

I Centri per le Famiglie nella governance delle politiche sociali del Piemonte

di Giovanni Bartoli e Sabina Polidori

12 febbraio 2020

Sommario: 1. Note introduttive. – 2. Istituzione dei Centri per le famiglie. – 3. I distretti sanitari. – 4. Welfare innovativo e coesione sociale.

1. Note introduttive

I centri per le famiglie si inseriscono all'interno del genere più ampio di tutele legali legate alla famiglia, realtà complessa e multiforme connotata da specifiche caratteristiche definitorie sancite dal codice civile, dalla Costituzione dalle disposizioni normative dettate in materia. Costituisce a tale proposito operazione necessaria per l'inquadramento dell'istituto il richiamo a disposizioni normative di settore, in una prospettiva evolutiva, ovvero la configurazione della famiglia di fatto e le unioni civili, con i necessari riferimenti alla normativa europea, nonché la collocazione all'interno di un sistema di governance la cui titolarità di funzioni dei centri famiglia è ripartito tra Comuni, Regione Stato, in ossequio ai principi di sussidiarietà di cui al Titolo V della Costituzione. La carta costituzionale conferma la posizione della comunità familiare quale nucleo della struttura sociale, non rescindendo dall'affermazione del primato della famiglia tradizionale, eterosessuale e fondata sul matrimonio, come stabilito nell'art. 29 Cost., ove al modello familiare incentrato sul coniugio equiordinato viene riconosciuta tutela, anche dall'art. 2 Cost., come del resto alle altre formazioni sociali intermedie, quali sindacati e partiti politici.¹

La persistente rilevanza della famiglia fondata sul matrimonio quale nucleo informatore della società è corroborata anche dalla precisa scelta sistematica dell'allocatione della tutela costituzionale della famiglia nella disposizione di apertura del titolo II, che disciplina "rapporti etico-sociali", ed è desumibile dal co. 2 dell'art. 29 cost., ove il principio dell'uguaglianza morale e giuridica dei coniugi incontra i limiti

¹ In particolare avv. Bardelle F., *La famiglia come società naturale fondata sul matrimonio*, in *Diritto.it*, 2012, Gruppo Maggioli.

stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare – limiti poi superati successivamente, dalla riforma, del '75 del diritto di famiglia.²

Ma l'evoluzione sociale di cui sopra ha spinto il legislatore a regolamentare forme di "fatto" quali la famiglia di fatto o le unioni civili³ recepite anche dalla normativa europea⁴.

In Italia infatti, si ravvisa una mancanza organica di politiche per la famiglia e i provvedimenti normativi, che la riguardano, spesso devono essere rintracciati tra le pieghe della legislazione sociale e fiscale.

L'assenza di interventi legislativi mirati ha contribuito a perpetuare un modello tradizionale di famiglia basato sull'uomo che produce reddito, la donna che si occupa del lavoro domestico, i figli che dipendono fino all'età adulta dai genitori, il concetto di cura, fornita da parte esclusivamente femminile a parenti non autosufficienti, siano essi minori o anziani. Nonostante la Riforma del diritto di famiglia di cui sopra, solo dalla metà degli anni Novanta, e in particolare in materia di politica sociale, si nota uno spostamento verso una nuova visione di famiglia e, correlato a questa, il tentativo di affermazione di una serie di interventi volti alla prevenzione e al sostegno delle persone che ne compongono il nucleo, e così l'assetto si sposta faticosamente da dimensioni meramente assistenziali a quelle di carattere preventivo.

Sul versante delle pratiche, si rileva una maggiore attenzione alla valorizzazione delle risorse, alla pluralità di soggetti pubblici e privati, alla molteplicità e diversificazione dei servizi. Si tratta di interventi voluti e sostenuti da provvedimenti legislativi, come ad esempio la legge 285/1997 — "Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza".

