nell'erogazione di sussidi a persone indigenti, in particolare anziani, e nel concorso nel pagamento delle rette per le case di riposo.

Nel 1979¹⁸ vengono delineati interventi a favore degli adulti in situazione di handicap, trasversali rispetto alle politiche sociali, del diritto allo studio, del lavoro, del sostegno all'associazionismo. Nella Legge regionale non si fa riferimento ai Consorzi socio-sanitari, anche perché è evidente che parte degli interventi previsti esulano dalle loro funzioni statutarie. Di conseguenza si consolida l'area degli interventi che i Comuni possono integrare nel sistema socio-sanitario o assicurare direttamente, senza integrarli organicamente con l'attuazione delle politiche sociali. Nello stesso anno la Legge regionale n. 30¹⁹ si occupa anche del potenziamento di servizi di assistenza sociale a favore delle persone anziane. È prevista l'erogazione di contributi, l'istituzione, il potenziamento e il funzionamento di servizi di assistenza domiciliare e la trasformazione

¹⁷ Legge regionale 17 febbraio 1978, n. 10 "Attribuzione ai Comuni delle funzioni, dei beni e dei rapporti patrimoniali dei disciolti EECCAA ai sensi dell'articolo 25 del DPR 24 luglio 1977, n. 616 e delle funzioni di organizzazione ed erogazione dei servizi di assistenza previste dal DPR 15 gennaio 1972, n. 9".

¹⁸ Legge regionale 29 dicembre 1979, n. 48 "Interventi per favorire l'autonomia economica e sociale di cittadini portatori di handicap".

¹⁹ Legge regionale 1 settembre 1979, n. 30 "Interventi promozionali per la realizzazione e il potenziamento di servizi di assistenza sociale a favore delle persone anziane".

delle case di riposo in case protette o l'istituzione di case protette. Nessuna delle due Leggi fa riferimento ai Consorzi socio-sanitari, ma alle associazioni dei Comuni.

L'emanazione della Legge n. 833/1978 che istituisce il Servizio sanitario nazionale ha ormai condannato i Consorzi socio-sanitari e ha istituito le USL, il cui organo politico è appunto l'assemblea dei Comuni.

Si chiude un'era in cui è stata sperimentata, pur con contraddizioni e limitazioni, una vera integrazione organizzativa tra sistema sociale e sistema sanitario e un'integrazione professionale tra operatori delle due aree.

3.2. La fase delle riforme organiche dell'intervento sociale

Dal 1980, anno di costituzione delle USL, al 2003 la Regione tenta più volte di dare un assetto coerente all'intervento sociale, ponendo al centro l'esigenza di superare la criticità - prodotta dalla legislazione sociale - di una così netta separazione istituzionale e organizzativa tra sanità e assistenza. Nel 1980 la Legge regionale n. 25²⁰ dà una prima definizione delle finalità di assistenza sociale:

- prevenire e rimuovere situazioni di bisogno, di abbandono, di emarginazione e di disagio sociale;
- favorire il mantenimento e il reinserimento del cittadino nel proprio nucleo familiare, ovvero l'inserimento in altro nucleo ritenuto idoneo e comunque nel proprio normale ambiente di vita.

Questi obiettivi sono realizzati mediante:

- interventi di sostegno economico;
- interventi e servizi anche domiciliari di supporto e integrazione del nucleo familiare, o di sostegno del singolo per qualunque ragione non autosufficiente;
- interventi e servizi territoriali di sostituzione del nucleo familiare.

La Legge regionale è preoccupata di regolare il trasferimento ai Comuni delle funzioni, del personale e dei beni dei disciolti Enti comunali di assistenza. L'assistenza sociale viene invece riorganizzata con una Legge regionale, che stabilisce un primo ordinamento delle USL.²¹

L'Unità sanitaria locale coordina e integra i propri servizi con quelli sociali esistenti nel territorio. Le USL sono programmate e regolate dalle associazioni dei Comuni attraverso l'Assemblea generale, e sono gestite da Comitati di gestione nominati dall'Assemblea, che, fra l'altro, hanno il compito di assicurare il coordinamento degli interventi sanitari e sociali connessi con la tutela della salute.

²⁰ Legge regionale 8 aprile 1980, n. 25 "Prime norme di attuazione del DPR 24 luglio 1977, n. 616, in materia di assistenza sociale".

²¹ Legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1 "Norme sull'associazione dei Comuni, sull'ordinamento delle Unità Sanitarie Locali e sul coordinamento dei servizi sanitari e sociali".

I Consorzi socio-sanitari sono sciolti e le loro funzioni sono trasferite alle USL, che quindi gestiscono anche i servizi sociali (inclusi quelli di competenza delle Province), prevalentemente attraverso il Servizio sociale e con contabilità separata da quella sanitaria. È previsto un responsabile del Servizio sociale, che partecipa agli Uffici di direzione.

Anche i servizi sanitari devono prevedere nella loro operatività funzioni sociali, attraverso l'utilizzazione integrata dei presidi, delle strutture e del personale, ivi compresi quelli di carattere sociale. Questo è particolarmente evidente in relazione al Servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia; ma anche il Servizio di igiene mentale deve assicurare il recupero e il reinserimento sociale dei ricoverati nelle istituzioni manicomiali; e il Servizio di medicina di base deve tenere in particolare conto le specifiche esigenze sanitarie della popolazione anziana e portatrice di handicap e, a tal fine, deve coordinarsi con l'organizzazione dei relativi interventi sociali.

Nel 1985 il Consiglio regionale ritorna sul riordino dell'assistenza sociale.²² Questa norma riconferma sostanzialmente la riforma del 1980, in un quadro di respiro più ampio, che dà attenzione alle iniziative promozionali, alla centralità della programmazione, alla territorialità degli interventi. Anche il ruolo del responsabile del Servizio sociale viene potenziato. Viene ribadita la gestione associata delle funzioni di assistenza sociale per il tramite delle USL, ma iniziano a comparire le prime titubanze, dato che la delega è obbligatoria solo per:

- l'assistenza sociale a maternità, infanzia, età evolutiva e alla famiglia;
- l'assistenza sociale inerente a prevenzione, a cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;
- la gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali per handicappati;
- la vigilanza sul funzionamento delle strutture e dei servizi pubblici e privati di assistenza sociale.

Conseguentemente i Comuni possono gestire direttamente gli interventi economici e l'assistenza agli anziani, inclusa la gestione delle strutture socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali destinate ai cittadini residenti nel territorio.

All'interno dell'USL le attività di assistenza sociale sono esercitate per il tramite del Servizio sociale, al quale possono essere affidate anche le attività sociali relative ai pazienti psichiatrici, ai tossicodipendenti e all'assistenza psicologica. Il Servizio sociale è articolato nei settori: famiglia, maternità, infanzia ed età evolutiva; adulti; anziani.

Nel 1989 una Legge regionale²³ estende e conferma l'attribuzione alle USL delle competenze in materie di tutela della maternità e infanzia attraverso i Consultori, con un intervento socio-assistenziale particolarmente esteso.

²² Legge regionale 12 gennaio 1985, n. 2 "Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale".

²³ Legge regionale 14 agosto 1989, n. 27 "Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli".

Sempre dal 1990, il Testo unico sull'ordinamento degli Enti locali (Legge n. 142) riconosce una piena competenza dei Comuni nell'esercizio delle proprie funzioni e, quindi, la cogenza della delega per il tramite delle USL viene superata: molti Comuni iniziano a ritirare le deleghe alle USL per specifici settori di intervento.

Nel 1994 la Legge regionale sugli anziani²⁴ prevede la costituzione di un Servizio assistenza anziani di ambito distrettuale, cui attribuire tutte le funzioni di assistenza socio-sanitaria per la non autosufficienza.

Nel 2003, viene approvata la Legge regionale²⁵ ancora vigente sull'assetto istituzionale e organizzativo del *welfare*. Le funzioni assistenziali della Provincia vengono trasferite ai Comuni, è confermata la possibilità per i Comuni di delegare all'Aziende USL le proprie funzioni, si auspica e incentiva una gestione associata delle funzioni in ambito distrettuale (ma non è obbligatoria). La novità è che la nascita delle ASP rende possibile per i Comuni una gestione del servizio sociale per il tramite dell'Azienda.

Incredibilmente la Legge non fa alcun riferimento al servizio sociale di base, ma centra l'attenzione solo sullo Sportello sociale.

3.3. Conclusioni

Nelle scelte organizzative che i Comuni fanno per il servizio sociale territoriale è dunque possibile riconoscere eredità dei passati orientamenti della legislazione regionale.

L'era dei Consorzi socio-sanitari è stata rievocata fino a pochi anni fa. La Regione, a partire dal 2005, ha assunto l'orientamento di non consentire alle AUSL di partecipare ad altre Aziende per la produzione dei servizi e, quindi, da allora non è stato più possibile prevedere istituzioni che gestiscano contemporaneamente i servizi sociali dei Comuni e i servizi socio-sanitari delle Aziende USL.

La delega della gestione dei servizi socio-assistenziali alle Aziende sanitarie (nel 1980 obbligatoria, dal 1985 parzialmente facoltativa, dal 2003 completamente facoltativa) ha lasciato una ancora rilevante eredità negli ambiti distrettuali. In assenza di norme regionali definite in materia di delega alle Aziende USL, è ancora possibile che i Comuni attribuiscono le deleghe senza coordinarsi in ambito distrettuale. È inoltre possibile che i singoli Comuni deleghino alle Aziende USL determinati settori di intervento sociale, compiendo scelte diverse per altri settori.

Del resto, sia la legislazione nazionale che quella regionale hanno la tendenza a normare gli interventi sociali e sanitari per specifici target di popolazione o per problematiche specifiche, prevedendo strutture organizzative e servizi specifici. Da questo orientamento legislativo sono nati servizi sanitari con rilevanti funzioni socio-assistenziali (per la verità piuttosto affievolite negli ultimi anni), ad esempio il SerT o il Consultorio familiare.

²⁴ Legge regionale 3 febbraio 1994, n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti".

²⁵ Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

I Comuni possono quindi trovare opportuno delegare all'Azienda USL le proprie funzioni in particolari aree sociali, ad esempio per dare unitarietà agli interventi per la maternità e l'infanzia, per la cura e la riabilitazione delle persone adulte con disabilità, per l'assistenza socio-sanitaria alle persone anziane (SAA). Queste scelte determinano la difficoltà a garantire un servizio sociale territoriale unitario, e conseguentemente una presa in carico complessiva delle situazioni personali, familiari, sociali più complesse. La ricomposizione dovrebbe essere garantita, secondo l'attuale sistema di *governance*, attraverso la programmazione di zona.

Anche la legislazione sull'assetto istituzionale locale può influire sulle scelte organizzative dei Comuni. Dal 1990 l'ordinamento degli Enti locali ha indotto molti Comuni a ritirarsi dal sistema di deleghe all'Azienda USL e a gestire direttamente i servizi sociali, magari utilizzando gli strumenti previsti da questa legislazione (istituzioni, Aziende speciali, Aziende consortili).

Più recentemente, la legislazione regionale sul riassetto istituzionale locale, che incentiva la costituzione delle Unioni dei Comuni, ha spinto diversi territori - non sempre coincidenti agli ambiti distrettuali - a utilizzare le proprie forme associative per la gestione del servizio sociale. In assenza di precise norme regionali in materia, l'attribuzione delle funzioni sociali alle Unioni e alle Comunità montane può avvenire per specifici ambiti di intervento.

Infine, alcune scelte organizzative dei Comuni sono state incentivate dagli strumenti di attuazione della legge regionale di riforma del *welfare*, non sempre interpretate secondo lo spirito originario. La gestione del servizio sociale è stata quindi conferita all'ASP, non sempre unitariamente, oppure lo Sportello sociale vive di una vita propria, non integrato con il servizio sociale professionale.

Queste criticità non sono di facile soluzione e, soprattutto, non possono essere affrontate dalla legislazione regionale senza ricercare una coerenza con gli attuali processi di riforma istituzionale e una condivisione delle scelte regionali con il sistema delle Autonomie locali.

Per complicare le cose, una visione moderna delle politiche sociali non può non avere un'ottica più ampia, integrando l'assistenza con gli interventi per l'educazione, l'istruzione, il diritto allo studio, la casa, il lavoro, ... Non sarebbe difficile dimostrare che, anche in questo caso, la legislazione sociale nazionale e quella regionale hanno separato - invece che integrato - la visione delle politiche.

4. Le mission del servizio sociale territoriale: i risultati dei focus group

4.1. Introduzione

Nelle pagine che seguono verranno illustrati i risultati dell'analisi qualitativa effettuata a integrazione della mappatura dei cui risultati si è discusso nel Capitolo 2, attraverso i 13 focus group che hanno interessato tutte le province della Regione Emilia-Romagna nei mesi di novembre e dicembre 2011. Allo scopo di facilitare la conversazione fra i partecipanti e aiutarli a focalizzare l'attenzione sugli argomenti in discussione, è stato utilizzato lo schema SWOT²⁶ con la divisione fra i fattori interni (*strengths* - punti di forza, *weaknesses* - punti di debolezza) e i fattori esterni (*opportunities* - opportunità, *threats* - minacce) che possono aiutare o ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo (ovvero la soddisfazione del criterio di qualità) (Figura 8).

Figura 8. Analisi SWOT

<p>Punti di forza</p> <p>Quali sono attualmente nella Sua Provincia gli elementi interni che possono aiutare a raggiungere l'obiettivo?</p>	<p>Punti di debolezza</p> <p>Quali sono attualmente nella Sua Provincia gli elementi interni che possono rendere più difficile il raggiungimento dell'obiettivo?</p>	i n t e r n i
<p>Opportunità</p> <p>Quali sono attualmente nella Sua Provincia gli elementi esterni (istituzionali, politici, normativi, socio-economici, tecnologici, ...) che possono aiutare a raggiungere l'obiettivo?</p>	<p>Minacce</p> <p>Quali sono attualmente nella Sua Provincia gli elementi esterni (istituzionali, politici, normativi, socio-economici, tecnologici, ...) che possono rendere più difficile il raggiungimento dell'obiettivo?</p>	
<p>Aiutano il raggiungimento dell'obiettivo</p>	<p>Allontanano dal raggiungimento dell'obiettivo</p>	

²⁶ La tecnica, tipicamente utilizzata nell'analisi organizzativa, è attribuita a Albert Humphrey.

I risultati sono riportati e commentati secondo l'ordine logico e tematico seguito durante la conduzione dei focus group: per ogni mission del servizio sociale territoriale individuata dal gruppo di lavoro durante i primi incontri - sistema di accesso; committenza; promozione di comunità - vengono esposti i punti forza e debolezza, seguiti dalle opportunità e dalle minacce evidenziati durante i focus group. Nonostante questa separazione concettuale, però, esistono dei margini di sovrapposizione delle tre mission (Figura 9). Anche in ragione di questo, oltre alle tre mission elencate sopra, durante gli incontri si è stimolata la discussione su un ulteriore aspetto che risulta trasversale alle tre: la qualità delle pratiche organizzative.

Figura 9. Sovrapposizione delle tre mission



4.2. Sistema di accesso e presa in carico

4.2.1. Primo accesso: punti di forza e punti di debolezza

Durante i focus group tutti i partecipanti hanno convenuto sul fatto che il primo accesso sia la parte più delicata e allo stesso tempo la più importante del rapporto con l'utente. Inoltre è emerso in maniera evidente come quella sul sistema di accesso fosse una riflessione portata avanti da molto tempo e con molto impegno anche a seguito dei provvedimenti che hanno disciplinato lo Sportello sociale (art. 7 della Legge regionale n. 2/2003).

Le discussioni si sono spesso concentrate sugli aspetti organizzativi del primo accesso: a chi compete questa fase? La gestione associata delle funzioni di accesso semplifica o complica le procedure? Che figura professionale è presente al primo accesso?

Nella maggior parte dei territori indagati il primo accesso coincide con la presenza dello Sportello sociale.

Gli sportelli sociali si connotano come punti unitari di accesso ai servizi sociali e socio - sanitari, nei quali il cittadino deve trovare risposta ai bisogni di informazione, ascolto - orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi e possa essere avviato verso percorsi di valutazione e presa in carico (...) La capillarità dell'informazione si realizza attraverso la diffusione delle sedi fisiche, ma anche attraverso l'ampliamento delle modalità di contatto, la visibilità e l'accessibilità, in modo da favorire il contatto con il maggior numero di cittadini (Ragazzini, Piccinini, 2011).

A detta della maggior parte dei partecipanti, infatti, la presenza dello Sportello sociale rappresenta uno strumento di garanzia di equità nell'accesso, che permette a tutti i cittadini di rivolgersi ai servizi nel modo più semplice e lineare possibile, anche se lo Sportello non è presente in tutte le sedi (dalla mappatura dei servizi sociali territoriali del 2011 risultava presente nell'85% (268) dei Comuni che hanno collaborato alla prima fase della ricerca²⁷). Alcuni Comuni, specialmente quelli con un numero ridotto di abitanti e che non hanno una gestione associata dei servizi sociali, lamentano di non avere le risorse economiche e umane per poter gestire uno Sportello sociale. In questi casi, quindi, l'accesso avviene direttamente dall'assistente sociale, con il rischio di sovraccarico di lavoro per il Servizio sociale professionale.

Le figure professionali impiegate

Le grandi differenze nella gestione dello Sportello si evidenziano nella scelta o meno (ancorché non sempre di scelta si tratta, in ragione dei vincoli sul personale esistenti al momento dell'introduzione dello Sportello sociale) di impiegare assistenti sociali nella fase di primo accesso. Si ricorda che dagli esiti del monitoraggio sugli Sportelli sociali in Emilia-Romagna (Ragazzini, Piccinini, 2011) risultava che il 67,2% degli Sportelli regionali utilizzasse impiegati amministrativi, il 49,8% assistenti sociali e il 30,1% altre figure professionali (operatori socio-sanitari, psicologi, educatori e mediatori);²⁸ inoltre risultava una forte omogeneità all'interno dei Distretti, probabile sintomo di una programmazione condivisa.

I territori che hanno optato per la figura dell'assistente sociale al primo accesso hanno argomentato la loro decisione affermando come sia questa la figura più appropriata ad avere il primo contatto con l'utente: ha infatti una formazione idonea al ruolo sui temi dell'empatia, dell'ascolto, dell'accoglienza ed è in grado di eseguire una prima lettura dei bisogni dell'utente. Inoltre, al cittadino che si rivolge all'assistente sociale viene data tempestiva risposta alle sue richieste: ciò non significa che all'utente viene erogata una prestazione o che viene immediatamente preso in carico, ma gli viene illustrato il quadro completo delle possibilità di intervento. Altri partecipanti hanno anche sostenuto che la

²⁷ Tale dato era pari a 75,6% nell'autunno del 2009 (Ragazzini, Piccinini, 2011).

²⁸ Le modalità non sono mutuamente esclusive, potendo lo Sportello impiegare diverse figure professionali.

presenza dell'assistente sociale al primo accesso eviterebbe il rischio che l'utente debba "raccontarsi due volte", una volta all'accesso e una seconda durante il colloquio con l'assistente sociale.

Coloro che invece, per esigenze organizzative e/o economiche (es. vincoli del patto di stabilità rispetto all'assunzione di nuovo personale, ricollocazione di operatori dipendenti, ...) si sono trovati nella condizione di dover impiegare una figura amministrativa al primo accesso, sono spesso soddisfatti della scelta. Preceduta da una preventiva formazione adeguata al nuovo ruolo da assumere, la scelta di impiegare tali figure risulta spesso vincente in quanto velocizza le pratiche di accesso e rende il sistema economicamente più vantaggioso: in questo caso, infatti, gli impiegati amministrativi fungono da filtro fra gli utenti e l'assistente sociale, evitano così di sovraccaricare il lavoro del Servizio sociale professionale. Un rischio piuttosto reale, a detta dei partecipanti, è tuttavia quello che il sistema di accesso diventi eccessivamente burocratico e poco attento all'ascolto, anche in ragione di un consistente aumento dell'utenza a causa del perdurare e aggravarsi della crisi economica.

Altri territori impiegano allo Sportello sociale le figure professionali più diverse: operatori socio-sanitari, ex cuochi, ex personale ATA (amministrativo, tecnico e ausiliario), mediatori. Dai partecipanti ai focus group sono state quindi confermate le due posizioni principali già evidenziate dal monitoraggio degli Sportelli.

Nel caso di servizi più consolidati, con riferimento alla presenza dell'assistente sociale allo sportello emergono due diverse posizioni. Vi sono alcuni territori nei quali questa scelta è considerata un punto di forza del servizio in quanto le competenze di questa figura professionale consentono un'adeguata lettura del bisogno e possono, nel caso, rispondere subito alla richiesta del cittadino; rispetto al cittadino inoltre questa scelta, secondo alcune assistenti sociali, è valutata positivamente nel momento in cui avendo parlato direttamente con l'assistente sociale ottiene subito una risposta al proprio bisogno senza ulteriori passaggi. Esiste tuttavia chi invece ha scelto di non mettere l'assistente sociale proprio per migliorarne il lavoro. L'assistente sociale libera da funzioni di mera informazione ha infatti la possibilità di focalizzarsi meglio sulle funzioni di valutazione del caso e presa in carico (Ragazzini, Piccinini, 2011).

Il punto di incontro fra queste posizioni, non in conflitto ma spesso dettate da esigenze organizzative e finanziarie, sta nella formazione necessaria all'esercizio della funzione di accesso, che riguarda gli assistenti sociali o gli impiegati amministrativi. I partecipanti agli incontri hanno tuttavia valutato la formazione come tasto dolente, soprattutto per quanto riguarda gli impiegati amministrativi e le altre figure. Nel 2009, infatti, solo il 44% degli operatori di Sportello dichiarava di avere partecipato a corsi di formazione e/o aggiornamento nei primi 8 mesi dell'anno (Ragazzini, Piccinini, 2011).

Come ribadito nella DGR n. 432/2008, la formazione deve avere un carattere interdisciplinare e interfunzionale e coinvolgere tutti i soggetti della rete integrata dell'accesso, per condividere linguaggi e prassi. Ragazzini e Piccinini affermano che (la formazione)

la si può pensare come una sorta di "coordinamento permanente", che offra agli operatori uno spazio nel quale ragionare su soluzioni e azioni comuni, realizzare momenti di confronto sui casi, portando crescita professionale dei singoli e apprendimento organizzativo e quindi crescita complessiva del sistema.

La gestione associata

Un'altra questione riguarda un aspetto istituzionale del sistema di accesso: a prescindere che l'accesso sia presidiato da un'assistente sociale o da un'altra figura, risulta essere un punto di forza - soprattutto per i Comuni più piccoli (con meno di 5.000 abitanti) - far parte di una gestione associata delle funzioni del servizio sociale territoriale. La gestione associata delle funzioni di accesso permette infatti di accentrare servizi e risorse: alcuni Comuni molto piccoli lamentano l'impossibilità di gestire con qualità la fase di accesso al servizio sociale territoriale per mancanza di risorse economiche ma soprattutto umane. La gestione associata dei servizi permetterebbe invece un forte presidio di questa fase.

Con la deliberazione della Giunta regionale n 2749/2003, la Regione si è impegnata a finanziare gli Enti che avviassero uno Sportello sociale possibilmente attraverso progetti condivisi di ambito distrettuale. Un ulteriore punto di forza è stato infatti individuato all'interno di quei Distretti in cui la progettazione dello Sportello non è a livello del singolo Comune ma del Distretto nella sua totalità.

Nei Comuni di dimensioni superiori spesso il problema non sussiste in quanto essi riescono a garantire con le loro forze un idoneo servizio di accesso.

Nei Comuni con gestione associata delle funzioni si trovano diverse combinazioni organizzative: chi ha un unico Sportello sociale nel territorio al quale si possono rivolgere i cittadini di tutti i Comuni facenti parte dell'associazione; chi invece ha deciso di mantenere all'interno di ogni Comune associato un punto di primo accesso. Quest'ultima modalità organizzativa, considerata da chi l'ha scelta un punto di forza del servizio, è motivata dalla volontà di mantenere i servizi legati al territorio (principio di territorialità del servizio) e di rendere il più semplice possibile l'accesso degli utenti, in quanto avrebbero all'interno del proprio Comune i servizi di cui necessitano. Un'ulteriore soluzione individuata è quella proposta dai Distretti di Casalecchio di Reno e di Rimini di permettere ai cittadini del Distretto di potersi rivolgere a qualsiasi Sportello sociale presente sul territorio distrettuale a prescindere dal Comune di residenza.

I vantaggi che la gestione associata dei servizi sociali porta non riguardano solamente la fase di accesso ma, come si vedrà successivamente, anche la presa in carico. Ragazzini e Piccinini (2011) riaffermano infatti il principio della conoscenza reciproca fra gli attori e della territorialità:

ciò che appare fondamentale oggi è quindi che tutti i soggetti presenti su un territorio si connettano tra loro, si conoscano e si riconoscano reciprocamente, per assolvere a questa funzione di informazione diffusa, evitando la proliferazione, senza un disegno preciso, di sedi informative ed evitando che il cittadino si confonda nella ricerca delle informazioni e pertanto venga ritardato nell'intraprendere il giusto percorso dentro i servizi.

L'esternalizzazione del primo accesso

Alcuni territori in Regione hanno invece deciso di esternalizzare le funzioni di accesso. Nella maggioranza dei casi la delega a un soggetto esterno al Comune (ASP, ASC, Cooperativa, ...) è vista come un punto di debolezza del sistema, in quanto il servizio sociale territoriale non sarebbe più in grado di leggere i bisogni della comunità e perderebbe il contatto storico con il territorio e, di conseguenza, la coscienza di ciò che il territorio necessita. La mancata lettura dei bisogni diventa una minaccia nel momento in cui nemmeno l'ente gestore si occupa di tale attività.

Ragazzini e Piccinini (2011) ritengono

difficilmente praticabile la scelta dell'esternalizzazione della gestione del servizio di sportello. E anche laddove questa scelta sia stata fatta per la necessità di sopperire a carenze strutturali e di risorse interne, diventa importante che si riaffermi in maniera netta la titolarità pubblica della funzione attraverso un'azione di indirizzo e coordinamento forte rispetto alle modalità organizzative del servizio, alla scelta e alla professionalità degli operatori, alla garanzia di raccordo con i servizi di valutazione e presa in carico e infine al controllo della qualità del servizio erogato.

Molti dei partecipanti ritengono che esternalizzando la funzione di accesso si possa avere una duplice e bidirezionale perdita: il cittadino perde il contatto con il servizio pubblico e, spesso, non sa esattamente a chi rivolgersi per le sue istanze, e il servizio pubblico rischia di non conoscere più il proprio territorio. Nonostante il parere negativo dato da molti all'esternalizzazione dell'accesso, sono stati comunque individuati alcuni territori che si dichiarano soddisfatti della delega completa (accesso compreso) a un soggetto terzo.

Orari di apertura e sedi

Un aspetto fortemente legato e condizionato dalle dinamiche organizzative e dalle risorse economiche e umane è quello dell'orario di apertura al pubblico dello Sportello sociale. A detta di tutti i partecipanti, un buon punto di accesso sarebbe rappresentato da uno Sportello aperto quotidianamente e con una reperibilità telefonica al di fuori degli orari di apertura prefissati. Molti territori, che su questo aspetto si definiscono virtuosi, sono stati in grado di garantire ai loro cittadini un servizio di questo tipo, anche se una buona parte dei servizi territoriali afferma di riuscire faticosamente a garantire un buon accesso per un paio di giorni a settimana.

Secondo gli esiti del primo monitoraggio (2009) il 70% circa degli Sportelli sociali ha un orario di apertura che non supera le 25 ore settimanali; mentre poco meno del 30% prevede un'apertura dalle 26 alle 36 ore e anche oltre.

Strettamente legata ai tempi e agli orari di apertura è la spinosa tematica delle strutture adibite al punto di accesso (anche se l'argomento può essere tranquillamente allargato agli altri spazi del servizio). Innanzitutto la riconoscibilità dell'accesso non è sempre garantita, in particolar modo per gli spazi - fortunatamente residuali - che si trovano all'interno di strutture sanitarie. In un paio di ambiti distrettuali lo Sportello sociale coincide con vecchi ambulatori ospedalieri in disuso che non permettono la riconoscibilità dello Sportello (cartellonistica inesistente) né un *setting* adeguato di relazione. In

secondo luogo è stata denunciata l'inadeguatezza di alcune strutture a garantire un agevole accesso per i portatori di handicap, un idoneo *setting* che permetta i colloqui e degli spazi confortevoli. Sono inoltre segnalate alcune difficoltà per gli utenti a raggiungere la struttura, per la mancanza di mezzi di trasporto e/o di parcheggio, ma anche e soprattutto perché mancano indicazioni chiare sulla modalità per raggiungere il servizio.

Il sistema informativo

Un tema particolarmente caro ai partecipanti ai focus group - anch'esso sugli *input* dell'organizzazione, ovvero le risorse di cui il servizio dispone - è quello del sistema informativo. La maggior parte dei territori indagati dispone di un sistema informativo del quale si ritiene soddisfatto; la soddisfazione spesso deriva dall'aver potuto modellare a priori il software scelto in base alle esigenze e alle peculiarità del servizio. Questo ha permesso agli operatori una gestione efficiente ed efficace dell'intero percorso dell'utente dal primo accesso fino alla completa gestione del caso.

In alcuni territori, tuttavia, non è disponibile un software per governare facilmente il percorso: questo accade più frequentemente nei Comuni più piccoli (anche se con alcune eccezioni) che spesso lamentano, oltre alla mancanza di un sistema informativo, la mancanza di vere e proprie attrezzature informatiche. Altri invece si dichiarano non soddisfatti del software adottato in quanto non è "perfettamente cucito" sulle caratteristiche del servizio e quindi non permette agli operatori di utilizzarlo appieno e al massimo delle potenzialità.

Oltre alla presenza di un sistema informativo, la questione dell'integrazione dei sistemi informativi, utile soprattutto nella fase di accesso ai servizi, risulta essere un argomento piuttosto ostico: solo pochi territori affermano di avere un sistema informativo pienamente integrato, ad esempio con sanità. L'integrazione con il sistema sanitario è più frequente, per ovvi motivi, nel momento in cui l'Azienda USL del territorio è soggetto di delega di una o più aree del servizio sociale territoriale.

L'integrazione, però, non è necessaria solamente fra il servizio e gli Enti esterni, ma soprattutto fra i servizi interni al Comune, in particolar modo tra i servizi alla persona, ad esempio con il settore Scuola o con il settore Casa. Avere un sistema informativo integrato consente di avere un quadro completo della situazione sociale e sanitaria dell'utente e di non disperdere risorse moltiplicando gli interventi; l'integrazione dei servizi intra-comunali risulta essere un desiderio di tutti i territori indagati ma è realizzato solo da pochi.

Concludendo, un'ultima riflessione che ha caratterizzato le discussioni fra i partecipanti ai focus riguarda la collaborazione con gli altri punti di accesso presenti nel territorio. La consapevolezza da parte dei servizi di non essere l'unico punto di accesso degli utenti è abbastanza radicata, tanto da riconoscere quanto sia importante collaborare con gli altri nodi della rete come gli sportelli o i servizi a bassa soglia (dormitori, unità di strada, ...) gestiti da organizzazioni del Terzo settore e/o organizzazioni di stampo confessionale. Le

positive esperienze di alcuni servizi sociali territoriali che hanno partecipato agli incontri rivelano quindi quanto sia importante, e a volte necessario, creare un'unica rete di accesso disposta a collaborare e a co-progettare insieme.

Elementi ritenuti di qualità dai partecipanti ai focus group relativamente al primo accesso (a prescindere dalle diverse formule organizzative individuate negli ambiti distrettuali)

- Presenza dello Sportello sociale
- Presenza di personale (sia assistente sociale o impiegato amministrativo) competente e formato sull'organizzazione dei servizi sociali, sulle tematiche dell'ascolto, dell'empatia e dell'accoglienza
- Presenza dello Sportello sociale in ogni territorio comunale (anche se in gestione associata)
- Apertura giornaliera dello Sportello e/o reperibilità telefonica
- Sportello sociale integrato con il Servizio sociale professionale e con gli altri servizi alla persona del Comune e/o di altri Enti (educazione, casa, lavoro, sanità, ...)
- Importanza degli ambienti dedicati al primo accesso: spazi confortevoli, garanzia della privacy e riconoscibilità della struttura
- Presenza di un software che governi il percorso dall'accesso alla gestione del caso
- Collaborazione con gli altri punti di accesso del territorio

4.2.2. Presa in carico: punti di forza e punti di debolezza

Su alcune tematiche, che risultano trasversali a tutti gli argomenti affrontati durante i focus group (accesso e presa in carico, committenza e promozione della comunità) e di cui si è già trattato (importanza di avere un sistema informativo integrato, importanza del setting e del comfort degli spazi), non ci si dilungherà ulteriormente. Si considera ora ciò che è specifico e peculiare della presa in carico dell'utente da parte del servizio sociale territoriale.

Anche la presa in carico, così come il sistema di accesso, risente molto delle scelte organizzative adottate dai territori: la gestione della presa in carico dipende in larga parte da ciò che avviene nel passaggio precedente, ovvero al primo accesso. Se il primo accesso è governato da assistenti sociali, il più delle volte nel momento della presa in carico l'assistente sociale possiede alcune informazioni di contesto e una minima lettura dei bisogni che può immediatamente utilizzare. Al contrario, se la figura professionale presente all'accesso è un impiegato amministrativo (o altra figura diversa dall'assistente sociale), l'assistente sociale incaricato dovrà - al momento della presa in carico - fare un'approfondita lettura del bisogno.

Equità

A prescindere dalle dinamiche organizzative proprie di ogni servizio, un aspetto comune ai partecipanti è l'importanza conferita alla presenza di procedure e regolamenti interni al servizio che garantiscano l'omogeneità e l'equità degli interventi. Grazie alla presenza e all'utilizzo di procedure, si riuscirebbe infatti a limitare il più possibile la discrezionalità del singolo operatore garantendo parità di trattamento a tutti gli utenti. Il tema dell'equità

all'interno del servizio sociale territoriale è stato affrontato spesso e gli spunti di riflessione sono stati molti e ricchi. I partecipanti ritengono l'equità un principio fondamentale che deve ispirare e orientare i servizi, ma sottolineano che essa non va intesa esclusivamente come garanzia di giustizia e omogeneità di trattamento fra gli utenti all'interno di uno specifico target (a parità di condizioni i signori Rossi e Bianchi, entrambi anziani non autosufficienti, riceveranno le stesse prestazioni), bensì anche come equità fra target diversi. Dalle discussioni è infatti emerso che i servizi sono abbastanza equi nella distribuzione delle risorse fra "pari", ma che la distribuzione delle risorse fra target è visibilmente sbilanciata verso anziani e minori a discapito di altre aree come il disagio adulto e la salute mentale. Per queste aree, meno codificate e normate (soprattutto la prima), le risorse sarebbero decisamente inferiori e, di conseguenza, il lavoro con questa tipologia di utenti sarebbe quasi completamente lasciato alla fantasia e alla creatività degli operatori, con l'aggravante che si tratta di situazioni in considerevole aumento, anche in conseguenza del perdurare e dell'aggravarsi della crisi economica.

Un'ulteriore difficoltà esposta da molti territori riguarda l'incapacità del servizio di intercettare la cosiddetta "area grigia di utenza", ovvero tutti coloro che non si rivolgono ai servizi ma che possono essere considerati soggetti a rischio. È un'attività preventiva che funziona solamente se il servizio è in grado di avere antenne attive sul territorio per intercettare i bisogni e le fragilità. Su questa tematica sono state individuate alcune esperienze interessanti che mirano proprio a individuare tutti coloro che - per qualsiasi motivo - non si rivolgerebbero al servizio sociale territoriale pur essendo in situazioni *borderline*.

Un altro aspetto rilevante riguarda l'equità territoriale: un'esigenza esposta dai partecipanti è infatti quella di garantire l'omogeneità all'interno di un dato territorio (ad esempio l'ambito distrettuale). A questo proposito è stato sottolineato come la gestione associata dei servizi sociali possa favorire una maggiore omogeneità di regolamenti di accesso, delle procedure e della contribuzione all'interno del Distretto.

Collaborazione con i nodi della rete

Un secondo aspetto condiviso dai partecipanti ai focus group riguarda l'importanza di collaborare con i nodi della rete, intendendo sia i soggetti/attori interni al servizio pubblico (altri Uffici comunali) sia quelli esterni al servizio (Terzo settore, scuola, sanità, sindacati, Parrocchia, ...). Un nodo particolarmente vicino ai servizi sociali è quello della sanità: l'integrazione socio-sanitaria, diventata ormai una modalità di lavoro efficace che permette di mescolare le esperienze e le competenze, ha permesso positive forme di coordinamento e di co-progettazione fra i servizi sociali territoriali e le Aziende USL. Durante i focus group sono state presentate diverse interessanti esperienze di una riuscita integrazione socio-sanitaria; le *équipe* multidisciplinari e le unità di valutazione multi professionale derivano da questa modalità di collaborazione.