Il provvedimento normativo non è specificatamente rivolto alla famiglia, la coinvolge in modo indiretto occupandosi di infanzia e adolescenza, ma l'ente pubblico qui si impegna nella promozione di opportunità, e non più solo nella riparazione di disfunzionalità, abbandonando il campo della mera assistenza. (inserire nota esplicativa con riferimenti bibliografici)

Con la legge 285 sono state avviate e finanziate molteplici sperimentazioni che hanno coinvolto una pluralità di attori nella gestione dei servizi, favorendo un rinnovamento e un ampliamento dei progetti e delle esperienze, e incentivando la

² Diffusamente Santi R., *La Riforma del diritto di famiglia*, maggio 2019, La Rivista il Mulino.

³ Sistematizzate rispettivamente con legge 20 maggio 2016, n.70 e legge 20 maggio 2016, n.76.

⁴ Regolamento 2019/1111 relativo alla competenza, al riconoscimento e all'esecuzione delle decisioni in materia matrimoniale e in materia di responsabilità genitoriale, e alla sottrazione internazionale di minori. Il nuovo regolamento è stato adottato dal Consiglio UE il 25 giugno 2019 con la speciale procedura stabilita per il settore del diritto di famiglia, che prevede l'unanimità dei membri del Consiglio previa consultazione del Parlamento europeo. Esso è destinato a sostituire a partire dal 1° agosto 2022 il regolamento 2201/2003, c.d. Bruxelles II-bis (che aveva a sua volta, com'è noto, sostituito il precedente regolamento 1347/2000), in tutti i paesi membri dell'Unione, con l'eccezione della Danimarca; ha partecipato alla sua adozione anche il Regno Unito, ma naturalmente un suo eventuale recesso dall'Unione comporterebbe per esso la cessazione dell'efficacia di tutta la legislazione europea.

collaborazione tra diversi soggetti pubblici e privati. Una mancanza della legge risiede nell'aver favorito lo sviluppo di tali progettualità innovative esclusivamente nelle aree territoriali che già potevano contare su un retroterra culturale, una sensibilità dell'ente pubblico e la presenza consolidata di servizi socio-educativi.

Un secondo limite è riscontrabile nell'assenza della definizione di elementi regolativi del sistema di opportunità che la legge intende avviare. Manca infatti nell'impianto della legge l'indicazione di standard, requisiti minimi, criteri e parametri a cui attenersi. Tutto ciò, se da una parte allontana il pericolo di omologazione e favorisce la pluralità delle offerte, dall'altra vanifica la possibilità per l'ente pubblico di esercitare quella funzione di regolazione, di mediazione e controllo che gli appartiene, con il rischio che il pluralismo diventi degenerativo, a discapito, oltre che della qualità, dell'identità, non solo del sistema sociosanitario, ma anche del comparto pubblico privato, che genera integrazione tra servizi e rete. Più recente, in ordine temporale è la legge 328/2000 — "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" — il cui oggetto è il riordino, ovvero, legge quadro dell'intero sistema di servizi sociali. Nel testo compare il termine famiglia⁵, ma la maggior parte delle risorse a livello nazionale resta destinata

⁵ Art 16 (*Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari*)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

2. I livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili nel territorio nazionale, di cui all'articolo 22, e i progetti obiettivo, di cui all'articolo 18, comma 3, lettera b), tengono conto dell'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

3. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali hanno priorità:

a) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, ulteriori rispetto agli assegni e agli interventi di cui agli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044, e alla legge 28 agosto 1997, n. 285, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio-educativi della prima infanzia;

b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;

c) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;

d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;

e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;

f) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

alle emergenze e/o alle carenze degli individui, determinate da una serie di fattori come handicap, povertà, dipendenze, malattia.

Per quanto riguarda la possibilità di creazione di un sistema che integri pubblico e privato sociale in un'ottica territoriale, esso prevede un modello che ancora non sembra esprimersi in concreti interventi. A rendere più complessa la possibilità di riordino del servizio sociale nazionale, ad un anno dalla legge 328, è intervenuta la l.c. n. 3 del 2001 che ha ridisegnato le competenze di Stato e regioni in campo sanitario. La "tutela della salute" più ampia della dizione "assistenza ospedaliera" dell'ordinamento previgente rientra nell'ambito delle materie oggetto di legislazione concorrente tra Stato e Regioni; ai sensi della lett. m dell'art. 117, comma 2, della Cost., è attribuita allo Stato la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale.⁶

Nel nostro paese – a differenza della Francia e del Nord Europa – solo recentemente si inizia a parlare della necessità di una politica familiare non più riconducibile all'assistenza sociale. Il sistema assistenziale non è preventivo né educativo, ma è per sua natura riparativo.

Dove la famiglia non funziona e presenta una carenza, il sistema assistenziale pubblico interviene.

Il sistema del servizio sociale fa riferimento ad un paradigma causale e lineare, basato sul modello domanda/risposta e bisogno/servizio; la legge 328, se applicata in modo parziale e settoriale rischia di rafforzare tale modello. La legge introduce il principio del voucher sociale per l'utente: una sorta di "buono acquisto" per l'accesso ai diversi servizi sociali. Il principio del voucher dovrebbe comportare semplicemente una diversa modalità di erogazione delle risorse; non più dallo Stato, Regioni, Comuni, ai diversi servizi socio-sanitari-assistenziali-educativi, ma dal Pubblico al cittadino e da questo ai servizi. Tale principio però, se isolato dagli altri aspetti previsti dalla legge e

4. Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito. L'onere dell'interesse sui prestiti è a carico del comune; all'interno del Fondo nazionale per le politiche sociali è riservata una quota per il concorso alla spesa destinata a promuovere il prestito sull'onore in sede locale.

5. I comuni possono prevedere agevolazioni fiscali e tariffarie rivolte alle famiglie con specifiche responsabilità di cura. I comuni possono, altresì, deliberare ulteriori riduzioni dell'aliquota dell'imposta comunale sugli immobili (ICI) per la prima casa, nonché tariffe ridotte per l'accesso a più servizi educativi e sociali.

6. Con la legge finanziaria per il 2001 sono determinate misure fiscali di agevolazione per le spese sostenute per la tutela e la cura dei componenti del nucleo familiare non autosufficienti o disabili. Ulteriori risorse possono essere attribuite per la realizzazione di tali finalità in presenza di modifiche normative comportanti corrispondenti riduzioni nette permanenti del livello della spesa di carattere corrente.

⁶ Diffusamente Camera dei deputati - 16° Legislatura, *L'assistenza sociale*, 2013.

oggi non ancora attivati rischia di alimentare un meccanismo di mercificazione completamente estraneo alla logica del servizio sociale e della legge stessa. I servizi sono incentivati ad investire non in qualità, ma per avere maggiore visibilità sul mercato. L'utente — il cliente che paga — malato, dipendente, maltrattato, solo, povero, diventa un consumatore di servizi sociali. Di contro i servizi e le istituzioni proseguono nell'adottare una logica di settore e concorrenziale, ciascuno con propri codici comunicativi, schemi di riferimento, modalità di funzionamento, che si mantengono inalterati nel tempo, refrattari al cambiamento.⁷

2. Istituzione dei Centri per le famiglie

I Centri per le famiglie, di seguito denominati Centri famiglie sono servizi istituiti con Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1, “ Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”⁸, dalla Regione Piemonte allo scopo di sostenere e affiancare le famiglie nel loro ruolo educativo, sociale e di cura, nonché in tutti i passaggi evolutivi del ciclo di vita, sostenendo in particolare il ruolo della genitorialità a fronte di eventi critici inaspettati. L'istituzione ha la finalità di sostenere impegni e reciproche responsabilità dei componenti della famiglia. A tale scopo la Regione ha promosso e incentivato la costituzione da parte dei comuni, in accordo con i consultori familiari, dei Centri famiglie per fornire informazioni e iniziative di aiuto, all'interno della compagine dei servizi sociali istituzionali pubblici, che gestiscono funzioni socio assistenziali⁹.