Confronto fra operatori e supervisione

Rimanendo nell'ambito delle collaborazioni, una problematica che spesso è stata descritta da alcuni partecipanti ai focus group riguarda la solitudine dell'assistente sociale e l'impossibilità di confronto con altri professionisti. Questa realtà riguarda soprattutto i piccoli Comuni (spesso non associati) all'interno dei quali lavora solamente un assistente sociale, magari anche a scavalco fra più Comuni. Anche se è una difficoltà riscontrata soprattutto nelle piccole realtà, non mancano territori più grandi e con organizzazioni più complesse che sentono comunque la mancanza di opportunità di confronto: nonostante in questi contesti le possibilità di incontro siano varie, manca tuttavia l'abitudine e/o l'interesse al confronto e alla visione condivisa. Risulta quasi generalmente assente la supervisione.

Tendenzialmente comunque, più aumentano le dimensioni del Comune, più si riscontra una buona propensione al dialogo e alla cooperazione, sia fra assistenti sociali che fra diverse figure professionali. Esempio di questo sono le *équipes* multidisciplinari composte da assistenti sociali, pedagogisti, psicologi, sociologi ed educatori.

Elementi ritenuti di qualità dai partecipanti ai focus group relativamente alla presa in carico

- Presenza di procedure e di regolamenti all'interno del servizio che garantiscano standard ed equità di intervento
- Buona integrazione socio-sanitaria che permette il coordinamento, la co-progettazione e lo scambio di conoscenze e competenze
- Presenza di un sistema informativo integrato
- Presenza di *équipes* di lavoro multiprofessionali
- Importanza degli ambienti dedicati ai colloqui: spazi confortevoli, garanzia della privacy e riconoscibilità della struttura
- Capacità del servizio sociale territoriale di avere antenne attive sul territorio e di esplorare la cosiddetta "area grigia di utenza" che non si rivolge direttamente ai servizi, intercettando precocemente le situazioni di bisogno

4.2.3. Accesso e presa in carico: opportunità e minacce

Si affronta ora un aspetto che non è di diretta responsabilità dei servizi sociali territoriali, ma di cui essi devono tenere in considerazione gli effetti si tratta delle opportunità e delle minacce provenienti dal mondo esterno, che il servizio deve rispettivamente saper cogliere o sapersi difendere per realizzare più agevolmente le proprie finalità.

Le opportunità e le minacce individuate dai partecipanti ai 13 focus group possono essere classificate in cinque tipologie a seconda che si riferiscano a fattori di ordine economico, normativo, formativo, politico.

La più grande minaccia individuata, come si può facilmente immaginare, riguarda la contrazione delle risorse che sta colpendo i servizi sociali e socio-sanitari, a partire da

quelle nazionali dove è evidente la diminuzione dei Fondi sociali nazionali,²⁹ per arrivare a quelle locali in ragione anche dei limiti di spesa imposti dai vincoli del patto di stabilità. La mancanza di risorse economiche è necessariamente vista come un fattore negativo che rischia di compromettere la programmazione annuale e la nascita di progetti a lunga durata, e, soprattutto, limita la capacità di intervenire rispetto a una domanda che per gli stessi motivi è andata diversificandosi nelle caratteristiche e aumentando in numero. Oltre a non permettere di sperimentare il nuovo, tale mancanza a volte costringe anche a chiudere progetti già avviati negli anni precedenti e a diminuire il numero dei servizi offerti agli utenti (con il rischio di prolungare inevitabilmente le liste d'attesa).

Un'ulteriore difficoltà che si è aggiunta alla contrazione delle risorse è legata al progressivo irrigidirsi dei vincoli del Patto di stabilità nei cui parametri gli Enti locali devono rientrare, pena la decurtazione dei trasferimenti statali.

La mancanza di risorse economiche porta quindi a una maggiore difficoltà di programmazione, all'impossibilità di avviare nuovi progetti e a volte a sospendere quelli già avviati, alla mancanza di personale e alla diminuzione della rosa di servizi offerti. La crisi economica però, oltre ad avere colpito i servizi pubblici, ha interessato anche le famiglie. Si è così ampliata nel numero e differenziata nelle caratteristiche la tipologia di utenza che si rivolge al servizio sociale territoriale (non solo casi sociali con problematiche psico-socio-educative, ma anche molte persone che semplicemente si trovano senza mezzi di sussistenza per la perdita del lavoro), con tutto ciò che questo comporta: il cambiamento della tipologia di utenza necessita infatti di una revisione degli strumenti (normativi, pratici e formativi) a disposizione degli assistenti sociali. Il rischio che la staticità degli strumenti porta con sé è, a detta dei partecipanti, che si dia risposta soltanto a ciò che è codificato (e quindi che si può erogare) e non a ciò che è realmente urgente.

La crisi economica è stata tuttavia considerata anche come opportunità di riflessione e di cambiamento. La contrazione delle risorse potrebbe rappresentare un buon motivo per provare a sperimentare nuove modalità di lavoro e di organizzazione del servizio e un nuovo modo di approcciarsi all'utente; potrebbe inoltre rappresentare per la Regione uno stimolo per avviare una riflessione sui servizi sociali territoriali. In un paio di focus group, è emerso anche il tema dei livelli essenziali di assistenza: secondo alcuni partecipanti, l'attuale momento di crisi economica e la riduzione costante delle risorse dedicate ai servizi sociali rappresenterebbe un'occasione per riconsiderare e riflettere su cosa debba essere realmente considerato come livello essenziale di assistenza; e potrebbe essere una opportunità di ripensare al modello organizzativo regionale basato sui target, favorendo un lavoro focalizzato sui bisogni.

Il tema della normativa regionale è emblematico: una normativa forte e vincolante è percepita in alcuni casi come una minaccia al buon funzionamento del sistema di accesso e di presa in carico, in altri casi come un'opportunità. Chi la intende come minaccia la

²⁹ Lo stanziamento complessivo è sceso dai 1,6 miliardi di Euro nel 2007 ai 0,4 miliardi di Euro nel 2011.

considera un limite all'autonomia dei territori e alla possibilità di gestire Sportello sociale e accesso in base alle specificità territoriali, alle tradizioni e alle caratteristiche organizzative di ogni singolo servizio; specularmente, è vista come un'opportunità in quanto garantirebbe una maggiore omogeneità di azione a livello regionale (soprattutto per quanto riguarda gli Sportelli sociali) e quindi una maggiore equità di accesso.

A livello normativo, anche l'approvazione del Decreto legge n. 78/2010 convertito nella Legge n. 122/2010 può essere considerata come un'opportunità di crescita per i servizi sociali territoriali: tale provvedimento ha infatti introdotto l'obbligatorietà della gestione associata delle funzioni fondamentali (compreso il settore sociale) per i piccoli Comuni (sotto i 5.000 abitanti).³⁰ La manovra finanziaria del luglio 2011 (Decreto legge n. 98/2011) ha impresso un'ulteriore accelerazione ai tempi di realizzazione di questa riforma, con la quale dovranno confrontarsi la maggior parte dei Comuni che ricadono nella fascia demografica considerata e che ad oggi non hanno una gestione associata dei servizi sociali.

Considerata attualmente perlopiù come una minaccia è invece la questione della formazione degli assistenti sociali: secondo un'opinione diffusa fra i partecipanti agli incontri, le nuove leve dei servizi sociali non sarebbero state opportunamente formate da parte del sistema universitario. La formazione è considerata carente soprattutto sulla metodologia dell'intervento sociale e sulle attività di promozione della comunità, e risulta eccessivamente orientata alle prestazioni.

Le carenze formative riguardano anche i percorsi di formazione della classe politica: gli amministratori non avrebbero sempre un'adeguata formazione al ruolo e non avrebbero le capacità indispensabili al sostegno politico dei servizi sociali, stante anche la complessità della materia. I partecipanti hanno dichiarato di avere spesso la sensazione che l'apparato politico si limiti a "mettere le pezze" dove si riscontrano delle problematiche, anche con molta e apprezzabile buona volontà, ma non viene promossa una riflessione condivisa a lungo termine, né viene fatta alcuna programmazione. Ciò si verifica soprattutto nei piccoli Comuni, dove c'è anche il rischio che l'Assessore di riferimento diventi "un assistente sociale aggiunto" contravvenendo a quella separazione fra ruolo tecnico e ruolo politico che i Decreti Bassanini hanno più volte ribadito. L'aspetto politico è chiaramente da non sottovalutare anche perché rischia di minare altri processi: ad esempio, la percezione di una possibile perdita di potere da parte degli amministratori nel passaggio alla gestione associata dei servizi sociali (es. Unione) può addirittura mettere in discussione la scelta stessa dell'Unione.

³⁰ Art. 14, commi 25-31.

4.3. Committenza

4.3.1. Punti forza e punti debolezza

In questo Paragrafo viene trattato l'argomento della committenza, ovvero della funzione dei Comuni e del servizio sociale territoriale di programmazione degli obiettivi di produzione ai diversi soggetti che realizzano interamente o in parte i servizi. Vengono presentate le riflessioni dei partecipanti ai 13 focus group sulle due dimensioni entro cui la committenza può essere analizzata: committenza istituzionale e committenza gestionale.

La committenza istituzionale si traduce nei rapporti formali di fornitura di servizi e prestazioni fra il servizio sociale territoriale (da ora chiamato committente) e i fornitori di servizi; in questa dimensione rientrano quindi le modalità attraverso le quali vengono stipulati gli affidamenti, gli appalti, i contratti di servizio, l'accreditamento e tutto ciò che ruota attorno alla definizione formale del rapporto.

La committenza gestionale si esplica invece nei rapporti formali e informali che si instaurano fra il servizio sociale territoriale e i fornitori del singolo servizio: si tratta quindi della definizione dei processi, della progettazione e della verifica e monitoraggio. Si parla di committenza gestionale anche per quanto riguarda la concretezza del rapporto che si instaura fra assistente sociale responsabile del caso e fornitore sul singolo utente: ovvero ciò che riguarda l'organizzazione pratica e quotidiana del servizio all'utente.

Committenza istituzionale

Durante i focus group i partecipanti sono stati stimolati a raccontare come si sentissero rispettivamente nel ruolo di committente o di fornitore e quali fossero i rispettivi punti di forza e di debolezza nelle realtà territoriali di appartenenza. Un elemento che ha accomunato molti è stata la riflessione riguardante la grande difficoltà da parte dei servizi sociali territoriali di sentirsi pienamente a proprio agio nel ruolo di committente. I servizi pubblici sono infatti storicamente nati con il ruolo di erogatori puri di servizi: a detta di molti assistenti sociali presenti agli incontri, nonostante il processo di separazione fra programmazione e produzione dei servizi che ha dato origine al cosiddetto *welfare mix* sia ormai datato, i servizi sociali territoriali si sentono ancora troppo spesso deboli e non a proprio agio. Si sentono impreparati ad adempiere perfettamente a questo ruolo, nonostante sia ormai da tempo diffusa la pratica di affidare all'esterno l'erogazione di alcuni servizi. Il punto di debolezza maggiore riguarda la scarsa propensione e capacità da parte dei servizi sociali territoriali all'attività di monitoraggio e di verifica nei confronti dei fornitori: alcuni operatori hanno sottolineato la necessità di percorsi formativi *ad hoc* che forniscano a questi servizi le modalità e gli strumenti per poter verificare la qualità delle prestazioni erogate dai loro fornitori. Sarebbe necessaria una "sana cultura del controllo", che può essere volano per incentivare anche i fornitori a rendere visibile ai propri committenti la qualità dei servizi offerti.

Le debolezze lamentate dai servizi non riguardano soltanto la capacità di incarnare appieno il ruolo di committente ma anche e soprattutto la perdita di *know how* derivante dall'affidamento completo di alcuni servizi a terzi, rispetto sia alla conoscenza dei bisogni sia alle modalità di intervento e alle relative competenze richieste. Esternalizzando in toto i servizi, infatti, i servizi sociali territoriali perderebbero contatto e conoscenza sulla natura dei servizi erogati e sugli utenti coinvolti, tanto più in assenza/carenza di adeguati meccanismi di monitoraggio e di verifica. Sembra quindi esserci ancora una resistenza (in assenza di opportuni meccanismi correttivi) sull'adeguatezza di attivare dei processi di committenza in ambito sociale e socio-sanitario.

Il rapporto di committenza, però, non rivela solo prospettive negative. Molti partecipanti hanno riferito che negli anni si è creato fra gli operatori un sapere condiviso forte, grazie alla collaborazione, alla co-progettazione e allo scambio di conoscenze e competenze. È inoltre emerso che la continuità e la stabilità dei fornitori che erogano i servizi favoriscono l'instaurazione di rapporti di fiducia e di scambio fra le parti. Questo incentiverebbe la pratica della progettazione condivisa (sia in fase di avvio del servizio che in itinere) e faciliterebbe i rapporti fra committente e fornitore. A supporto di questa tesi, secondo il parere di alcuni partecipanti il fornitore spesso non è incentivato a mettere in campo tutte le proprie capacità progettuali se non ha adeguate garanzie a medio-lungo termine, in quanto non ne trarrebbe una reale convenienza. Anche la territorialità dei fornitori diventa un grande punto di forza dei servizi, in quanto porterebbe un duplice vantaggio: gli assistenti sociali sarebbero facilitati nella loro attività sui singoli casi anche dopo la presa in carico, e il servizio ne gioverebbe in quanto più volte è stata ribadita l'importanza che il fornitore conosca il territorio sul quale opera anche per discernere correttamente i bisogni e le necessità.

Un ultimo punto di debolezza evidenziato durante i focus group riguarda l'aspetto economico della committenza. Ciò che viene lamentato da molti rappresentanti dei servizi è che spesso la tanto proclamata co-progettazione è in realtà una mera negoziazione economica delle quantità e dei costi, che sempre più spesso, in una logica di contenimento dei costi, tende al massimo ribasso a discapito della qualità del servizio offerto ai cittadini.

Elementi ritenuti di qualità dai partecipanti ai focus group relativamente al processo di committenza istituzionale

- Attività di monitoraggio e verifica costanti da parte del servizio sociale territoriale in qualità di committente
- Qualificazione degli operatori dei servizi sociali territoriali sulle tematiche della committenza
- Progettazione e definizione condivisa degli obiettivi fra servizi sociali territoriali e fornitori
- Principio di territorialità nella scelta dei fornitori

Committenza gestionale

Sul livello gestionale i rapporti di committenza si esplicitano in particolare nella progettazione e gestione della quotidianità dell'utente. Un punto di forza in molti territori i cui rappresentanti hanno partecipato agli incontri risulta essere riuscire a instaurare un buon rapporto di collaborazione fra committente e fornitore sul singolo caso. La buona e proficua collaborazione si esplicita spesso nella co-progettazione dell'intervento e, meno spesso, nel monitoraggio condiviso in itinere: ciò significa che la prestazione all'utente non viene stabilita solamente dal committente ma attraverso un percorso decisionale condiviso fra chi ha preso in carico l'utente e chi si occuperà quotidianamente dell'erogazione del servizio. Numerosi sono stati gli esempi di territori virtuosi nei quali questo processo di collaborazione fra committente e fornitore è già stato avviato con successo. Alcune cooperative operanti nel territorio regionale, ad esempio, sostengono di avere instaurato fruttuosi rapporti con i servizi sociali territoriali in quanto i due attori riescono a garantire una comunicazione bidirezionale e continua sul caso. In un Distretto della Romagna, invece, la co-progettazione avviene fra più attori, coinvolgendo oltre all'assistente sociale responsabile del caso e al responsabile del caso per il fornitore (nel caso specifico una cooperativa), anche l'utente e la sua famiglia. Ad esempio, nel caso delle case protette, le visite all'utente avvengono congiuntamente con la presenza dell'assistente sociale del Comune e del responsabile del caso della cooperativa. In un'altra situazione, i partecipanti si sono detti molto soddisfatti nei rapporti con i loro fornitori in quanto nella provincia è ormai diffusa e praticata da decenni una co-progettazione fra le parti che permette ai servizi di "vivere oggi (quasi) di rendita", anche in un periodo di crisi come quello attuale. Gli stessi riferiscono che il sistema tradizionale praticato ha permesso e permette tuttora di far convogliare sul caso competenze e contributi provenienti da più attori diversi.

La co-progettazione sembra quindi essere un valore abbastanza presente e perseguito nel territorio regionale, soprattutto nell'ultimo decennio. A tal proposito un partecipante ha sottolineato un significativo cambiamento nella cultura della committenza: in passato spesso il ruolo del fornitore veniva inteso dal servizio pubblico come un semplice intermediatore di manodopera, mentre negli ultimi anni si è presa consapevolezza dell'importanza di sviluppare un lavoro congiunto, riconoscendo la professionalità del lavoro dei fornitori.

La progettazione condivisa è dunque una pratica piuttosto diffusa in Regione; ciò non vale invece per la collaborazione in itinere fra assistente sociale del servizio sociale territoriale e fornitore e, di conseguenza, neppure per la continuità sul caso. La mancanza di un presidio sul caso da parte degli assistenti sociali - con carattere continuativo nel tempo e non limitato al momento della presa in carico - si verifica più spesso nei rapporti con le case protette per anziani e nei servizi di assistenza domiciliare (SAD) e assistenza domiciliare integrata (ADI); di conseguenza i soggetti gestori si trovano da soli a dovere gestire le problematiche che insorgono, e la stessa difficoltà è percepita dagli utenti. A giustificazione di questa situazione, molti rappresentanti dei servizi pubblici lamentano di non avere sufficiente tempo e risorse per poter garantire una continuità nel seguire il caso dopo la presa in carico (e quindi l'ingresso dell'utente nella struttura o l'avvio del

servizio); spesso accade che l'assistente sociale riveda il caso solamente a seguito di lamentele da parte dell'utente e/o dei familiari o solo in casi particolari e di emergenza.

Questo punto di debolezza del sistema risulta essere molto frequente soprattutto nei servizi per anziani; nei servizi per minori invece la presenza dell'assistente sociale è quasi ovunque garantita. La difficoltà nel rapporto con le strutture per minori è invece di natura logistica: a volte occorre rivolgersi a strutture lontane geograficamente dal servizio sociale territoriale che li ha presi in carico; per l'assistente sociale responsabile del caso diventa quindi difficile e dispendioso effettuare periodicamente le visite di prassi presso le strutture. Viene ribadita quindi l'importanza per il servizio sociale territoriale di poter contare su fornitori territorialmente vicini. A questo proposito, un elemento importantissimo di qualità riguarda la possibilità per l'assistente sociale responsabile del caso di avere presso ogni struttura (ma anche per ogni servizio) uno specularare responsabile del caso al quale potersi rivolgere per qualsiasi necessità.

Secondo i partecipanti, un elemento che sicuramente semplificherebbe i rapporti fra le parti sarebbe la cartella informatizzata condivisa fra committente e fornitore, che possa garantire a entrambi un agevole utilizzo delle informazioni riguardanti l'utente.

Un ulteriore punto di debolezza nel sistema di committenza gestionale riguarda la mancanza di chiarezza nei confronti dell'utente su chi abbia la responsabilità del servizio erogato: il servizio sociale territoriale o il fornitore? I partecipanti hanno spesso raccontato come gli utenti si trovino a volte spiazzati di fronte alla complessità di questa lunga filiera delle responsabilità dentro la quale sono inevitabilmente inseriti. In caso di necessità, l'utente non sa con chiarezza a chi rivolgersi; situazione simile si verifica, specialmente nei casi di integrazione socio-sanitaria, quando sullo stesso caso sono presenti due responsabili (uno sociale e uno sanitario).

Un altro elemento di debolezza - che è stato contemporaneamente indicato come punto sul quale focalizzarsi e investire per il futuro - è rappresentato dall'assenza di protocolli operativi. Secondo i partecipanti, la stesura e il rispetto di protocolli operativi che regolino le attività e i rapporti fra i servizi sociali territoriali e i fornitori sui singoli casi limiterebbe notevolmente la discrezionalità di comportamento fra operatori dei diversi servizi e renderebbe anche più chiaro all'utenza il sistema delle responsabilità. In alcuni territori, la collaborazione e la co-progettazione sul singolo utente non sono ancora una prassi consolidata ma dipendono ancora dalle persone e di conseguenza dai rapporti che queste instaurano fra di loro. È chiaro tuttavia che la qualità di un servizio non può basarsi esclusivamente sulla buona volontà delle persone.

I protocolli in questione potrebbero incidere positivamente anche su un altro elemento di debolezza, ovvero la scarsa propensione al monitoraggio e alla valutazione, sia per la mancanza di strumenti adeguati, sia soprattutto per una carenza di ordine "culturale" (in parte già evidenziata anche sopra rispetto alla committenza istituzionale), prova ne sia il fatto che spesso si pensa al monitoraggio e alla valutazione solo alla fine e non fin dall'inizio dalla presa in carico.

Elementi ritenuti di qualità dai partecipanti ai focus group relativamente al processo di committenza gestionale

- Presenza di protocolli operativi condivisi fra committente e fornitore
- Chiarezza dei riferimenti per l'utenza rispetto al sistema di responsabilità
- Co-progettazione e collaborazione fra le parti: il committente e il fornitore (ma anche l'utente e la sua famiglia)
- Continuità e presidio sul caso da parte dei servizi sociali territoriali
- Presenza di una cartella utente condivisa fra committente e fornitore
- Continuità dei fornitori che lavorano con il servizio

4.3.2. Opportunità e minacce

Anche per la committenza, come già per il sistema di accesso e di presa in carico, le opportunità e le minacce - ovvero i fattori esterni che possono rispettivamente aiutare o minacciare la capacità del servizio sociale territoriale di rispondere alla sua mission di committente (istituzionale e gestionale) - si possono suddividere in più categorie:

- economiche,
- culturali,
- formative.

Aspetti economici

Negli ultimi periodi la questione economica preoccupa molto i servizi sociali territoriali: una minaccia piuttosto sentita è quella della ulteriore contrazione delle risorse a disposizione degli Enti locali e quindi dell'impossibilità di soddisfare appieno le richieste che provengono dagli utenti, che sono nel contempo aumentate nel numero (in ragione della crisi economica) e differenziate nella tipologia (casa, lavoro, ...). Vi è il concreto rischio che l'aumento dei casi da seguire - a parità di risorse - produca come effetto che la richiesta dei servizi sociali territoriali ai fornitori di seguire più casi a parità di budget, a ovvio discapito della qualità del servizio offerto all'utenza, oppure che i servizi tendano a privilegiare il criterio del massimo ribasso nell'assegnazione dei servizi, penalizzando anche in questo caso l'utenza rispetto alla qualità del servizio di cura. Secondo alcuni, inoltre, la carenza di risorse umane minerebbe il lavoro in *équipe* e la possibilità di una progettazione condivisa e di stabile collaborazione.

La riduzione delle risorse a disposizione assume chiaramente connotati di problematicità anche per i fornitori, non solo perché ci sono meno fondi complessivamente disponibili, ma anche perché il ruolo del Terzo settore rischia di essere marginalizzato, con una conseguente minore capacità di incidere sulle scelte. Come ricorda Pasquinelli (2011),

In questi anni, Comuni e ASL sono diventati sempre più centrali di acquisto di servizi prodotti da altri, per diversi motivi, tra cui spiccano le convenienze anche economiche rispetto a una gestione diretta. Se l'Ente Locale si specializza nelle funzioni di programmazione e acquisto, la produzione si trova esposta a decisioni che non controlla. È quindi sulle gestioni esternalizzate che possono cadere più facilmente le scelte di riduzione.

Non manca comunque anche chi segnala l'altra faccia della medaglia, ovvero il fatto di non trovarsi in un mercato effettivamente concorrenziale, che potrebbe garantire un giusto prezzo per i servizi offerti e incentiverebbe i fornitori ad aumentare e/o garantire gli standard di qualità.

Un ulteriore elemento che rende la situazione ancora più complicata è il fatto che l'ammontare dei trasferimenti (soprattutto di quelli statali) è reso noto con notevoli ritardi, con una conseguente penalizzazione nell'azione di programmazione ed erogazione dei servizi.

Alcuni partecipanti segnalano tuttavia che la crisi economica può essere letta non solo come un pericolo ma anche come un'opportunità, riprendendo un famoso discorso di Kennedy a Indianapolis il 12 aprile 1959:

Scritta in cinese la parola crisi è composta di due caratteri. Uno rappresenta il pericolo e l'altro rappresenta l'opportunità.³¹

In altre parole, la crisi può divenire un'occasione rigenerativa del sistema, un momento di ripensamento dell'offerta complessiva di servizi, anche attraverso una maggiore sinergia fra i soggetti coinvolti per giungere a un rinnovato punto di equilibrio del sistema e attraverso una riorganizzazione/ristrutturazione della spesa sociale e la promozione/il riconoscimento delle nuove istanze e dei nuovi attori sociali.

Una questione spinosa - parzialmente correlata alla precedente e più generalmente al tema dei vincoli di spesa del Patto di stabilità cui sono soggetti i Comuni, e che rischia di incidere fortemente sulla qualità del servizio offerto dai fornitori - è rappresentata dall'allungamento dei tempi di pagamento. Alcuni rappresentanti dei fornitori si sono lamentati di come sia difficile mantenere gli standard di qualità alti che i committenti e gli utenti desiderano, ricevendo i pagamenti servizi con molti mesi di ritardo rispetto all'erogazione delle prestazioni.

Un ultimo aspetto degno di nota fra gli elementi di natura economica riguarda l'inquadramento contrattuale degli operatori che lavorano per i servizi sociali territoriali: non di rado, persone che svolgono la stessa mansione ma afferiscono a due enti/organizzazioni diverse (es. una dipendente di un Comune e l'altra socia di una Cooperativa) hanno due inquadramenti contrattuali molto diversi, ed ovviamente è differente anche la loro retribuzione. Questa situazione è considerata un forte pericolo al buon funzionamento del servizio, sia per le possibili minacce alla serenità all'interno del luogo di lavoro, sia per il rischio di alto *turnover* conseguente all'abbandono dell'impiego da parte di operatori con contratti "precari".

³¹ Anche se probabilmente dal punto di vista etimologico non si tratta di una traduzione pienamente corretta del significato del termine cinese, il fascino dell'espressione rimane inalterato.

Aspetti culturali e formativi

Gli aspetti culturali emersi dai discorsi dei partecipanti ai focus group sul tema della committenza sono soprattutto da considerare opportunità in grado di aiutare l'attività dei servizi. Riguardano soprattutto la richiesta di avviare una riflessione congiunta fra servizi sociali territoriali, Regione e fornitori su cosa si debba intendere come qualità nei servizi e come debbano essere formalizzati i rapporti di committenza. Un rischio connesso al progressivo ampliamento dell'esternalizzazione dei servizi è infatti che i servizi sociali territoriali affidino a terzi non solamente l'erogazione dei servizi, ma anche (implicitamente o meno) le funzioni di programmazione e di *policy*. Quest'ultima minaccia, ovvero lo scivolamento della policy del sistema verso il gestore (anche in ragione della progressiva perdita di *know how* da parte dei servizi sull'esperienza diretta di lavoro sul campo con l'utente), è riconducibile a ciò che è stato esposto nel Paragrafo sull'accesso (*Paragrafo 4.2*): è importante che i servizi sociali territoriali mantengano una visione complessiva dei bisogni del proprio territorio e rimangano quindi responsabili della programmazione e delle politiche.

Particolarmente significativa è anche l'ambivalenza di significati attribuiti agli strumenti di programmazione di settore come il Piano di zona: se da un lato il suo processo di costruzione offre una possibilità di confronto attivo per il mondo del Terzo settore e della produzione, dall'altro lato c'è il rischio che, in assenza delle competenze per la gestione di questa complessa relazione e senza un chiaro mandato politico, i Piani di zona siano solo delle "vetrine svuotate", senza una reale concertazione e condivisione di priorità.

Un'ulteriore opportunità individuata riguarda le attività formative: si ritiene particolarmente importante programmare percorsi formativi congiunti fra operatori dei servizi sociali territoriali e operatori del Terzo settore, come già avviene in alcuni territori (ad esempio in un Distretto della Provincia di Modena), al fine di omogeneizzare le competenze.

Dal punto di vista culturale rimane, infine, aperto l'interrogativo su quale debba essere il campo su cui giocare la partita della committenza. Le riflessioni svolte in queste pagine si sono concentrate sulle attività che vengono affidate in toto dai servizi sociali territoriali a soggetti terzi o, al più, che prevedono una compresenza dei servizi sociali territoriali e di soggetti terzi. È lecito domandarsi se sia corretto e fino a quando continuare ad escludere da questa partita tutto l'insieme di prestazioni promosse in autonomia da parte della comunità locale o da parte del singolo (il cosiddetto "*welfare* reale o fai da te", dove è assai diffuso, ad esempio, il mercato delle assistenti familiari) rispetto al quale il pubblico non sta al momento giocando alcun ruolo.

4.3.3. Approfondimento: l'accreditamento

Parlando di committenza non si possono tralasciare gli effetti che l'introduzione in Emilia-Romagna del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari ha prodotto e sta producendo su questo aspetto. Il tema dell'accreditamento è stato affrontato dai partecipanti ai focus group in maniera molto accesa, sia nei suoi aspetti positivi e quindi di opportunità sia nei suoi aspetti negativi, di minaccia. Si tenga presente che i 13 focus group si sono svolti quando il sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari era stato da poco avviato e implementato in tutta la Regione: i dati del primo report del 10 ottobre 2011 "Il percorso di accreditamento dei servizi socio-sanitari" parlano di 970 domande di accreditamento provvisorio (presentate fino al 30 settembre 2010) concretizzatesi in 915 provvedimenti di accreditamento. In questo Paragrafo si fa quindi riferimento a quei servizi socio-sanitari oggetto di accreditamento transitorio contenuti nella DGR n. 772/2007: assistenza domiciliare, casa residenza per anziani non autosufficienti, centro socio-riabilitativo residenziale per disabili, centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili. Il percorso di accreditamento ha infatti previsto un periodo di transizione (l'accreditamento transitorio) per permettere a tutti i soggetti di pervenire con gradualità e flessibilità, a un punto unitario, rappresentato dal raggiungimento degli standard previsti dall'accreditamento definitivo, pur partendo da situazioni diverse.

Alcuni partecipanti hanno individuato il sistema dell'accreditamento come un'opportunità per i servizi sociali territoriali in quanto strumento utile per affinare e migliorare la capacità di esercitare a pieno titolo la propria funzione di committenza (si veda, ad esempio, tutta la partita dei contratti di servizio). Anche se l'avvio è stato per alcuni piuttosto impervio e faticoso, con il tempo e con qualche aggiustamento si dovrebbe arrivare all'accreditamento definitivo (previsto a partire dal 1° gennaio 2013) con un buon equilibrio, e si potranno sfruttare appieno le potenzialità di questo nuovo sistema. Vi sarà la possibilità concreta di verificare l'effettiva qualità dei fornitori e avviare delle pratiche di concertazione fra i servizi che non le avessero ancora implementate, come previsto dall'Allegato 1 alla DGR n. 514/2009:³²

Durante il periodo di validità dell'accreditamento definitivo, l'attività di monitoraggio, vigilanza e controllo è assicurata, con un approccio di promozione e collaborazione al fine del miglioramento della qualità del servizio, attraverso diversi strumenti (...) Le attività di monitoraggio e vigilanza in merito all'accreditamento sono svolte in modo integrato e coordinato con le attività di monitoraggio e verifica assicurate dal/i soggetto/i sottoscrittore/i dei contratti di servizio, assicurando la collaborazione e lo scambio di informazioni con gli organismi tecnici che esercitano la vigilanza prevista dalla normativa sull'autorizzazione al funzionamento. L'attività di monitoraggio e vigilanza può essere svolta in qualsiasi momento durante il periodo di validità dell'accreditamento.

³² Allegato 1 DGR n. 514/2009 "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 04/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari".

Per quanto riguarda gli aspetti dell'accreditamento considerati dai partecipanti ai focus group come minacce al buon funzionamento dei servizi sociali territoriali, vi è innanzitutto il rischio di un utilizzo riduttivo dell'accreditamento, come semplice adempimento burocratico, nel quale si ricorre a "un approccio antico con uno strumento nuovo". Questo può spiegare perché alcuni territori abbiano lamentato un irrigidimento dei rapporti fra committente e fornitore a seguito dell'accreditamento di alcuni servizi ("si è dialogato di più dal punto di vista formale, ma meno da quello sostanziale"); questo sembra essere avvenuto anche fra soggetti che prima dell'accreditamento collaboravano in maniera proficua. In secondo luogo l'accreditamento è stato individuato come una minaccia alla qualità dei servizi in quanto, secondo alcuni, si è concretizzato in un restringimento dei servizi e in un abbassamento della qualità. Alcuni territori lamentano infatti che la qualità dei servizi socio-sanitari nel proprio territorio era più alta di quella degli standard imposti dal sistema di accreditamento: in questo caso l'accreditamento avrebbe portato a un livellamento verso il basso da parte dei servizi che erano sopra standard, con un conseguente abbassamento della qualità dei servizi offerti.

4.4. Promozione della comunità

4.4.1. Punti forza e punti debolezza

La promozione della comunità è probabilmente risultato essere l'argomento più complesso e più difficile da analizzare in sede di focus group, probabilmente in ragione sia della sua altamente disomogenea attuazione, quantomeno nel panorama dei servizi sociali italiani,³³ sia della potenziale ambiguità del suo significato, se erroneamente interpretato come equivalente del disimpegno del servizio pubblico nell'ambito dei servizi sociali e socio-sanitari. Si tratta di un costrutto relativamente nuovo, figlio dell'evoluzione dal *welfare state* alla *welfare community*, e dai tratti non sempre (o non ancora) ben definiti, come anche la stessa mappatura degli assetti istituzionali e organizzativi dei servizi sociali territoriali ha evidenziato (vedi *Capitolo 2*). In sede di indagine, sotto la definizione "promozione della comunità"³⁴ sono state catalogate diverse iniziative, anche discretamente diffuse ma soprattutto con contenuti molto differenziati e ancora da focalizzare, che necessitano di qualche chiarimento nelle definizioni, come è stato richiesto anche nell'ambito dei focus group. Come dice Maggiani (2001c) infatti

ogni qualvolta si danno dei nomi a delle cose, implicitamente si stabiliscono dei confini, delle differenziazioni, delle divisioni, ma anche si rafforza l'identità e la cultura organizzativa.

³³ Con significative eccezioni, anche a livello locale.

³⁴ Rifacendosi qui alla definizione di "comunità" proposta da Gallino nel Dizionario di sociologia (1978)

una collettività può essere definita comunità quando i suoi membri agiscono reciprocamente e nei confronti di altri, non appartenenti alla collettività stessa, antepoendo, più o meno consapevolmente, i valori, le norme, i costumi, gli interessi della collettività considerata come un tutto, a quelle personali.

La diversa declinazione del concetto di promozione della comunità testimonia la necessità di un lavoro di condivisione degli obiettivi e dei linguaggi, che su questo tema devono ancora essere pienamente portati a compimento.

Si apre quindi una breve parentesi, a cominciare da una piccola digressione storica, per la quale ci si riferisce a un articolo pubblicato nel 2006 da Astolfo e Zantedeschi.