In seguito dell'emanazione della legge, la Regione ha predisposto finanziamenti specifici verso Soggetti Gestori – SG, spesso indicati con l'espressione Enti gestori, delle funzioni socioassistenziali (DGR. 119/2004). Pur confermando che la titolarità delle funzioni concernenti gli “interventi sociali è dei comuni,” la Regione ha individuato nella gestione associata la forma migliore ed idonea, maggiormente in grado di rispondere ai bisogni dell'utenza, a garantire l'efficacia e l'efficienza delle azioni territoriali da realizzare.

Secondo i dati più recenti¹⁰ i 52 Soggetti Gestori - SG dei servizi sociali oggi si distribuiscono nelle 5 Province (attivi al 31.12.2017): Alessandria (7), Asti (3), Biella (2), Cuneo (7), Novara (6), Torino (20), Verbania (3), Vercelli (4).

⁷ A cura di Giulio Pasi, *Modelli di risposta ai nuovi bisogni sociali e possibili scenari di riforma*, Scientific Officer European Commission - Joint Research Centre - Directorate Growth and Innovation.

⁸ B.U 15 gennaio 2004, n.2

⁹ Art. 42 Centri per le famiglie. 1. Al fine di sostenere gli impegni e le reciproche responsabilità dei componenti della famiglia, la Regione promuove e incentiva l'istituzione, da parte dei comuni, in raccordo con i consultori familiari, di centri per le famiglie, aventi lo scopo di fornire informazioni e favorire iniziative sociali di mutuo aiuto, inseriti o collegati nell'ambito dei servizi istituzionali pubblici dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

¹⁰ Il dato è espresso da *I servizi territoriali in cifre*, Regione Piemonte, 2019.

I SG, dislocati sul territorio regionale, operano in una rete integrata con tutti quei soggetti pubblici e/o privati che, a diverso titolo, sono coinvolti negli interventi a sostegno delle famiglie in particolare ASL, consultori familiari, scuole, servizi culturali, Tribunale, associazioni, eccetera. I SG assumono il compito di fornire informazioni, consulenza, decodifica delle domande e servizi per sostenere le famiglie nell'adempimento del loro ruolo educativo e di cura, guidandole all'interno della rete di servizi presenti nel territorio¹¹.

Per quanto riguarda le forme di finanziamento assegnate provengono principalmente da stanziamenti regionali, come il fondo socioassistenziale regionale, fondo nazionale per le politiche sociali, trasferimenti a destinazione vincolata etc. stabili dal 2015, dalle ASL¹², per le strutture residenziali e diurne a gestione diretta, assistenza domiciliare, sostegno socioeducativo territoriale, dai Comuni, dai Comuni Capoluogo o Capofila, attraverso il cosiddetto. "finanziamento diretto", dallo Stato col Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS).

Le uscite, ovvero le spese principali sono destinate ad attività territoriali, quali a titolo esemplificativo: interventi socioassistenziali erogati a livello territoriale, come assistenza domiciliare, inserimenti in presidio, assistenza economica, incluse le spese relative alle quote socioassistenziali erogate quali integrazioni rette per gli utenti in carico. Dal 2016 sono comprese le spese per attività progettuali relative al sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati.

Le forme gestionali possono essere molteplici, quali i consorzi di comuni, le associazioni di comuni, le unioni di comuni, la delega all'ASL; mentre per i comuni capoluogo di provincia, la gestione può essere realizzata in forma autonoma.

¹¹ Nel corso del 2015, è emerso che 37 dei 53 Enti gestori del territorio regionale sono titolari di Centri per le Famiglie organizzati e attivi (Monitoraggio Naz. Dip. Politiche per la Famiglia).

¹² Allo scopo di avere un'idea di dettaglio, le spese delle attività territoriali dei SG nel 2017 sono così ripartite per tipologia di prestazione:

ASL UNICA Città di Torino ASL TO 1 - Circoscrizione 1 e 8 - 9 e 10; Circoscrizione 2 e 3;

ASL TO 2 - Circoscrizione 4 e 5; Circoscrizione 6 e 7.

ASL TO3 - 5 Distretti Distretto Val Susa e Val Sangone (Susa); Distretto Area Metropolitana nord (Venaria Reale); Distretto del Pinerolese (Pinerolo); Distretto Area Metropolitana sud (Orbassano); Distretto Area Metropolitana centro (Collegno-Rivoli).

ASL TO4 - 9 Distretti Distretto di Ciriè e Lanzo; Distretto di Chivasso e San Mauro; Distretto di Settimo Torinese; Distretto di Ivrea; Distretto di Cuoragnè; Distretto di Chieri; Distretto di Carmagnola; Distretto di Moncalieri; Distretto di Nichelino.

ASL AL - 4 Distretti Distretto Alessandria – Valenza; Distretto Acqui Terme – Ovada; Distretto Casale Monferrato; Distretto Novi Ligure – Tortona.

ASL AT - 1 Distretto Distretto Asti

ASL BI - 2 Distretti Distretto di Biella; Distretto di Cossato.

ASL CN1 - 4 Distretti Distretto Sud Ovest; Distretto Sud Est; Distretto Nord Ovest; Distretto Nord Est.

ASL CN 2 - 2 Distretti Distretto di Alba; Distretto di Bra.

ASL NO - 2 Distretti Distretto Area Nord; Distretto Area Sud.

ASL VC - 1 Distretto Distretto di Vercelli.

ASL VCO - 1 Distretto Distretto del Verbano Cusio Ossola.

Spetta quindi agli Enti gestori fornire al cittadino le prestazioni socio-assistenziali e garantire l'informazione sui servizi attivati anche tramite la predisposizione della "carta dei servizi".

Gli Enti gestori, infine, predispongono atti programmatici per la realizzazione del sistema dei servizi sociali e l'integrazione con gli altri soggetti pubblici e privati che interagiscono sul territorio di riferimento. Con l'art. 17 della legge regionale 8 gennaio 2004, n.1, la Regione ha introdotto a livello regionale lo strumento del Piano di Zona conferendo le caratteristiche di priorità e obbligatorietà, e affidando al SG le funzioni socio assistenziali, il compito di promuovere e approvare l'Accordo di Programma necessario, per conferire all'intesa raggiunta tra i partecipanti un vincolo per la sua realizzazione.

La susseguente deliberazione della Giunta regionale del 5 novembre 2008 (DGR. 3/2008) "Approvazione delle linee guida regionali per la costruzione dei Profili e Piani di Salute (PePS)", ha definito i PePS come "il quadro di riferimento da cui possono efficacemente discendere due strumenti di programmazione operativa di distretto, costituiti dal Programma di attività distrettuale e dal Piano di Zona". La normativa riguardante i Distretti sanitari e in particolare il "Comitato dei sindaci di distretto" prevede la partecipazione, con diritto di voto, dei presidenti delle province, aspetto di particolare interesse laddove si deve costruire una relazione di interscambio tra ambiti territoriali sostanzialmente corrispondenti, ovvero quello distrettuale (distretti sanitari) e quello dei SG, un complesso e articolato sistema di attori pubblici che nel rispetto di ruoli e funzioni e nella capacità di fare rete, costituiscono gli erogatori dei servizi sociali.

3. I distretti sanitari

Il Distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa dell'A.S.L.¹³, svolge una funzione essenziale nella governance del sistema territoriale regionale, in primo luogo garante della presa in carico e continuità nei percorsi di salute della popolazione.

¹³ ASL L'Azienda sanitaria locale (A.S.L.) è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale che opera nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) (art. 3, comma 1 bis, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229).

Secondo quanto stabilito dall'articolo 2, comma 1 bis, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 il territorio regionale viene suddiviso in unità sanitarie locali, (USL), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

Per il perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative territoriali, dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, e soggette a rendicontazione analitica.