Lo stato sociale o *welfare state* nasce e si sviluppa nella seconda metà del Novecento, sulla scia dell'esperienza inglese del cosiddetto Piano Beveridge, che delineava un'insieme di misure di sicurezza sociale costituito da interventi di natura previdenziale e assistenziale e di interventi pubblici di carattere sociale. Il principale merito di questa definizione è avere statuito che la promozione della sicurezza e del benessere sociale ed economico dei cittadini è assunta dallo Stato, nelle sue articolazioni istituzionali e territoriali, come propria prerogativa e responsabilità. La dimensione promozionale del sistema di *welfare* si è ben presto persa nell'applicazione italiana, a favore di una concezione di tipo più prettamente assistenziale, a cominciare dalla stessa traduzione dell'espressione *welfare state* che dal significato originale di "stato del benessere" è stato tradotto con la locuzione "stato sociale". Col tempo gli elementi di crisi dello stato sociale si sono manifestati in tutta la loro evidenza fino a rendere palese l'insufficienza (e/o l'inefficienza) della sola azione statale nell'affrontare le minacce al sistema dello stato sociale; nel tempo si è così sviluppato un sistema noto come *welfare mix*, in cui l'azione dello Stato era affiancata e coadiuvata da quella dell'imprenditorialità sociale e del Terzo settore. La Legge quadro di riforma dei servizi sociali (Legge n. 328/2000) ha in un certo modo ampliato i confini del Terzo settore aprendolo anche ai cittadini in forma singola e/o associata, e alle famiglie (il cosiddetto Quarto settore), ponendosi come scopo "anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata" (art. 1, comma 5), valorizzando in tal modo anche il concetto di sussidiarietà orizzontale oltre a quello di sussidiarietà verticale.³⁵

La progressiva trasformazione delle politiche sociali - che ha come elemento caratterizzante nella programmazione e gestione dei servizi il coinvolgimento non soltanto del Terzo settore ma anche delle reti sociali informali in cui la comunità stessa diviene risorsa per rispondere ai bisogni delle persone - ha condotto a un ulteriore stadio di evoluzione dello stato sociale la cui frontiera è oggi rappresentata dalla *welfare community* o *welfare* comunitario (o *welfare* municipale a sottolineare il ruolo cruciale

³⁵ In questo senso la Legge quadro riprende e valorizza quanto già altre fonti dell'ordinamento italiano attestavano in merito al principio di sussidiarietà, come la Costituzione, nella sua versione modificata dalla Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, all'art. 118, comma 4 e la Legge n. 59 del 1997 (prima "legge Bassanini") all'art. 4, comma 3 che cita testualmente come il conferimento di funzioni agli Enti territoriali deve osservare, tra gli altri, il principio di sussidiarietà

attribuendo le responsabilità pubbliche anche al fine di favorire l'assolvimento di funzioni e di compiti di rilevanza sociale da parte delle famiglie, associazioni e comunità, alla autorità territorialmente e funzionalmente più vicina ai cittadini interessati.

rivestito dai Comuni). In questo nuovo stadio, l'aiuto sociale non è più compito esclusivo delle istituzioni pubbliche, perché viene svolto anche da altri soggetti (famiglia, reti parentali, vicinato, ...) e da altre organizzazioni (volontariato, privato sociale, sindacati, Parrocchie, ...) e istituzioni (scuola, ...): la comunità in senso lato è chiamata a divenire risorsa per rispondere ai bisogni delle persone, l'intera comunità locale deve rendersi responsabile del proprio sviluppo e del proprio benessere. Uno degli approcci più qualificanti e innovativi della *welfare community* è appunto il considerare i singoli cittadini e le loro aggregazioni sociali a cominciare dalle famiglie, dalle diverse forme di auto e mutuo aiuto e dagli organismi associativi non solo come potenziali beneficiari dei servizi del sistema di *welfare* ma anche come risorse della comunità locale che concorrono alla definizione degli stessi interventi volti a risolvere gli stati di bisogno evidenziati. Questo cambiamento di impostazione rappresenta anche il tentativo di tradurre in maniera adeguata il concetto di sussidiarietà orizzontale: gli individui, o meglio i cittadini (famiglie e comunità locale), non sono più sussidiari nei confronti dello Stato, ma è lo Stato (anche nelle sue articolazioni a livello locale) a essere sussidiario verso il cittadino e la famiglia, in una sorta di nuovo *welfare* delle responsabilità.

Si tratta di un cambiamento di approccio che può essere pienamente compreso solo alla luce di un altro importante concetto, quello di *empowerment*, che costituisce al tempo stesso uno strumento e un fine della promozione della salute (intesa - secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità - come condizione di benessere psico-fisico e sociale e non solo come semplice assenza di malattia).

Wallerstein (2006) definisce l'*empowerment* come

un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita.

Tale definizione contempla, oltre all'aspetto psicologico dell'*empowerment*, anche quello di comunità, presentando l'*empowerment* quale costruito multilivello. Nello stesso lavoro curato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AgeNaS, 2010), si ricorda come Zimmerman abbia proceduto a descrivere compiutamente tre distinti (ma strettamente interconnessi) livelli di analisi dell'*empowerment*: psicologico, organizzativo, sociale e di comunità. In particolare, Zimmerman (2000) definisce l'*empowerment* di comunità come

l'azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti nella comunità. Attraverso l'empowerment di comunità si realizza la "comunità competente" (Iscoe, 1974), in cui i cittadini hanno "le competenze, la motivazione e le risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della vita".

La costruzione di comunità competenti che investono sul proprio *empowerment* è ormai una strategia prioritaria percepita e sperimentata da molti operatori e decisori, raccomandata da istituzioni internazionali (ad esempio l'Unione internazionale per l'educazione e la promozione della salute - IUHPE, Vancouver 2007), corredata da crescenti prove di efficacia (WHO Regional Office for Europe, 2006) e con una ricca letteratura disponibile.

Alla luce di quanto sopra argomentato, si può quindi proporre l'utilizzo dell'espressione "promozione della comunità" per indicare l'insieme delle attività finalizzate all'aumento del capitale sociale³⁶ della comunità, attraverso la valorizzazione delle risorse della comunità locale, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale e di *empowerment* degli attori locali. Si tratta di qualcosa di diverso rispetto al "lavoro di rete": il presupposto della promozione di comunità è che la comunità sia un bene di tutti e che tutti debbano contribuire alla sua costituzione nel rispetto e nel riconoscimento dei ruoli. Rientrano quindi a pieno titolo in questo concetto:

- tutti gli interventi finalizzati all'*empowerment* dei cittadini singoli e organizzati in associazioni e/o in altri soggetti, delle famiglie, di altri attori locali per favorire la valorizzazione del cittadino come risorsa per la comunità locale;
- la promozione di reti di prossimità, ovvero la promozione di relazioni sociali fra le famiglie e le persone che vivono in un determinato contesto e/o che condividono una medesima problematica, con l'obiettivo di aumentare il capitale sociale della comunità e la capacità di rispondere ai bisogni attraverso le risorse informali;
- la promozione di processi di cittadinanza attiva, ovvero la promozione della partecipazione dei cittadini e dei rappresentanti delle associazioni alle decisioni che riguardano la comunità locale;
- la promozione e il sostegno del volontariato.

È significativo evidenziare come anche il Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali approvato il 29 ottobre 2009 dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome abbia già recepito questa dimensione come costitutiva dell'ambito di impegno dei servizi sociali territoriali: non a caso, infatti, nella descrizione delle attività di competenza del Servizio sociale professionale (elemento portante dei servizi sociali territoriali) rientrano anche "la promozione di nuove risorse sociali" e la "progettazione in favore della comunità".

Non meno significativo è il fatto che in un recente lavoro il Tavolo tecnico promosso dal Ministero della salute (2010) sulle funzioni del Servizio sociale professionale in sanità abbia definito una quarta dimensione dell'integrazione socio-sanitaria (oltre alle classiche tre: istituzionale, gestionale, professionale): quella dell'integrazione partecipativa definendola come

componente sempre più emergente nella Comunità Locale, mossa da istanze di solidarietà, di aiuto e di auto-aiuto secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, che ha saputo incontrarsi e collaborare con i decisori istituzionali, gestionali e professionali, garantendo risposte efficaci a bisogni complessi non solo delle persone e delle famiglie, ma anche delle stesse Comunità locali.

³⁶ Ci si rifà in questa sede a Putnam (1993) che definisce il "capitale sociale" come
[...] l'insieme di quegli elementi dell'organizzazione sociale - come la fiducia, le norme condivise, le reti sociali - che possono migliorare l'efficienza della società nel suo insieme, nella misura in cui facilitano l'azione coordinata degli individui.

Una prima importante considerazione da fare a tal proposito è relativa alla piena condivisione dei partecipanti in tutti i territori dove si sono svolti i focus (con una sola eccezione) rispetto al fatto che la promozione della comunità sia da considerarsi come una delle mission fondamentali del servizio sociale territoriale. I primi distinguo si sono registrati quando si è discusso di chi debba occuparsene: è una responsabilità esclusiva del servizio sociale territoriale o invece è opportuno agire per promuovere una responsabilità diffusa all'interno della macchina comunale (coinvolgendo quindi anche altri settori dell'Ente locale, per esempio chi si occupa di politiche abitative, di cultura, di istruzione, di urbanistica, ...)? Rimane comunque fermo il punto che, proprio perché si tratta di promozione di comunità, essa deve mirare al pieno coinvolgimento di tutte le altre realtà significative a livello locale a cominciare dalle associazioni di volontariato e dalle organizzazioni del privato sociale.

Nell'ambito di attività dei servizi sociali territoriali, alla dimensione macro della promozione della comunità sopra descritta, si affianca spesso (anzi, l'ha storicamente preceduta) anche la sua declinazione a livello micro, ovvero la capacità di attivare una fitta rete di relazioni e supporti attorno al soggetto preso in carico dai servizi sociali territoriali, per migliorare l'intervento sul singolo caso. Un partecipante ai focus group ha tuttavia sottolineato che "come pubblico siamo più propensi a fare una committenza piuttosto che ad attivare un processo di rete comunitaria".

Di seguito verrà affrontato soprattutto il primo livello, limitandosi per il secondo solo ad alcuni approfondimenti specifici, puntualmente segnalati.

Venendo più in dettaglio a quanto emerso dai focus group, è significativo osservare come, nonostante quasi tutti abbiamo riconosciuto la promozione della comunità come mission propria dei servizi sociali territoriali, la maggioranza dei territori intervenuti negli incontri non sembra avere tale mission come priorità di intervento, in ciò confermando quanto la mappatura aveva anticipato. A parte alcune eccezioni, soprattutto nelle città capoluogo di Provincia e in alcuni ambiti distrettuali particolarmente virtuosi, le attività di promozione della comunità non sono promosse in maniera sistematica e spesso sono anzi, delegate alle organizzazioni di volontariato e alle organizzazioni del privato sociale.

I punti di debolezza dei servizi sociali territoriali riferiti dai partecipanti rispetto a questo tema sono numerosi e articolati. Il problema principale sembra essere di natura culturale: sono considerati prioritari il lavoro di accoglienza e orientamento dell'utenza, l'erogazione di servizi o prestazioni di natura socio-assistenziale, le attività di *back office* a supporto dei processi amministrativi; la promozione della comunità è considerata un ambito di impegno residuale da parte degli operatori sociali e da avviare solo in alcuni casi, soprattutto a livello micro sul singolo caso, per ricostruire una rete di intervento adeguata attorno alla persona in carico ai servizi sociali territoriali.

Enfatizzando il problema culturale, si è volutamente messo in secondo piano il fatto che gli operatori dei servizi sociali territoriali abbiano generalmente lamentato di non avere il tempo necessario per questa attività come altro elemento fondamentale che ne pregiudica l'attuazione. Questo avviene principalmente per due motivi: il carico di lavoro (a causa della bilancia quasi impossibile da riequilibrare "aumento del bisogno-

diminuzione delle risorse”) sarebbe, infatti, tale da non permettere agli assistenti sociali di “uscire dagli uffici” e quindi non avrebbero il tempo materiale di lavorare con la comunità. Inoltre, il lavoro di promozione della comunità è ritenuto un’attività particolarmente dispendiosa di tempo e forze, che i servizi sostengono di non avere in questo momento e/o che debbono essere necessariamente indirizzati verso altre priorità. Spesso quindi, le attività sul e con il territorio vengono attivate nei pochi momenti liberi o perlomeno si limitano alle emergenze (ad esempio, nel periodo estivo per la cosiddetta “emergenza caldo”).

Si tratta in definitiva della classica questione dell’uovo e della gallina, che deve necessariamente essere affrontata: tanto meno i servizi sociali territoriali sono messi nelle condizioni di investire sulle capacità di *empowerment* della comunità, tanto più le risorse pubbliche saranno insufficienti per affrontare la domanda sociale, sempre più crescente per il perdurare e l’acuirsi del periodo di crisi. Come ben descritto da alcuni autori (De Ambrogio *et al.*, 2007), limitandosi a fronteggiare le urgenze e i casi conclamati, un servizio di *welfare* è votato al declino, perché rinuncia alla valorizzazione delle opportunità, delle risorse esplicite e implicite, alle politiche “attive”, e si condanna a subire passivamente l’inevitabile aumento dei casi critici. Nonostante questa consapevolezza, solo pochi Comuni hanno riportato di avere un’organizzazione stabile e dedicata alla promozione della comunità (singola assistente sociale o *équipe* di lavoro).

Si registra anche una difficoltà nel definire quali competenze sono richieste per lo svolgimento di queste attività, in relazione alla necessità di capire quali figure professionali siano più adeguate per la loro implementazione. Diversi partecipanti ai focus hanno messo in discussione il fatto che l’assistente sociale sia la figura più adatta a svolgere questo compito: per il lavoro di comunità sarebbero infatti necessarie competenze specifiche che generalmente l’assistente sociale non ha avuto modo di approfondire in maniera adeguata nel proprio percorso formativo. In gran parte questa difficoltà è determinata dall’offerta formativa, particolarmente orientata al lavoro con il singolo, alla relazione di aiuto, all’offerta di prestazioni, alla normativa, e meno al lavoro di comunità: questa tendenza sembra anche essersi enfatizzata nei percorsi universitari degli ultimi decenni.³⁷ Si fa strada l’idea che ad occuparsi di promozione della comunità possa essere una figura professionale specifica diversa dall’assistente sociale come un educatore, un animatore, un sociologo; rimane, in ogni caso, il problema di ricondurlo a un’azione unitaria e organica dei servizi sociali territoriali.

Uno dei maggiori punti di debolezza registrato negli interventi di promozione della comunità è la grande difficoltà da parte dei servizi sociali territoriali di rendere visibili gli impatti di tale lavoro, soprattutto ai *decision maker* locali, ovvero ai propri amministratori. Gli operatori hanno infatti affermato che i decisori politici mirano ai risultati concreti e visibili, traducibili in numeri, che i servizi molto spesso non sono in grado di fornire, non solo per le carenze degli apparati valutativi (ovvero per problemi di scarso investimento e di mancanza di metodo nella valutazione, come già evidenziato in precedenza anche per

³⁷ Nel 1998 nascono i primi due corsi di laurea sperimentali di servizio sociale (Università degli studi di Trieste e Libera Università degli Studi Maria SS. Assunta di Roma).

le altre missioni come l'accesso e la presa in carico e la committenza), ma anche in quanto che gli interventi di promozione della comunità, come tutti gli interventi di prevenzione, tendono a produrre dei risultati che sono generalmente apprezzabili nel medio-lungo periodo. Questi non sono però oggi i tempi della politica. Di conseguenza, non potendo vedere in tempi brevi i frutti tangibili del lavoro di promozione della comunità, gli amministratori sono più restii a investire in questo settore: rimane quindi un problema di tipo culturale che impedisce di comprendere l'importanza di tale attività. La riduzione delle risorse a disposizione, i sempre maggiori vincoli alla spesa degli Enti locali imposti dal Patto di stabilità, e l'aumento e diversificazione delle situazioni di difficoltà hanno poi buon gioco nel contribuire a giustificare una diversa priorità di investimento.

Un altro nodo importante e che si è rivelato piuttosto spinoso, sempre in relazione al lavoro di promozione della comunità, riguarda il rapporto con le organizzazioni di volontariato che sono generalmente uno degli interlocutori naturali e privilegiati di queste attività. In alcuni territori la collaborazione è stata descritta come armoniosa e proficua, mentre in altri il mondo del volontariato è considerato con un certo distacco e viene visto come auto-referenziale o al contrario in un'ottica ancillare e strumentale al sistema politico prima ancora che espressione di solidarietà. Nei territori in cui prevalgono gli aspetti positivi della relazione con il volontariato, sono molti gli esempi di gruppi di lavoro che hanno dato i loro frutti (tavoli di lavoro integrati, progetti condivisi, ...). Il lavoro congiunto fra operatori dei servizi sociali territoriali e le associazioni di volontariato permette di valorizzare, integrandolo in un ragionamento sistemico, l'importante apporto offerto gratuitamente dai volontari; inoltre, la capillarità della presenza dei volontari favorisce la loro capacità di conoscenza e presidio del territorio e dei relativi bisogni. Analogamente un importante aiuto agli operatori dei servizi sociali territoriali può venire dalle cosiddette "figure sentinella", cittadini singoli non organizzati che allertano i servizi nel caso in cui nel territorio ci siano delle situazioni a rischio.

Chi invece ha sostenuto che lavorare con il volontariato sia difficoltoso e a volte controproducente afferma che spesso queste associazioni sono eccessivamente auto-referenziali e poco inclini all'apertura verso l'esterno, sia fra di loro che con i servizi sociali territoriali. Qualcuno ha parlato di un "volontariato che è ostico a se stesso" proprio a voler spiegare come ci sia una sorta di concorrenza e di reciproca chiusura fra le diverse associazioni che impedisce, ad esempio, ai servizi di collaborare sullo stesso progetto con più realtà associative.

Un altro punto di debolezza secondo alcuni operatori dei servizi sociali territoriali, è rappresentato dalla talvolta scarsa formazione dei volontari. È necessario specificare che il volontario, per sua stessa definizione, non è un operatore e non può essere retribuito per l'attività svolta; inoltre l'intervento del volontariato deve essere considerato come integrativo e non sostitutivo dell'intervento pubblico. La disponibilità e la motivazione dei volontari a supporto della persona in difficoltà rischiano comunque di scontrarsi a volte con una specifica esigenza di competenze che i servizi sociali territoriali richiedono nell'espletamento di alcune attività e che i volontari non sarebbero sempre in grado di garantire. La qualificazione dei volontari è un problema che sta a cuore anche al mondo

dell'associazionismo, prova ne siano i numerosi corsi di formazione che vengono promossi dalle associazioni e dai Centri di servizio per il volontariato.

Il rapporto fra operatori dei servizi e volontari deve essere consolidato, nel reciproco rispetto della distinzione e integrazione di funzioni, anche attraverso la promozione di percorsi di formazione condivisi e l'adozione di atti (protocolli, convenzioni) che disciplinino in maniera adeguata la relazione fra le parti.

Elementi ritenuti di qualità dai partecipanti ai focus group relativamente alle attività di promozione della comunità

- Cultura della promozione della comunità come intervento fondamentale e non residuale, come responsabilità di tutti e non solo di esclusivo interesse del servizio sociale territoriale
- Presenza di operatori specificatamente formati sulle tematiche della promozione della comunità
- Cultura della valutazione degli interventi
- Qualificazione del volontariato

4.4.2. Opportunità e minacce

Anche per la mission sulla promozione della comunità le minacce e le opportunità individuate dai partecipanti sono state catalogate in tre macro-tipologie:

- economiche,
- culturali,
- formative.

Iniziando dagli aspetti economici, durante i focus group è emerso in maniera ricorrente il problema della carenza di risorse economiche, in particolare evidenziando come i vincoli del Patto di stabilità e la contrazione delle risorse abbiano portato in molti contesti a un blocco delle assunzioni e alla riduzione del personale nel caso di pensionamenti non sostituiti, a fronte di un considerevole aumento dell'utenza che si rivolge ai servizi. "I servizi sono schiacciati dall'emergenza": questo fa sì che le assistenti sociali siano completamente assorbite dalle attività assistenziali e non abbiano il tempo e le risorse per dedicarsi alle attività promozionali. Anzi, *sic res stantibus*, vi è il rischio che non si riesca nemmeno a fare attività di promozione della comunità ma, più semplicemente, si finisca con lo "scaricare servizi sul volontariato". Secondo gli intervenuti ai focus group, la Regione, nel momento in cui fa propria la mission della promozione della comunità, dovrebbe quindi cercare di supportare adeguatamente i servizi sociali territoriali, promuovendo specifici finanziamenti vincolati alla promozione della comunità. Il consolidamento di queste attività potrebbe aiutare a contrastare il processo di isolamento sociale che ha fatto sì che sia persa la cosiddetta "solidarietà di cortile/di condominio" una volta tanto diffusa. C'è la necessità di ritornare a dare valore a ciò che in passato era prassi naturale: le relazioni di vicinato o di quartiere, per ri-perimetrare lo spazio di intervento del pubblico che corre il rischio di diventare invasivo.

Per quanto riguarda gli aspetti di natura "culturale", che sono pre-ordinati rispetto ai precedenti, la principale minaccia evidenziata è che l'attività orientata alla promozione della comunità sia sottovalutata o, addirittura, ignorata dai servizi sociali territoriali, ma

prima ancora dall'apparato politico a livello locale e regionale, anche in ragione dei tempi lunghi di produzione dei risultati che essa normalmente richiede. Alcuni ritengono necessario un forte investimento da parte della Regione nel promuovere la cultura della promozione della comunità, anche con azioni formative rivolte ai servizi, non solo sociali. Il rischio è che si deleghi completamente, anche se in maniera non intenzionale, tutta l'attività di promozione della comunità alle associazioni di volontariato e al Terzo settore.

A questo proposito qualcuno ha affermato che il servizio sociale dovrebbe "scendere dal piedistallo" e diventare il collante fra le parti sociali; non dovrebbe più essere solo un nodo della rete ma la figura preposta a tenere assieme la rete, di cui però non dovrebbero far parte soltanto i servizi pubblici, il mondo del volontariato e il privato sociale; dovrebbero essere coinvolti anche la cittadinanza intera e le imprese profit.

A livello micro, ovvero di promozione della comunità per il coordinamento degli interventi sul caso, c'è il rischio che l'intervento del volontariato (singolo e/o organizzato) sia visto come sostitutivo e non integrativo (supplementare, di complemento) dell'intervento pubblico, come invece dovrebbe correttamente essere: si rischia lo "sfruttamento istituzionale" del volontariato. L'approccio culturale aiuta anche a non farsi prendere dal facile ritornello "non ci sono più soldi, non si può fare niente (di nuovo)" che rischia di essere un tranello. Va recuperato invece il valore delle relazioni, vanno messi in campo gli strumenti atti a valorizzare il capitale relazionale, il capitale sociale delle persone, perché - come ha detto un partecipante ai focus -

i soldi non sono tutto: è necessario recuperare tutto quello che si può fare senza soldi.

Il lavoro culturale non attiene solo al livello politico (amministratori) e tecnico-professionale (responsabili e operatori dei servizi sociali territoriali), va svolto anche con le associazioni: è sintomatico a questo riguardo riprendere quanto riferito da un partecipante:

Spesso le associazioni sono ancora legate a dinamiche del passato: sono legate al contributo economico dell'amministrazione comunale.

Vanno quindi educate al nuovo ruolo che viene loro richiesto di esercitare.

Un rischio forte sottolineato da parte di alcuni partecipanti riguarda le situazioni di delega a soggetti terzi di una parte consistente (o tutto) del servizio sociale territoriale; è stato infatti evidenziato come in tali situazioni risulti difficile per le assistenti sociali impegnarsi nella promozione della comunità: perdendo di vista i bisogni della comunità e il legame con il territorio (che diventa a pieno appannaggio del fornitore), risulta quasi impossibile per gli assistenti sociali lavorare nella e con la comunità.

Infine sono state molto evidenziate le carenze formative, in particolare denunciando i corsi di laurea in servizio sociale che non dedicano sufficiente spazio agli insegnamenti utili al lavoro di promozione della comunità. Durante i focus group era quindi presente una diffusa percezione e preoccupazione per la formazione e le competenze delle nuove leve che costruiranno i servizi sociali di domani.

Sopra a tutte queste riflessioni aleggia lo spettro di almeno altre due rilevanti minacce che i servizi sociali territoriali saranno chiamati ad affrontare nei prossimi anni in relazione ai cambiamenti che si ripercuotono anche nelle associazioni di volontariato:

- come fronteggiare le sfide demografiche che ci attendono, ovvero l'invecchiamento della popolazione?
- come fronteggiare i cambiamenti valoriali che stanno fortemente mutando il sistema di regole sociali?

L'invecchiamento della popolazione sta riducendo il numero dei volontari disponibili e sta creando delle difficoltà nel ricambio generazionale all'interno delle associazioni di volontariato, anche in ragione di una diversa capacità di attrazione dell'impegno solidaristico nei confronti delle nuove generazioni (non solo in termini assoluti, quanto soprattutto rispetto alle forme e agli ambiti di impegno: non a caso "diminuiscono i volontari ma aumentano di numero le associazioni"). Se a questi elementi si aggiunge il fatto che le famiglie, e quindi le persone, tendono ad essere oggi sempre più assorbite dalla necessità di assistenza ai propri familiari, riducendo la disponibilità a impegnarsi in contesti esterni; e si stanno riducendo anche gli investimenti sul versante della sensibilizzazione dei giovani all'impegno volontario (ad esempio con la riduzione dei fondi per i progetti di Servizio civile nazionale). Gli elementi di preoccupazione per chi gestisce la cosa pubblica non mancano.

Infine un interrogativo, volutamente provocatorio: come argomentato sopra, per i suoi contenuti la promozione della comunità è un discorso culturale di carattere generale, di visione complessiva di un paese e di un territorio (o meglio, di una comunità) che non riguarda solo i servizi sociali territoriali ma dovrebbe coinvolgere tutte le politiche dell'Ente locale (abitative, culturali, dell'istruzione, dello sport, ambientali, urbanistiche, della mobilità, ...); in altre parole, è una responsabilità diffusa. Lasciandola fuori dal settore sociale, è forse più facile superare lo "stigma" e gli ostacoli alla sua implementazione operativa?

4.5. Conclusioni

Nelle tematiche e nei contenuti dei focus group si possono trovare alcuni fili conduttori che sono trasversali rispetto alle tre mission (sistema di accesso e presa in carico, committenza, promozione della comunità) del servizio sociale territoriale.

Per quanto riguarda i punti di forza e di debolezza del servizio sociale territoriale le principali trasversalità - che possono rappresentare, a seconda dei contesti, un punto di forza o un elemento di debolezza - sono:

- la formazione degli operatori;
- l'integrazione e la collaborazione (fra Servizio sociale territoriale, fra operatori, fra servizio e soggetti terzi);
- la territorialità;
- il sistema informativo/l'integrazione dei sistemi informativi.

La tematica della formazione è stata ripresa più volte e in tutti i focus group per la sua importanza. In generale la formazione è stata identificata come un punto imprescindibile per garantire la qualità del servizio sociale territoriale, che ci si riferisca alla formazione di base delle nuove leve di operatori sociali (di cui si parlerà anche più avanti a proposito di minacce/opportunità) o alla formazione in itinere e/o aggiornamento per chi già opera all'interno dei servizi. I contenuti sono diversi a seconda degli ambiti considerati: l'ascolto dell'utenza, la promozione di comunità, le competenze necessarie ad adempiere al ruolo di committente, ... In molti casi la formazione è stata anche declinata come formazione congiunta: fra diverse figure professionali presenti all'interno dei servizi, ma anche fra servizi diversi che collaborano fra di loro (ad esempio fra servizi e volontariato e fra servizi e fornitori).

Anche la tematica dell'integrazione e della collaborazione ha riguardato vari livelli e aspetti del lavoro del servizio sociale territoriale. Rispetto all'organizzazione interna del servizio, l'aspetto più rilevante - anche in questo caso nei suoi lati positivi (punti di forza) e negativi (punti di debolezza) a seconda delle esperienze locali - è relativo all'integrazione fra assistenti sociali e fra le diverse figure professionali impiegate. Un altro aspetto ritenuto significativo è legato alla comunicazione bidirezionale e quindi alla necessaria integrazione organizzativa da garantire fra *back office* e *front office* del servizio. Un discorso a parte va fatto per i rapporti di collaborazione e progettazione fra servizio sociale territoriale e fornitori e portatori di interesse esterni: importanti sono state le discussioni soprattutto sulla mancanza di una reale integrazione e continuità fra servizio sociale e fornitore concreto di servizi; questo accade soprattutto a livello micro, ovvero sulla gestione del singolo utente. Da ultimo, l'integrazione e la collaborazione con i soggetti della comunità locale è uno degli elementi costitutivi degli interventi di promozione della comunità.

La voce territorialità chiama chiaramente in causa tutte le tre mission che sono state individuate come fondanti il servizio sociale territoriale. Se si considerano accesso e presa in carico, la territorialità è stata intesa come qualcosa di irrinunciabile per il servizio per mantenere un rapporto forte con la cittadinanza e fornire un servizio comodo e accessibile a tutti (ad esempio lo Sportello sociale presente in ogni sede comunale). Se si parla invece di committenza e di rapporto con i fornitori risulta indispensabile, per mantenere un proficuo rapporto, che questi siano radicati nel territorio, anche per poter meglio contribuire alla progettazione sull'utenza. Se infine si considera la promozione della comunità è persino tautologico citare la territorialità, in quanto essa è presupposto indispensabile e imprescindibile al fine di lavorare con la comunità.

Anche il sistema informativo rientra fra gli aspetti interni trasversali alle tre mission, soprattutto per quanto riguarda il sistema di accesso e presa in carico e la committenza. Non a caso, disporre di un sistema informativo per la gestione dei singoli casi, ma anche di un sistema informativo integrato con la sanità, con i servizi per il lavoro e/o con altri enti e con i fornitori di servizi, è risultato elemento molto dibattuto durante i focus group.

Rispetto agli elementi esterni che possono condizionare in negativo (minacce) o che possono rappresentare potenziali sinergie (opportunità) per lo sviluppo della qualità del servizio sociale territoriale, le macro-categorie degne di essere ricordate in questa sede sono tre:

- gli aspetti economici,
- gli aspetti formativi,
- gli aspetti normativi.

Come si evince da quanto evidenziato più volte sopra, la minaccia maggiormente sentita dai partecipanti ai focus group è la riduzione delle risorse economiche a disposizione, che non consentirebbe di garantire l'erogazione di un servizio sociale di qualità. La mancanza di risorse economiche (legata in larga parte alla situazione delle finanze pubbliche, ai vincoli del Patto di stabilità nonché alla specifica contrazione di risorse destinate al sociale) va ad inficiare il lavoro degli Enti locali in quanto viene meno la possibilità di dotarsi delle risorse umane necessarie per l'erogazione dei servizi in un momento di crescita della domanda e per sviluppare nuove progettualità. Guardando la stessa minaccia con l'ottica dei cittadini, l'aumento nel numero e la differenziazione nelle caratteristiche delle persone che si rivolgono al servizio sociale territoriale in seguito alla crisi economica che sta colpendo il Paese evidenziano il rischio di non essere in grado di rispondere a tutte le richieste e di dover adottare nuovi paradigmi di riferimento.

La dimensione formativa rientra anche fra gli elementi di minacce/opportunità al pieno raggiungimento delle finalità del servizio sociale territoriale. Ci si riferisce soprattutto alla formazione di livello universitario precedente all'ingresso nel mondo del lavoro, rispetto alla quale sono state avanzate numerose perplessità, principalmente relative allo scollamento esistente con la realtà operativa dei servizi, sia per quanto attiene alla metodologia dell'intervento sociale sia per gli aspetti più innovativi come la promozione di comunità. Una seconda minaccia di natura formativa riguarda il processo di selezione e formazione della classe politica: gli amministratori locali non sempre hanno la necessaria preparazione per svolgere appieno il proprio ruolo in ambito sociale, vista anche la complessità della materia di cui si tratta; un corollario di questa carenza di conoscenza è rappresentato anche dalla residualità del settore sociale nelle scelte politiche degli Enti locali.

L'ultima macro-categoria di minacce/opportunità comune alle tre mission del servizio sociale territoriale è relativa alla questione normativa. Su questo tema le posizioni dei partecipanti si sono spesso nettamente divise: da un lato chi interpreta l'intervento normativo da parte della Regione come una minaccia all'autonomia e alla libertà di scelta dei territori; dall'altro chi lo percepisce, invece, come un'opportunità di omogeneizzare alcuni elementi dell'offerta di servizi su tutto il territorio regionale così da rendere globalmente più equo il sistema dei servizi sociali territoriali.

Da ultimo il tema delle gestioni associate dei servizi sociali territoriali è emerso in tutte le quattro le possibili declinazioni di analisi utilizzate nel corso dei focus group. Laddove le gestioni associate sono già implementate, questa situazione può essere vissuta come elemento di debolezza (per l'allungamento della catena di comando e per la perdita del

presidio territoriale) più che come punto di forza (ad esempio la definizione di procedure e di regolamenti che garantiscono omogeneità ed equità di intervento ai cittadini di Comuni limitrofi, per la possibilità di una maggiore qualificazione degli interventi altrimenti impossibile nei singoli Comuni di piccole dimensioni, ...). Laddove le modalità di gestione associata dei servizi sociali territoriali non sono ancora implementate, la possibilità di intraprendere questa via può essere vista, per motivi analoghi ai precedenti, come una minaccia (che si lega anche alle precedenti riflessioni sulla questione normativa) più che come un'opportunità. Tanta attenzione a questo tema è probabilmente indicativa della strategicità e attualità di questa prospettiva di evoluzione dei servizi sociali territoriali.

5. Il profilo di qualità del servizio sociale territoriale

5.1. Introduzione

In questi anni il sistema di *welfare* della Regione Emilia-Romagna è stato oggetto di un forte processo di innovazione (a partire dalla Legge regionale n. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", fino ai più recenti provvedimenti riguardanti la trasformazione delle IPAB e la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), passando per la produzione normativa sull'accreditamento in ambito socio-sanitario), processo che richiede ora di essere integrato e completato attraverso lo sviluppo di un tassello essenziale nell'organizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, rappresentato dal servizio sociale territoriale.

Una riflessione sulle funzioni e sull'assetto organizzativo del servizio sociale territoriale - che deve assicurare l'equità nel percorso di presa in carico, l'appropriatezza delle prestazioni, la promozione della comunità locale - non è più rinviabile, per promuovere un'omogenea diffusione della cultura della qualità non solo all'interno del sistema di produzione dei servizi (attraverso l'accreditamento), ma anche nel sistema di accesso. Questo obiettivo era finora reso più difficile dall'insufficiente informazione sulle attuali caratteristiche organizzative e gestionali dei servizi sociali territoriali.

La prima fase di questo processo di riflessione sul servizio sociale territoriale, attivata con la realizzazione dell'indagine di mappatura degli assetti istituzionali e delle modalità organizzative di questi servizi in Emilia-Romagna, ha restituito un primo quadro d'insieme di natura quantitativa, sui cui risultati si è innestato un processo di riflessione condiviso e partecipato.

Con la seconda fase attuata con i focus group realizzati su tutto il territorio regionale è stato possibile approfondire in termini qualitativi alcuni dei temi emersi in sede di indagine e reperire informazioni utili a promuovere (terza fase) un piano di miglioramento dei servizi sociali territoriali che tenesse conto delle specificità e delle diversità di ogni territorio.

Le pagine che seguono descrivono brevemente le tappe del percorso che ha reso fattibile l'elaborazione di un piano di miglioramento per i servizi sociali territoriali della Regione.

5.2. Il profilo di qualità del servizio sociale territoriale

Le evidenze dell'indagine sugli assetti istituzionali e organizzativi dei servizi sociali territoriali in Regione, descritte in precedenza (vedi *Capitolo 2*) e ribadite dai focus group territoriali (vedi *Capitolo 4*), confermano un quadro di forte eterogeneità (fra territori, fra funzioni, ...), sicuramente legato anche al modo in cui la legislazione regionale ha affrontato il tema (vedi *Capitolo 3*). Proprio alla luce di questi risultati, è divenuta ancora più stimolante la discussione dell'obiettivo che il progetto si proponeva, ovvero provare a definire dei criteri minimi di qualità dei servizi sociali territoriali in Emilia-Romagna, verso i quali orientare l'intero sistema dei servizi attraverso l'adozione di un opportuno piano di miglioramento.

Alla base del concetto di qualità intesa - secondo le norme ISO 9000/2000 - come

capacità di un insieme di caratteristiche inerenti ad un prodotto, sistema o processo di ottemperare a requisiti di clienti e di altre parti interessate,

si è volutamente posto un approccio multidimensionale che tenesse conto dei diversi possibili approcci di valutazione: della qualità tecnico-professionale (attinente al livello del professionista), della qualità organizzativa (specifica dell'organizzazione), della qualità percepita (attinente all'utente), della qualità relazionale (inerente al rapporto operatore-utente), della qualità sociale (inerente la comunità), ... Solo un'ottica multidimensionale, che tiene simultaneamente conto di tutti questi aspetti, può garantire un intervento di qualità ai cittadini.

Come abitudine nei processi di valutazione della qualità, anche per elaborare il profilo di qualità del servizio sociale territoriale si è proceduto per step successivi di lavoro. La prima attività necessaria è stata stilare una lista di criteri di qualità condivisa fra i vari portatori di interesse. La prima lista (come si vedrà, la lista definitiva è frutto di vari passaggi e mediazioni) è nata dall'analisi della letteratura esistente in materia, dagli incontri appositamente organizzati con il Comitato guida del progetto e da una decina di interviste effettuate sul territorio regionale a responsabili dei servizi sociali territoriali, a operatori dei servizi e ad altri *stakeholder* (in rappresentanza di ASP, cooperative, associazioni di volontariato).