Per Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) si intende il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di

In considerazione del ruolo attribuito e in coerenza con la programmazione strategica aziendale e regionale, il Distretto svolge la propria attività istituzionale di tutela della salute della popolazione residente attraverso:

- l'analisi dei bisogni di salute rilevati sul territorio;
- la programmazione; i rapporti istituzionali, rispetto ai quali il Direttore del Distretto coadiuva e supporta la Direzione aziendale nell'interfaccia con il Comitato dei Sindaci/Conferenza dei Presidenti di Circostrizione, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il Volontariato e privato sociale, ecc.;
- l'organizzazione, ovvero il coordinamento della propria attività con gli altri Distretti, con i presidi ospedalieri e con le altre articolazioni organizzative aziendali;
- la negoziazione, finalizzata ad assicurare i livelli di attività (prestazioni o percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e relativo budget) ritenuti necessari e appropriati per assolvere ai reali bisogni di salute della popolazione, come evidenziati nell'analisi e previsti nell'ambito della programmazione territoriale, in coerenza con gli obiettivi strategici e il budget assegnato a livello aziendale. La negoziazione si configura come: o interna, con tutte le strutture produttive aziendali; o esterna, rispetto alla quale il direttore del Distretto coadiuva la direzione aziendale nei rapporti con i fornitori di servizi sanitari e socio-sanitari esterni all'ASL e operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.R. Il processo di negoziazione comporta l'assegnazione alle suddette strutture/fornitori di obiettivi stabiliti in linea con le strategie aziendali e regionali riguardanti: la produzione delle attività (tipologia, volumi e qualità di prestazioni); l'equità e omogeneità nell'erogazione del servizio nell'ambito territoriale di competenza; l'efficienza organizzativa del servizio;
- il monitoraggio della produzione, così articolato: monitoraggio continuo del processo di erogazione delle attività e controllo dei processi organizzativi finalizzato a garantire la trasversalità e l'interrelazione nella rete dei servizi; monitoraggio e valutazione qualitativa dell'attività e dei relativi costi, con particolare riferimento al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, nonché all'interazione con il macro livello ospedaliero in relazione ai ricoveri ed ai percorsi post dimissione dei propri assistiti; verifica della corretta gestione del personale assegnato; gestione e verifica dei flussi informativi aziendali, regionali e ministeriali riguardanti i dati di attività e l'impiego delle risorse aziendali; raccordo con il controllo di gestione.

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il Distretto socio sanitario definisce il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT)

rilievo nazionale diretto a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività (art. 1, del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229).

Come emerge dalla Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 e dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 13 dicembre 2016, n. 94, il territorio del Piemonte sotto il profilo dell'articolazione territoriale risulta suddiviso in 12 Aziende Sanitarie Locali: Azienda sanitaria locale "Città di Torino", Azienda sanitaria locale TO3, Azienda sanitaria locale TO4, Azienda sanitaria locale TO5, Azienda sanitaria locale VC, Azienda sanitaria locale BI, Azienda sanitaria locale NO, Azienda sanitaria locale VCO, Azienda sanitaria locale CN1, Azienda sanitaria locale CN2, Azienda sanitaria locale AT, Azienda sanitaria locale AL.

coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate. Tale Programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, ha durata coincidente con quella del P.S.S.R. e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. al fine di assicurare l'espletamento delle funzioni e delle relative attività territoriali indicate art. 3, comma 1 *bis*, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., orientandole secondo gli obiettivi definiti nel P.S.S.R. (Piano Socio Sanitario Regionale).

La suddetta normativa affida pertanto al Distretto, oltre ad una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi, anche una funzione di garanzia e di "accompagnamento" nell'accesso dei servizi. Nell'ambito di tale funzione, il distretto ha il compito di valutare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e di pianificarne le modalità di soddisfazione, anche attraverso il coinvolgimento degli Enti locali e del Terzo settore.

Il Distretto è l'articolazione dell'A.S.L. deputata a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

4. Welfare innovativo e coesione sociale

Negli ultimi anni, ma, soprattutto a partire dal 2015, constatata la rilevanza che i Centri famiglie hanno assunto nel territorio piemontese, quale importante risorsa di tipo preventivo, promozionale e di sostegno per le famiglie, con Delibera Regionale si è formalmente costituito un Coordinamento regionale dei Centri per le Famiglie. DGR. 25/2015 "Costituzione del Coordinamento Regionale dei Centri per le Famiglie". Si tratta di un tavolo permanente di lavoro e confronto rispetto all'operato dei Centri per le Famiglie e, più in generale, rispetto alle politiche a favore delle famiglie.