Il profilo di qualità che si esaminerà in seguito è frutto di tre passaggi fondamentali (vedi *Capitolo 1*):

- realizzazione della prima sessione di *nominal group technique* (NGT), nella quale è stato chiesto ai partecipanti di votare l'importanza dei criteri di qualità dei servizi sociali territoriali individuati come descritto sopra, per isolare quelli ritenuti più importanti e sui quali concentrare le successive azioni di approfondimento;
- compilazione di un questionario da parte dei responsabili degli Uffici di piano, per rilevare il grado di attuazione a livello distrettuale dei criteri di qualità più importanti, selezionati come descritto al punto precedente;
- realizzazione della seconda sessione di NGT, nella quale è stato chiesto ai partecipanti di votare la fattibilità di implementazione (su una scala temporale) dei criteri di qualità in questione.

5.2.1. La valutazione dell'importanza dei criteri di qualità del servizio sociale territoriale

I criteri di qualità individuati nella fase preliminare (attraverso analisi della letteratura, interviste preliminari e incontri con il Comitato guida del progetto) sono stati organizzati secondo le quattro dimensioni della qualità di Shaw (1986):

- *input*: l'insieme delle risorse utilizzate per la gestione di un servizio
- processo: le modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione del servizio, che a loro volta sono state suddivise a seconda che riguardassero:
 - l'utente
 - gli operatori
 - la comunità
 - l'organizzazione
- *output*: l'insieme di attività e prestazioni erogate
- *outcome*: i risultati ottenuti, in termini di esiti prodotti sulle condizioni di vita degli utenti e dei loro familiari e della comunità più in generale

I criteri di *input* riguardano tutte quelle risorse di cui il servizio necessita al fine di garantire il migliore servizio possibile al cittadino utente. Molti dei criteri di *input* che successivamente verranno elencati sono un presupposto indispensabile, una *conditio sine qua non* alla realizzazione di numerosi altri criteri, sia di processo che di risultato. È emerso infatti nei focus group e nel corso delle sessioni di NGT che ad esempio "l'adeguatezza della dotazione organica" - che è risultato essere uno dei criteri ritenuti più importanti dal gruppo di lavoro - è un presupposto fondamentale al fine di "garantire la continuità del percorso assistenziale", garantire la qualità del Piano assistenziale individualizzato e riuscire a elaborare, ma soprattutto portare a compimento, progetti di promozione della comunità.

Sono stati individuati fondamentalmente due gruppi di criteri di *input*: le risorse immediatamente individuabili a disposizione del servizio (strutture fisiche, adeguatezza organica, strumentazione informatica - *hardware*) e la disponibilità di software informatici.

Un gruppo importante dei criteri di *input* riguarda infatti l'informatizzazione dei servizi e in particolare la presenza di strumenti informatici che permettano agli operatori di snellire il loro lavoro (spesso cartaceo) e di riuscire ad avere, attraverso specifici programmi per la gestione dei casi, un immediato sguardo d'insieme sia sul singolo caso, sia sulla totalità dei casi presi in carico.

Nonostante spesso la realizzazione dei criteri di *input* che sono stati individuati non dipenda esclusivamente dalla volontà e dalle capacità del servizio, ma piuttosto dalla disponibilità di risorse economiche e dalle influenze dell'ambiente esterno, si è comunque ritenuto necessario approfondire e analizzare in profondità tali aspetti durante le due sessioni di NGT.

I criteri di processo riguardano invece le modalità attraverso le quali il servizio sociale territoriale organizza il proprio lavoro e l'erogazione delle prestazioni e dei servizi. I criteri di processo sono stati suddivisi in quattro gruppi concettuali:

- i criteri di processo riguardanti l'utente: all'interno di questo sottoinsieme si trovano tutti gli aspetti della qualità che coinvolgono in maniera diretta l'utilizzatore finale. All'interno sono stati individuati elementi riguardanti l'accesso al servizio nel modo più agevole e semplice possibile, la gestione del PAI in tutte le sue declinazioni, la continuità assistenziale e gli attori coinvolti nella gestione del caso;
- i criteri di processo riguardanti gli operatori, in particolare la formazione dell'operatore (che sia specifica riguardo al *target* e relativa a particolari aspetti del lavoro degli operatori, o continua su tematiche trasversali come normativa, *privacy*, ...) e più in generale il benessere lavorativo di chi opera nei servizi (lavoro in *équipe*, possibilità di confronto, analisi e rilevazione del benessere organizzativo del personale, ...);
- i criteri di processo sull'organizzazione: riguardano tutte le modalità di lavoro che coinvolgono in maniera stringente l'organizzazione, la sua gestione del servizio e l'erogazione dei servizi. Come si può immaginare, tali criteri influenzano in maniera significativa molti degli altri criteri di processo (in particolare quelli riguardanti l'utente). Alcuni di questi sono criteri di "forma" ma che risultano sostanziali ai fini della qualità e nascondono una riflessione interna all'organizzazione, come ad esempio la presenza di una mission e una vision aziendale, o rendere espliciti protocolli/linee guida che regolino l'attività dell'organizzazione. Un altro gruppo di criteri riguarda la tendenza dell'organizzazione alla valutazione interna e al miglioramento del servizio: valutazione delle *performance* e dei risultati, analisi del benessere organizzativo, rilevazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori. Vi sono anche alcuni criteri specifici sulla qualità della gestione delle risorse finanziarie e sulla qualità della gestione della committenza. Una nota a parte va infine per il criterio "garantire l'equità del sistema" che ingloba e rappresenta una delle finalità più importanti del servizio sociale territoriale. In questo contesto, il concetto di equità è sicuramente multidimensionale: rappresenta l'equità nell'accesso sia ai servizi che alle prestazioni, l'equità di trattamento a parità di bisogni e di risorse disponibili, l'equità all'interno del *target* di riferimento ma anche fra target, l'equità infra-generazionale;
- i criteri di processo sulla comunità: riguardano la gestione delle attività nella comunità locale e con la cittadinanza e si focalizzano sull'attività di ascolto del territorio e la valorizzazione del capitale sociale di quel territorio.

I criteri di *output* si riferiscono a tutte le attività e le prestazioni erogate dal servizio sociale territoriale. Durante l'analisi ci si è focalizzati meno su questo aspetto rispetto agli altri gruppi di criteri, in quanto in definitiva il vero focus della mappatura dei servizi sociali territoriali erano la numerosità e la tipologia di attività e prestazioni del servizio (vedi *Capitolo 2*). A prescindere da questo, però, si sono comunque volute categorizzare le

tipologie di attività che caratterizzano i servizi: attività di erogazione di prestazioni, di sostegno alle reti sociali e di ricognizione sociale, la prevenzione e la promozione; attività di committenza; attività di rendicontazione dei bisogni e delle necessità della comunità all'apparato politico e la rendicontazione agli amministratori e alla cittadinanza sull'utilizzo delle risorse per la comunità.

I criteri di *outcome* rappresentano i risultati ottenuti dal servizio, in termini di esiti prodotti sulle condizioni di vita degli utenti e dei loro familiari e più in generale della comunità. Questo gruppo di criteri è risultato essere il più difficile da individuare e soprattutto il più difficile da applicare e implementare. Questo particolare sottogruppo di *item* riguarda nello specifico i risultati ottenuti in termini di miglioramento delle condizioni di vita degli utenti e della qualità dei fornitori, in termini di aumento della soddisfazione degli utenti, delle loro condizioni di vita, del loro *empowerment* e di quello della loro famiglia, del capitale sociale della comunità e delle risorse aggiuntive che da questa possono derivare, in termini di diminuzione del disagio all'interno della comunità.

I 53 criteri individuati e così organizzati sono stati sottoposti alla valutazione del gruppo di esperti opportunamente costituito per l'NGT, al quale è stato chiesto di votare, su una scala 1-5 (dove 1 = per nulla importante e 5 = molto importante), quanto ritenessero importante ogni singolo criterio per la qualità del servizio sociale territoriale.

Nonostante avesse a disposizione una scala piuttosto ampia di valutazione, il gruppo NGT ha difficilmente fatto ricorso ai punteggi più bassi. Questo comportamento è sicuramente riconducibile al fatto che i criteri presentati erano già frutto di una pre-selezione eseguita *ex ante*, che ha portato a considerare (implicitamente) come discretamente importanti tutti i criteri individuati. La media dei valori medi dei giudizi di importanza registrati nelle votazioni è risultata, quindi, essere pari a 4,19 ed è stata utilizzata come valore di *cut off* per selezionare i criteri sui quali sviluppare le successive azioni di valutazione.

I box che seguono evidenziano per ogni dimensione della qualità l'importanza attribuita ai singoli criteri di qualità nella prima votazione NGT. In grassetto sono evidenziati i criteri la cui valutazione media è risultata superiore al valore di *cut off* (pari a 4,19). È indicato anche il valore della deviazione standard come misura dell'omogeneità delle valutazioni del gruppo di esperti che è particolarmente marcata: solo in pochi casi infatti il valore della deviazione standard è superiore a 1.

Box. Criteri di *input* (n = 6)³⁸

-
- **Adeguatezza della dotazione organica (media = 4,88 - deviazione standard = 0,33)**
 - Adeguatezza delle strutture fisiche (media = 3,75 - deviazione standard = 0,66)
 - Accessibilità dei locali adibiti al servizio (media = 3,63 - deviazione standard = 0,70)
 - Adeguatezza degli strumenti informatici (media = 3,63 - deviazione standard = 1,32)
 - **Presenza di un sistema informativo per la gestione dei casi (media = 4,25 - deviazione standard = 0,97)**
 - Adeguatezza degli strumenti di informazione sulle prestazioni erogate (media = 3,88 - deviazione standard = 0,93)
-

Box. Criteri di processo (in totale n = 28)³⁸

utente

-
- Garantire adeguati percorsi di accesso per l'utente (media = 4,13 - deviazione standard = 0,60)
 - **Garantire la qualità della relazione di aiuto all'utente (media = 5 - deviazione standard = 0)**
 - **Garantire la tempestività nelle risposte operative date all'utente (media = 4,38 - deviazione standard = 0,48)**
 - **Garantire la qualità della gestione del piano di intervento personalizzato (media = 4,63 - deviazione standard = 0,48)**
 - Attuare procedure a garanzia della privacy degli utenti (media = 3,50 - deviazione standard = 0,87)
 - **Garantire la continuità nel percorso assistenziale dell'utente (media = 4,38 - deviazione standard = 0,70)**
 - Garantire la partecipazione dei familiari al percorso assistenziale dell'utente (media = 4,13 - deviazione standard = 0,93)
 - **Garantire responsabilità e riferimenti certi per il cittadino e la sua famiglia (media = 4,38 - deviazione standard = 0,48)**
 - Attivazione di una procedura di ascolto/rilevazione dell'opinione dell'utenza (media = 4 - deviazione standard = 0,87)
 - Attivazione di una procedura di valutazione dei risultati ottenuti sugli utenti (media = 3,88 - deviazione standard = 1,05)
-

comunità

-
- **Attivare modalità di valorizzazione del capitale sociale del territorio (media = 4,75 - deviazione standard = 0,43)**
 - **Attività di ascolto del territorio (media = 4,63 - deviazione standard = 0,48)**
-

³⁸ In grassetto sono evidenziati i criteri la cui valutazione media è risultata superiore al valore di *cut off* (pari a 4,19)

operatore

- **Formazione continua degli operatori (media = 4,38 - deviazione standard = 0,70)**
 - **Garantire agli operatori la possibilità di confronto (media = 4,88 - deviazione standard = 0,33)**
 - Attivazione di una procedura di rilevazione del benessere organizzativo del personale (media = 3,50 - deviazione standard = 0,87)
-

organizzazione

- **Rendere esplicita una mission/vision formale (media = 4,38 - deviazione standard = 0,70)**
 - **Garantire l'equità del sistema (media = 4,63 - deviazione standard = 0,70)**
 - **Garantire un'adeguata organizzazione e programmazione del servizio (media = 4,50 - deviazione standard = 0,71)**
 - Rendere espliciti protocolli/linee guida che regolino l'attività dell'organizzazione (media = 4,13 - deviazione standard = 0,93)
 - Attivazione di una procedura di valutazione delle *performance* dell'organizzazione (media = 3,63 - deviazione standard = 0,86)
 - **Attivazione di processi di miglioramento del servizio (media = 4,25 - deviazione standard = 0,66)**
 - **Garantire un'efficiente gestione delle risorse finanziarie (media = 4,50 - deviazione standard = 0,5)**
 - Garantire il corretto utilizzo del sistema informativo per la gestione dei casi (media = 2,88 - deviazione standard = 0,6)
 - **Capacità di attivare modalità di committenza appropriate (media = 4,38 - deviazione standard = 0,99)**
 - Attivare procedure di gestione del rischio (media = 3,38 - deviazione standard = 1,11)
 - **Collaborare e co-progettare con i nodi della rete (media = 4,63 - deviazione standard = 0,70)**
 - Attivazione di una procedura di rilevazione della soddisfazione del cittadino (media = 2,88 - deviazione standard = 0,93)
 - Attivazione di una procedura di valutazione dei risultati raggiunti sulla comunità (media = 4,13 - deviazione standard = 0,93)
-

Box. Criteri di *output* (n = 10)³⁹

- **Erogazione di prestazioni (media = 4,63 - deviazione standard = 0,48)**
 - **Sostegno alle reti sociali (media = 4,38 - deviazione standard = 0,7)**
 - Attività di ricognizione sociale e ricerca (media = 4,13 - deviazione standard = 0,6)
 - **Attività di prevenzione (media = 4,38 - deviazione standard = 0,7)**
 - Attività di promozione (media = 4 - deviazione standard = 0,71)
 - **Attività di committenza (media = 4,25 - deviazione standard = 0,66)**
 - Rendicontazione all'apparato politico sui bisogni e le necessità della comunità (media = 4,13 - deviazione standard = 0,93)
 - **Rendicontazione agli amministratori sull'utilizzo delle risorse per la comunità (media = 4,25 - deviazione standard = 0,97)**
 - Rendicontazione ai cittadini sull'utilizzo delle risorse per la comunità (media = 4,13 - deviazione standard = 0,78)
-

Box. Criteri di *outcome* (n = 9)³⁹

- Aumento della soddisfazione degli utenti (media = 4 - deviazione standard = 0,71)
 - **Miglioramento delle condizioni di vita degli utenti che si rivolgono al SST (media = 4,38 - deviazione standard = 1,11)**
 - **Mitigazione degli effetti delle condizioni di disagio sulla qualità della vita degli utenti (media = 4,25 - deviazione standard = 1,30)**
 - **Aumento dell'*empowerment* degli utenti che si rivolgono al SST (media = 5 - deviazione standard = 0)**
 - **Aumento dell'*empowerment* delle famiglie che si rivolgono al SST (media = 4,63 - deviazione standard = 0,48)**
 - Diminuzione delle condizioni di disagio nella comunità (media = 4,13 - deviazione standard = 0,93)
 - **Aumento del capitale sociale della comunità locale (media = 4,63 - deviazione standard = 0,48)**
 - **Acquisizione di risorse aggiuntive da parte di soggetti delle comunità locale (media = 4,25 - deviazione standard = 0,66)**
 - Aumento della soddisfazione degli *stakeholder* (media = 3,50 - deviazione standard = 0,71)
 - **Miglioramento della qualità dei fornitori (media = 4,50 - deviazione standard = 0,71)**
-

³⁹ In grassetto sono evidenziati i criteri la cui valutazione media è risultata superiore al valore di *cut off* (pari a 4,19)

Per ogni blocco di informazione vengono fornite alcune sintetiche note per dare conto della discussione che ha portato ai risultati indicati.

Il criterio di *input* evidenziato come maggiormente rilevante riguarda l'adeguatezza della dotazione organica del servizio. Questo criterio non è riferito soltanto alla definizione di uno standard numerico di presenza di assistenti sociali rispetto alla popolazione residente in un dato territorio, ma anche alla possibilità di garantire da una parte una presenza capillare anche in territori "difficili" per le loro caratteristiche sociali o logistiche, dall'altra di ridurre la "solitudine" in cui si trovano o rischiano di trovarsi gli assistenti sociali e gli altri operatori chiamati ad operare nei servizi sociali di questi territori.

Fra i criteri relativi al sistema informativo è prevalso quello riguardante la gestione dei casi. Se si osserva la distanza con l'altro criterio, relativo alle informazioni gestionali e prestazionali, sembra emergere un profilo che privilegia la centralità del "caso" rispetto al tema del governo del servizio, quasi esistesse una dicotomia fra questi due piani. In realtà, nel corso della discussione è emerso che anche la capacità di dare conto compiutamente di costi e prestazioni del servizio passa attraverso un sistema informativo che supporta in modo robusto la gestione dei casi.

Il dato centrale in merito ai criteri di processo relativi agli utenti riguarda il totale consenso sull'importanza di garantire la qualità della relazione di aiuto all'utente. Questo pone l'enfasi sulla natura relazionale del servizio e, per questa via, su competenze professionali e personali riferibili a dimensioni quali la capacità di ascolto, valutazione, orientamento e supporto alla consapevolezza e alle scelte delle persone in difficoltà. Si tratta di una caratteristica che, in qualche modo, riguarda anche tutti gli altri processi relativi al cittadino utente. In particolare questi aspetti si riscontrano anche nel secondo criterio di processo in termini di importanza, relativo alla gestione dei piani individualizzati, criterio che include più fasi:

- la progettazione, che comprende la valutazione del complesso di bisogni a cui dare risposta, la definizione degli obiettivi per la persona a cui è dedicato il piano, la definizione delle azioni operative (servizi e interventi propri o di altri attori della rete) e delle modalità di monitoraggio e valutazione (tempi e strumenti), la definizione delle responsabilità in capo ai servizi e agli altri attori;
- la gestione operativa dell'intero piano, inclusi il monitoraggio e la valutazione.

Oltre a questi due aspetti è stata data notevole importanza ad alcune dimensioni organizzative, quali la garanzia di continuità del servizio e di riferimenti certi per il cittadino e la tempestività della risposta da parte dei servizi.

I primi due criteri derivano direttamente dai contenuti del piano individualizzato nella misura in cui vi si definiscono gli attori, le azioni, i tempi e le responsabilità.

Quanto alla tempestività, come ricordato sopra, occorre considerarne la differente connotazione a seconda dei casi. Se si tratta di rispondere a un'emergenza (ad esempio per bisogni tipici del cosiddetto pronto intervento sociale), si può immaginare una sostanziale identità con il concetto di rapidità. Se invece si deve intervenire su/con quadri problematici che richiedono la maturazione di consapevolezza e/o competenze particolari

da parte del cittadino (ad esempio nel caso di azioni di inclusione sociale "a bassa soglia"), si dovranno adottare particolare attenzioni per non anticipare azioni non ancora mature per la persona e che permettano di rispettarne i tempi.

Entrambi i criteri di processo relativi alla comunità locale sono stati valutati fra quelli di maggiore importanza. Sono emersi molteplici piani di rappresentazione di queste dimensioni. Un primo livello di carattere generale riguarda l'opportunità che il servizio sociale ricomprenda nella propria missione espliciti compiti di ricognizione, ricerca e sviluppo di attori ed esperienze di rilevanza sociale collettiva. Come già evidenziato nelle fasi precedenti della ricerca, non c'è accordo su questa opportunità, tanto che anche fra gli *performance* del servizio non viene rappresentato come essenziale. Queste dimensioni vanno quindi considerate in altri ambiti; quelli emersi nel percorso possono essere riferiti a:

- gestione del caso sia mediante l'inclusione sistematica della comunità e delle reti possibili nelle diverse azioni del Piano assistenziale individualizzato/Piano educativo individualizzato (con diverse intensità e su diversi fasi, secondo i differenti modelli organizzativi che si sono incontrati);
- progettazione del servizio e del sistema a rete in cui è inserito, attraverso processi formalizzati (strumenti di pianificazione locale, quali i Piani di zona, di comunità, Tavoli, ...) o informali;
- definizione del ruolo e alla qualificazione dei soggetti erogatori dei servizi.

I due criteri di processo relativi agli operatori riguardano la possibilità che essi hanno di fruire di occasioni e luoghi di confronto e di processi di formazione continua. Il primo di questi criteri richiama la necessità di una riflessione periodica sulla propria azione sociale e sulle esperienze proprie e dei propri colleghi. Il confronto fra operatori può essere agito all'interno del proprio servizio (ad esempio nell'ambito dell'équipe) e della rete di servizi di cui il servizio sociale territoriale fa parte (ad esempio nelle Unità valutative). Si tratta tuttavia di contesti in cui non sempre è possibile un'astrazione dalla quotidianità e dalla gestione concreta dei casi, per cui può essere necessario prevedere spazi *ad hoc*. È una dimensione valida per tutti gli operatori del servizio sociale territoriale, ma diventa ancora più essenziale per quelli che si trovano a operare in solitudine oppure in contesti in cui non è possibile lavorare confrontandosi sistematicamente.

Il secondo criterio riguarda la formazione continua, intesa come aggiornamento sulle questioni più rilevanti e/o aggiornamenti relativi all'esercizio della professione.

Il gruppo dei criteri relativi all'organizzazione - soprattutto manageriale - può essere letto su un piano relativo alla missione del servizio e alla sua capacità di rispondere in modo equo ai bisogni di cui si prende carico. Il tema dell'equità viene declinato sia in termini di parità e uguaglianza di trattamento fra le persone che condividono condizione e bisogno, sia centrando l'attenzione su condizioni e bisogni non ancora codificati ma talvolta chiaramente percepiti. Se sul primo livello si provvede in termini di regole e procedure certe e trasparenti, al secondo si dà risposta preliminarmente includendo nella propria

missione i bisogni emergenti. Il tema che sta sotto la discussione è quello già emerso nelle precedenti fasi della ricerca, che evidenziano una difficoltà complessiva a rispondere a forme di bisogno diverse da quelle "storiche".

Un secondo blocco di criteri si riferisce alla capacità di gestione complessiva del servizio in termini di programmazione, efficienza economica e miglioramento continuo.

Un ulteriore blocco si riferisce alle relazioni con i soggetti a cui è richiesta l'erogazione dei servizi o di una parte di essi. Da un lato ci si riferisce alla capacità di integrarsi con gli altri attori della rete (pubblici e privati) nella progettazione dei servizi, dall'altro alla capacità di affidare ai soggetti gestori compiti chiari e verificabili con processi di scambio e monitoraggio che consentano di mantenere consapevolezza e controllo su quanto viene affidato ai gestori (anche acquisendone il *know how* operativo che rischia di essere sempre meno patrimonio del servizio pubblico).

I criteri relativi all'*output*, coerentemente con quanto visto sin qui, restituiscono l'immagine di un servizio che ha come primo compito quello di prendere in carico le persone con necessità e di erogare le prestazioni richieste.

Tuttavia hanno peso rilevante anche altre "prestazioni", che si integrano con le precedenti e fra loro, riconducibili ad attività di prevenzione (in termini informativi, formativi, di riduzione del danno, ...) e di sostegno delle reti sociali sia dei singoli utenti e/o nuclei sia di carattere comunitario.

I criteri relativi all'*outcome* fanno riferimento all'efficacia del servizio, che a sua volta ha a che fare con la sua mission. È significativo che il principale criterio di *outcome* sia "aumento dell'*empowerment* degli utenti che si rivolgono al SST", e il principale criterio di processo sia "garantire la qualità della relazione di aiuto". Si tratta di due criteri che si supportano a vicenda e che dicono molto della filosofia che ha ispirato il gruppo di lavoro: il servizio lavora principalmente per mettere le persone in condizione di soddisfare le proprie necessità con il massimo di consapevolezza e autonomia possibile, e in questo il servizio è di supporto offrendo la migliore relazione di aiuto possibile.

La Tabella 3 riepiloga, in ordine decrescente, i criteri di qualità più importanti, ovvero quelli con una valutazione superiore al valore di *cut off*, sui quali si sono sviluppate le azioni successive: si tratta di 16 criteri di processo e di 7 criteri di *outcome* (non sono stati presi in considerazione gli *performance*, per i motivi precedentemente esposti).

Tabella 3. Criteri di qualità con media superiore al valore di *cut off*

Tipologia di criterio	Criterio	Votazione media
<i>Outcome</i>	Aumento dell' <i>empowerment</i> degli utenti che si rivolgono al SST	5
Processo	Garantire la qualità della relazione di aiuto all'utente	5
Processo	Garantire agli operatori la possibilità di confronto	4,88
Processo	Attivare modalità di valorizzazione del capitale sociale del territorio	4,75
<i>Outcome</i>	Aumento del capitale sociale della comunità locale	4,63
<i>Outcome</i>	Aumento dell' <i>empowerment</i> delle famiglie che si rivolgono al SST	4,63
Processo	Collaborare e co-progettare con i nodi della rete	4,63
Processo	Garantire l'equità del sistema	4,63
Processo	Attività di ascolto del territorio	4,63
Processo	Garantire la qualità della gestione del piano di intervento personalizzato	4,63
<i>Outcome</i>	Miglioramento della qualità dei fornitori	4,50
Processo	Garantire un'efficiente gestione delle risorse finanziarie	4,50
Processo	Garantire un'adeguata organizzazione e programmazione del servizio	4,50
<i>Outcome</i>	Miglioramento delle condizioni di vita degli utenti che si rivolgono al SST	4,38
Processo	Capacità di attivare modalità di committenza appropriate	4,38
Processo	Rendere esplicita una mission/vision formale	4,38
Processo	Formazione continua degli operatori	4,38
Processo	Garantire responsabilità e riferimenti certi per il cittadino e la sua famiglia	4,38
Processo	Garantire la continuità nel percorso assistenziale dell'utente	4,38
Processo	Garantire la tempestività nelle risposte operative date all'utente	4,38
Processo	Acquisizione di risorse aggiuntive da parte di soggetti	4,25
<i>Outcome</i>	Mitigazione degli effetti delle condizioni di disagio sulla qualità della vita degli utenti	4,25
Processo	Attivazione di processi di miglioramento del servizio	4,25

5.2.2. Livello di attuazione dei criteri di qualità prioritari negli ambiti distrettuali

I criteri di qualità ritenuti più importanti dagli esperti nel corso della prima sessione dell'NGT sono stati poi utilizzati per stimolare la conversazione durante i focus group e, soprattutto, sono stati oggetto di una successiva valutazione (post-focus) tramite questionario da parte dei responsabili degli Uffici di piano, per verificarne il relativo grado di attuazione nei Distretti, allo scopo di rilevare la distanza percepita dei servizi sociali territoriali dai criteri di qualità ritenuti più importanti.⁴⁰ Il questionario da compilare chiedeva per il singolo Distretto di competenza di ciascun Ufficio di piano di dare un giudizio sul grado di implementazione di ogni criterio di processo, utilizzando una scala da 1 a 5 in cui le etichette dei punteggi corrispondevano ai seguenti stadi di implementazione:⁴¹

- 1 non prestiamo particolare attenzione a questo aspetto
- 2 stiamo pianificando delle modalità di interventi a proposito
- 3 gli interventi sono stati implementati
- 4 gli interventi sono stati implementati e verificati
- 5 il processo è pienamente attuato e funziona

I criteri di *outcome* sono stati valutati in maniera analoga ma con una scala di valutazione diversa, nella quale veniva indagato il grado di soddisfazione riguardo i risultati ottenuti su una scala da 1 (per nulla soddisfatto) a 5 (molto soddisfatto).

L'incrocio fra le valutazioni di importanza, frutto della prima sessione dell'NGT, e le valutazioni sul grado di attuazione e di soddisfazione rilevate dagli Uffici di piano⁴² attraverso il questionario sopra descritto, sono molto importanti per iniziare a delineare i contenuti del possibile piano di miglioramento della qualità dei servizi sociali territoriali in Regione. Riportando i valori medi di queste valutazioni rispettivamente sull'asse delle ordinate e sull'asse delle ascisse (*Figura 10*), è possibile ripartire l'area del grafico in quattro quadranti (attraverso la proiezione rispettivamente delle medie dei giudizi di importanza e di attuazione), che possono essere definiti con le seguenti etichette:

- INVESTIRE, aspetti molto importanti, ma poco attuati
- CONSOLIDARE, aspetti molto importanti e discretamente attuati
- MANTENERE, aspetti relativamente importanti e discretamente attuati
- CONTROLLARE, aspetti relativamente importanti e poco attuati

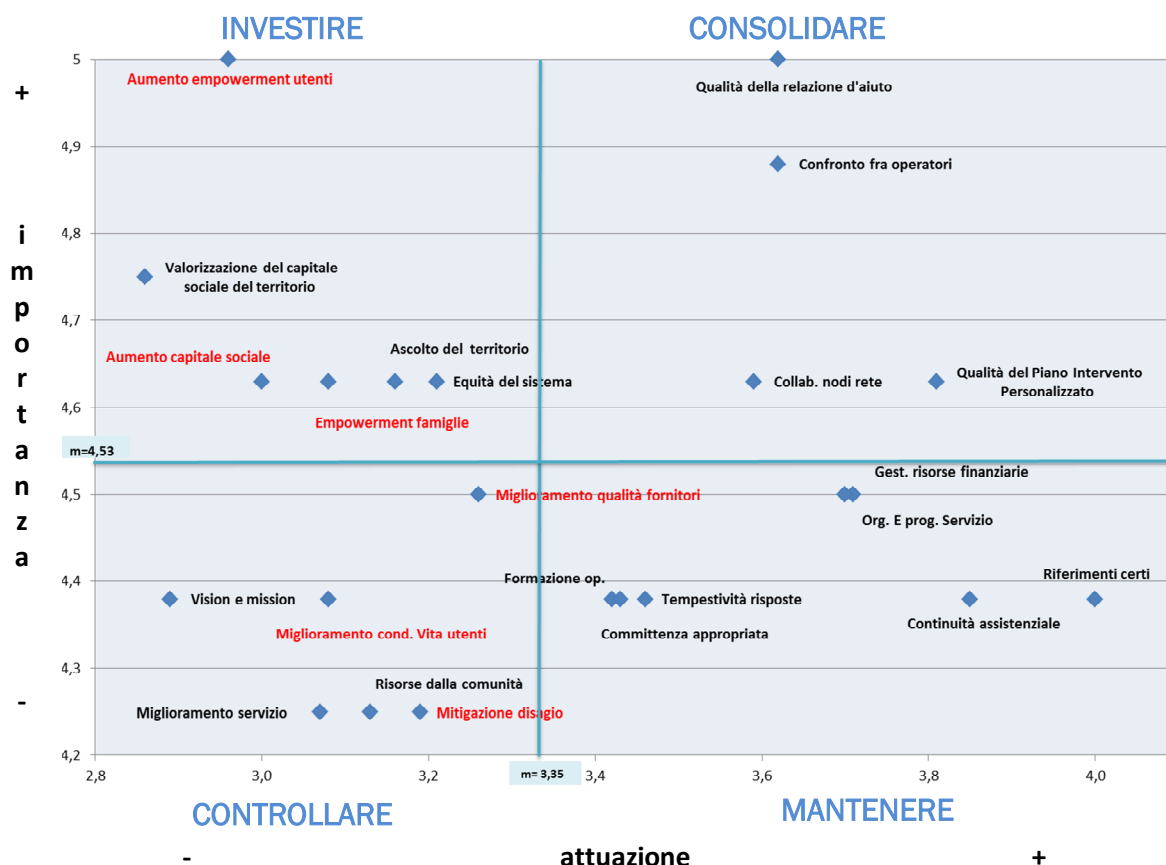
⁴⁰ In questa prima lista dei criteri, su indicazione del Comitato guida del Progetto, non sono stati inclusi i criteri di *input*, in quanto ritenuti aspetti sui quali al momento è più difficile intervenire.

⁴¹ Riprese e adattate dal Common Assessment Framework.

⁴² Hanno risposto 30 Uffici di Piano su 38 (Non hanno risposto gli Uffici di piano di Valli Taro e Ceno, Rimini, Riccione, Reggio Emilia, Porretta Terme, Ferrara Ovest, Ferrara Sud est, Ravenna).

Come si può notare attraverso la rappresentazione grafica, i giudizi sul grado di attuazione dei criteri nei Distretti sono sensibilmente più bassi rispetto a quelli di importanza: il dato medio di attuazione è infatti pari a 3,35, inferiore sia alla media dei criteri di qualità più importanti (pari a 4,53) sia al *cut off* stesso con cui sono stati selezionati i criteri (pari a 4,19).

Figura 10. Grado di importanza e attuazione dei criteri di qualità del servizio sociale territoriale (valori medi)



NB per facilitare la presentazione dei risultati gli assi del grafico sono stati ri-scalati; i criteri di *outcome* sono stati evidenziati in rosso, quelli di processo in nero

Si analizzano ora gli aspetti nei vari quadranti del grafico, per cominciare a delineare i primi tratti essenziali del piano di miglioramento dei servizi sociali territoriali.

- Nel primo quadrante in alto a sinistra (criteri molto importanti, ma attualmente poco attuati negli ambiti distrettuali) si trovano i criteri per i quali nel prossimo futuro è fondamentale investire. I criteri sono:
 - aumento dell'*empowerment* degli utenti che si rivolgono al SST
 - aumento dell'*empowerment* delle famiglie che si rivolgono al SST
 - attivare modalità di valorizzazione del capitale sociale del territorio

- aumento del capitale sociale della comunità locale
- attività di ascolto del territorio
- garantire l'equità del sistema

Come si può vedere, tre di questi elementi sono riferibili alla dimensione di *outcome* ("aumento dell'*empowerment* degli utenti che si rivolgono al SST", "aumento dell'*empowerment* delle famiglie che si rivolgono al SST", "aumento del capitale sociale della comunità locale"), la cui valutazione in generale rappresenta oggi uno degli elementi di debolezza del sistema dei servizi (*Figura 11* più avanti). In secondo luogo, metà dei criteri presenti in questo quadrante rientrano nella tematica della promozione di comunità ("attività di ascolto del territorio", "aumento del capitale sociale della comunità locale", "attivare modalità di valorizzazione del capitale sociale del territorio"), cui si aggiunge la riflessione che ben quattro dei criteri riguardanti la comunità (sui cinque complessivi) sono all'interno di questo quadrante. Questo dato è piuttosto significativo in quanto rileva una forte attenzione e importanza riservata a questa specifica dimensione di lavoro, confermandone allo stesso tempo l'attuale basso grado di attuazione. Appare quindi indispensabile sia investire sul tema dell'*empowerment* degli utenti e delle famiglie sia garantire la necessaria attenzione nei confronti della comunità locale e della sua crescita (anche in termini di produzione di nuove risorse sociali, ovvero di aumento dei soggetti che hanno un ruolo attivo nella comunità locale). Particolarmente rilevante è inoltre il fatto che il tema dell'equità ("garantire l'equità del sistema") si trovi in questo quadrante: l'equità è da declinarsi rispetto sia all'accesso al servizio, sia alla valutazione, sia nella distribuzione delle risorse (ad esempio fra le diverse aree/target di intervento). Gli attuali tempi di crisi evidenziano l'esigenza di intervenire su questi aspetti alla luce dell'aumento e del cambiamento della domanda di servizi sociali.

- Nel secondo quadrante in alto a destra (criteri molto importanti e già discretamente attuati nei territori), si trovano i criteri che nel prossimo futuro è opportuno consolidare. I criteri sono:
 - garantire la qualità della relazione di aiuto all'utente
 - garantire agli operatori la possibilità di confronto
 - collaborare e co-progettare con i nodi della rete
 - garantire la qualità della gestione del piano di intervento personalizzato

È significativo che gli *item* sopra considerati siano tutti aspetti di processo, sui quali i servizi sociali territoriali hanno maturato nel tempo una più che buona capacità di intervento che va salvaguardata e, laddove possibile/opportuno, ulteriormente implementata. I criteri compresi in questa area si focalizzano sui due attori fondamentali del processo della relazione di aiuto - l'operatore e l'utente - e sulla loro relazione. Nel quadrante si trovano infatti due criteri che contribuiscono a tratteggiare la figura degli operatori dei servizi sociali territoriali come soggetti in costante relazione con altri soggetti, sia all'interno del servizio ("garantire agli operatori la possibilità di confronto") attraverso il lavorare in *équipe*, i momenti di supervisione e/o intervizione, l'attivazione di comunità di pratica; sia all'esterno ("collaborare e co-

progettare con i nodi della rete”), ovvero con altri settori della macchina comunale (es. casa, lavoro, educazione, sport) o con gli altri Enti del territorio (es. Azienda USL e Centri per l’impiego) e organizzazioni che intervengono sullo stesso ambito di lavoro. È una complessità che richiede tempi, spazi e strumenti dedicati per essere adeguatamente affrontata. Parimenti cruciali sono anche gli aspetti legati al rapporto con l’utente al quale è necessario garantire, fin dalla fase di accesso al servizio, adeguate capacità relazionali, un ascolto attivo e una comunicazione efficace (“garantire la qualità della relazione di aiuto all’utente”). Questi elementi gettano le basi per una corretta valutazione dei bisogni, la conseguente coerente definizione degli obiettivi, la progettazione e negoziazione degli interventi, l’erogazione dei servizi previsti e la relativa verifica e monitoraggio (“garantire la qualità della gestione del piano di intervento personalizzato”).

- Nel quadrante in basso a destra (criteri ritenuti relativamente importanti, ma discretamente attuati nei territori) si trovano i criteri che nel futuro è considerato opportuno mantenere. I criteri sono:
 - formazione continua degli operatori
 - capacità di attivare modalità di committenza appropriate
 - garantire un’adeguata organizzazione e programmazione del servizio
 - garantire un’efficiente gestione delle risorse finanziarie
 - garantire la tempestività nelle risposte operative date all’utente
 - garantire responsabilità e riferimenti certi per il cittadino e la sua famiglia
 - garantire la continuità nel percorso assistenziale dell’utente

Si tratta di elementi che, essendo discretamente diffusi, vanno “mantenuti”, anche se oggi rivestono una minore strategicità per lo sviluppo della qualità del servizio sociale territoriale rispetto a quelli evidenziati in precedenza e sui quali si concentreranno le successive riflessioni del piano di miglioramento (*Paragrafo 5.2.3*).

I primi due elementi fanno in qualche modo riferimento alla qualità delle risorse umane, siano esse interne o esterne al servizio sociale territoriale. La “formazione continua degli operatori” include infatti un insieme ampio e articolato di azioni che spaziano dall’analisi periodica dei bisogni formativi e informativi quale pre-condizione necessaria per la programmazione annuale delle attività di formazione e di aggiornamento, alla definizione delle modalità di addestramento, formazione e inserimento del personale di nuova acquisizione o del personale assegnato a nuove funzioni, senza trascurare la garanzia di accesso per gli operatori a testi, riviste di settore e altra letteratura specialistica per la formazione personale.

La “capacità di attivare modalità di committenza appropriate” include un insieme ampio e articolato di azioni che per la committenza istituzionale vanno dall’esplicitazione delle attività da affidare a soggetti terzi, alla definizione delle modalità di individuazione dei soggetti affidatari di incarico, dalla definizione dei contenuti dell’affidamento all’esplicitazione delle modalità di controllo dei processi di committenza. Per quanto attiene alla committenza gestionale, ci si riferisce

all'individuazione delle responsabilità sui singoli casi presi in carico, in un contesto di collaborazione fra servizio e fornitore nell'assistenza all'utente, per arrivare al monitoraggio e valutazione del comportamento dei committenti.

"Garantire un'adeguata organizzazione e programmazione del servizio" riguarda l'organizzazione complessiva del servizio e include elementi che spaziano dalla definizione degli obiettivi (e loro periodica revisione) al loro allineamento con le risorse economiche, dall'attribuzione delle funzioni e delle competenze alla corretta comunicazione degli obiettivi e dei processi organizzativi. L'obiettivo è "garantire un'efficiente gestione delle risorse finanziarie", elemento che richiama sia la necessità di assicurare la sostenibilità finanziaria degli interventi da porre in essere sia l'opportunità di dotarsi di un sistema di monitoraggio permanente dei costi di erogazione dei servizi.

"Garantire la tempestività nelle risposte operative date all'utente" va inteso sia nelle situazioni di ordinarietà che in quelle di emergenza e si collega con i due *item* successivi: "garantire responsabilità e riferimenti certi per il cittadino e la sua famiglia" e "garantire la continuità nel percorso assistenziale dell'utente". Tale continuità va declinata su più piani di lavoro:

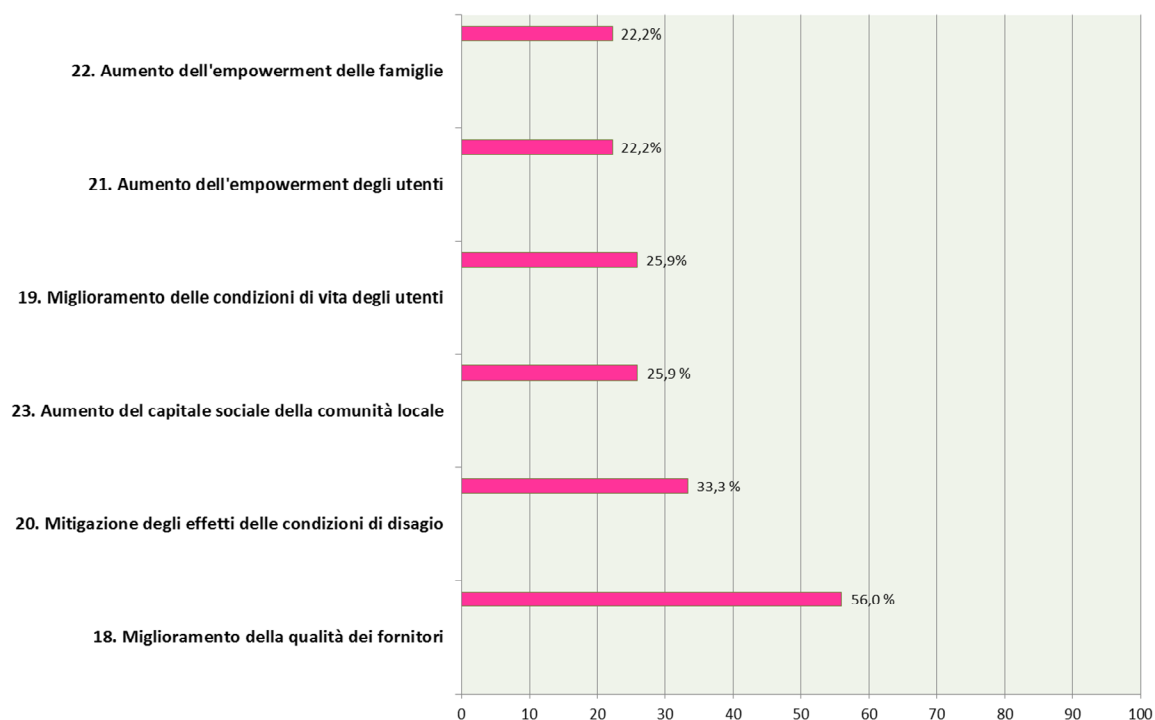
- continuità del percorso all'interno del servizio
 - continuità del percorso fra i diversi servizi del Comune
 - continuità del percorso fra servizio e fornitori
 - continuità fra i diversi enti/organizzazioni che intervengono sul caso
- Nel quadrante in basso a sinistra (criteri ritenuti relativamente importanti e meno attuati nei territori) si trovano i criteri che nel futuro sono considerati da controllare. I criteri sono:
 - rendere esplicita una mission/vision formale
 - attivazione di processi di miglioramento del servizio
 - acquisizione di risorse aggiuntive da parte di soggetti delle comunità locale
 - miglioramento della qualità dei fornitori
 - miglioramento delle condizioni di vita degli utenti che si rivolgono al SST
 - mitigazione degli effetti delle condizioni di disagio sulla qualità della vita degli utenti

Anche questi ultimi elementi in ragione della loro minore importanza saranno considerati in maniera marginale nella predisposizione del piano di miglioramento. È opportuno in questa sede focalizzarsi sull'item relativo al "miglioramento della qualità dei fornitori" in quanto, più degli altri, si trova in una posizione *borderline* rispetto a quelli inseriti nei quadranti "investire" e "consolidare", a testimoniare la strategicità di ragionare anche sulla dimensione della committenza per aumentare la qualità dei servizi sociali territoriali.

Prima di passare alla valutazione della fattibilità di implementazione dei criteri in esame, è opportuno fornire un'ulteriore evidenza della necessità di prestare particolare attenzione, nel futuro piano di miglioramento, alla dimensione

dell'*outcome* e, specificatamente, alla valutazione dei risultati in termini di cambiamenti prodotti sulle condizioni di vita degli utenti e dei loro familiari e della comunità più in generale. Come si può vedere in Figura 11, la percentuale di Distretti nei quali vi è un'evidenza oggettiva (misurata) dei risultati ottenuti è generalmente molto bassa: è superiore al 50% solo nel caso del criterio "miglioramento della qualità dei fornitori" e non supera il genere il 30% per gli altri criteri afferenti a questa macro-dimensione della qualità.

Figura 11. Percentuale di casi per cui c'è evidenza oggettiva dei risultati ottenuti



5.2.3. Valutazione del grado di fattibilità di implementazione dei criteri di qualità prioritari

Il secondo incontro NGT con gli esperti individuati dal Comitato guida ha avuto lo scopo di rilevare un giudizio sulla fattibilità di implementazione dei criteri di qualità in esame, per cercare di scandire la loro realizzazione lungo l'orizzonte temporale 2012-2015; si è chiesto ai partecipanti di esprimere la loro valutazione su quando fosse realmente e concretamente fattibile implementare i criteri di qualità precedentemente selezionati. Lo scopo del progetto era infatti stilare un profilo di qualità concreto, fattibile e relativamente semplice da implementare, in modo che la Regione e gli Enti locali potessero trarne effettivo beneficio dall'azione di ricerca.

La lista dei criteri di qualità fin qui analizzata è stata arricchita di tutti i suggerimenti e spunti provenienti dai 13 focus group realizzati nel territorio regionale: in particolare sono stati re-integrati d'ufficio alcuni elementi di *input* inizialmente esclusi (come l'adeguatezza della dotazione organica, l'adeguatezza delle strutture fisiche, l'accessibilità dei locali

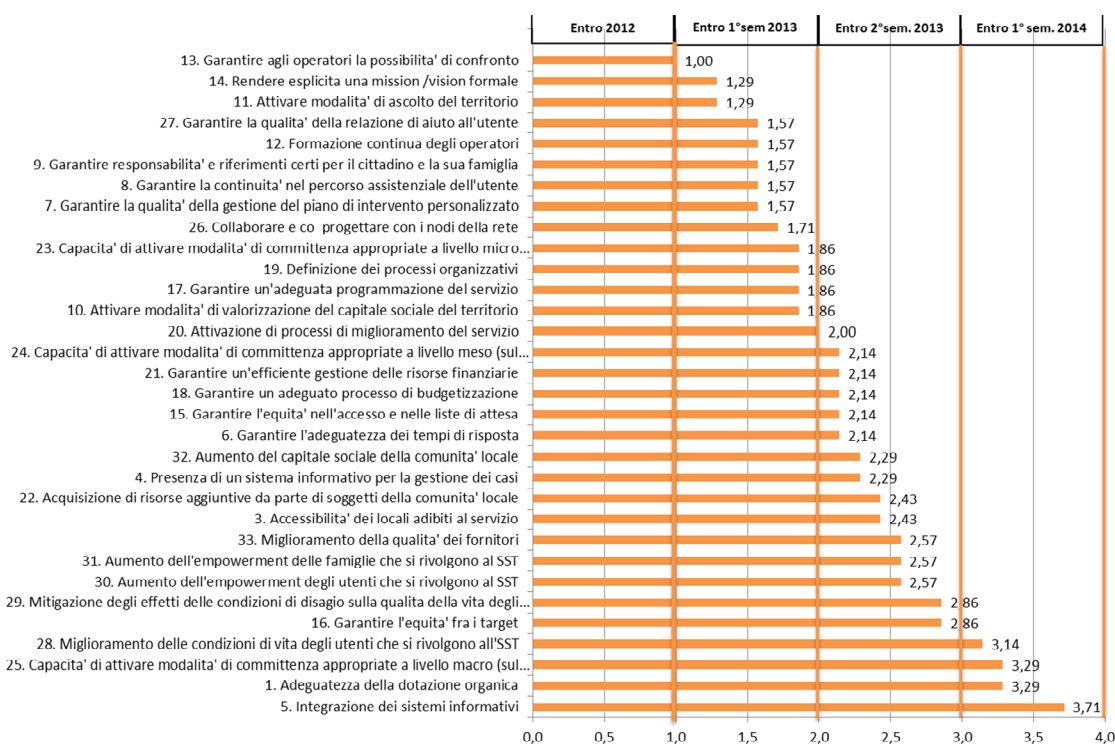
adibiti al servizio, la presenza di un sistema informativo per la gestione dei casi, l'integrazione dei sistemi informativi, la garanzia di un'adeguata budgetizzazione⁴³).

È stato quindi chiesto al gruppo NGT di votare entro quando fosse fattibile implementare ciascun criterio, utilizzando una scala di valutazione 1-7 che corrisponde ai seguenti step temporali:

1. secondo semestre 2012
2. primo semestre 2013
3. secondo semestre 2013
4. primo semestre 2014
5. secondo semestre 2014
6. primo semestre 2015
7. secondo semestre 2015

La Figura 12 illustra i risultati del secondo incontro NGT.

Figura 12. Fattibilità di implementazione dei criteri di qualità nel periodo 2012-2015



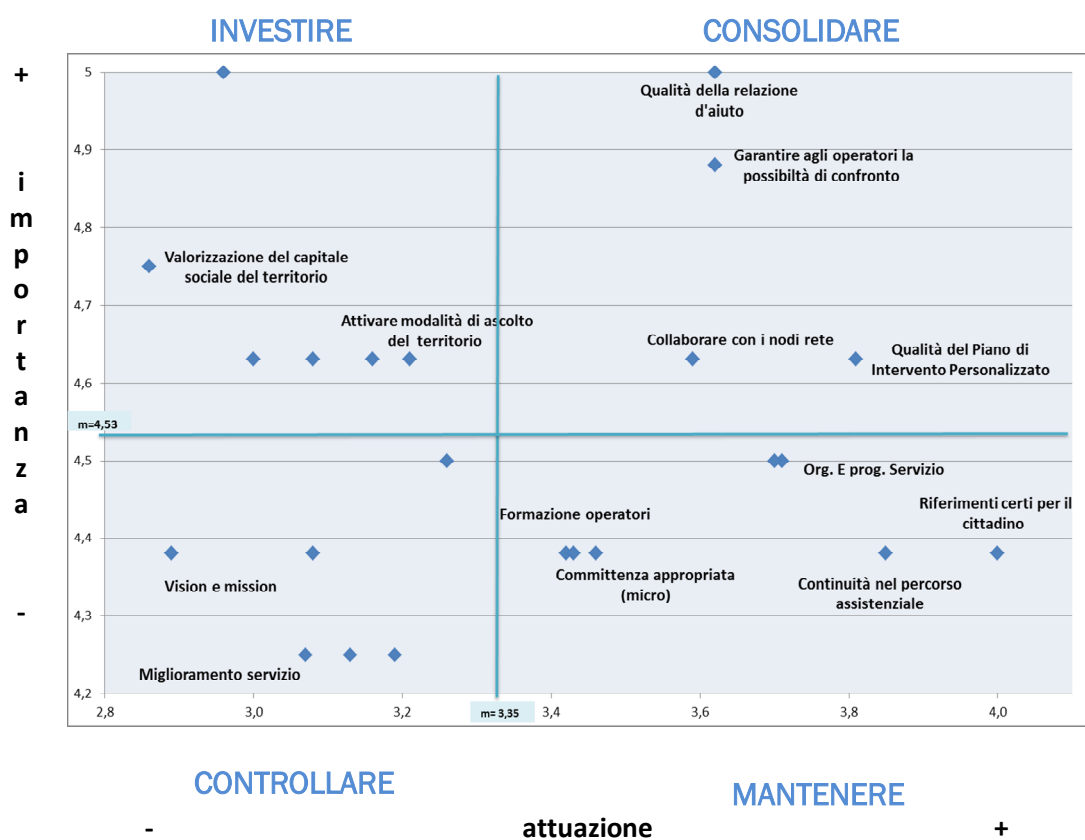
⁴³ Essendo stati inseriti successivamente alla realizzazione dei 13 focus group, i criteri elencati non sono quindi stati oggetto dei questionari distribuiti ai partecipanti. Inoltre, il criterio capacità di attivare modalità di committenza appropriate è stato diviso in tre criteri:

- capacità di attivare modalità di committenza appropriate a livello micro (singolo utente);
- capacità di attivare modalità di committenza appropriate a livello meso (sul fornitore);
- capacità di attivare modalità di committenza appropriate a livello macro (sul sistema e sulle modalità di affidamento).

Innanzitutto, il fatto che le valutazioni degli esperti non rimandino al 2015 la realizzazione di nessuno dei criteri di qualità considerati è sicuramente indicativo dell'importanza attribuita al presidio da parte dei servizi sociali territoriali di tutti gli aspetti ritenuti prioritari e della loro imprescindibilità ai fini della garanzia della qualità del servizio offerto.

Per meglio verificare su quali aspetti gli esperti convenuti nella sessione abbiano suggerito di concentrare l'attenzione del piano di miglioramento, si riprende la struttura della Figura 10, isolando di anno in anno solo i criteri pertinenti secondo i risultati di questo secondo incontro NGT.

Figura 13. Criteri di qualità da implementare entro il primo semestre del 2013

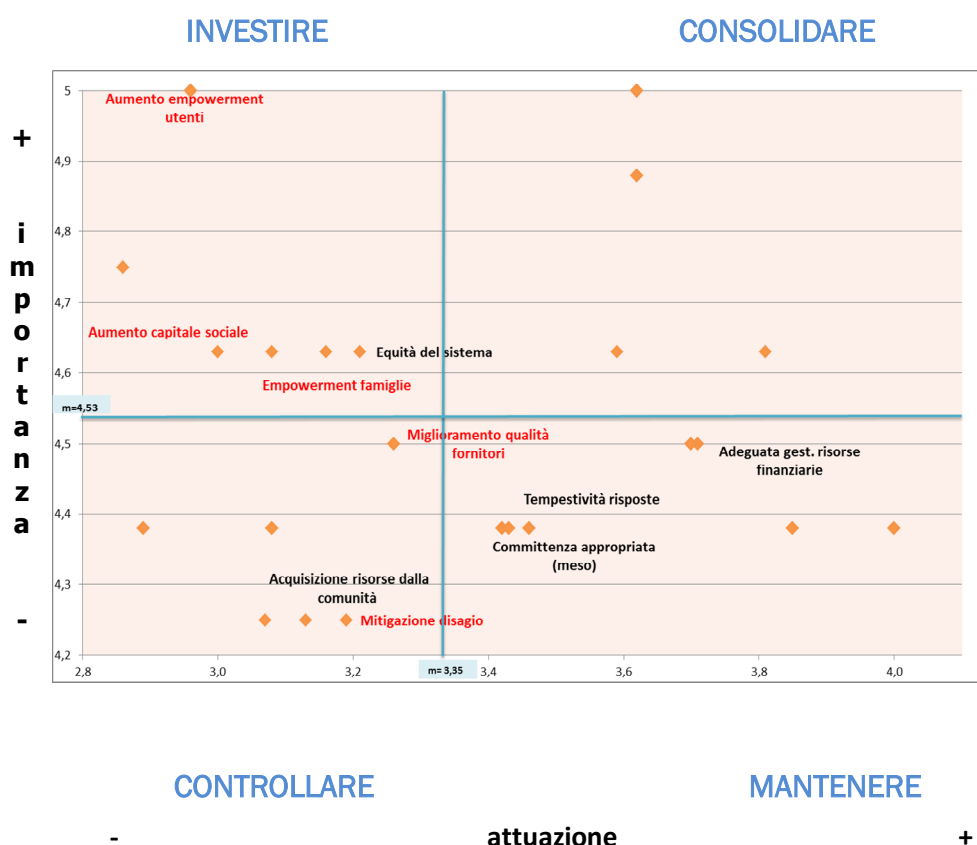


Si nota immediatamente che quasi tutti i criteri nei due quadranti in alto ("investire" e "consolidare", ad alta importanza) sono stati ritenuti i più urgenti da implementare (entro il primo semestre 2013). In particolare, tutti i criteri del quadrante "consolidare" sono i primi dei quali si prevede la realizzazione, proprio in ragione del fatto che sono già anche abbastanza discretamente attuati nei vari servizi sociali territoriali. Coerentemente con il livello attuale di diffusione, solo per 2 dei 6 criteri del quadrante "investire" si prevede di riuscire a intervenire già entro il primo semestre del 2013; entro i sei mesi successivi si prevede di implementare anche gli ultimi quattro criteri di questo quadrante. Entro il

primo anno di realizzazione dei criteri di qualità non si trova invece nessun criterio di *outcome*, e quindi di esito. Gli esperti hanno probabilmente pensato che per raggiungere dei risultati (sugli utenti e/o sulla comunità) sia necessario un lasso temporale più lungo.

La Figura 14 sembra confermare questa interpretazione: tutti gli elementi di *outcome* (evidenziati in rosso) sono annoverati fra quelli da implementare entro il secondo semestre del 2013.

Figura 14. Criteri di qualità da implementare entro il secondo semestre del 2013



5.3. Ipotesi di lavoro per il piano di miglioramento

Coerentemente con i risultati delle tappe fondamentali che hanno portato alla definizione dei criteri di qualità "chiave", sono state identificate alcune possibili strategie di intervento per un piano di miglioramento, che mira a implementare nel miglior modo possibile i criteri di qualità presi in esame.

Come descritto nel Capitolo 2, è importante ricordare che in Regione si registra una forte disomogeneità organizzativa del servizio sociale territoriale e una diffusa frammentarietà istituzionale, con situazioni di partenza dei territori anche molto diversi tra loro e visioni di questo servizio talvolta notevolmente differenti fra loro. Pensare, quindi, a un piano di lavoro per il miglioramento dei servizi sociali territoriali è un'attività ad alta complessità, che deve chiamare necessariamente in gioco i diversi attori presenti sulla scena

istituzionale: la Regione, gli Enti locali, l'Agenda sanitaria e sociale regionale, gli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, i Direttori Integrazione sociale e sanitaria delle Aziende USL e gli Uffici di piano.

In queste pagine vengono suggerite alcune piste di lavoro e riflessioni, che dovranno poi essere fatte proprie da questi attori per la loro realizzazione.

Coerentemente con gli assunti iniziali specificati, gli obiettivi del piano di miglioramento potranno essere di varia natura: di mantenimento, per gli elementi di omogeneità che ha senso consolidare; o di sviluppo, per gli elementi di attuale diversità fra i servizi sociali territoriali sui quali si ravvisa l'opportunità di ricondurre il sistema a una maggiore convergenza e sui quali è necessario investire.

Le possibili strategie di intervento individuate per realizzare tale piano sono di almeno cinque tipi e possono anche essere integrate tra di loro per aumentare l'efficacia complessiva nel rispondere alle esigenze rilevate. Si possono distinguere:

- strategie di tipo normativo, attraverso l'adozione di specifici provvedimenti regionali al fine di indirizzare l'azione di tutti i territori su alcuni temi di particolare rilievo. Queste azioni possono concretizzarsi in: adozione di linee di indirizzo, inserimento di specifici obiettivi nel Piano socio-sanitario regionale, ...;
- strategie di tipo formativo per gli operatori dei servizi sociali territoriali, con l'obiettivo di ampliare e supportare le competenze degli assistenti sociali e di tutti quelli che operano in questi servizi; possono essere realizzate sia in presenza che a distanza (*e-learning*);
- attività di supporto e di accompagnamento ai servizi sociali territoriali nel cambiamento che devono affrontare, attraverso consulenze di esperti, attivazione di comunità di pratica e/o altre azioni (diverse da quelle di tipo prettamente formativo) finalizzate a supportare il processo di crescita;
- attività di ricerca e ricerca-azione, per approfondire attraverso le opportune metodologie di analisi alcuni ambiti di intervento dei servizi sociali territoriali ancora poco esplorati;
- attivazione di interventi pilota, a livello sperimentale, in alcune realtà territoriali per la successiva eventuale messa a regime su tutto il territorio regionale.

A conclusione del progetto è stato organizzato un incontro con quanti, a vario titolo, hanno partecipato alla ricerca. Sono stati quindi invitati tutti gli Uffici di piano, i partecipanti ai 13 focus group (circa 200 persone, *stakeholder* in vari ambiti) e il gruppo di esperti che hanno partecipato agli NGT, oltre al Comitato guida del progetto. Riconfermando la metodologia partecipativa di questa iniziativa, oltre a presentare i principali risultati della ricerca, è stato chiesto ai partecipanti all'incontro di portare un contributo attivo alla definizione del piano di miglioramento del servizio sociale territoriale chiedendo loro di proporre alcune idee concrete al fine di implementare i vari criteri di qualità in questione, ovvero quelli che ricadono nei due quadranti in alto nella Figura 11 ("investire" e "consolidare"). I risultati di quest'ultimo lavoro, opportunamente sistemati e organizzati, sono evidenziati in Tabella 4.

Tabella 4. Il Piano di miglioramento del servizio sociale territoriale: alcune possibili azioni da avviare

Criteri	Strategia				
	Normativa	Formazione	Accompagnamento	Ricerca	Sperimentazione
ACCESSO E PRESA IN CARICO					
Qualità della relazione di aiuto e qualità del Piano di intervento personalizzato	<p>Maggiore chiarezza su "chi fa che cosa" nelle funzioni di accesso e presa in carico</p> <p>Maggiore chiarezza sulle competenze e capacità necessarie ai diversi ruoli</p>	<p>Formazione sull'ascolto e sulla comunicazione con gli utenti</p> <p>Formazione sulla definizione del Piano di intervento personalizzato</p> <p>Formazione sul monitoraggio e sulla valutazione dei risultati</p> <p>Previsione di percorsi formativi "misti" (operatori dei SST, fornitori, ...)</p>	<p>Attivazione di comunità di pratica sul tema</p> <p>Accompagnamento all'utilizzo degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei risultati</p> <p>Accompagnamento all'utilizzo degli strumenti di valutazione delle prestazioni professionali</p> <p>Accompagnamento all'utilizzo di procedure di integrazione fra accesso e presa in carico</p>	<p>Indagine sulla cittadinanza per comprendere le esigenze (bisogni) dei cittadini</p> <p>Individuazione delle principali caratteristiche del sistema di accesso in regione (qualifica degli operatori, prestazioni, percorsi, orari, ...)</p>	<p>Sperimentazione di "accessi differenziati" ai SST con orari flessibili</p> <p>Attività di <i>benchmarking</i></p>

Criteri	Strategia				
	Normativa	Formazione	Accompagnamento	Ricerca	Sperimentazione
Equità del sistema di accesso	<p>Linee di indirizzo sul SST</p> <p>Linee di indirizzo sulla gestione delle liste di attesa</p> <p>Linee di indirizzo sulla definizione delle quote di compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi</p> <p>Indicazioni chiare per le Unità di valutazione</p> <p>Definizione di LEP/LIVEAS a livello regionale</p>	<p>Formazione sul tema dell'equità</p>	<p>Comunità di pratiche</p> <p>Accompagnamento all'utilizzo degli strumenti di valutazione dell'equità</p>	<p>Indagine sui percorsi di accesso ai servizi (requisiti di accesso, criteri di valutazione dei bisogni, modalità di compartecipazione al costo dei servizi)</p> <p>Analisi della fattibilità di introduzione dei LEP/LIVEAS a livello regionale</p>	<p>Sperimentazione della revisione delle Unità di valutazione</p> <p>Attivazione di percorsi sperimentali per favorire una maggiore equità nell'accesso ai servizi</p>
Aumento dell'empowerment degli utenti e delle famiglie		<p>Formazione sul tema</p>	<p>Attivazione di comunità di pratica sul tema</p>		

Criteri	Strategia				
	Normativa	Formazione	Accompagnamento	Ricerca	Sperimentazione
COMMITTENZA					
Miglioramento della qualità dei fornitori		Formazione sui sistemi di monitoraggio della qualità dei fornitori (strumenti, modalità, processi)	Condivisione e negoziazione a monte fra committente e fornitore dell'analisi del bisogno, degli obiettivi e della valutazione (committenza gestionale) Integrazione con i processi di accreditamento	Ricerca (analisi letteratura, <i>benchmark</i> , messa a fuoco criteri, verifica sul territorio, ...)	
PROMOZIONE DELLA COMUNITÀ					
Attivazione di modalità di ascolto del territorio		Formazione sui cambiamenti dei bisogni (necessità di flessibilità da parte dei SST)	Accompagnamento alla lettura dei cambiamenti dei bisogni della comunità locale	Lettura dei cambiamenti dei bisogni (ricerca-azione) Lettura congiunta della domanda (Uffici di piano, SST, volontariato, ...)	

Criteri	Strategia				
	Normativa	Formazione	Accompagnamento	Ricerca	Sperimentazione
Valorizzazione del capitale sociale del territorio	Linee guida regionali sulla funzione di promozione di comunità del SST	Formazione sulla promozione di comunità Formazione sulla conduzione di tavoli tematici	Attivazione di comunità di pratica sul tema della promozione di comunità Tavoli tematici con la cittadinanza e gli <i>stakeholder</i> del SST (sviluppo confronto e linguaggio comune)	Lettura degli attori e delle relative risorse della comunità locale (anche inesplorate: es. privati cittadini con competenze specifiche che possono essere di supporto alla comunità locale) Analisi dei cambiamenti del capitale sociale Analisi sul cambiamento delle professioni sociali	Attivazione di interventi pilota di promozione della comunità (anche progetti integrati pubblico/privato)
Aumento del capitale sociale della comunità locale				Indagine e valutazione delle esperienze di analisi e valorizzazione delle risorse esistenti nella comunità locale	Attuazione e valutazione di interventi pilota di promozione della comunità

Criteri	Strategia				
	Normativa	Formazione	Accompagnamento	Ricerca	Sperimentazione
ASPETTI TRASVERSALI					
Garantire agli operatori la possibilità di confronto		Formazione sul lavoro in <i>équipe</i>	Attivazione di tavoli tematici di lavoro Valutazione del grado di integrazione fra gli operatori	Le buone prassi di supervisione, intervizione e lavoro in <i>équipe</i> esistenti a livello locale	
Collaborare con i nodi della rete	Riordino legislativo sulle competenze dei diversi attori del sistema	Formazione integrata fra operatori dei diversi Enti e organizzazioni	Comunità di pratica su oggetti specifici di collaborazione fra i diversi nodi della rete		

Senza entrare ulteriormente nel dettaglio dei singoli criteri di qualità e senza la presunzione di voler dare indicazioni conclusive rispetto a un processo di riflessione e conseguente azione che la Regione potrà sviluppare sul tema anche a partire dai risultati di questa ricerca, pare opportuno segnalare la forte richiesta emersa da parte dei servizi sociali territoriali e dei loro *stakeholder* di apertura verso l'esterno, al confronto e allo scambio reciproco di conoscenze ed esperienze. Ne sono esemplificazioni concrete le varie attività proposte: la realizzazione di azioni formative congiunte, l'implementazione di comunità di pratica, lo sviluppo di attività di *benchmarking*, ... Si tratta di modalità di lavoro che condividono la finalità di costruire strumenti tecnico-professionali per sedimentare il pensiero e capitalizzare il sapere presenti nei servizi sociali territoriali della Regione. Sono strumenti che mettono al centro dell'attenzione la principale risorsa fondamentale dei servizi ad alto contenuto relazionale come i servizi alla persona, ovvero le risorse umane, gli operatori dei servizi stessi. Sono strumenti aspecifici rispetto ai contenuti e che di conseguenza possono essere applicati a tutti i temi sui quali è considerato prioritario concentrare l'azione del piano di miglioramento della qualità del servizio sociale territoriale, un cui meta-obiettivo potrebbe essere quello di definire linee guida condivise con il territorio in merito al servizio sociale territoriale da inserire nel nuovo Piano socio-sanitario regionale.

È altrettanto evidente una voglia di conoscenza e di apertura verso la comunità locale: dalla lettura delle risorse alla lettura dei bisogni, dall'attivazione di Tavoli tematici a un maggiore coinvolgimento del privato (non solo sociale). È un segnale evidente dell'attenzione da dedicare al tema della promozione della comunità di cui si è ampiamente dibattuto nelle pagine precedenti.

Non manca infine un appello alla Regione affinché intervenga sul piano normativo in termini definitivi rispetto a diversi aspetti evidenziati: finalità, ruoli e competenze dei servizi sociali territoriali e degli operatori ivi impiegati. Da ultimo, ma non per questo meno importante, la richiesta di molti di essere formati e adeguatamente accompagnati e supportati nel percorso di monitoraggio e valutazione degli esiti degli interventi erogati (sul singolo, sulla famiglia o sulla comunità), attraverso la messa a disposizione di idonei e utili luoghi e strumenti di lavoro atti a dare valore all'attività svolta dai servizi sociali territoriali dell'Emilia-Romagna.

Bibliografia⁴⁴

- AA.VV. *Atti del convegno di studi di assistenza sociale*. Tremezzo (CO), 16 settembre - 6 ottobre 1946. Ed. dott. Carlo Marzorati, Milano, 1947.
- AA.VV. *Servizio sociale di comunità*. AAI, Roma, 1965.
- AA.VV. *Analisi critica degli obiettivi e degli strumenti operativi del servizio sociale*. Documentazione di Servizio Sociale, Fondazione Zancan, Padova, 5/1972.
- AA.VV. *Le attività di gruppo nell'ambito del servizio sociale*. Fondazione Zancan, Padova, 25/1975.
- AA.VV. *Materiali per una ricerca storica sulle scuole di servizio sociale*. Scuola Regionale di Servizio Sociale, Trento, 1978.
- AA.VV. *Ruolo politico-promozionale del servizio sociale*. FIRAS, Usmi-Firas, Roma, 1979.
- AA.VV. *Il volontariato nel quadro dei servizi sociali sul territorio*. Fondazione Zancan, Padova, 1981.
- AA.VV. *Servizio sociale, sociologia, psicologia. Ripresa critica di un dibattito teorico*. Fondazione Zancan, Padova, 1983.
- AA.VV. *Le scuole di servizio sociale in Italia*. Fondazione Zancan, Padova, 1984.
- AA.VV. *Trasformazioni sociali e istituzionali: ruolo dell'assistente sociale*. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 1/1984.
- AA.VV. *Il rispetto delle persone nei servizi sociali e sanitari*. Fondazione Zancan, Padova, 1986.
- AA.VV. *Il Servizio sociale come processo d'aiuto*. FrancoAngeli, Milano, 1987.
- AA.VV. *Essere assistente sociale, oggi*. Eiss, Roma, 1987.
- AA.VV. *L'operatore cortocircuitato. Strumenti per la rilevazione del burnout fra gli operatori sociali italiani*. CLUP, Milano, 1987.
- AA.VV. *L'ascolto che guarisce*. Cittadella Editrice, Assisi, 1989.
- AA.VV. *Deontologia professionale nel servizio sociale*. *Servizi Sociali* n. 4/1991.
- AA.VV. *Formazione, cambiamento e umanizzazione dei servizi*. *Servizi Sociali* n. 3/1992.
- AA.VV. *La supervisione professionale nel servizio sociale*. *Servizi Sociali* n. 1/1992.
- AA.VV. *Cittadini e servizi sociali. L'assistente sociale tra servizio e controllo*. Atti del Convegno, 12-14 dicembre 1991, Università degli studi "La Sapienza" - Scuola diretta a fini speciali per assistenti sociali, Roma, 1994.
- AA.VV. *I gruppi di mutuo-aiuto nel sistema dei servizi*, in *Servizi Sociali* n. 2/1994.

⁴⁴ La presente Bibliografia è stata predisposta in collaborazione con IPSSER Istituto Petroniano Studi Sociali Emilia-Romagna e curata da Sara Simoni, Università di Bologna.
La rassegna dei volumi parte dall'anno 1947; la rassegna degli articoli parte dall'anno 1967.

- AA.VV. L'assistente sociale nella libera professione: ricerca studio, aree di intervento, motivazioni, requisiti. *La Professione Sociale* n. 10/1995.
- AA.VV. *Non profit e sistemi di Welfare*. NIS, Roma, 1996.
- AA.VV. *Il piano di zona per gli interventi sociali e socio sanitari*. Maggioli Editore, Rimini, 2001.
- AA.VV. L'accreditamento dei servizi alla persona. *Studi Zancan: politiche e servizi alle persone* n. 5-6/2001.
- AA.VV. Sulla legge n. 328 dell'assistenza sociale. *Impresa Sociale* n. 56/2001.
- AA.VV. Il bilancio sociale, in *Prospettive sociali e sanitarie* n. 21/2002.
- AA.VV. *Il sistema integrato di interventi e servizi sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- AA.VV. Le Ipab nel sistema integrato dei servizi. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 18/2002.
- AA.VV. Welfare locale e pianificazione dei servizi. *Urbanistica informazioni: supplemento bimestrale di Urbanistica* n. 184/2002.
- AA.VV. L'affidamento di servizi alle imprese sociali. *Il Sole24Ore*, Milano, 2003.
- AA.VV. La progettazione partecipata. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 4/2003.
- AA.VV. La classificazione dei servizi e degli interventi sociali. *Politiche e Servizi alla Persona - Studi Zancan*, monografia marzo-aprile n. 2/2005.
- AA.VV. *Per un welfare da parte dei cittadini*. Carocci, Roma, 2007.
- AA.VV. *Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali* approvato il 29 ottobre 2009 dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome.
- Accettulli A, Onofrio L, Taccani P. *La comunicazione scritta tra Servizi sociali e Autorità Giudiziaria*. Carocci, Roma, 2004.
- Accorinti M. *Terzo settore e welfare locale*. Carocci, Roma, 2008.
- Adams R, Dominelli L, Payne M. *Critical Practice in Social Work*. Palgrave, Basingstoke, 2002.
- Adams R. *Social work and empowerment*. Macmillan, London, 1996.
- Addario N. *Teoria dei sistemi sociali e modernità*. Carocci, Roma, 2003.
- AgeNaS Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. *Nota metodologica empowerment*. 2010. <http://www.agenas.it>
- Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna. *I servizi socio-assistenziali come area di policy: note per la programmazione sociale regionale*. Dossier n. 70, ASR, Bologna, 2002.
- Ajello L. *Dall'assistente ai servizi sociali*. EISS, Roma, 1975.
- Albanese A. *Diritto all'assistenza e servizi sociali: intervento pubblico e attività dei privati*. Giuffrè, Milano, 2007.
- Albano U. Il burnout nel servizio sociale. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/2004.
- Albano U. *Il professionista dell'aiuto. Tra identità e organizzazione*. Carocci Faber, Roma, 2006.

- Albano R, Marzano M. *L'organizzazione del servizio sociale: strumenti di analisi e prospettive operative*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Albano R, Testa S. *Introduzione alla statistica per la ricerca sociale*. Carocci, Roma, 2002.
- Albano U, Capo C, Cava F. *Dentro la professione verso possibili consensi. Una ricerca con e tra assistenti sociali*. Socialia, Roma, 2006.
- Albano U, Bucci L, Esposito DC. *Servizio sociale e libera professione*. Carocci, Roma, 2008.
- Alber J. *Dalla carità allo Stato sociale*. Il Mulino, Bologna, 1987.
- Alfieri R. *Dirigere i servizi socio-sanitari*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Alheit P, Bergamini S. *Storie di vita: metodologia di ricerca per le scienze sociali*. Guerini, Milano, 1996.
- Allegri E. *Supervisione e lavoro sociale*. Carocci, Roma, 2000.
- Allegri E. *Valutazione di qualità e supervisione. Connessioni teoriche e strategie operative nel lavoro sociale*. Lint Editoriale, Trieste, 2000.
- Allegri E. *Le rappresentazioni dell'assistente sociale*. Carocci, Roma, 2006.
- Allegri E, Palmieri P, Zucca F. *Il colloquio nel servizio sociale*. Carocci, Roma, 2006.
- Altieri L. *Valutazione e partecipazione: metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Alvaro F, Bebonato M. *Farsi carico. Prendersi cura*. Armando Editore, Roma, 2007.
- Amadei T. *E adesso che faccio? L'assistente sociale tra pratica e teoria*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Amadei T. *L'assistente sociale allo specchio*. FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Amadei T, Tamburini A. *La leva di Archimede. Il codice deontologico dell'assistente sociale tra responsabilità e appartenenza sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Amante E, Bertani A, Faccon A. *I servizi sociali negli enti locali: disciplina, finalità, forme di gestione e di collaborazione tra gli enti locali: responsabilità e tutela*. Sistemi editoriali, Napoli, 2004.
- Andrenacci R, Sprovieri S. *Il lavoro sociale individuale. Metodologia e tecniche di servizio sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Andrenacci R. *La visita domiciliare di servizio sociale*. Carocci Faber, Roma, 2009.
- Anfossi L. La supervisione professionale degli assistenti sociali. *Servizi Sociali* n. 2/1992.
- Anoni M, Boselli S. *Partecipare alle politiche sociali*. Carocci, Roma, 1999.
- Archer M. *Culture and agency: the place of culture in social theory*. Cambridge University Press, 1988.
- Arcuri L. *Conoscenza sociale e processi psicologici*. Il Mulino, Bologna, 1985.
- Argyle M, Hinde R. *Il corpo e il suo linguaggio*. Zanichelli, Bologna, 1989.
- Associazione Lunaria. *L'abc del terzo settore: lavoro, progettazione, finanziamenti, leggi, comunicazione*. El guide, Roma, 2001.

- Astolfo R, Zantedeschi M. Dai servizi alle politiche di welfare: attori e risorse in gioco. *I Quaderni del Sociale* n. 0, Irecoop Veneto, Padova, 2006.
- Auteri E. *Management delle risorse umane*. Guerini e associati, Milano, 1999.
- Avallone F. *La formazione psicosociale. Metodologie e tecniche*. NIS, Roma, 1991.
- Avanzini K, De Ambrogio U. Valutare i piani di zona. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 10/2003.
- Azzolini R, Lattanzi M, Minelli R. *La società delle relazioni: welfare, partecipazione, sviluppo locale integrato*. Ediesse, Roma, 2000.
- Baccheschi S, Ziliani AM. *L'assistente sociale specialista: un percorso di buone pratiche e buone politiche*. Del Cerro, Tirrenia, 2007.
- Bagnasco A. *Tracce di comunità*. Il Mulino, Bologna, 1999.
- Bailey KD. *Metodi della ricerca sociale*. Il Mulino, Bologna, 1995.
- Balboni E, Baroni B, Mattioni A, Pastori G. *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328/2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del titolo V della costituzione*. Giuffrè Editore, 2007.
- Baldini M, Bosi P, Silvestri P. *Le città incartate: mutamenti nel modello emiliano alle soglie della crisi*. Il Mulino, Bologna, 2010.
- Balduzzi R, Di Gaspare G. *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V*. Giuffrè, Milano, 2002.
- Banford T. *The future of social work*. Macmillan, London, 1990.
- Banks S. *Etica e valori nel servizio sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix*. Erickson, Trento, 1999.
- Banks S. Gli operatori possono influenzare le politiche sociali? *Lavoro Sociale* n. 3/2001.
- Banzato S, Battistelli A, Frattone P. *Internet per il servizio sociale. Manuale per l'uso della rete*. Carocci, Roma, 2002.
- Baraldi C. *Tecniche di intervento del Servizio sociale. Suoni nel silenzio. Adolescenze difficili e intervento sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1994.
- Barbanotti G, De Cecco G, Rossi G. *Strutture per anziani. Gestire la qualità dei servizi*. Carocci, Roma, 2001.
- Barberis D. *Il prodotto del lavoro sociale. Un percorso per definirlo, valorizzarlo e valutarlo*. FrancoAngeli, 2009.
- Barbetta G. *Il settore non profit italiano: occupazione, welfare, finanziamento e regolazione*. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Barnes M. *Utenti, carers e cittadinanza attiva*. Erickson, Trento, 1999.
- Barneschi G. Un impegno assolutamente prioritario per gli operatori sociali: fare valutazione. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 1/1990.
- Barretta AD. *L'integrazione socio-sanitaria: ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*. Il Mulino, Bologna, 2009.

- Bartolomei A, Passera AL. *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*. Edizioni CieRe, Roma, 2005.
- Bassa Poropat MT, Chicco L, Amione F. *Narrazione e ascolto. L'autobiografia come strategia di intervento nelle relazioni di aiuto*. Carocci, Roma, 2004.
- Bassanini MC et al. *Servizi sociali: realtà e riforma*. Il Mulino, Bologna, 1977.
- Battistella A, De Ambrogio U, Ranci Ortigosa E. *I piani di zona: costruzione, gestione, valutazione*. Carocci Faber, Roma, 2004.
- Bauman Z. *Voglia di comunità*. Laterza, Bari, 2001.
- Bauman Z. *Lavoro, consumismo e nuove povertà*. Città Aperta, Troina, 2004.
- Bauman Z. *Vite di scarto*. Laterza, Bari, 2005.
- Belardinelli S. *Welfare community e sussidiarietà*. Egea, Milano, 2005.
- Belpiede A. La mediazione culturale nei Servizi Sociali. *Animazione Sociale* n. 3/1998.
- Benedetti K, Fazzi L. Le sfide del managerialismo al lavoro sociale. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 3/2003.
- Benedetti K. *L'impegno al lavoro dell'assistente sociale. Uno studio empirico sull'importanza delle motivazioni e della soddisfazione nell'era del managerialismo*. Università degli studi di Trento, 2004.
- Benedetti L, La Rosa M. *Valutazione e riforma dei servizi sociali: qualità, efficienza e privatizzazione*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
- Benigni B. Il welfare dei cittadini. *QE: qualità equità. Rivista del welfare futuro* n. 21-22/2001.
- Benvenuti P. La visita domiciliare nel servizio sociale. Aspetti metodologici. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 5/1996.
- Benvenuti P, Gristina DA, *La donna e il servizio sociale. Identità sessuale e professionale dell'assistenza sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Benvenuti P, Segatori R. *Professione e genere nel lavoro sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Beresford P. Service users' knowledges and social work theory: conflict or collaboration? *British Journal of Social Work* vol. 30, 2000.
- Bergamaschi M. *Ambiente urbano e circuito della sopravvivenza*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
- Bergamaschi M, De Luise D, Gagliardi A. *San Marcellino: operatori nel sociale in trasformazione*. FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Berlin SB. The value of acceptance in social work direct practice. *Social Service Review* n. 79 (3) 2005.
- Berlingò V. *Beni relazionali: l'apporto dei fatti di sentimento all'organizzazione dei servizi sociali*. Giuffrè, Milano, 2010.
- Bernardi L, De Sandre I. *Professionalità sociali e innovazione*. Cappelli, Bologna, 1985.

- Bernocchi R *et al.* *Le scuole di servizio sociale in Italia. Aspetti e momenti della loro storia.* Fondazione Zancan, Padova, 1984.
- Bertelli B. *Servizio sociale e prevenzione.* FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Bertin G. *Accreditamento e regolazione dei servizi sociali.* Emme & Erre Libri, Padova, 2002.
- Bertotti T, Galli S. La valutazione nelle indagini sociali: un caso. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 2/2003.
- Bezzi C, Colombo F, Dalla Mura F. L'affidamento dei servizi alle imprese sociali. *Il Sole24Ore*, Milano, 2003.
- Bianchi E. *Formazione permanente degli operatori sociali per il lavoro sul territorio.* Consorzio per gli Studi universitari di Verona, Scuola Superiore di Servizio sociale, 1981.
- Bianchi E. *Servizio sociale e lavoro con i gruppi.* FrancoAngeli, Milano, 1994.
- Bianchi E. *Solidarietà e soggetti: servizio sociale e teorie di riferimento.* Fondazione Zancan, 2000.
- Bianchi E, Cavallone AM. *Il lavoro sociale professionale tra soggetti e istituzioni. Dialogo tra servizio sociale, psicologia, sociologia.* FrancoAngeli, Milano, 1988.
- Bianchi E, Dal Pra Ponticelli M. *Storie di lavoro nel servizio sociale.* FrancoAngeli, Milano, 1994.
- Bianchi E, De Sandre I. *Solidarietà e soggetti: servizio sociale e teorie di riferimento.* Fondazione Zancan, Padova, 2000.
- Bianchi M. *I servizi sociali.* De Donato, Bari, 1981.
- Bichi R. *Intervista biografica.* Vita e Pensiero, Milano, 2002.
- Biestek F. *I cinque metodi del servizio sociale.* Malipiero, Bologna, 1961.
- Bifulco L. *Le politiche sociali: temi e prospettive emergenti.* Carocci, Roma, 2005.
- Bilson A, Ross S. *Social work management and practice: systems principles.* J. Kingsley Publishers, London, 1999.
- Bini L. *Documentazione e servizio sociale. Manuale di scrittura per gli operatori.* Carocci, Roma, 2006.
- Bisleri C. *La supervisione. Orientamenti ed esperienze di guida dei tirocini professionali.* FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Blythe BJ, Tripodi T, Fasolo E. *Metodi di misurazione nelle attività di servizio sociale. A contatto diretto con l'utenza.* Fondazione Zancan, Padova, 1993.
- Bobbio G, Morello Di Giovanni D, Morino M. *Diritto dei servizi sociali.* Carocci Faber, Roma, 2006.
- Boccacin L. *Qualità e servizi alla persona.* Vita e Pensiero, Milano, 2001.
- Boccia P. *Sociologia. Teoria, storia, metodi e campi di esperienza sociale.* Zanichelli, Bologna, 2007.
- Boeglin M. Il Servizio Sociale: occupazione, mestiere, professione? *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/1979.

- Boggia A. *I sistemi locali di welfare per lo sviluppo territoriale: la modellizzazione di un sistema di rete sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Bolocan Parisi LG, Ferrario F, Tamburini A. Il servizio sociale: funzioni, potenziali, problemi, condizioni di applicabilità. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 7-8/1994.
- Bolocan Parisi LG, Gervasio Carbonaro G, Viciani Bennici A. *Il lavoro di gruppo. Metodologie, tecniche, formazione, aggiornamento dell'operatore*. Carocci, Roma, 2003.
- Bonfiglioli R. *Sistemi informativi, informatica e servizio sociale*. Fondazione Zancan, Padova, 1991.
- Bonino S, Lo Coco A, Tani F. *Empatia*. Giunti, Firenze, 2006.
- Borioni P. *Welfare scandinavo, welfare italiano. Il modello sociale europeo*. Carocci, Roma, 2005.
- Borowsky A. On human dignity and social work. *International social work* 47 (4) 2007.
- Bortoli B. *Teoria e storia del servizio sociale*. NIS, Roma, 1997.
- Bortoli B. Case Management. *Lavoro Sociale* 1 (2) 2001.
- Bortolotti A, Maino G. *La carta dei servizi. Manuale pratico*. Carocci, Roma, 2003.
- Borzaga C. *Capitale umano e qualità del lavoro nei servizi sociali: un'analisi comparata tra modelli di gestione*. Fondazione italiana per il volontariato, Roma, 2000.
- Borzaga C, Fazzi L. *Manuale di politica sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Borzaga C, Pains F. *Buon lavoro: le cooperative sociali in Italia: storia, valori ed esperienze di imprese a misura di persona*. Altra Economia, Milano, 2011.
- Borzaga C, Tortia E. Workers motivations, Job satisfaction and Loyalty in Public and Nonprofit Social Services. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* n. 2/2006.
- Bosco N. *Dilemmi del welfare: politiche assistenziali e comunicazione pubblica*. Guerini studio, Milano, 2002.
- Bosi P, Guerra MC, Silvestri P. *Coerenza dei modelli di regolamentazione dei servizi socio-sanitari nell'esperienza della 328/00 e delle riforme costituzionali*. Dipartimento di Economia politica, Università di Modena e Reggio Emilia, 2008.
- Braidì G, Cavicchioli G. *Conoscere e condurre i gruppi di lavoro. Esperienze di supervisione e intervento nei Servizi alla persona*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Breda MG, Micucci D, Santanera F. *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali: analisi della legge 328/2000 e proposte attuative*. Utet, Torino, 2001.
- Bregantin A, Luppi M, Maiocchi A, Mariani L. Preparare e prepararsi al lavoro di gruppo. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 2/2012.
- Bressan F, Pedrazza M, Neve E. *Il percorso formativo dell'assistente sociale: autovalutazione e benessere professionale*. FrancoAngeli, Milano, 2011.
- Briante G, Brustia P, Fenoglio MT. *Elementi di psicologia per il lavoro sociale*. Carocci, Roma, 2001.
- Brienza G. *Famiglia, sussidiarietà e riforma dei servizi sociali*. Città Nuova, Roma, 2002.

- Brizzi L, Cava F. *L'integrazione socio-sanitaria: il ruolo dell'assistente sociale*. Carocci Faber, Roma, 2003.
- Brown P, Calnan M. Il welfare dell'incertezza: fiducia nei servizi socio-sanitari e gestione del rischio. *La Rivista del Lavoro Sociale* n. 2/2010.
- Brunetti M. L'indagine Istat sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati: una comparazione temporale. *Autonomie locali e servizi sociali* n. 1/2010.
- Bruni C. *Sociologia e pianificazione sociale. Teorie e modelli*. FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Bruschi A. *La teoria dei modelli nelle scienze sociali*. Il Mulino, Bologna, 1971.
- Bryman A. *Quantity and quality in social research*. Routledge, London, 1988.
- Bua A. *Manuale sulla qualità nei servizi assistenziali e sanitari*. Ed. Centro Scientifico, Torino, 1998.
- Buchbinder E, Eisikovits Z, Karnieli-Miller O. Social workers' perceptions of the balance between the psychological and the social. *Social Service Review* 78 (4) 2004.
- Bulmer M. *The social Basis of Community Care*. Allen&Unwin, London, 1987.
- Buoso S, Spinelli G. Il ruolo del volontariato nella costruzione del piano di zona. *Fogli di informazione e coordinamento Movi* n. 2-3/2002.
- Buracchio D, Tiberio A. *Società e servizio sociale: la centralità delle politiche sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Buracchio D. *Scenari e competenze per il manager sociale: manuale di servizio sociale specialistico*. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Burgalassi M. *Il welfare dei servizi alla persona in Italia*. FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Busnelli Fiorentino E. Riflessi della legge sulla privacy sul servizio sociale, sui servizi degli enti locali e sul terzo settore. *Servizi Sociali* n. 1/1999.
- Busnelli Fiorentino E. Supervisione professionale nel servizio sociale. *Servizi Sociali* n. 2/2005.
- Busnelli Fiorentino E, De Menasce G. *La nascita del servizio sociale in Italia*. Studium, Roma, 2000.
- Busso P, Stradoni P. *Come comunicare con gli altri. Visione binoculare e complessità*. Edizioni Sonda, Torino, 1990.
- Cabassi A, Zini MT. *L'assistente sociale e lo psicologo. Un modello di lavoro integrato*. Carocci, Roma, 2005.
- Cacioppo M, Tognetti Bordogna M. *Il racconto del servizio sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Cadarno M. *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Carocci, Roma, 2006.
- Cafaggi F. *Modelli di governo, riforma dello Stato sociale e ruolo del terzo settore*. Il Mulino, Bologna, 2002.

- Caferra VM. *Diritti della persona e Stato sociale: il diritto dei servizi socio-sanitari*. Zanichelli, Bologna, 2003.
- Cai M. L'accesso nei servizi sociali e sociosanitari: un progetto sperimentale. *Studi Zancan: politiche e servizi alle persone* n. 5/2004.
- Camarlinghi R, D'Angella F. Discutere di lavoro sociale. *I Geki di Animazione Sociale*, supplemento al n. 10/2003.
- Cambria S. *Disagio psichico e servizio sociale. Elementi di psichiatria per assistenti sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Campanini A. *Servizio sociale e sociologia: storia di un dialogo*. Lint, Trieste, 1999.
- Campanini A. Il ruolo del servizio sociale professionale alla luce della riforma. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/2002.
- Campanini A. *Il servizio sociale nella società multietnica*. UNICOPLI, Milano, 2002.
- Campanini A. *L'intervento sistemico*. Carocci Faber, Roma, 2002.
- Campanini A. *La valutazione nel servizio sociale: proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*. Carocci Faber, Roma, 2006.
- Campanini A. Quale ruolo per gli operatori sociali? *Prospettive sociali e sanitarie* n. 10/2008.
- Campanini A, Frost E. *European Social Work: Commonalities and Differences*. Carocci, Roma, 2004.
- Campanini A, Luppi F. *Servizio sociale e modello sistemico*. NIS, Roma, 1998.
- Campedelli M. *La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento*. Dossier n. 192/2010, Agenzia sanitaria e sociale regionale.
- Canali C, Maluccio AN, Vecchiato T. *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*. Fondazione Zancan, Padova, 2003.
- Canali C. Vademecum per la valutazione della qualità nei servizi. *Studi Zancan: politiche e servizi alle persone* n. 3/2000.
- Cancellà FA. *Servizi del welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*. Giuffrè Editore, 2009.
- Canevini MD, Vecchiato T. *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*. Fondazione Zancan, 2002.
- Canevini MD. *Le professioni sociali nel welfare: questioni aperte e urgenza di una normativa*. Fondazione Zancan, Padova, 2007.
- Cannavò L, Frudà L. *Ricerca sociale. Dal progetto dell'indagine alla costruzione degli indici*. Carocci, Roma, 2007.
- Cantori A. *Assistente sociale istruttore direttivo negli enti locali*. Maggioli Editore, Rimini, 2009.
- Capra R. *Operatori sociali e nuove reti*. Carocci Faber, Roma, 2008.
- Caprara GV. *La valutazione dell'autoefficacia*. Erickson, Trento, 2001.

- Caprini C, Marini N. *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*. Phoenix edizioni, Roma, 2001.
- Carbonaro A, Ceccatelli Guerrieri G, Venturi D. *La ricerca sociale. Funzioni, metodi e strumenti*. Carocci, Roma, 1992.
- Carmerlenghi R, D'Angela F. *Discutere di lavoro sociale*. Gruppo Abele, Torino, 2003.
- Carpita M, Vichi M, D'Ambra L, Vittadini G. *Valutare la qualità: i servizi di pubblica utilità alla persona*. Guerini, Milano, 2006.
- Carrera F, Teselli A. Fra territorialità e integrazione: il ruolo delle governances locali nel processo di riforma dell'assistenza. *L'assistenza sociale* n. 3-4/2002.
- Casale O. *Piano sociale di zona*. Ediesse, Roma, 2002.
- Casartelli A, Merlini F. *Assistente sociale. Uno sguardo sulla professione in cambiamento*. iQuid, 2009.
- Casartelli A. Aiutare chi aiuta. La supervisione a sostegno della professione. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 1/2012.
- Castegnaro C, De Ambrogio U, Lo Schiavo M. La costruzione degli standard di qualità dei servizi sociali. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 21-22/1999.
- Castel R. *L'insicurezza sociale*. Einaudi, Torino, 2004.
- Castrignanò M. L'integrazione tra saperi nella progettazione dei corsi di laurea in Servizio Sociale: il caso di Bologna. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/2011.
- Cataldi A. *Dall'assistenza ai servizi sociali*. Edizioni delle Autonomie, Roma, 1982.
- Cavagnino Guerrieri G. *Modello sistemico e analisi dei servizi*. NIS, Roma, 1992.
- Cavallone AM. *Il servizio sociale di zona. Esperienze e dibattiti*. AAI, Roma, 1973.
- Cecchetti P. La qualità nei servizi territoriali alla persona. *Rassegna italiana di valutazione* n. 3/1996.
- Cellentani O. *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Cellentani O. *Manuale di metodologia per il servizio sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Cellini G. Posizioni epistemologiche a confronto nelle scienze sociali e nel servizio sociale. Riflessioni e criticità. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 4/2010.
- CENSIS. *Essere protagonisti del futuro. Scenari di sviluppo per il ruolo degli assistenti sociali*. Fondazione CENSIS, Roma, 1999.
- Cesari M. *I servizi sociali: il nuovo ruolo dei Comuni nell'organizzazione e gestione del sistema integrato di welfare*. Maggioli Editore, 2005.
- Cesaroni M, Lussu A, Rovai B. *Professione assistente sociale. Metodologia e tecniche dell'intervento sociale*. Edizioni del Cerro, Tirrenia (PI), 2000.
- Cesaroni M, Rovai B. Servizi sociali e nuove tecnologie. *Rassegna di Servizio sociale* n. 3/1996.
- Cesaroni M, Sequi R. *Sistema informativo e servizio sociale*. NIS, Roma, 1997.

- Chetkow-Yanoov B. *Social work practice: a systems approach*. The Haworth Press, NY, 1997.
- Chilante M. *Diritto all'assistenza sociale: ultima frontiera. Un'analisi critica del diritto costituzionale all'assistenza sociale e del rapporto tra i servizi di assistenza tra i servizi pubblici, in chiave neoliberale*. Aracne, Roma, 2010.
- Cigno K. *Servizio sociale e modello comportamentistico*. NIS, Roma, 1992.
- Ciocia A. *Aspetti territoriali della domanda delle politiche sociali*. Carocci, Roma, 2007.
- Cipolla C. *Oltre la delega: i servizi sociali nei comuni delle Ausl di Rimini e Bologna nord*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Cipriani R, Ciolfi T, Pittaluga M. *Aiuto e controllo nel servizio sociale. Una ricerca a Roma*. EUROMA La Goliardica, Roma, 1995.
- Cirillo S, Cipolloni MV. *L'assistente sociale ruba i bambini?* R. Cortina, Milano, 1994.
- Ciucci F. *Valutazione delle politiche e dei servizi sociali: partecipazione, metodo, qualità*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Civenti G, Cocchi A. *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*. Carocci, Roma, 1994.
- Civenti G. La valutazione del lavoro sociale. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 1/2004.
- Civenti G. Riflessioni sulla qualità del lavoro sociale. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 36 (2)/2006.
- Codignola F. *Una cornice per la crescita. Psicoanalisi e lavoro psicosociale con l'adolescente*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. *Manuale di diritto dei servizi sociali*. Giappichelli, Torino, 2011.
- Colagiovanni E. *Il Servizio sociale. Principi teoretici*. Malipiero, Bologna, 1960.
- Colagiovanni E. *Servizio sociale. Introduzione e fondamenti*. Scuola Superiore di Servizio Sociale, Magistero M. SS. Assunta, Roma, 1987.
- Colaiani L. *La competenza ad agire: agency capabilities e servizio sociale. Come le persone fronteggiano eventi inediti e il servizio sociale può supportarle*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Collins J, Collins M. *Il servizio sociale: introduzione alla metodologia*. Erickson, Trento, 1997.
- Colombo G, Cocever E, Bianchi L. *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*. Carocci, Roma, 2004.
- Colozzi I. *Le nuove politiche sociali*. Carocci, Roma, 2005.
- Coniglio A. *L'assistente sociale in burn-out. Confluenze tra psicoanalisi e sociologia*. FrancoAngeli, Milano, 1994.
- Contessa G. *L'animazione: manuale per animatori e volontari*. Città studi edizioni, Milano, 1996.
- Coordinamento nazionale dei docenti di Servizio sociale. *Il servizio sociale come processo di aiuto*. FrancoAngeli, Milano, 1993.

- Coraglia S, Garena G. *L'operatore sociale. L'azione professionale tra complessità sociale e fenomeni organizzativi*. Carocci, Roma, 2003.
- Coraglia S, Garena G. *Complessità, organizzazione, sistema. Mappe di orientamento nei servizi alla persona e alla comunità*. Maggioli Editore, Rimini, 2008.
- Corbetta P. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Il Mulino, Bologna, 1999.
- Corposanto C. *Metodologia e tecniche non intrusive nella ricerca sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Corposanto C. A cosa serve la ricerca nel Servizio Sociale? *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/2011.
- Corposanto C, Fazzi L. *Il servizio sociale in un'epoca di cambiamento: scenari, nodi e prospettive*. EISS, Roma, 2005.
- Corrà D, Santuari A. *Le IPAB nel nuovo sistema dei servizi sociali in Italia: i nuovi scenari dopo la riforma del welfare*. Casanova, Parma, 2001.
- Corrao S. *Il focus group*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Corsi di studio in Servizio Sociale Università di Trieste (a cura di). *Nuove solidarietà nell'allargamento dell'Unione Europea*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Corsini M, Florea A, Urbini L. *Bibliografia italiana del Servizio Sociale 1945-1965*. ISTISS, Roma, 1966.
- Cortesi Gay A. Assistenti sociali liberi professionisti. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 10/2004.
- Cortigiani M. *L'assistente sociale e i suoi campi d'intervento*. Phoenix edizioni, Roma, 2002.
- Cortigiani M, Mari A. *Programmazione e direzione tecnica e amministrativa dei servizi sociali*. Phoenix edizioni, Roma, 2001.
- Cosenza D. *L'assistente sociale nel contesto ospedaliero*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Così G, Foddai MA. *Lo spazio della mediazione*. Giuffrè, Milano, 2003.
- Costa G. *La solidarietà frammentata. Le leggi regionali sul welfare a confronto*. Mondadori, Milano, 2009.
- Costanzi C. *Introduzione all'analisi dei servizi e degli interventi in ambito sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Costanzo P, Mordegli S. *Diritti sociali e servizio sociale: dalla dimensione nazionale a quella comunitaria*. Giuffrè, Milano, 2005.
- Croci A. *La legislazione sociale e l'organizzazione dei servizi*. Giappichelli, Torino, 2001.
- Cutini R. Vecchie e nuove povertà: il Servizio Sociale in un territorio che cambia. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 3-4/2011.
- Dal Pra Ponticelli M. *I modelli teorici del Servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1985.
- Dal Pra Ponticelli M. *Metodologia del servizio sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1985.
- Dal Pra Ponticelli M. *Lineamenti di servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1987.

- Dal Pra Ponticelli M. Riflessioni sulle basi teoriche del servizio sociale: l'approccio cognitivo-umanistico o del problem-solving. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 3/1995.
- Dal Pra Ponticelli M. L'unitarietà del metodo di servizio sociale: riflessioni e proposte. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 1/1996.
- Dal Pra Ponticelli M. *Dizionario di Servizio sociale*. Carocci Faber, Roma, 2005a.
- Dal Pra Ponticelli M. *Prendersi cura e lavoro di cura*. Fondazione Emanuela Zancan, Padova, 2005b.
- Dal Pra Ponticelli M. Riflessioni sul servizio sociale oggi. *Studi Zancan* n. 7/2006.
- Dal Pra Ponticelli M. *Nuove prospettive per il Servizio sociale*. Carocci Faber, Roma, 2010.
- Dal Pra Ponticelli M. Nuove prospettive per il Servizio Sociale. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 1/2011.
- Dal Pra Ponticelli M, Pieroni G. *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi e deontologia*. Carocci, Roma, 2005.
- Dalla Valle M. La documentazione nel servizio sociale professionale. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 3/1985.
- Dallago L, Santinello M, Vieno A. *Valutare gli interventi psicosociali*. Carocci, Roma, 2004.
- Dalponte A, Olivetti Manoukian F. *Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi*. Carocci Faber, 2005.
- Danesi C, Gonfalone F. Ipotesi per una definizione scientifica del servizio sociale. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/1988.
- Dani L. *La buona qualità: una proposta per la gestione della qualità nei servizi alla persona*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Dapero R. *La trasformazione delle Ipad: un confronto ragionato tra la 328/2000 e le leggi di attuazione della regione Emilia Romagna e della regione Lombardia*. Maggioli Editore, Rimini, 2003.
- De Ambrogio U. *Valutare gli interventi e le politiche sociali*. Carocci Faber, Roma, 2003.
- De Ambrogio U. La valutazione partecipata delle qualità come processo relazionale generativo. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 14/2004.
- De Ambrogio U. Contratti di valutazione. *Rassegna Italiana di Valutazione* n. 36/2007.
- De Ambrogio U. Il futuro della programmazione territoriale. Cosa cambia e come attrezzarsi. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 2/2012.
- De Ambrogio U, Avanzini K. I livelli essenziali di prevenzione e promozione: un paradosso solo apparente. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 15-17/2003.
- De Ambrogio U, Bertotti T, Merlini F. *L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*. Carocci Faber, Roma, 2007.
- De Carli P. Gli affidamenti dei servizi sociali tra concorrenza e localismo. *Amministrare: rassegna internazionale di Pubblica Amministrazione* n. 3/2008.

- De Cataldo Neugurger I, Gulotta G. *Sapersi esprimere. La competenza comunicativa*. Giuffrè, Milano, 1991.
- De Leonardis O. *Il terzo escluso*. Feltrinelli, Milano, 1990.
- De Leonardis O. *In un diverso welfare*. Feltrinelli, Milano, 1998.
- De Menasce G. *Al servizio del cittadino. Guida di previdenza e assistenza*. Cinque Lune, Roma, 1958.
- De Robertis C. *Metodologia dell'intervento sociale*. Zanichelli, Bologna, 1986.
- De Sandre I, Orlando P, Cattonaro E. *Il Servizio sociale professionale nel mutamento dai servizi per emarginati ai servizi sociali per tutti*. Fondazione Zancan, Padova, 1975.
- De Sandre I. Azione sociale, solidarietà e lavoro sociale professionale. *Animazione Sociale*, aprile, 1993.
- De Sandre I. Solidarietà. *Rassegna Italiana di Sociologia* A. XXXV, n. 2/1994.
- Del Rio G. *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burnout*. Carocci, Roma, 2006.
- Dellavalle M, Tassinari A. Scuole di servizio sociale e servizi: una collaborazione feconda. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 4/1999.
- Dellavalle M. Apprendere dall'esperienza nella formazione al servizio sociale. Il tirocinio come opportunità di scambio. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 46 (3)/2007.
- Dellavalle M. *Le radici del servizio sociale in Italia*. CELID, Torino, 2008.
- Dellavalle M. L'etica dei diritti umani nel Servizio Sociale: una ricognizione fra diversi modelli. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 4/2010.
- Delli Zotti G. *Introduzione alla ricerca sociale. Problemi e qualche soluzione*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
- Delmati V. *Spirito e forme del servizio sociale*. Ed. Cenacolo, Roma, 1956.
- Demazière D, Dubar C. *Dentro le storie, analizzare le interviste bibliografiche*. R. Cortina, Milano, 2000.
- Demetrio D. *Lavoro sociale e competenze educative. Modelli teorici e metodi di intervento*. NIS, Roma, 1992.
- Dente F. Epistemologia e servizio sociale. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 4/2000.
- Devastato G. *Nel nuovo welfare: agire riflessivo e produzione di beni comuni*. Maggioli Editore, 2009.
- Di Cara M. *Elementi di ricerca sociale*. Carocci, Roma, 1992.
- Di Carlo E. *La comprensione come fondamento del servizio sociale*. Liguori, Napoli, 2000.
- Di Fabio A. *Counseling e relazione di aiuto*. Giunti, Firenze, 2006.
- Di Flumeri F. *Fondamenti e principi del servizio sociale*. EISS, Roma, 1991.
- Di Nicola P. *La rete: metafora dell'appartenenza. Analisi strutturale e paradigma di rete*. FrancoAngeli, Milano, 1998.

- Di Virgilio M. *Manuale per OSS (Operatori Socio-Sanitari). Interventi in campo assistenziale, sociale e sanitario*. FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Diomede Canevini M. *Documentazione professionale e valutazione degli interventi*. Fondazione Zancan, Padova, 1993.
- Diomede Canevini M. Il codice deontologico dell'assistente sociale: cenni di storie e di attualità. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 4/1999.
- Doel M, Sawdon C. *Lavorare con i gruppi. Manuale per gli operatori sociali*. Erickson, Trento, 2001.
- Dolci D. *Dal trasmettere al comunicare*. Edizioni Sonda, Torino, 1988.
- Dominelli L. *Il nuovo femminismo nel servizio sociale*. Erickson, Trento, 2002.
- Dominelli L. *Social work: theory and practice for changing profession*. Polity Press, Cambridge, 2004.
- Dominelli L. *Il servizio sociale*. Erickson, Trento, 2005.
- Donati P. *Fondamenti di politica sociale. Obiettivi e strategie*. Carocci, Roma, 1993.
- Donati P. *Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli*. Carocci, Roma, 2004.
- Donati P. *Verso una società sussidiaria. Teorie e pratiche della sussidiarietà in Europa*. Bononia University Press, Bologna, 2011.
- Donati P, Colozzi I, Il valore aggiunto delle relazioni sociali. *Sociologia e politiche sociali* n. 1/2011.
- Ducci V. La documentazione nel servizio sociale: dalla registrazione del caso all'informaticizzazione. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 3/1988.
- Ducci V. *Servizio sociale e servizi sociali tra crisi e riforme*. EISS, Roma, 1995.
- Ducci V. Come leggere lo sviluppo del servizio sociale nel nostro paese? *La Rivista di Servizio Sociale* n. 4/1999.
- Ehrenberg A. *La fatica di essere se stessi*. Einaudi, Torino, 1999.
- Emanuele ML. *Rapporto e colloquio nel servizio sociale individuale*. Mazzone, Palermo, 1982.
- Emiliani F, Bastianoni P. *Una normale solitudine. Percorsi teorici e strumenti operativi della comunità per minori*. NIS, Roma, 1993.
- England H. *Social work as art. Making sense for good practice*. Allen & Unwin Publishers, United Kingdom, 1986.
- Evers A. Lo sviluppo della qualità nei servizi sociali europei. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 19/1999.
- Fabbri V. *Il gruppo e l'intervento sociale. Progettare, condurre, valutare*. Carocci, Roma, 2006.
- Facchini C. *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*. Il Mulino, Bologna, 2010.
- Fadda A, Merler A. *Politiche sociali e cultura dei servizi*. FrancoAngeli, Milano, 2006.

- Falbo E. *La valutazione di qualità nei servizi alla persona*. Editore Coletti a S. Pietro, Roma, 1998.
- Falbo E. *I servizi sociali oggi: politica sociale, programmazione, legislazione*. Armando, Roma, 2002.
- Falbo E. *I servizi sociali oggi, legislazione, programmazione, politica sociale*. Armando, Roma, 2005.
- Falck HS. *La prospettiva dell'appartenenza nel servizio sociale*. Vita e Pensiero, Milano, 1994.
- Fargion V. Timing e sviluppo dei servizi sociali in Europa. *Rivista italiana di scienza politica* n. 1/2000.
- Fargion S. *I linguaggi del servizio sociale. Il rapporto teoria-pratica nelle rappresentazioni del processo di lavoro degli assistenti sociali*. Carocci, Roma, 2002.
- Fargion S. L'importanza di capire cosa pensano gli utenti. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 34 (7)/2004.
- Fargion S. Tra arte e scienza. L'autonomia e i contenuti del servizio sociale. *Studi Zancan* n. 7 (4)/2006.
- Fargion S. Reflections on Social Work Identity. *International Social Work* n. 51 (2)/2008.
- Fargion S. *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*. Laterza, Bari, 2009.
- Fasolo Paglia E. Analisi storica delle funzioni attribuite finora al Servizio Sociale e degli scopi che si è posto. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 4/1972.
- Fazzi L. Affidamento di servizi sociali ad agenzie non profit: problemi e prospettive. *Economia pubblica: mensile di studi e d'informazione* n. 6/1994.
- Fazzi L. Tre connotazioni della qualità nei servizi sociali. *Animazione Sociale: esperienze e prospettive* n. 5/2001.
- Fazzi L. *Costruire politiche sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Fazzi L, Bissolo G. *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*. Carocci Faber, Roma, 2005.
- Ferguson I. *Reclaiming social work. Challenging neo-liberalism and promoting social justice*. Sage Publications, London, 2008.
- Ferioli L. Un gruppo di auto aiuto. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 14/2000.
- Ferioli E. *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal Welfare statale al Welfare municipale*. Giappichelli, Torino, 2003.
- Ferioli EA. Pronunce costituzionali sui servizi sociali. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 19/2004.
- Ferioli EA. L'accreditamento dei servizi sociali ed il terzo settore: una nuova sfida per il mondo del non profit? *Aretè: quadrimestrale dell'Agenzia per le ONLUS* n. 1/2010.
- Ferrari M. *La frontiera interna: welfare locale e politiche sociali*. Academia Universa Press, Milano, 2010.

- Ferrari M. Verso un declino della governance? Processi di aziendalizzazione e ruolo del terzo settore nei Piani di zona. *Autonomie locali e servizi sociali* n. 3/2010.
- Ferrario F. *Il lavoro di rete nel servizio sociale: gli operatori tra solidarietà e istituzioni*. Carocci, Roma, 1999.
- Ferrario F. *Le dimensioni dell'intervento sociale*. Carocci, Roma, 2000.
- Ferrario F. *Il lavoro di gruppo nel servizio sociale: prospettive teoriche e metodi di intervento*. Carocci, Roma, 2001.
- Ferrario P. *Politica di servizi sociali: strutture, trasformazioni, legislazione*. Carocci, Roma, 2005.
- Ferrario F, Gottardi G. *Territorio e servizio sociale: aspetti e problemi di un intervento*. UNICOPLI, Milano, 1987.
- Ferrario P, Bianchi M, Quaia L. *La qualità nei servizi socio-sanitari*. Carocci, Roma, 2002.
- Ferraro U, Bruni C. *Pianificazione e gestione dei servizi sociali: l'approccio sociologico e la prassi operativa*. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Ferrarotti F. *Servizio Sociale e enti pubblici nella società italiana in trasformazione*. Armando, Roma, 1965.
- Ferrera M. *Le politiche sociali*. Il Mulino, Bologna, 2006.
- Figueira-McDonough J. *The welfare state and social work: pursuing social justice*. Sage, 2007.
- Fiocco PM, Martinati M. *Qualità sociale dei servizi sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Fletcher K. *La negoziazione nei servizi sociali e sanitari: guida per dirigenti, coordinatori e case manager*. Erickson, Trento, 2000.
- Florea A. *L'assistente sociale: analisi di una professione*. Istituto per gli studi di servizio sociale, Roma, 1966.
- Florea A, Cocchi M, Corsini M. Campi di applicazione e funzioni del Servizio Sociale e sue prospettive. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 1/1967.
- Foglietta F. *Il programma delle attività territoriali tra offerta, consumi, equità distributiva*. Fondazione Zancan, 2005.
- Foglietta F. La tendenza al cambiamento del sistema dei servizi sociali. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 12/1992.
- Foglietta F. Le ragioni dell'integrazione per superare la crisi dei servizi sociali. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 4/1997.
- Foglietta F. Nuove soluzioni per la gestione unitaria dei servizi alle persone. *Studi Zancan: politiche e servizi alle persone*, anno II, n. 2/2001.
- Folgheraiter F. *Il lavoro sociale di gruppo*. Scuola superiore di Servizio sociale, Trento, 1984.
- Folgheraiter F. *Interventi di rete e comunità locali*. Erickson, Trento, 1994.
- Folgheraiter F. *Operatori sociali e lavoro di rete*. Erickson, Trento, 1994.
- Folgheraiter F. *Lavoro di rete e valorizzazione delle risorse sociali*. EGA, Torino, 1995.

- Folgheraiter F. *L'utente che non c'è: lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*. Erickson, Trento, 2000.
- Folgheraiter F. Welfare mix e post-modernismo nel lavoro degli operatori sociali: verso nuove metodologie compatibili. *Studi di Sociologia* n. 3/2000.
- Folgheraiter F. La liberalizzazione nei servizi sociali: oltre il mercato. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 19-20/2000.
- Folgheraiter F. *Teoria e metodologia del servizio sociale: la prospettiva di rete*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Folgheraiter F. *La liberalizzazione dei servizi sociali: le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà*. Erickson, Trento, 2003.
- Folgheraiter F. *Il servizio sociale postmoderno: modelli emergenti*. Erickson, Trento, 2004.
- Folgheraiter F. *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni*. Erickson, Trento, 2006.
- Folgheraiter F. *La logica sociale dell'aiuto*. Erickson, Trento, 2007.
- Folgheraiter F. *Saggi di welfare: qualità delle relazioni e servizi sociali*. Erickson, Trento, 2009.
- Folgheraiter F, Bianchi M. *L'assistente sociale nella nuova realtà dei servizi*. FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Folgheraiter F, Donati P. *Community care: teoria e pratica del lavoro sociale di rete*. Erickson, Trento, 1993.
- Folgheraiter F, Donati P. *Gli operatori sociali nel welfare mix. Privatizzazione, pluralizzazione dei soggetti erogatori, managerialismo: il futuro del servizio sociale?* Erickson, Trento, 1999.
- Formez (a cura di). *Riforma del welfare e gestione dei servizi sociali: quadro normativo e sistemi di lavoro*. Roma, 2004.
- Formez (a cura di). *I sistemi regionali di rilevazione e monitoraggio della domanda e dell'offerta di servizi sociali*. Roma, 2007.
- Franzoni F, Anconelli M. *La rete ai servizi alla persona*. Carocci, Roma, 2003.
- Frego Luppi SA. *Servizi sociali e diritti della persona*. Giuffrè, Milano, 2004.
- Friedlander W. *Principi e metodi di servizio sociale*. Il Mulino, Bologna, 1963.
- Furlong MA. Self-determination and a critical perspective in casework promoting. A balance between interdependence and autonomy. *Qualitative social work* 2 (2) 2003.
- Gaboardi F. *Il diritto amministrativo dei servizi sociali*. Carocci Faber, Roma, 2003.
- Galli D. *Servizi sociali e giustizia minorile: il quotidiano dell'assistente sociale tra ascolto e documentazione*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Garena G, Gerbo AM. *Qualità e accreditamento dei servizi sociali. Elementi per la costruzione di un manuale di autovalutazione*. Maggioli Editore, Rimini, 2010.
- Gariazzo G. L'esordio del servizio sociale in Italia tra sollecitazioni americane ed esigenze nazionali. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 4/1999.

- Gatti E. Epistemologia e Servizio Sociale. Il Servizio Sociale Scienza autonoma? *La Rivista di Servizio Sociale* n. 3/1980.
- Gazzoni E. *Programmazione e controllo nel non profit. Aziende sanitarie, associazioni, fondazioni, cooperative sociali*. Carocci, Roma, 2004.
- Geldard K, Geldard D. *Parlami, ti ascolto. Le abilità di counseling nella vita quotidiana*. Erickson, Trento, 2006.
- Geminiani P. *Mutamento del paradigma nel servizio sociale*. Ed. M. Pacini Fazzi, Lucca, 1990.
- Gentile L. La carta dei servizi sociali: uno strumento di tutela dei cittadini e di crescita organizzativa per le istituzioni. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/2004.
- Germano N. La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali: un commento giuridico. *Assistenza Sociale* n. 2-3/2000.
- Gianola P. *Il campo e la domanda, il progetto e l'azione*. LAS, Roma, 2003.
- Gioncada M. *Diritto dei servizi sociali*. Maggioli Editore, Rimini, 2011.
- Giorgi G. I piani di zona in Emilia Romagna. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 8/2002.
- Giorgi G, Raciti M. Un punto di vista diverso sulla l. 328/00. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 3/2010.
- Giorgi G, Tomba R. Le Asp in Emilia Romagna, *Prospettive sociali e sanitarie* n. 7/2010.
- Giorio G, Lazzari F, Merler A. *Dal micro al macro: percorsi socio-comunitari e processi di socializzazione*. Cedam, Padova, 1999.
- Giorio G. *Il servizio sociale di comunità in alcuni interventi a livello locale*. Fondazione Zancan, Padova, 1969.
- Giraldo S, Niero M. *Operatori sociali e professionalità: alcuni spunti per la formazione*. Ministero dell'Interno, Direzione generale dei servizi sociali CLIFOS, Roma, 1987.
- Giraldo S, Riefolo E. *Il servizio sociale: esperienza e costruzione del sapere*. FrancoAngeli, Milano, 1996.
- Girotti F. *Welfare state. Storia, modelli, critica*. Carocci, Roma, 2005.
- Giusepponi K. *La gestione in forma associata dei servizi sociali: valutazioni di convenienza e profili organizzativi*. EUM, Macerata, 2009.
- Goffman E. *Stigma. L'identità negata*. Ombre Corte, Verona, 2003.
- Goldenstein H. *Social work practice. A unitary approach*. University of South Carolina Press, 1973.
- Goldenstein H. *Il modello cognitivo umanistico nel servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1988.
- Goldoni L. *Servizi sociali: progetti, esperienze, buona prassi: percorso guidato attraverso modelli concreti di gestione dei servizi alla persona*. Maggioli Editore, 2002.
- Göppner HJ. La scienza di servizio sociale quale scienza applicata multireferenziale. il servizio sociale quale prassi multifunzionale. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 3/1999.

- Gori C. *Servizi sociali in Europa. Caratteristiche, tendenze, problemi*. Carocci, Roma, 2001.
- Gori C. *Il welfare nascosto: il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*. Carocci, Roma, 2003.
- Gori C. *La riforma dei servizi sociali in Italia: l'attuazione della legge 328 e le sfide future*. Carocci, Roma, 2004.
- Gori C, Ranci Ortigosa E. A dieci anni dall'approvazione della L. 328. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 1/2010.
- Grigoletti Butturini P, Nervo G. *La persona al centro nel servizio sociale e nella società: il contributo di Elisa Bianchi*. Fondazione Zancan, Padova, 2005.
- Gualdani A. *I servizi sociali tra universalismo e selettività*. Giuffrè, Milano, 2007.
- Guerrini R. L'assistente sociale tra trasparenza e segreto. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 3/1996.
- Gui L. *L'utente che non c'è. Emarginazione grave, persone senza dimora e Servizi sociali*. FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Gui L. *Servizio sociale tra teoria e pratica. Il tirocinio, luogo di interazione*. Lint, Trieste, 2000.
- Gui L. Comunità, territorio, zona: il servizio sociale si riconiuga. *Sociologia urbana e rurale* n. 71/2003.
- Gui L. *Sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti di una disciplina*. Carocci, Roma, 2004.
- Gui L. *Operatori sociali, co-operatori progettuali*. In Corsi di studio in Servizio sociale Università di Trieste, 2006.
- Gui L. Più che operatori, "co-operatori" sociali. *Animazione Sociale* n. 1/2007.
- Gui L. *Organizzazione e servizio sociale*. Carocci Faber, Roma, 2009.
- Guidicini P. *Nuovo manuale della Ricerca Sociologica*. FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Guidicini P, Cellentani O. *Il Servizio sociale tra identità e prassi quotidiana*. FrancoAngeli, Milano, 1989.
- Guidicini P, Cellentani O. *Nei labirinti del servizio sociale. Manuale per il lavoro dell'assistente sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Guidicini P, Landuzzi C. *I territori del welfare: servizi sociali, regionalizzazione e garanzie*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Guidicini P, Pieretti G. *La residualità come valore. Povertà urbane e dignità umana*. FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Hall D, Hall I. *La ricerca collaborativa nei servizi sociali: microindagini per risolvere problemi e per migliorare la qualità*. Erickson, Trento, 2000.
- Hamilton G. *Teoria e pratica del Servizio sociale*. Società editrice Universitaria, Firenze, 1953.
- Healy K. *Social work theories in context*. Palgrave Macmillan, United Kingdom, 2005.

- Healy LM, Link RJ. *Handbook of international social work: human rights, development and the global profession*. Oxford University Press, 2011.
- Heap K. *La pratica del lavoro sociale con i gruppi*. Astrolabio, Roma, 1986.
- Hinde R. *La comunicazione non verbale*. Laterza, Bari, 1977.
- Hinna A. *Gestione e organizzazione del terzo settore. Soggetti, strategie, strumenti*. Carocci, Roma, 2005.
- Hornung JD. Perché informatica e servizio sociale? *Prospettive sociali e sanitarie* n. 13/1997.
- Hough M. *Abilità di counseling. Manuale per la prima formazione*. Erickson, Trento, 2006.
- Hudson Cigno K. *Servizio sociale e modello comportamentistico*. Carocci, Roma, 1992.
- Iacovino A, Lemmo L, Marino F. *Il Servizio Sociale r-innovato. Quale cambio di scena?* Edisud, Salerno, 2008.
- Iscoe I. Community psychology and competent community. *American Psychologist*, 29: 607-613, 1974.
- Jordan W. *Famiglia e servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1973.
- Jorio E. *Diritto dell'assistenza sociale*. Giuffrè, Milano, 2006.
- Kadushin A. *Il colloquio nel servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1980.
- Kahn AJ, Schenkel M, Paglia Fasolo E. *Teoria e pratica della pianificazione sociale*. Fondazione E. Zancan, Padova, 1974.
- Kaneklin C. *Il gruppo in teoria e in pratica. Uno strumento per il lavoro psicologico, clinico e sociale*. R. Cortina, Milano, 1993.
- Kaneklin C, Olivetti Manoukian F. *Conoscere l'organizzazione*. NIS, Roma, 1994.
- Kazepov Y, Carbone D. *Che cos'è il welfare state?* Carocci, Roma, 2007.
- La Mendola V. *La cartella socio-assistenziale*. Fondazione Zancan, Padova, 1990.
- La Mendola V. *Servizi sociali e sistema informativo a livello locale*. Fondazione Zancan, Padova, 1990.
- La Rosa M, Borghi V. *Le organizzazioni del nuovo welfare: l'approccio sociologico: pubblico, privato sociale, cooperazione e nonprofit*, Maggioli Editore, Rimini, 2001.
- La Rosa M, Gosetti G. *Sociologia dei servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- La Rosa M, Minardi E, Montanari A. *I Servizi sociali tra programmazione e partecipazione*. FrancoAngeli, Milano, 1977.
- LABOS. *La fatica del lavoro sociale. Criteri organizzativi per i servizi alle persone*. Edizioni T.E.R., 1987.
- Lai GP. *Le parole del primo colloquio*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Landuzzi C, Pieretti G. *Servizio sociale e povertà estreme*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Lanzi D. *Regolamentazione dei mercati per i servizi sociali e cooperazione sociale*. AICCON, Forlì, 2003.

- Lavanco G. *Oltre la politica: psicologia di comunità, giovani e partecipazione*. FrancoAngeli, 2001.
- Lavanco G, Pisciotta S. *Il marketing sociale dei servizi alla persona*. Carocci Faber, Roma, 2007.
- Lazzari F. *Servizio sociale trifocale. Le azioni e gli attori delle nuove politiche sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Lazzarini G. *Universi solidali. Il terzo settore tra gratuità e organizzazione efficiente*. Edizioni gruppo Abele, Torino, 2003.
- Leonard P. *Sociologia e servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1971.
- Leone L, Prezza M. *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Lerma M. *Metodi e tecniche del processo di aiuto. Approccio sistemico-relazionale alla teoria e alla pratica del servizio sociale*, Astrolabio, Roma, 1992.
- Lewin K. *I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo*. FrancoAngeli, Milano, 1972.
- Lis A, Venuti P, De Zordo MR. *Il colloquio come strumento psicologico*. Giunti, Firenze, 2006.
- Lo Schiavo L, Montebugnoli A. Sviluppare la carta dei servizi sociali. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 3/2001.
- Lombardi A. Programmazione sociale di territorio. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 22/2001.
- Longo F. Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settori socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario. *Mecosan* n. 37/2000.
- Longo F. *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione*. EGEA, Milano, 2000.
- Lorenz W. *Il servizio sociale e la nuova Europa*. ECIG, Genova, 2004.
- Lorenz W. Social Work and a New order. Challenging Nel-liberalism's Erosion of Solidarity. *Social Work & Society* n. 3/2005.
- Losito G. *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Loss V. Analisi relazionale di un progetto-giovani. *Lavoro Sociale* vol. 5 n. 2/2005.
- Lussu A, Rovai B. *L'operatore sociosanitario nei servizi sociali*. Carocci, Roma, 2004.
- Madama I. *Le politiche di assistenza sociale*. Il Mulino, Bologna, 2010.
- Maggi A. La valutazione della qualità nei servizi sociali: un processo finalizzato a riconoscere i significati delle azioni. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/2001.
- Maggian R. *La politica sociale verso l'integrazione europea*. Carocci, Roma, 1993.
- Maggian R. *Il sistema integrato dell'assistenza*. Carocci, Roma, 2001a.
- Maggian R. *I servizi socio-assistenziali*. Carocci, Roma, 2001b.
- Maggian R. La managerialità del servizio sociale professionale. Relazione, Trieste, 2001c.

- Maggian R. *Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi. Manuale per operatori del welfare locale*. Maggioli Editore, Rimini, 2011.
- Maggian R, Menichetti G. *La gestione dei servizi sociali*. Carocci, Roma, 1999.
- Magistrali G. *Il futuro delle politiche sociali in Italia: prospettive e nodi critici della legge 328/2000*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Magnani C. *Beni pubblici e servizi sociali in tempi di sussidiarietà*. Giappichelli, Torino, 2007.
- Maguire L. *Il lavoro sociale di rete. L'operatore sociale come mobilizzatore e coordinatore delle risorse informali della comunità*. Erickson, Trento, 1989.
- Malagoli Togliatti M, Telfner U. *La terapia sistemica*. Astrolabio, Roma, 1983.
- Mambriani S. *La comunicazione nelle relazioni di aiuto*. Cittadella Editrice, Assisi, 1992.
- Maretti M. *Welfare locali: studio comparativo sulla programmazione dei servizi sociali nelle regioni italiane*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Margarone A. *Apprendere sperimentando. Il tirocinio professionale dell'assistente sociale*. Carocci, Roma, 1994.
- Mari A. *La pianificazione dei servizi sociali*. IPSOA, Milano, 2003.
- Mari A, Mastropasqua I, Romano R. *L'assistente sociale dirigente*. Carocci, Roma, 2006.
- Marinatto L. *L'assistente sociale*. Vallecchi, Firenze, 1964.
- Martin EW. Themes and history of the social work profession. *International social work* n. 35 (3)/1992.
- Martinelli F. *Le assistenti sociali nella società italiana*. Istituto per gli studi di servizio sociale, Roma, 1965.
- Martini ER. Comunità in sviluppo. *Animazione Sociale* n. 10/2007.
- Martini ER, Bussadori V. *Guida di informazione per operatori: punti di incontro e elementi di diversità*. Grafiche Morandi, Fusignano (RA), 2005.
- Martini ER, Sequi R. *Il lavoro nella comunità*. NIS, Roma, 1988.
- Martini ER, Torti A. *Fare lavoro di comunità: riferimenti teorici e strumenti operativi*. Carocci, Roma, 2003.
- Marzotto C. *Per un'epistemologia del servizio sociale. La posizione del soggetto*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Masini P, Sanicola L. *Avviamento al Servizio sociale*. Carocci, Roma, 2001.
- Maslach C. *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella Editrice, Assisi, 1997.
- Mastropasqua I. Ripensare l'organizzazione dei servizi sociali. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 4/2001.
- Mastropasqua I. *Architettura delle reti sociali. Teorie, luoghi, metodi*. Carocci, Roma, 2004.
- Maurizio R. *Progettare nel sociale*. Fondazione Zancan, Padova, 2004.
- Mazza R. *Il processo di aiuto nel servizio sociale*. Ed. M. Pacini Fazzi, Lucca, 1991.

- Mazzei A, Invernizzi E, Romeni S, Bontempo L, Romagnoli S, Conticello C, Lista S. *Comunicare il sociale*. Carocci, Roma, 2004.
- Mazzoli G. *Quel comune senso del sociale: pensieri per il welfare nella comunità locale*. Fondazione P. Manodori, 2002.
- Mazzoli G, Spadoni N. *Piccole imprese globali: una comunità locale costruisce servizi per le famiglie*. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Mearns D, Thorne B. *Counseling centrato sulla persona. Teoria e pratica*. Erickson, Trento, 2006.
- Meloni G. Welfare locale e reti sociali. *Politiche sociali* n. 5/1998.
- Merlini E. Assistenti sociali e segreto professionale. *Studi Zancan: politiche e servizi alle persone* n. 5/2007.
- Merzoni G, Quadrio Curzio A. *Non profit e sussidiarietà: il terzo settore tra servizi alla comunità e alla persona*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Milana G, Pittaluga M. *Realtà psichica e realtà sociale. Una proposta psicoanalitica per i servizi sociali*. Armando Editore, Roma, 1983.
- Milio A, Novara C, Serio ML. *Welfare locale e piani di zona. Modelli, interventi di comunità e buone prassi*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Milner J, O'Byrne P. *L'assessment nei servizi sociali*. Erickson, Trento, 2005.
- Milner J, O'Byrne P. *Il counseling narrativo. Interventi brevi centrati sulle soluzioni*. Erickson, Trento, 2006.
- Ministero della salute. *Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità*. Documento approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti il Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute.
- Miotto D. Servizi sociali e sistemi di qualità. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 4/2002.
- Misesti P. *Per una nuova prevenzione*. La Meridiana, Bari, 2008.
- Modena S. *Economia delle Asp. Aziende di servizi alla persona*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Molaschi V. Sulla nozione di servizi sociali: nuove coordinate costituzionali. *Il diritto dell'economia* n. 1/2004.
- Molaschi V. *I rapporti di prestazione nei servizi sociali: livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*. Giappichelli, Torino, 2008.
- Montagu A, Matson F. *I linguaggi della comunicazione umana*. Sansoni, Milano, 1981.
- Montani AR. *Le comunità locali urbane. Quartieri e centro di Roma*. Bulzoni Editore, Roma, 1993.
- Montesarchio G. *Quattro crediti di colloquio*. FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Morino M, Bobbio G, Morello di Giovanni D. *Diritto dei servizi sociali*. Carocci, Roma, 2006.
- Moro A. *Tratta. Modalità di intervento per combatterla in rete*. Caritas Diocesana, 2004.

- Morzenti Pellegrini R. *Manuale di legislazione dei servizi sociali*. Giappichelli, Torino, 2008.
- Motta M, Mondino F. *Progettare l'assistenza*. Carocci, Roma, 2004.
- Mucchielli R. *Apprendere il Counseling. Manuale di autoformazione alla relazione e al colloquio d'aiuto*. Erickson, Trento, 1989.
- Nappi A. Servizi sociali e servizi sanitari: alcuni pre-requisiti per l'attivazione di una cultura di rete. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 2/1999.
- Nappi A. *Questioni di storia, teoria e pratica del Servizio sociale italiano*. Liguori, Napoli, 2001.
- Nardelli S, Maiorano C. *L'affidamento dei servizi alla persona nell'ente locale*. Giappichelli, Torino, 2005.
- Neve E. Significati della documentazione nel lavoro dell'assistente sociale. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/1993.
- Neve E. Il ruolo del tirocinio nella formazione al servizio sociale. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 2/1998.
- Neve E. Servizio Sociale e questioni etiche. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 2/1998.
- Neve E. Problemi e prospettive del prendersi cura nei servizi alla persona. *Studi Zancan* n. 3/2005.
- Neve E. *Quale identità per l'assistente sociale nella realtà d'oggi?* Aidoss Summer school, Fiesole, 2005.
- Neve E. Riflessioni sul servizio sociale oggi: aspetti teorici e operativi. *Studi Zancan* n. 4/2006.
- Neve E. *Il servizio sociale: fondamenti e cultura di una professione*. Carocci, Roma, 2008.
- Niero M. *Metodi e tecniche di ricerca per il servizio sociale*. Carocci, Roma, 2004.
- Nocera S. Il testo unificato della legge quadro sui servizi sociali. *Politiche sociali* n. 6/1998.
- Nocera S. *La legge di riforma dei servizi sociali. Dal centralismo sociale al federalismo solidale*. Il Melograno, Larino, 2001.
- Norcia A. *Professioni sociali*. Carocci, Roma, 2006.
- Noto G, Lavanco G. *Lo sviluppo di comunità*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Nussbaum MC. *Giustizia sociale e dignità umana*. Il Mulino, Bologna, 2002.
- O'Hagan K. *L'intervento di crisi nei servizi sociali*. Erickson, Trento, 1990.
- O'Leary JC. *Counseling alla coppia e alla famiglia. Un approccio centrato sulla persona*. Erickson, Trento, 2006.
- Olivetti Manoukian F. *Produrre servizi*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- Olivetti Manoukian F. *Stato dei servizi*. Il Mulino, Bologna, 1988.
- Olivetti Manoukian F. L'operatore sociale leggero. *Animazione Sociale* n. 3/2000.

- Olivetti Manoukian F. Quanto è sociale il lavoro nei servizi? *Animazione Sociale* n. 10/2004.
- Olivetti Manoukian F. Reimmaginare la funzione sociale dei servizi. Dalla delega onnipotente alla costruzione di convergenze. *Animazione Sociale* n. 10/2004.
- Olivetti Manoukian F. Servizi sotto assedio. Dal progetto politico alla delega onnipotente. *Animazione Sociale* n. 10/2004.
- Olivetti Manoukian F. Appigli per una nuova progettualità del lavoro sociale. *Animazione Sociale* n. 1 (189)/2005.
- Olivetti Manoukian F. Per una nuova progettualità del lavoro sociale. *Animazione sociale: esperienze e prospettive* n. 1/2005.
- Olivetti Manoukian F. Una sostenibile funzione sociale dei servizi. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 9/2006.
- Orlando P. *Scuola di Servizio sociale: etica e partecipazione*. Fondazione Zancan, Padova, 1970.
- Orsi W, Ciarrocchi RA, Lupi G. *Qualità della vita e innovazione sociale: un'alleanza per uscire dalla crisi*. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Osio O. Un progetto di rete per la valorizzazione del volontariato. *Lavoro Sociale* vol. 5 n. 2/2005.
- Ossicini Ciolfi T. L'assistente sociale ieri, oggi e domani. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 2/1980.
- Ossicini Ciolfi T. *Ricerca e Servizio sociale*. NIS, Roma, 1988.
- Ostano D. L'assistente sociale in consultorio. L'esperienza dell'ASL Torino Nord. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 1/2012.
- Pacinelli A. *Metodi per la ricerca sociale partecipata*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Paganin A, D'Aloia MT. La valutazione partecipata dell'efficacia nei servizi alle persone. *Studi Zancan: politiche e servizi alle persone* n. 2/2006.
- Pajer P. *Introduzione ai servizi sociali. Manuale per operatori socio-sanitari*. FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Paladino M, Cerizza Tosoni T. *Il case management nella realtà socio-sanitaria italiana*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Palumbo M. Welfare mix municipale: nuove prospettive evolutive. *Sociologia e politiche sociali* n. 3/2000.
- Parton N, O'Byrne P. *Costruire soluzioni sociali*. Erickson, Trento, 2005.
- Pasquariello G. *L'assistente sociale*. Edizioni Studium, Roma, 1972.
- Pasquinelli S. Politiche per la non autosufficienza - Tra inerzie, tagli e investimenti. *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 6/2011, IRS, Milano.
- Passera AL, Luraschi AM. *Il servizio sociale territoriale di base: materiale per la ricerca dell'identità professionale*. Scuola Superiore di Servizio Sociale, EISS, Roma, 1982.
- Payne M. *Modern Social Work Theory*. Macmillan, London, 1994.

- Payne M. *What is professional social work?* Ventura Press, Birmingham, 1996.
- Payne M. *Case management e Servizio sociale. La costruzione dei piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità.* Erickson, Trento, 1998.
- Payne M. *The origins of social work. Continuity and change.* Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2005.
- Pedon A. *L'operatore dei servizi sociali: manuale di metodologie operative.* Armando, Roma, 2002.
- Perino A. *Il servizio sociale. Strumenti, attori, metodi.* FrancoAngeli, Milano, 2010.
- Perino A. Il Servizio Sociale tra teoria e pratica operativa: quale formazione? *Rassegna di Servizio Sociale* n. 2/2011.
- Perlman HH. *Social casework: a problem-solving process.* University of Chicago Press, 1957.
- Pesaresi F. I livelli essenziali nei piani sociali di zona. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 15-17/2003.
- Pesaresi F. La 328 nelle regioni: un bilancio sintetico. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 20/2010.
- Pesenti L, Tronca L. *Servizi alla persona tra regionalizzazione e nuovi quadri di riferimento.* Vita e Pensiero, Milano, 2004.
- Piccardo C. *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona.* R. Cortina, Milano, 1995.
- Pieretti G. *Il latente e il manifesto: bisogni nella città e servizio sociale.* FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Piga ML. *Teorie sociologiche e lavoro sociale.* FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Piga ML, Siza R. Gli attori del servizio sociale per un'elaborazione dell'autonomia civica e territoriale. *Sociologia Urbana e Rurale* n. 74-75/2004.
- Pignatto A, Regazzo C. *Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari.* Carocci Faber, Roma, 2005.
- Pinciara B, Donadoni D. *L'assistente sociale psichiatrico.* Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- Piselli F. *Reti. L'analisi di network nelle scienze sociali.* Donzelli, Roma, 1995.
- Pittaluga M. *L'estraneo di fiducia.* Carocci, Roma, 2000.
- Piva P. *L'intervento organizzativo nei servizi socio-sanitari.* NIS, Roma, 1999.
- Piva P. *I servizi alla persona.* Carocci, Roma, 2001.
- Poggi A. *Problemi di definizione del servizio sociale.* Quaderni della Rivista di Servizio sociale, Istiss, Roma, 1967.
- Pomberger K, Tragust K, Bernhart J. *Management dei servizi sociali.* Eurac, Bolzano, 2002.
- Pomilio F, Bardelli G. *Welfare e territorio: esplorare il legame tra politiche dei servizi e dimensione urbana.* Alinea, Firenze, 2009.

- Pregno C. Transizioni, passaggi, percorsi: il tempo nel servizio sociale. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 1/2004.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. *La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi*. IPZS, Roma, 2001.
- Prezza M, Santinello M. *Conoscere la comunità. L'analisi degli ambienti di vita quotidiani*. Il Mulino, Bologna, 2002.
- Putnam RD. *La tradizione civica delle regioni italiane*. Mondadori, Milano, 1993.
- Quadrio A, Ugazio V. *Il colloquio in psicologia clinica e sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1981.
- Quaglino GP, Casagrande S, Castellano AM. *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. Un modello di lettura della dinamica di gruppo. Una proposta di intervento nelle organizzazioni*. R. Cortina, Milano, 1992.
- Ragazzini F, Piccinini R. La rete degli sportelli sociali in Emilia Romagna. *Programmazione locale e Piani di Zona* n. X/2011.
- Raineri ML, Folgheraiter F. *Il metodo di rete in pratica: studi di caso nel servizio sociale*. Erickson, Trento, 2004.
- Raineri ML. Lavoro d'équipe e lavoro di rete nel welfare mix: differenti stili di interazione e di coordinamento. *Sociologia e politiche sociali* n. 3/2001.
- Raineri ML. *Il tirocinio di servizio sociale. Guida per una formazione riflessiva*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Raineri ML. Spunti per l'analisi di un progetto secondo l'ottica di rete: l'avvio di un Tavolo di Lavoro per iniziative rivolte ai giovani. *Lavoro Sociale* vol. 4 (2)/2004.
- Raineri ML. *Assistente sociale domani*. Erickson, Trento, 2007.
- Ranci C, De Ambrogio U, Pasquinelli S. *Identità e servizio. Il volontariato nella crisi del welfare*. Il Mulino, Bologna, 1991.
- Ranci C. *Oltre il welfare state. Terzo settore, nuove solidarietà e trasformazioni del welfare*. Il Mulino, Bologna, 1999.
- Ranci C. *Il mercato sociale dei servizi alla persona*. Carocci, Roma, 2001.
- Ranci C. *Politica sociale: bisogni sociali e politiche di welfare*. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Ranci Ortigosa E. Servizi sociali e servizi sanitari, quale integrazione? *Prospettive sociali e sanitarie* n. 9/1998.
- Ranci Ortigosa E. *La valutazione della qualità nei servizi sanitari*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Ranci Ortigosa E. *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*. Istituto per la ricerca sociale, Milano, 2008.
- Ranci Ortigosa E, Gori C. Modalità di gestione dei servizi socio-assistenziali: opzioni a confronto. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 15-16/1999.
- Regalia C, Bruno A. *Valutazione e qualità dei servizi: una sfida attuale per le organizzazioni*. UNICOPLI, Milano, 2000.

- Regoliosi L. *Un approccio formativo alla prevenzione*. FrancoAngeli, Milano, 1992.
- Rei D. *Servizi sociali e politiche pubbliche*. Carocci, Roma, 2000.
- Rei D. Fra pluralismo e territorio. Prospettive e dilemmi dei servizi sociali in Italia dopo la legge 328. *Sociologia e Politiche sociali* n. 3/2002.
- Reid WJ. *Terapia della famiglia e Servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1986.
- Riva V. Le sfide del Servizio Sociale contemporaneo: un viaggio tra definizioni e realtà dei servizi. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 1/2011.
- Riva V. Teorie e nuova professionalità nel servizio sociale italiano. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 19/2011.
- Rizza S. Politica sociale e Servizio sociale dell'Unione Europea. La Raccomandazione del Consiglio d'Europa n. 1/2001 in tema di assistenti sociali. *Rassegna di Servizio sociale* n. 4/2001.
- Rizza S. *2° Rapporto sulla situazione del servizio sociale*. EISS, Roma, 2003.
- Rodger JJ. *Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell'età postmoderna*. Erickson, Trento, 2004.
- Rogers CR. *La terapia centrata sul cliente*. Giunti, Firenze, 1970.
- Rollnick S, Miller William R. *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Erickson, Trento, 2006.
- Romano G. Servizi sociali e sistema informativo a livello locale. *Servizi Sociali* n. 3/1993.
- Rosanvallon P. *La nuova questione sociale*. Edizioni Lavoro, Roma, 1997.
- Rosenfeld JM. *Il servizio sociale. Una disciplina impegnata a produrre innovazioni al servizio degli esclusi tra noi*. Presentazione della conferenza biennale AISS, Gruppo Europeo, Torino, 1993.
- Rossi G. I servizi alla persona oltre l'assistenzialismo. *Sociologia e Politiche sociali* n. 1/1999.
- Rossi G. *Il volontariato oggi: verso la costruzione di un nuovo capitale sociale*. Vita e Pensiero, Milano, 2004.
- Ruddock R. *Ruoli e relazioni nel servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1971.
- Ruggeri F. *Assistente sociale*. Nuova Guaraldi, Firenze, 1982.
- Salomone I. *Bisogni di governo: problemi e prospettive del coordinamento nei servizi sociali*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Salzberger Wittemberg I. *Teorie psicoanalitiche kleiniane e servizio sociale*. Astrolabio, Roma, 1971.
- Samory E. *La professionalità e la Formazione degli Assistenti Sociali. Metodologie e contenuti*. AssNAS, Roma, 1984.
- Samory E. *Modelli operativi d'intervento sociale nell'organizzazione dei servizi*. AssNAS, Bologna, 1986.

- Samory E. *La metodologia del Servizio Sociale secondo un approccio globale-olistico*. Estratto da Ciclo di seminari di Servizio Sociale, novembre 1989 - gennaio 1990, CeSdiSS, Bologna.
- Samory E. *La mediazione e il servizio sociale*. Clueb, Bologna, 2001.
- Samory E. *La documentazione di servizio*. Clueb, Bologna, 2002.
- Samory E. *Il Segretariato di Servizio sociale*. Clueb, Bologna, 2003.
- Samory E. *Manuale di Scienza del Servizio Sociale. Conoscenza, teorizzazione della prassi, metodologia*. vol. I. Clueb, Bologna, 2004.
- Samory E. *Manuale di Scienza del Servizio Sociale. Conoscenza, teorizzazione della prassi, metodologia*. vol. II. Clueb, Bologna, 2004.
- Sandrin L. *Aiutare senza bruciarsi*. Edizioni Paoline, Milano, 2004.
- Sanicola L. *Comunità e servizi alla persona: percorsi teorici e metodologici: colloquio internazionale*. Cedam, Padova, 1990.
- Sanicola L. *L'intervento di rete*. Liguori, Napoli, 1994.
- Sanicola L. *Dinamiche di rete e lavoro sociale: un metodo relazionale*. Liguori, Napoli, 1994.
- Sanicola L. *Itinerari nel Servizio sociale*. Liguori, Napoli, 1996.
- Sanicola L. *La salute mentale e il servizio sociale*. Liguori, Napoli, 1997.
- Sanicola L. *Reti sociali ed intervento professionale*. Liguori, Napoli, 1995.
- Sanicola L, Trevisi G. *Il progetto: metodi e strumenti per l'azione sociale*. Liguori, Napoli, 2003.
- Santinello M, Furlotti R. *Servizi territoriali e rischio di burnout*. Giuffrè, Milano, 1992.
- Saraceno C. *Le dinamiche assistenziali in Europa*. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Sarpellon G. *Le politiche sociali fra stato, mercato e solidarietà*. FrancoAngeli, Milano, 1986.
- Scaglia A. *Regole e libertà. Pianificazione sociale, teoria sociologica, ambiti e tecniche di intervento*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
- Scanagatta S. *Classi e cittadinanza nei servizi sociali*. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Scuola diretta a fini speciali dell'Università "La Sapienza". *Cittadini e servizi sociali: l'assistente sociale tra servizio e controllo*. SIARES Studi e Ricerche, Roma, 1993.
- Secondulfo D. *Trasformazioni sociali e nuova cultura del benessere*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Seed P. *Analisi delle reti sociali. La network analysis nel servizio sociale*. Erickson, Trento, 1997.
- Semi AA. *Tecnica del colloquio*. R. Cortina, Milano, 1985.
- Sennet R. *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Serra R. *Logiche di rete. Dalla teoria all'intervento sociale*. FrancoAngeli, 2001.

- Setti Bassanini MC, Oliva D, Giangrande A. L'accreditamento di eccellenza nei servizi. *Prospettive sociali e sanitarie* n. 17/2000.
- Sgroi E. L'amministrazione sociale tra modello burocratico e servizio sociale. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 1/2003.
- Sgroi E. La ricerca sociale nella formazione degli assistenti sociali. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 1/2006.
- Sgroi E, Rizza S, Gui L. *Rapporto sulla situazione del servizio sociale*. EISS, Roma, 2001.
- Shaw CD. *Introducing quality assurance*. King's Fund Centre, London, 1986.
- Shaw I, Lishman J. *La valutazione nel lavoro sociale*. Erickson, Trento, 1999.
- Sicora A. *Il professionista riflessivo. Epistemologia del servizio sociale*. Pensa Multimedia, Lecce, 2005.
- Simoni S. *Le culture organizzative dei servizi. La sociologia dell'organizzazione e servizi alla persona*. Carocci, Roma, 2005.
- Siza R. *Progettare il sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Solimano M. La visita domiciliare: uno strumento di lavoro per l'assistente sociale. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 27/1996.
- SOSTOSS. Per una storia del servizio sociale in Italia. Ricognizione delle fonti e percorsi di ricerca. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 4/1999, 1-2/2000.
- SOSTOSS. Madri e matrici del servizio sociale: Mary Ellen Richmond. *La Rivista di Servizio Sociale* n. 1/2011.
- Soulet MH. *Piccolo prontuario di 'grammatica' del lavoro sociale*. Liguori, Napoli, 2003.
- Spagnolo A. *Introduzione al Servizio sociale*. ITES, Lecce, 1966.
- Spanu Gariazzo G. Origini ed evoluzione del servizio sociale in Italia. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 4/1976.
- Spinelli R. *Se il matto non sparisce...dalla dipendenza all'interdipendenza nel lavoro dei Servizi*. FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Spinelli E. *Immigrazione e Servizio sociale*. Carocci, Roma, 2005.
- Stame N. *L'esperienza della valutazione*. SEAM, Roma, 1988.
- Steimberg D. *L'auto/mutuo aiuto: guida per i facilitatori di gruppo*. Erickson, Trento, 2001.
- Studio Diathesis. *Strategie di integrazione nella costruzione delle zone sociali, la progettazione delle zone e dei loro piani: un'analisi di casi*. Roma, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale, 2006.
- Tacchi G, Drago R. *Dizionario narrativo del welfare*. Regione Marche, Ancona, 2003.
- Tagliabue A. *La scoperta delle emozioni*. Erickson, Trento, 2003.
- Taviani A. *Comunicare con il paziente extracomunitario*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1991.

- Taylor C, White S. *Ragionare i casi: la pratica della riflessività nei servizi sociali e sanitari*. Erickson, Trento, 2005.
- Tiberio A, Fortuna F. *Servizi sociali. Una guida per parole chiave*. FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Tilli C. Valutazione di qualità e servizio sociale: un connubio possibile?. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 3/2003.
- Tognetti A et al. *Curare e prendersi cura*. Carocci, Roma, 1999.
- Tognetti Bordogna M. La formazione dell'assistente sociale. *Salute e Territorio* n. 56/1987.
- Tognetti Bordogna M. *Lineamenti di politica sociale: cambiamenti normativi e organizzazione dei servizi alla persona*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Tomei G. *Valutazione partecipata della qualità. Il cittadino-utente nel giudizio sugli interventi di politica e servizio sociale*. FrancoAngeli, 2006.
- Toniolo Piva P. *I servizi alla persona: manuale organizzativo*. Carocci, Roma, 2001.
- Toscano MA. *Scienza sociale, politica sociale, servizio sociale*. FrancoAngeli, Milano, 1991.
- Toscano MA. *Introduzione al servizio sociale*. Laterza, Roma-Bari, 1996.
- Toso M. *Welfare society*. LAS, Roma, 2003.
- Trentini G. *Manuale del colloquio e dell'intervista*. ISEDI Mondadori, Milano, 1974.
- Trentini G. *Teoria e tecnica del colloquio*. Vita e Pensiero, Milano, 1974.
- Trevisan C. I servizi sociali e il superamento della beneficenza. *Quaderni di Azione Sociale* n. 10-11/1969.
- Trevisan C. *Per una politica locale dei servizi sociali*. Il Mulino, Bologna, 1978.
- Twelvetrees A. *Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati*. Erickson, Trento, 2006.
- Ugolini GL. La qualità nel Servizio Sociale della Pubblica Amministrazione. *Rassegna di Servizio Sociale* n. 4/1999.
- Unione Internazionale per l'Educazione e la Promozione della Salute - IUHPE. *Delineare il futuro della promozione della salute: le priorità per l'azione*. Vancouver, 2007.
- Vargiu A. *Il nodo mancante: guida pratica all'analisi delle reti per l'operatore sociale*. FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Varriale F. *La gestione informatizzata dei servizi sociali*. NIS, Roma, 1992.
- Vecchiato T, Tschager A. *Il distretto socio-sanitario. Esperienze operative e formative*. Fondazione Zancan, 1994.
- Vecchiato T, Villa F. *La deontologia professionale nel servizio sociale*. Vita e Pensiero, Milano, 1992.
- Vecchiato T, Villa F. *Etica e servizio sociale*. Vita e Pensiero, Milano, 1995.
- Villa F. *Social work education. Un confronto internazionale su esigenze e modelli di formazione per il servizio sociale*. Vita e Pensiero, Milano, 1991.

- Villa F. *Dimensioni del servizio sociale. Principi teorici generali e fondamenti storico-sociologici*. Vita e Pensiero, Milano, 1992.
- Villa F. *Lezioni di politica sociale*. Vita e Pensiero, Milano, 2003.
- Vineis D. *I piani di zona*. CSV Città Solidale, Cuneo, 2005.
- Vittadini G. *Liberi di scegliere: dal welfare state alla welfare society*. ETAS, Milano, 2002.
- Vivaldi E. *I servizi sociali e le regioni*. Giappichelli, Torino, 2008.
- Volli U. *Il libro della comunicazione*. Il Saggiatore, Milano, 1994.
- Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? In WHO Regional Office for Europe. *Health Evidence Network report*. Febbraio 2006.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 1971.
- Watzlawick P. *Il linguaggio del cambiamento*. Astrolabio, Roma, 1980.
- WHO Regional Office for Europe. *Health Evidence Network report*. Febbraio 2006.
- Wilson G, Ryland G. *Il servizio sociale di gruppo*. AAI, Roma, 1962.
- Wright Mills C. *Il mito della patologia sociale*. Armando Edizioni, Roma, 2001.
- Zajczyk F. *La conoscenza sociale del territorio. Fonti e qualità dei dati*. FrancoAngeli, Milano, 1991.
- Zajczyk F. *Il mondo degli indicatori sociali*. NIS, Roma, 1997.
- Zanolin G. Quel che può fare un Comune. *Animazione Sociale* n. 6/2007.
- Zenarolla A. *Costruire qualità sociale. Indicazioni teoriche e operative per lo sviluppo della qualità nei servizi*. FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Ziliani AM, Rovai B. *Assistenti sociali professionisti: metodologia del lavoro sociale*. Carocci Faber, Roma, 2007.
- Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In Rappaport J, Seidman E. (eds). *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2000, pp. 43-63.
- Zini MT, Miodino S. *Il colloquio di aiuto*. Carocci, Roma, 1997.
- Zini MT, Miodino S. *Il gruppo*. Carocci, Roma, 2000.

Allegati

Allegato 1. Glossario

Per i termini più comuni si fa riferimento al *Dizionario di servizio sociale* (Dal Pra Ponticelli, 2005a).

Il glossario che segue evidenzia particolarità terminologiche in uso in Emilia-Romagna.

Ambito distrettuale

Porzione del territorio regionale, nei quale i Comuni, d'intesa con l'Azienda USL, esercitano le funzioni di *governance* del sistema sociale e sanitario attraverso una propria forma associativa. In Emilia-Romagna l'ambito distrettuale coincide con la competenza territoriale del Distretto sanitario (articolazione organizzativa dell'Azienda USL) e con la zona sociale, ambito di programmazione sociale dei Comuni. Questa organizzazione istituzionale consente ai Comuni e all'Azienda USL di esprimere una *governance* integrata, attraverso:

- un organismo politico: il Comitato di Distretto
- un unico strumento di programmazione locale: il Piano di zona per la salute e il benessere sociale, declinato annualmente attraverso il Piano attuativo
- un unico strumento di supporto tecnico-amministrativo alla *governance*: l'Ufficio di piano

Aziende sociali

In Emilia-Romagna sono attive solo due forme di aziende sociali pubbliche:

- l'Azienda di servizi alla persona (ASP), costituita sulla base della trasformazione delle IPAB, utilizzando una specifica normativa regionale
- l'Azienda speciale consortile (ASC), costituita ai sensi del Testo unico sull'ordinamento degli Enti locali (Legge n. 267/2000)

In passato esistevano anche Consorzi tra Comuni e Azienda USL, ma sono stati superati, in base all'orientamento della Regione di non partecipare ad Aziende per la produzione dei servizi.

Committenza

Processo attraverso il quale Comuni e Azienda USL attuano la programmazione, assegnando gli obiettivi di produzione ai diversi soggetti che realizzano i servizi. Questo può avvenire formalmente attraverso accordi di programma con altre realtà istituzionali, contratti di servizio con le ASP e le ASC, contratti di servizio con i gestori di servizi

accreditati, convenzioni e contratti a seguito di procedure di appalto, convenzioni con cooperative sociali di tipo B,⁴⁵ associazioni di promozione sociale e organizzazioni di volontariato.

È improprio l'uso del termine committenza per identificare il processo con cui l'assistente sociale ammette una persona a un servizio. Infatti, quando ciò avviene, la committenza è già stata espressa e l'assistente sociale può utilizzare quel servizio proprio perché è stato reso disponibile dalla formalizzazione della committenza istituzionale.

Delega

Processo con il quale i Comuni, ai sensi dell'art. 17 della Legge regionale n. 2/2003 e in attuazione della programmazione, possono incaricare l'Azienda USL di gestire di attività o servizi socio-assistenziali, in ambito di norma distrettuale, con bilanci e contabilità separate.

L'Azienda USL assume la gestione di attività o servizi delegati che presentino omogeneità per area di intervento e ambito territoriale. La delega può comprendere le funzioni di accesso e quindi il servizio sociale territoriale o una sua articolazione.

Per la gestione delle attività e dei servizi socio-assistenziali delegati, l'Azienda USL e il Comune stipulano apposita convenzione.

Forma associativa dei Comuni

Le forme associative dei Comuni sono previste dal Testo unico sull'ordinamento degli Enti locali (Legge n. 267/2000).

Nel sistema di *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale della Regione Emilia-Romagna deve essere utilizzata una delle seguenti forme associative tra Comuni dell'ambito territoriale:

- convenzione
- Unione dei Comuni
- Comunità montana

L'organo politico della forma associativa, se diverso dal Comitato di Distretto, ne assume le funzioni.

Nell'ambito della programmazione di zona, Comuni, Azienda USL e altre istituzioni devono utilizzare l'Accordo di programma quale forma associativa per realizzare il Piano di zona e i Piani attuativi.

⁴⁵ Cooperative che si occupano di "svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate". Legge n. 381/1991. Disciplina delle cooperative sociali.

Gestione associata dei servizi

In base all'art. 16 della Legge regionale n. 2/2003 i Comuni devono esercitare le funzioni amministrative e i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in forma singola o associata, preferibilmente in ambito distrettuale.

Le modalità della gestione associata possono essere molto diverse:

- attribuzione delle funzioni a un Comune capofila dell'ambito distrettuale, sulla base di una convenzione
- attribuzione delle funzioni all'Unione dei Comuni o alla Comunità montana, in base ad una convenzione o come scopo statutario
- delega all'Azienda USL
- conferimento all'ASP o all'ASC

La gestione associata non è generalizzata a tutti i Distretti ed è frequente che si utilizzi una modalità di gestione associata solo per una parte delle funzioni o delle materie, oppure più forme di gestione associata nello stesso ambito distrettuale.

Governance

Nel sistema delle politiche per la salute e il benessere sociale della Regione Emilia-Romagna per *governance* si intende la modalità di prendere le decisioni istituzionali, attraverso la concertazione istituzionale e il coinvolgimento delle parti interessate.

Ha le seguenti caratteristiche:

- coinvolgimento della rete pubblico-privata e non solo delle istituzioni
- utilizzo di accordi al posto di leggi o direttive, di organismi al posto di organi
- ricerca del più ampio consenso, al posto della maggioranza
- processi decisionali a diversi livelli territoriali e non solo dall'alto al basso
- collaborazione in luogo di autorità

Promozione di comunità

È l'insieme delle attività finalizzate all'aumento del capitale sociale della comunità, attraverso la valorizzazione delle risorse della comunità locale, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale e di *empowerment* degli attori locali.

Segretariato sociale

Nella normativa regionale è citato raramente e mai definito.

Il *Dizionario di servizio sociale* (Dal Pra Ponticelli, 2005a) lo definisce:

la sede unitaria e attiva di informazione esatta e aggiornata, rivolta a tutti i cittadini che ne abbiano interesse, anche se non in modo esplicito, e alla comunità locale nel suo complesso. ... Questo servizio si concretizza attraverso tre funzioni fondamentali: fornire notizie pertinenti alla reale situazione locale e generale in

fatto di risorse e sulle prassi per accedervi. aiutarne la corretta utilizzazione e dare un contributo alla programmazione dei servizi sociali attraverso la funzione di osservatorio, che consegue direttamente al dispiegarsi della sua attività.

Servizio sociale professionale

È previsto nella Legge n. 328/2000 ma non nella Legge regionale n. 2/2003. A livello regionale è citato solo dalla Legge regionale n. 14/2008 sulle giovani generazioni, quindi si tratta di un servizio competente solo sui minori.

Servizio sociale territoriale

Il servizio sociale territoriale è il complesso degli interventi del segretariato sociale (di cui lo Sportello sociale è un'articolazione funzionale) e del Servizio sociale professionale per garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali e per realizzare interventi di valutazione, ricerca, counselling, presa in carico e progettazione in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità per la prevenzione, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove risorse sociali

La definizione di servizio sociale territoriale coincide con il "servizio sociale di base" del *Dizionario di servizio sociale* (Dal Pra Ponticelli, 2005a) che lo definisce come:

l'azione professionale di carattere polivalente rivolta a tutta la popolazione di un territorio definito: azione connotata dalla multidimensionalità dell'intervento (persona, organizzazione, territorio), dall'unitarietà metodologica, dall'integrazione sociale-sanitaria, pubblico-privato, dall'interdisciplinarietà, che modella le sue funzioni sulle esigenze del territorio specifico, e sviluppa le proprie competenze in un rapporto di fiducia e attraverso processi di attivazione che coinvolgono apporti professionali diversi. Il servizio sociale si pone obiettivi di tipo promozionale - educativo, curativo-riabilitativo e gestionale-organizzativo sia nella dimensione individuale dell'analisi e dell'intervento, che nella dimensione istituzionale e comunitaria.

Sportello sociale

È previsto dall'art. 7 della Legge regionale n. 2/2003, quale modalità attivata dai Comuni per garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il Piano sociale e sanitario regionale definisce lo Sportello sociale quale funzione del segretariato sociale. Devono essere garantiti unitarietà di accesso, capacità di ascolto e primo filtro, orientamento, azioni di accompagnamento, attività di analisi della domanda, collegamento e sviluppo delle collaborazioni con altri soggetti, pubblici e privati.

All'interno del segretariato sociale, lo Sportello sociale svolge una specifica azione di *front office*, di gestione del primo contatto, dell'informazione, dell'orientamento e dell'invio a servizi specifici.

Titolarità dei servizi pubblici, gestione dei servizi

La deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007 sull'accreditamento specifica il significato di tali termini:

- la titolarità dei servizi pubblici (sociali e socio-sanitari) è la funzione che compete esclusivamente ai Comuni e all'Azienda USL, che hanno la responsabilità di assicurare i servizi e di rispondere ai bisogni degli utenti. Questa funzione viene esercitata attraverso i processi di programmazione, regolazione e committenza
- la gestione (sinonimo di produzione e di erogazione) dei servizi è la funzione del soggetto, pubblico o privato, che predispone e organizza le risorse per realizzare il servizio, per incarico del titolare del servizio, e che ne risponde dei risultati di fronte agli utenti. L'erogatore, ovvero colui che ha la capacità di produrre i servizi, deve provvedere a procurarsi l'autorizzazione al funzionamento e, per le finalità previste dalla normativa, l'accreditamento

Allegato 2.

Questionario “La qualità del servizio sociale territoriale (SST)”

Questionario 1A



La qualità del Servizio Sociale Territoriale (SST)

Questionario 1A

Provincia:	
Distretto:	
Comune:	
COMPILATORE:	
Nome e Cognome:	
Ruolo:	
Ente di appartenenza:	
Telefono:	
E - mail:	

Unità di analisi: IL SINGOLO COMUNE
Chi compila il questionario? L'Ufficio di Piano nel caso in cui sia in possesso di tutte le informazioni riguardanti i Servizi Sociali Territoriali dei singoli Comuni
Il Servizio Sociale Territoriale dei singoli comuni in tutti gli altri casi

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande inserendo una X nello spazio indicato.

Esempio di compilazione:

(X) SI
() NO

1. La funzione del Servizio Sociale Territoriale è:

1. Esercitata direttamente dal Comune nella sua totalità¹
 2. In parte esercitata direttamente dal Comune, in parte delegata a soggetti terzi
(vai alla domanda 4)
 3. Completamente delegata a soggetti terzi (vai alla domanda 4)

2. L'organizzazione del Servizio Sociale Territoriale del Suo Comune è articolata per aree di intervento/unità organizzative (es: minori, adulti, anziani, etc.)?

1. SI
 2. NO (vai alla domanda 5)

3. Se sì, le chiediamo di indicare le aree di intervento/unità organizzative nelle quali è strutturato il Servizio Sociale Territoriale del suo Comune (es: minori, adulti, anziani, etc.)

(vai alla domanda 5)

¹ Ovvero per tutte le aree di intervento: minori, adulti, anziani, disabili, immigrati,

4. In caso di delega parziale o completa della funzione del Servizio Sociale Territoriale, quali aree di intervento del Servizio Sociale Territoriale sono state delegate dal suo Comune (colonna A)? A quale/i soggetto/i (colonna B)? Nella colonna C specificare il nome del soggetto delegato. Nella colonna D è possibile inserire note descrittive (es. area di intervento delegata solo in parte)

(A) Aree di intervento oggetto di delega	(B) Soggetto a cui è stata delegata (è possibile dare più di una risposta)	(C) Nome soggetto delegato	(D) Note
() 1. Famiglia/Minori	() 1. Unione dei comuni () 2. Comunità montana () 3. AUSL () 4. ASC () 5. ASP () 6. Istituzione dei Servizi Sociali () 7. Consorzio () 8. Altro (Specificare)		
() 2. Disagio adulti/ Disagio mentale/ Dipendenze	() 1. Unione dei comuni () 2. Comunità montana () 3. AUSL () 4. ASC () 5. ASP () 6. Istituzione dei Servizi Sociali () 7. Consorzio () 8. Altro (Specificare)		
() 3. Anziani	() 1. Unione dei comuni () 2. Comunità montana () 3. AUSL () 4. ASC () 5. ASP () 6. Istituzione dei Servizi Sociali () 7. Consorzio () 8. Altro (Specificare)		
() 4. Disabili	() 1. Unione dei comuni () 2. Comunità montana () 3. AUSL () 4. ASC () 5. ASP () 6. Istituzione dei Servizi Sociali () 7. Consorzio () 8. Altro (Specificare)		
() 5. Immigrati	() 1. Unione dei comuni () 2. Comunità montana () 3. AUSL () 4. ASC () 5. ASP () 6. Istituzione dei Servizi Sociali () 7. Consorzio () 8. Altro (Specificare)		
() 6. Altro (specificare)	() 1. Unione dei comuni () 2. Comunità montana () 3. AUSL () 4. ASC () 5. ASP () 6. Istituzione dei Servizi Sociali () 7. Consorzio () 8. Altro (Specificare)		

5. Nel Servizio Sociale Territoriale del suo Comune è presente lo Sportello Sociale?

1. SI
 2. NO

6. Nella tabella seguente le chiediamo di indicare con una crocetta chi nel suo Comune esercita la funzione del Servizio Sociale Professionale per ogni area di intervento (*non rispondere se la funzione del Servizio Sociale Territoriale è esercitata direttamente dal Comune nella sua totalità*)

Servizio \ Area	Famiglia/Minori	Disagio adulti/ Disagio mentale/ Dipendenze	Anziani	Disabili	Immigrati
1. Comune					
2. Unione dei comuni					
3. Comunità Montana					
4. AUSL					
5. ASC					
6. ASP					
7. Istituzione dei Servizi Sociali					
8. Consorzio					
9. Altro (<i>Specificare</i>)					
10. Non previsto					

7. Indipendentemente dal soggetto che esercita la funzione del Servizio Sociale Territoriale, oltre allo svolgimento delle attività assistenziali ed educative, il Servizio Sociale Territoriale nel suo Comune realizza/ha realizzato anche attività di promozione della comunità? (*es. attività di ricognizione sociale, sostegno al terzo settore, iniziative di prossimità, sostegno alle reti sociali, etc...*)

1. SI
 2. NO (*vai alla domanda 9*)

8. Se *sì*, mi può indicare nella tabella sottostante quali sono i principali interventi di promozione della comunità svolti negli ultimi tre anni nei quali il suo Comune ha assunto un ruolo significativo in termini di collaborazione e di supporto? (*max 5 risposte*)

N.	Titolo progetto	Soggetto titolare e Soggetti coinvolti ²	Breve descrizione delle attività
1		Titolare: Altri soggetti:	
2		Titolare: Altri soggetti:	
3		Titolare: Altri soggetti:	
4		Titolare: Altri soggetti:	
5		Titolare: Altri soggetti:	

9. Il Servizio Sociale Territoriale nel suo Comune realizza/ha realizzato attività di informazione e di sensibilizzazione?

1. SI
 2. NO

10. Se sì, mi può indicare nella tabella sottostante quali sono le principali attività di informazione e sensibilizzazione promosse dal suo Comune negli ultimi tre anni? (max 5 risposte)

N.	Titolo progetto	Breve descrizione delle attività
1		

² Indicare gli altri soggetti (istituzionali e non) coinvolti: es. Comune, Ausl, ASP, cooperative sociali, associazioni, scuole, gruppi di genitori, etc.
Questionario 1A

<i>N.</i>	<i>Titolo progetto</i>	<i>Breve descrizione delle attività</i>
2		
3		
4		
5		

Questionario 1B

La preghiamo di compilare la tabella sottostante con i dati richiesti

Provincia:	
Distretto:	
Comune:	

Note per la compilazione:

Nella prima colonna delle tabelle a seguire (nei successivi fogli) sono indicati i vari servizi e interventi del settore sociale (cfr. l'Allegato 1 "Glossario" per le definizioni).

N.B. la rilevazione non prende in considerazione i servizi residenziali e semi - residenziali

Nella seconda colonna, La preghiamo di scegliere, dall'elenco proposto attraverso il menù a tendina, la forma dell'esercizio della funzione del servizio in questione (diretta o delegata).

Per **esercizio diretto della funzione** si intende che la responsabilità dell'esercizio della funzione è del Comune, indipendentemente da chi si occupa dell'erogazione (che può anche essere un soggetto esterno).

Con l'espressione "diretta del comune" si intende il caso in cui la responsabilità dell'esercizio della funzione è esercitata direttamente dal comune ma attraverso un ufficio diverso dal Servizio Sociale Territoriale (ad esempio "Ufficio casa", "Ufficio istruzione"); con l'espressione "diretta del Servizio Sociale Territoriale" si intende il caso in cui la responsabilità dell'esercizio della funzione è esercitata direttamente dal Comune attraverso il Servizio Sociale Territoriale

Per **esercizio delegato della funzione** si intende che la responsabilità dell'esercizio della funzione è delegata dal Comune ad un soggetto esterno terzo (il quale può occuparsi anche dell'erogazione oppure affidarla a sua volta ad un altro soggetto).

Nel caso in cui l'esercizio della funzione sia delegato, La preghiamo di indicare nella terza colonna (sempre attraverso il menù a tendina) l'Ente o l'organizzazione delegati.

Nella quarta colonna le chiediamo di indicare, infine, per tutti i servizi presenti, chi si occupa dell'erogazione del servizio in questione (sempre attraverso il menù a tendina). Con l'espressione "gestita in proprio" si intende che l'erogazione del servizio è gestita dall'ente che esercita la funzione del servizio (in forma diretta o delegata). Con l'espressione "affidata a terzi" si intende che l'erogazione del servizio è affidata ad un altro soggetto (es. cooperativa,)

Nella quinta colonna ha la possibilità di aggiungere delle note esplicative riguardo ai servizi indicati. Nelle note è inoltre possibile indicare da quale altro servizio comunale (diverso dal SST) è eventualmente esercitata la funzione di responsabilità del servizio in questione.

Esempio di compilazione				
<p>La preghiamo di scegliere, per ogni domanda, la risposta che ritiene adeguata selezionandola dal “menu a tendina” proposto in ogni cella con sfondo giallo. NB Al menù a tendina si accede cliccando sull’icona che appare posizionandosi sopra la cella.</p> <p>La preghiamo di indicare le sue risposte per ogni servizio indicato.</p> <p>Nella colonna note (sfondo bianco) è possibile inserire commenti e/o note esplicative alle risposte fornite.</p>				
Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
10. Assistenza domiciliare socio-assistenziale, inclusi i bagni assistiti, i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia	1. Diretto del SST		2. Affidata a terzi	Il servizio viene svolto dalla Cooperativa “xyz”
11. ADI Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari	3. Delegato	3. ASP	1. Gestita in proprio	L’ASP delegata è la “xxx”
49. Unità di strada	4. Servizio non previsto			

La preghiamo di scegliere, per ogni domanda, la risposta che ritiene adeguata selezionandola dal “menu a tendina” proposto in ogni cella con sfondo giallo.

NB Al menù a tendina si accede cliccando sull'icona che appare posizionandosi sopra la cella.

La preghiamo di indicare le sue risposte per ogni servizio indicato.

SEGRETARIATO SOCIALE

Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
1. Segretariato sociale e servizio di informazione				
2. Attività di ascolto e consulenza professionale				
3. Porta unitaria di accesso ai servizi				
4. Osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse				
5. Telefonia sociale				
Altro (Specificare) _____				

PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
6. Pronto intervento sociale				
Altro (Specificare) _____				

La preghiamo di scegliere, per ogni domanda, la risposta che ritiene adeguata selezionandola dal “menu a tendina” proposto in ogni cella con sfondo giallo. NB Al menù a tendina si accede cliccando sull’icona che appare posizionandosi sopra la cella. La preghiamo di indicare le sue risposte per ogni servizio indicato.

AREA ANZIANI				
Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
7. Attività di supporto per il reperimento di alloggi				
8. Sostegno a centri sociali, centri estivi e altri servizi di accoglienza e socializzazione per anziani				
9. Sostegno a Università per gli anziani, attività motorie, soggiorni di vacanza, attività ricreative e di socializzazione*				
10. Assistenza domiciliare socio-assistenziale, inclusi i bagni assistiti, i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia				
11. ADI Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari				
12. Telesoccorso				
13. Teleassistenza				
14. Promozione e sostegno al trasporto sociale, al trasporto pubblico e ad altre forme di mobilità				
15. Erogazione di buoni pasto, buoni spesa o distribuzione beni di prima necessità				
16. Assegni di cura				

(continua AREA ANZIANI)

Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
17. Contributi economici continuativi (per assicurare il minimo vitale) ed una tantum (per esigenze economiche straordinarie)				
18. Sgravi tariffari (acqua, energia elettrica, gas, ...)				
19. Contributi per l'accoglienza di persone anziane presso famiglie				
20. Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie				
21. Interventi di sostegno per assistenti famigliari				
22. Sportello anziani				
Altro (Specificare) _____				

La preghiamo di scegliere, per ogni domanda, la risposta che ritiene adeguata selezionandola dal “menu a tendina” proposto in ogni cella con sfondo giallo. NB Al menù a tendina si accede cliccando sull'icona che appare posizionandosi sopra la cella. La preghiamo di indicare le sue risposte per ogni servizio indicato.

AREA DISABILI				
Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
23. Interventi per l'integrazione sociale				
24. Attività ricreative e di socializzazione				
25. Interventi per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale				
26. Sostegno socio-educativo scolastico, territoriale o domiciliare, individuale o di gruppo				
27. Supporto all'inserimento lavorativo				
28. Assegno di cura				
29. Assistenza domiciliare socio-assistenziale, inclusi i bagni assistiti, i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia				
30. ADI Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari				
31. Promozione e sostegno al trasposto sociale, al trasporto pubblico e ad altre forme di mobilità				
32. Erogazione di buoni pasto, buoni spesa o distribuzione di beni di prima necessità				

(continua AREA DISABILI)

Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
33. Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie				
34. Soggiorni di vacanza, estivi o invernali (inclusi i contributi per fruire di vacanze)				
35. Sportello disabili				
Altro (Specificare) _____				

La preghiamo di scegliere, per ogni domanda, la risposta che ritiene adeguata selezionandola dal “menu a tendina” proposto in ogni cella con sfondo giallo. NB Al menù a tendina si accede cliccando sull'icona che appare posizionandosi sopra la cella. La preghiamo di indicare le sue risposte per ogni servizio indicato.

AREA FAMIGLIA - MINORI				
Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
36. Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare, individuale o di gruppo				
37. Servizio per l'affidamento dei minori				
38. Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori				
39. Servizio di mediazione familiare				
40. Attività di sostegno alla genitorialità				
41. Contributi per la fruizione di asili nido e/o servizi per la prima infanzia				
42. Contributi per l'affidamento familiare di minori				
43. Erogazione di buoni pasto, buoni spesa o distribuzione di beni di prima necessità				
44 Assistenza domiciliare socio-assistenziale, inclusi i bagni assistiti, i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia				
45. Attività collegate a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile				
46. Sportello famiglie/ minori				
Altro (Specificare) _____				

La preghiamo di scegliere, per ogni domanda, la risposta che ritiene adeguata selezionandola dal “menu a tendina” proposto in ogni cella con sfondo giallo. NB Al menù a tendina si accede cliccando sull'icona che appare posizionandosi sopra la cella.

La preghiamo di indicare le sue risposte per ogni servizio indicato.

AREA DISAGIO ADULTI / DISAGIO MENTALE / DIPENDENZE				
Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
47. Attività di supporto per il reperimento di alloggi				
48. Mense sociali				
49. Unità di strada				
50. Servizi di mediazione sociale				
51. Supporto all'inserimento lavorativo				
52. Erogazione di contributi economici, buoni pasto, buoni spesa o distribuzione di beni di prima necessità				
53. Contributi per l'accoglienza di adulti in difficoltà presso famiglie				
54. Interventi socio-educativi-occupazionali presso il carcere				
55. Contributi economici per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale				
56. Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie				
57. Assistenza domiciliare socio-assistenziale, inclusi i bagni assistiti, i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia				
58. Sportello disagio adulti				
Altro (Specificare) _____				

La preghiamo di scegliere, per ogni domanda, la risposta che ritiene adeguata selezionandola dal “menu a tendina” proposto in ogni cella con sfondo giallo. NB Al menù a tendina si accede cliccando sull'icona che appare posizionandosi sopra la cella.
La preghiamo di indicare le sue risposte per ogni servizio indicato.

AREA IMMIGRATI				
Servizio	Esercizio della funzione	Se delegata, a:	Se presente, erogazione del servizio	Note
59. Interventi per l'integrazione sociale e il ricongiungimento familiare				
60. Servizi di mediazione culturale e promozione dell'integrazione interculturale				
61. Sportello immigrati				
Altro (Specificare) _____				

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna.

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

1995

- 24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
- 25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

- 26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
- 27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
- 28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

- 29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
- 30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
- 31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
- 32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
- 33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
- 34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

- 35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
- 36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
- 37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
- 38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
- 39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

- 40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

- 41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
- 42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
- 43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
- 44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
- 45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
- 46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2001

- 47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)

51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna. (*)
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (*)

- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (*)
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna. (*)
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna. (*)
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna. (*)
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna.
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)

- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otitis media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)

- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna.
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna.
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)
- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna.
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna.
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)
- 216.** Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)
- 217.** La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

2012

- 218. La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (*)
- 219. Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (*)
- 220. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (*)
- 221. Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (*)
- 222. Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223. Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 224. Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 225. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (*)
- 226. La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna.
- 227. Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (*)
- 228. Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna.
- 229. Indagine sul dolore negli ospedali, negli hospice e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 230. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2011. Bologna. (*)
- 231. *Incident reporting* in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Bologna. (*)

2013

- 232. La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Bologna. (*)
- 233. La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Bologna. (*)