Il Coordinamento ha i seguenti obiettivi e funzioni:

- predisposizione di linee guida che definiscano finalità e funzioni essenziali dei Centri per le Famiglie piemontesi, in linea con gli orientamenti della L.R.1/2004;
- partecipazione, con uno o più rappresentanti, ai tavoli di lavoro regionali sulle politiche familiari;
- proposta ed organizzazione di momenti formativi comuni, di attività di approfondimento e/o di momenti di sensibilizzazione;
- costruzione ed aggiornamento di un'area Internet dedicata all'interno del sito web della Regione Piemonte;
- condivisione di un linguaggio comune rispetto alle principali funzioni dei Centri per le Famiglie;

- condivisione delle esperienze nel rispetto della specificità di ogni Centro;
- individuazione di linee progettuali e di percorsi comuni; - costruzione di un sistema di valutazione rispetto agli interventi assicurati dai centri per le famiglie ed alla loro capacità di risposta rispetto ai bisogni delle famiglie;
- sostegno alla continuità delle buone prassi;
- creazione e rafforzamento delle reti sociali, formali e informali.

Per quanto riguarda la composizione del Coordinamento, il decisore politico ha ritenuto opportuno prevedere che ne faccia parte un rappresentante per ogni Centro per le Famiglie a titolarità pubblica (che generalmente è individuato tra i dipendenti degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, in caso di gestione diretta del Centro, oppure comunque tra i referenti del Centro, in caso di gestione esternalizzata), cui si aggiungono due rappresentanti del Settore competente della Direzione regionale Coesione Sociale, uno dei quali assume le funzioni di Presidente del Coordinamento.

Si ritiene, altresì, opportuno anche per ragioni funzionali che il Coordinamento regionale si riunisca con cadenza almeno trimestrale e possa istituire, all'occorrenza, gruppi di approfondimento tematici. Per assicurare un concreto ed adeguato raccordo con il livello istituzionale e con gli altri interventi a carattere istituzionale e le iniziative a favore delle famiglie, il Coordinamento si riunisce almeno una volta l'anno con il coinvolgimento dei Responsabili degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali titolari dei Centri.

Al tavolo di coordinamento (trimestrale) è prevista la presenza di un rappresentante per ogni Centro, individuato tra i dipendenti degli enti gestori i quali portano all'attenzione di altri professionisti socioassistenziali le attività e gli interventi a sostegno della famiglia previsti dal proprio Centro/Servizio per informare, sensibilizzare e pianificare.

Nello stesso anno, ovvero il 2015 è stato stipulato il "Patto per il Sociale" (DGR n. 38/2015). Esso ha preso l'avvio con l'intento di iniziare un percorso partecipato con i territori, al fine di costruire un programma delle politiche sociali che parta dalle comunità stesse, per coinvolgere una pluralità di attori territoriali, in una logica di reciprocità e di corresponsabilità.

In una prima fase sono stati avviati degli incontri in ogni Provincia, con l'obiettivo di costituire dei tavoli di lavoro in merito a quattro ambiti delle Politiche Sociali:

1. integrazione socio- sanitaria;
2. contrasto alla povertà e inclusione sociale;
3. politiche di sostegno alle responsabilità familiari;
4. sportelli di accesso alla rete dei servizi territoriali;

Attraverso sollecitazioni e criticità enunciate dai soggetti coinvolti, l'Assessorato alle Politiche Sociali ha delineato la programmazione delle stesse, concretizzate nel luglio 2017, con la costituzione di cinque nuovi tavoli di lavoro, includendo a pieno titolo nella strategia di welfare le politiche per l'abitare ed il servizio civile. Il Nuovo Patto per il Sociale è incentrato su: lotta alla povertà e politiche per l'inclusione sociale; politiche

di sostegno alle responsabilità familiari; “Dalla politica della casa alle politiche per l'abitare”; Servizio civile universale; Integrazione sociosanitaria: politiche per non auto-sufficienze e disabilità.

Nel 2017, con un ciclo di nove incontri, uno per provincia e due sulla Città Metropolitana di Torino, l'Assessorato alle politiche sociali ha sottoposto la bozza programmatica delle politiche sociali 2018-2019: il Patto di Sviluppo Di Comunità Solidali,¹⁴ con l'obiettivo di raccogliere spunti e sollecitazioni e di discuterla con i territori. Gli incontri sono rivolti agli amministratori locali, agli enti gestori, al mondo del volontariato e del terzo settore, alle cooperative, agli assistenti sociali e agli operatori sociosanitari, alle Asl, ai Centri per le famiglie e antiviolenza, agli enti del servizio civile, alle Atc e alle imprese di edilizia sociale.

Tra i temi più importanti si segnalano la lotta alla povertà, l'inclusione, il sostegno alle responsabilità familiari, la casa, il servizio civile, l'integrazione sociosanitaria, le politiche per non auto-sufficienze e disabilità.

Nel 2016, a seguito della divulgazione delle linee guida del Coordinamento Regionale, così come descritto nella Delibera Regionale 2016, i Centri per le famiglie hanno declinato declinano le proprie attività ascrivendole ad alcune principali aree di funzioni da considerarsi irrinunciabili:

- a) Promozione della salute e dello stato di benessere delle famiglie
- b) Promozione e prevenzione primaria,
- c) Prevenzione secondaria,

Nell'ottobre 2018, seguendo la stessa logica di integrazione professionale, è stato attivato il tavolo regionale sul tema della mediazione familiare.

Nello stesso anno è stata adottata la Strategia per lo sviluppo di comunità solidali di cui alla DGR n. 16-6646 del 23.3.2018, in un'ottica di lavoro di rete e collaborazione tra i servizi, il progetto mira a rinforzare le politiche di welfare attraverso due obiettivi primari:

- 1) istituzione di distretti di coesione sociale con i quali si vuole far convergere nello stesso ambito territoriale di programmazione;
- 2) la realizzazione di un sistema informativo uniformato: ostruire un unico "portale del welfare".

¹⁴ Si tratta di un tavolo tecnico per favorire l'integrazione socio-sanitaria. L'idea di una cabina di regia regionale è nata dall'esigenza di integrare politiche e interventi a livello di vertice, allo scopo di favorire la *governance* territoriale e ridisegnare a livello operativo i rapporti tra sociale e sanità (in particolare tra Asl e enti locali). Il coordinamento introdotto dal Patto sarà un'unità operativa integrata tra la Direzione Sanità e la Direzione Coesione sociale che vedrà coinvolti i due assessorati, le due direzioni e numerosi funzionari che ordinariamente si occupano di temi di rilevanza sociale e sanitaria. L'unità prevedrà però anche l'attiva partecipazione degli enti territoriali. È importante sottolineare che la cabina di regia non sarà un gruppo temporaneo, ma sarà una realtà permanente in cui potranno trovare una loro integrazione programmatica numerose questioni che mettono in campo responsabilità sia sanitarie che sociali.

La provincia di Torino, ora Città Metropolitana, ha voluto assumersi il ruolo di coordinamento e integrazione delle politiche locali e settoriali, nonché attuare politiche redistributive tendenti alla riduzione dei divari territoriali nella fruizione del diritto, dei beni e dei servizi. Le principali attività sono quelle di:

- 1) attuazione, monitoraggio e valutazione dei Piani di zona ¹⁵
- 2) favorire l'integrazione e il raccordo tra le singole programmazioni zonali e la programmazione di vasta area nelle diverse competenze di provincia;
- 3) ricerche "in piccolo" realizzate da specifici Servizi dedicati alle famiglie che vivono la separazione, ma che si pongono come oggetto di osservazione l'efficacia degli interventi e l'integrazione tra Servizi dell'intero territorio.

¹⁵ Nella Regione Piemonte, ad oggi, il piano di zona rimane tuttora confinato del limbo determinatosi dall'irrisolta questione delle modalità con cui realizzare l'esercizio associato della funzione fondamentale della progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni.