

SEZIONE 3: STRATEGIE PER FACILITARE IL RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI ATTESI

INTRODUZIONE

Gli obiettivi di salute e di sistema descritti nelle sezioni precedenti possono essere meglio conseguiti con le azioni specifiche previste per le diverse aree di bisogno, nella misura in cui la programmazione di ambito saprà interpretare e governare in modo positivo il rapporto tra bisogni e risorse. Le singole azioni tuttavia, anche se ben realizzate, non possono bastare per il conseguimento delle strategie di piano, soprattutto nei casi in cui si renda necessario uno sforzo organico di cambiamento e di più profondo miglioramento del sistema di offerta.

Per questo vengono di seguito indicate le strategie prioritarie per il conseguimento dei risultati attesi, che consistono nella definizione dei livelli essenziali di assistenza, nelle condizioni per la gestione unitaria dei servizi negli ambiti sociali, nella politica della spesa, nella integrazione sociosanitaria, nelle modalità di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti sociali, nel rapporto tra sistema informativo e valutazione dei risultati, nelle politiche formative per la qualificazione delle risorse umane.

Per affrontare unitariamente i problemi di area vasta, quali ad esempio l'ubicazione di strutture multizonali, l'impatto di ondate migratorie, la gestione di emergenze personali e familiari con risposte di pronto intervento sociale, la definizione dei parametri unitari di accesso ai servizi, ... la Provincia promuove azioni concertate tra soggetti pubblici e privati, collaborando all'attuazione delle soluzioni individuate. La Giunta Regionale con propri atti di indirizzo applicativo, d'intesa con le Province e con gli altri enti eventualmente interessati, disciplina la programmazione e attuazione degli interventi di area vasta destinando risorse finalizzate allo scopo.

1. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

La legge 328, all'articolo 22, individua i gruppi di bisogni cui dedicare attenzione prioritaria per l'organizzazione dei servizi nel territorio e per garantire le risposte essenziali. Queste ultime sono il servizio sociale professionale e il segretariato sociale, il pronto intervento sociale, le risposte domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali per fronteggiare bisogni personali e familiari di diversa natura.

Le aree di bisogno indicate dall'articolo 22 e poi riprese nel Piano sociale nazionale 2001-2003 sono le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare, le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana, le misure di sostegno alle responsabilità familiari, le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare, le misure di sostegno alla donna in difficoltà, gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili, gli interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, le prestazioni integrate per contrastare le dipendenze, l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto

Il piano sociale regionale 1998-2000 aveva indicato alcuni livelli essenziali di servizi per ogni ambito e fra questi aveva dato priorità all'attuazione del segretariato sociale e all'attuazione del servizio socio-psico-educativo per l'infanzia e l'adolescenza. Questi traguardi sono stati in buona parte conseguiti come evidenziato dalla successiva tabella.

Tab. 1 – Livelli essenziali dei servizi negli ambiti

	Segretariato sociale	Servizio socio-psico-educativo per l'infanzia
Ambito 1 Tordino	●	◐
Ambito 2 Vibrata	◐	◐
Ambito 3 Fino-Vomano	●	●
Ambito 4 Laga	●	●
Ambito 5 Teramo	●	◐
Ambito 6 Gran Sasso	●	◐
Ambito 7 Costa Sud 1	●	●
Ambito 8 Costa Sud 2	●	●
Ambito 9 Alto Aterno	◐	◐
Ambito 10 L'Aquila	◐	●
Ambito 11 Montagna Aq.	●	●
Ambito 12 Marsica 1	●	●
Ambito 13 Marsica 2	●	●
Ambito 14 Valle Roveto	●	●
Ambito 15 Valle Giovenco	●	●
Ambito 16 Avezzano	●	●
Ambito 17 Valle Peligna	●	◐
Ambito 18 Sulmona	●	●
Ambito 19 Sangro Aquilano	●	●
Ambito 20 Aventino	●	◐
Ambito 21 Sangro	●	●
Ambito 22 Lanciano	◐	◐
Ambito 23 Basso Sangro	●	●
Ambito 24 Vastese	●	◐
Ambito 25 Alto Vastese	●	◐
Ambito 26 Costa Sud	●	●
Ambito 27 Maielletta	●	●
Ambito 28 Ortonese	●	●
Ambito 29 Foro-Alento	●	●
Ambito 30 Chieti	●	●
Ambito 31 Pescara	◐	●
Ambito 32 Montesilvano	●	●
Ambito 33 Area Metr. Pescar.	●	●
Ambito 34 Vestina	●	●
Ambito 35 Maiella Morrone	●	●

● Realizzato ◐ In fase di realizzazione

I prossimi traguardi sono rappresentati da un'ulteriore articolazione nel territorio dei livelli essenziali indicati dall'art. 22, comma 4, della L. n. 328/00, investendo in particolare:

- nella qualificazione del segretariato sociale e nella sperimentazione dell'accesso unitario ai servizi;
- nella qualificazione del servizio sociale professionale con particolare riferimento alla valutazione del bisogno e alla progettazione personalizzata degli interventi;
- nella qualificazione di unità multidisciplinari per garantire forme di presa in carico integrata dei bisogni;
- nell'articolazione dell'offerta domiciliare, diurna e residenziale in modo omogeneo nel territorio;

- nella garanzia di continuità assistenziale quando si renda necessario un passaggio tra servizi diversi, sociali e sanitari;
- nella costituzione della rete di risposte di pronto intervento sociale per fronteggiare le diverse emergenze personali e familiari.

Con il presente piano sociale regionale la articolazione dei livelli essenziali nel territorio è approfondita, allargando la gamma delle risposte presenti negli ambiti territoriali, perfezionando le modalità di finanziamento dei livelli e incrementando la loro consistenza organizzativa e la loro qualità professionale. In particolare, sono due gli elementi principali su cui investire:

- a) la misura del finanziamento, su base pro-capite ponderata, da garantire in tutto il territorio regionale da parte degli ambiti, utilizzando i fondi dei comuni, il riparto del fondo nazionale di cui all'art. 20 della L. n. 328/00, il fondo sociale regionale, eventuali altre fonti di finanziamento anche europeo;
- b) gli standard di erogazione dei servizi sociali e sociosanitari, con riferimento alla popolazione assistita, alle peculiarità territoriali, alle dimensioni dei bisogni della popolazione, garantendo i requisiti essenziali di sistema di offerta descritti nella sezione 2.

La strategia del piano di zona deve cioè essere volta a garantire che in ogni ambito territoriale siano operanti le diverse funzioni finalizzate alla efficace attuazione dei livelli di assistenza, evidenziando le condizioni di partenza anche al fine di facilitare le azioni di verifica e di valutazione.

Il piano di zona definisce la scansione temporale di attuazione dei livelli essenziali dando priorità nel primo anno alla piena attuazione e al consolidamento dei livelli inerenti il segretariato sociale, il servizio sociale professionale e l'assistenza domiciliare e prevedendo che comunque nel secondo e terzo anno sia garantita anche l'attuazione dei livelli sopraindicati.

2. GESTIONE UNITARIA DEI SERVIZI

Per quanto riguarda la soluzioni gestionali, la L. R. 22/98 indicava all'art. 5, comma 1, due possibilità generali:

- la gestione associata, attraverso una delle forme di cooperazione previste dal Piano sociale, negli ambiti formati da più comuni;
- la gestione autonoma, direttamente ovvero attraverso una delle forme gestionali previste dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, negli ambiti costituiti da un unico comune.

Le scelte possibili dovevano tener conto delle tipologie di ambiti e cioè:

1. ambiti nei quali è presente un solo grande comune;
2. ambiti con un comune di notevole dimensione e piccoli comuni;
3. ambiti formati da comuni tutti di piccole dimensioni;
4. ambiti nei quali è presente una comunità montana;
5. ambiti nei quali sono presenti più comunità montane.

Su queste basi il Piano sociale regionale 1998-2000 indicava alcune soluzioni.

- Nel primo caso la gestione dei servizi poteva essere svolta direttamente dal comune, ovvero avvalendosi delle possibilità gestionali previste dalla legge n. 142/1990.
- Nel secondo caso, attraverso la convenzione di cui all'articolo 24 della legge n. 142/1990, i comuni avrebbero valutato l'opportunità di affidare al comune dotato di maggiori potenzialità strutturali la gestione dei servizi, ovvero di gestirli in forma consortile.
- Nel terzo caso i piccoli comuni potevano gestire i servizi in forma consortile, ovvero procedere come nella situazione n. 2 nel caso in cui uno di essi fosse in grado di potenziare il proprio apparato in funzione della gestione unitaria dei servizi.
- Nel quarto caso la gestione poteva essere curata dalla comunità montana; nell'eventualità in cui la comunità coprisse solo una parte del territorio, per le zone non comprese poteva essere stipulata una convenzione per la gestione unitaria dei servizi.
- Nel quinto caso i comuni potevano valutare l'opportunità di gestire i servizi in forma di consorzio tra le Comunità Montane, ovvero di affidarne la gestione a una di esse mediante la convenzione di cui all'art. 24 L. 142/1990.

Le scelte effettuate sono descritte nelle successive figure.

Fig. 1 – Tipo di ente gestore con riferimento al territorio delle Province

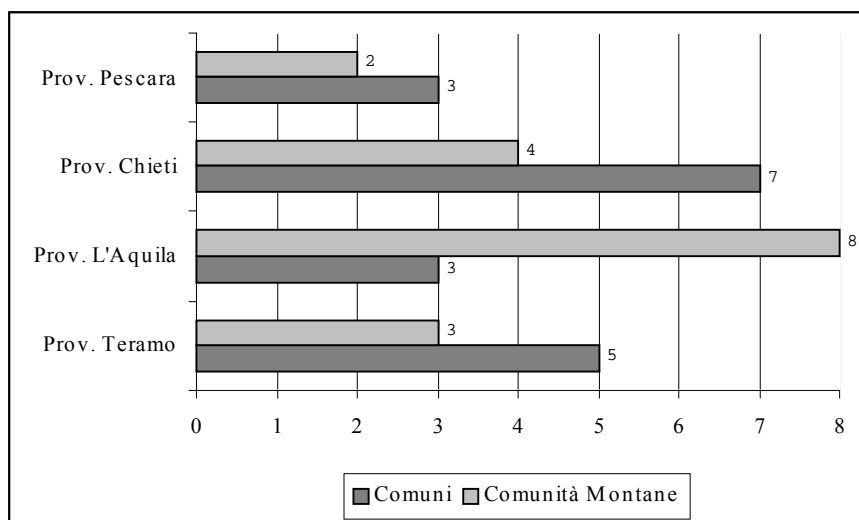
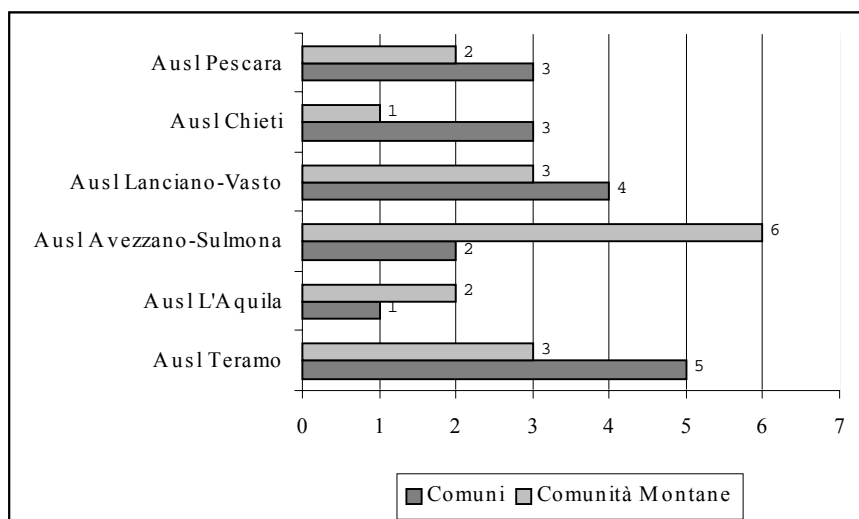


Fig. 2 – Tipo di ente gestore (comune o comunità montana) con riferimento al territorio delle Aziende sanitarie



Esercizio unitario delle funzioni istituzionali

a. Contenuto

Per assicurare la gestione unitaria degli ambiti è necessario che siano garantite:

- la programmazione unitaria di ambito con i piani di zona e la loro armonizzazione con altri programmi di settore, con particolare riguardo all'integrazione sociosanitaria e a interventi in materia di istruzione, formazione professionale e lavoro;
- la gestione unitaria delle risorse conferite dai diversi soggetti;

- la gestione unitaria dei processi di autorizzazione e di accreditamento dei servizi di ambito;
- l'accesso unitario ai servizi per le persone e per le famiglie presenti nell'ambito;
- la gestione omogenea del sistema informativo locale;
- la gestione omogenea dei processi di documentazione e valutazione degli interventi su scala regionale;
- l'individuazione, in caso di ambito territoriale pluricomunale, della forma associativa prescelta per l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti gli interventi e i servizi sociali da svolgere a livello di ambito.

b. Possibili soggetti aderenti alla gestione unitaria di ambito

Tutti i soggetti pubblici che possono essere interessati: Comuni, Provincia, Azienda Usl, Aziende pubbliche di servizi alla persona (ex Ipab), Comunità Montane, Amministrazioni decentrate dello Stato e eventuali altri enti e organismi di cui all'art. 1, commi 4 e 5, della legge 328/2000.

c. Conferimenti e risorse

I Comuni (singoli, nel caso di ambito monocomunale, o associati, nel caso di ambiti pluricomunali):

- strutture, strumentazione, personale;
- quota capitaria per i servizi sociali attivati e da attivare;
- quota capitaria di cui alla legge quadro per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociale (di cui all'art. 22, legge 328/2000);
- eventuale quota capitaria per il finanziamento di parte dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria (di cui all'art. 3-septies, commi 3, 6 e 8, D.lgs. 229/1999);
- ulteriori quote facoltative.

La Provincia:

- conferisce le risorse «storiche» per i servizi in essere, con riferimento alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento;
- concorre con i propri strumenti alla formazione delle risorse umane, alla gestione dell'osservatorio sociale regionale, al monitoraggio dei bisogni e delle risposte;
- conferisce le risorse storiche alla programmazione unitaria di ambito.

L'Azienda Usl:

- strutture, strumentazione, personale per le competenze sociosanitarie descritte all'art. 3 septies del D.lgs. 229/1999;
- le quote determinate dalla regione per l'elevata integrazione (art. 3-septies, commi 4 e 5, D.lgs. 229/1999);
- le quote per interventi sanitari a rilevanza sociale (art 3-septies, comma 6, seconda parte, D.lgs. 229/1999);
- eventuali ulteriori quote facoltative.

Le Comunità montane:

Risorse per promuovere e contribuire alla gestione unitaria dei servizi, anche in base a progetti congiunti.

Aziende pubbliche di servizi alla persona (ex Ipab)

Strutture, strumentazione, personale e/o fondi vincolati, nel rispetto delle proprie finalità istituzionali e statutarie (i fondi confluiscono come frutto del capitale che rimane alla Azienda pubblica di servizi alla persona come investimento).

Altri soggetti appartenenti alla pubblica amministrazione:

In possesso di titolarità nella materia, di disponibilità di risorse e di autonomia gestionale (ad esempio, scuola, amministrazioni della giustizia, ecc.) e che siano in grado di compartecipare alla produzione ed erogazione dei servizi alla persona.

Enti e organismi operanti nel terzo settore di cui all'art. 1, commi 4 e 5, legge 328/2000

La partecipazione alla gestione unitaria è subordinata al conferimento di risorse proprie, finanziarie e di altra natura.

d) Indicazioni per la gestione pluricomunale

Negli ambiti territoriali formati da più comuni, il Piano sociale regionale propone per l'esercizio associato delle funzioni le seguenti soluzioni, anche tenendo conto dell'esperienza acquisita con l'attuazione del primo piano sociale regionale (Lr 22/1998):

- affidamento, mediante convenzione, alla Comunità Montana, quale soluzione prioritaria nei territori montani;
- affidamento, mediante convenzione, al Comune più grande o comunque dotato di maggiori potenzialità strutturali;

- creazione di un'azienda speciale consortile intercomunale, come specificato successivamente.

Per migliorare la gestione unitaria negli ambiti territoriali verrà sperimentato il modello di gestione del sistema locale dei servizi di seguito descritto.

Modello per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete (art. 8, comma 3, lett. a, legge 328/2000)

Il modello gestionale proposto con il presente documento descrive le modalità e gli strumenti per la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali e sociosanitari a rete di cui alla legge quadro 328/2000, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (art. 22) negli ambiti territoriali per la gestione associata dei servizi.

Si riferisce, in particolare, all'esercizio della titolarità delle funzioni amministrative concernenti la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali, e non alle modalità di erogazione dei servizi.

Atti organizzativi/organi dell'Azienda Speciale Consortile Intercomunale Convenzione

Ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo n. 267/2000, preliminarmente all'istituzione del consorzio devono essere stipulate apposite convenzioni da parte degli enti interessati, mediante le quali disciplinare le nomine e le competenze degli organi consortili e prevedere la trasmissione degli atti fondamentali del consorzio agli enti aderenti.

Dette convenzioni dovranno essere approvate, unitamente allo statuto del consorzio, dai consigli degli enti partecipanti con una votazione a maggioranza assoluta dei componenti.

Le suddette convenzioni possono prevedere anche la costituzione di uffici comuni che operano con personale distaccato dagli enti partecipanti, ai quali affidare l'esercizio delle funzioni pubbliche in luogo degli enti partecipanti all'accordo, ovvero la delega di funzioni da parte degli enti partecipanti all'accordo a favore di uno di essi, che opera in luogo e per conto degli enti deleganti.

Statuto

Atto fondamentale del consorzio. In conformità alla convenzione e in armonia con gli statuti degli enti aderenti, deve disciplinare l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili (prevede gli organi, le modalità di nomina, la durata, le modalità di soluzione delle controversie, lo scioglimento, ecc.) (art. 31, comma 3 del D.lgs. n. 267/2000).

Consiglio d'amministrazione

È composto da una rappresentanza dei Comuni consorziati e da altri rappresentanti delle istituzioni e degli altri organismi coinvolti nella gestione unitaria, come individuati nello Statuto consortile.

Approva il bilancio, definisce gli atti di indirizzo e di programmazione, nomina il presidente, procede alla nomina del direttore.

3. POLITICA DELLA SPESA

Con la Lr 135/1996 la Regione Abruzzo ha istituito il Fondo Sociale Regionale per l'espletamento dei servizi e interventi in materia sociale e socio-assistenziale.

La Lr 22/1998 e il Piano Sociale Regionale 1998-2000 hanno individuato alcune priorità conseguibili con una nuova politica della spesa, in particolare:

- riequilibrio territoriale dei servizi;
- passaggio da un regime prevalentemente rivolto alla gestione corrente a uno finalizzato alla progettualità e alla promozione;
- organicità della politica della spesa finalizzata ad avviare il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza quali il segretariato sociale e il servizio psico-socio-educativo per i minori.

Le strategie introdotte sono così sintetizzabili:

- graduale superamento dei finanziamenti "storici" per giungere al conseguimento degli obiettivi di piano;
- incentivazione per la realizzazione dei servizi essenziali previsti dai piani di zona;
- finanziamento vincolato all'approvazione dei piani di zona da almeno il 50% del numero dei comuni dell'ambito, ovvero dai comuni che rappresentano almeno il 70% della popolazione dell'ambito;

- mantenimento provvisorio di alcune gestioni speciali regionali sia per garantire continuità di alcuni servizi sia per finanziare azioni di supporto e di promozione degli enti locali.

La verifica di attuazione del Piano sociale regionale 1998-2000 ha evidenziato che le scelte di piano sono state determinanti nel raggiungere una serie di obiettivi. Ad esempio, l'utilizzo del parametro "Ambito/pro-capite" ha compensato le disomogeneità indotte dalla dispersione territoriale della popolazione e dalle sperequazioni tra aree urbane e aree montane.

Le successive figure evidenziano l'andamento della politica della spesa e la sostanziale trasformazione avvenuta con il passaggio dal finanziamento per prestazioni consolidate e settoriali al finanziamento per piani di zona. In particolare, il nuovo finanziamento è stato definito considerando le problematiche sociali presenti nei diversi ambiti.

Fig. 3 – Contributi regionali assegnati (Lr. 22/98) per azienda Usl (valori pro-capite, in lire)

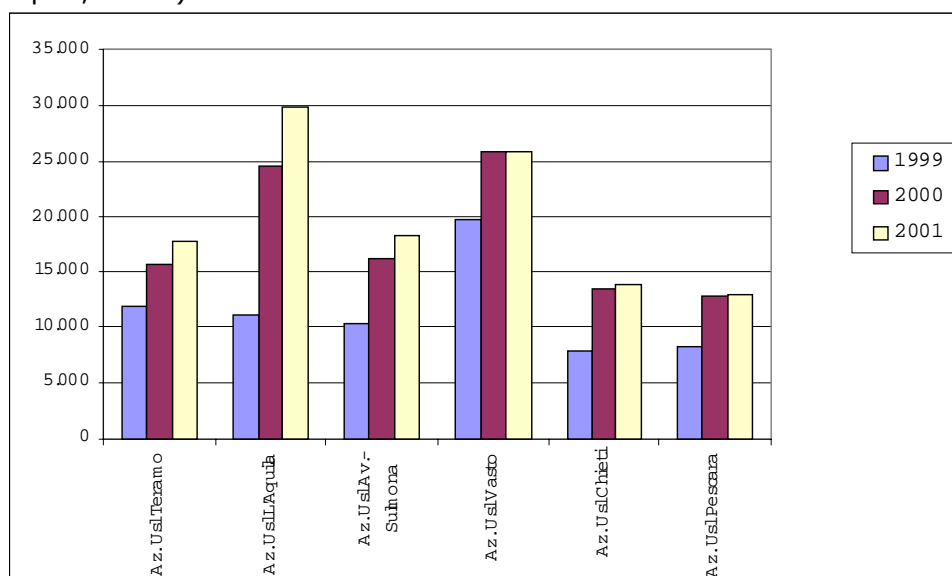
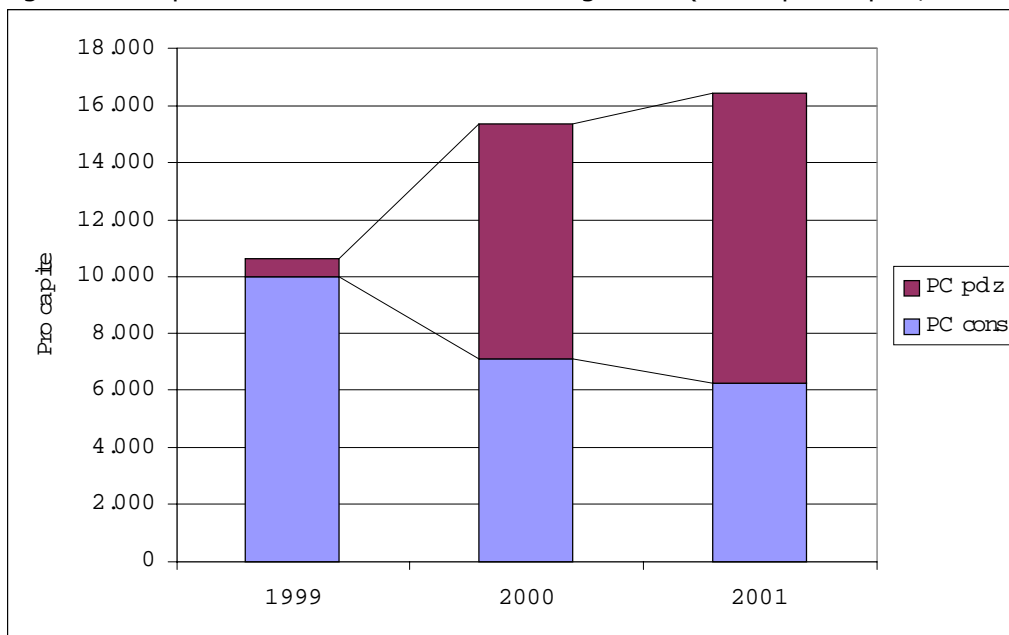


Fig. 4 – Composizione del finanziamento regionale (valori pro-capite, in lire)

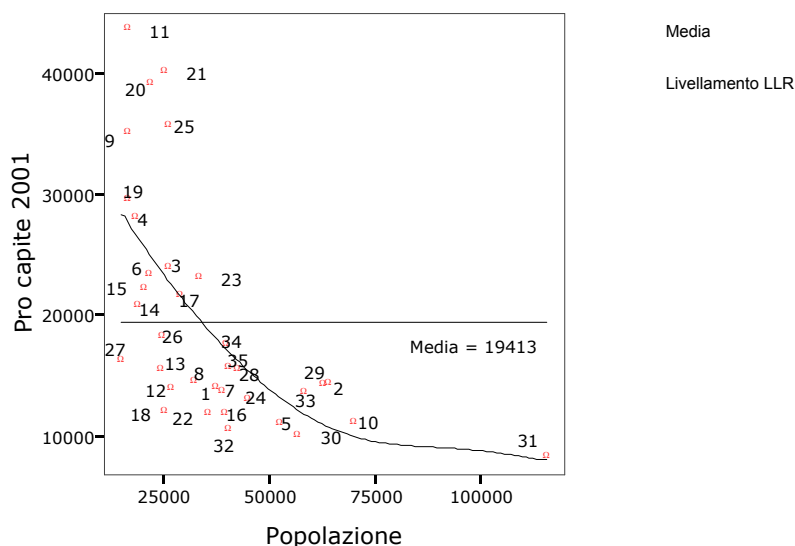


Come si può notare dalla Fig. 4, in soli 3 anni la spesa consolidata che rappresentava il 94,4% è stata ridotta al 38,1%, mentre quella basata sulla metodologia del lavoro per progetti, che nel 1999 era insignificante (5,6%), nel 2001 ha raggiunto un ruolo preponderante (61,9%).

Questi risultati sono oltremodo significativi se si tiene conto che nel triennio il livello complessivo del contributo regionale pro-capite è stato incrementato del 64%.

Entrando ancora più nel merito del ruolo che la spesa ha esercitato nel riequilibrio territoriale dei servizi, la fig. 5 sintetizza le principali difficoltà che dovevano essere affrontate. Mentre sono pochi gli ambiti con una popolazione superiore a 50.000 abitanti (in prevalenza le città capoluogo), c'è un numero consistente di ambiti con una popolazione compresa tra i 16.000 e i 25.000 abitanti caratterizzati da forte dispersione territoriale e da un veloce invecchiamento della popolazione. Diviene perciò particolarmente costosa l'effettiva realizzazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sociale. Per questo motivo la Regione, a fronte di un pro-capite medio per il 2001 di lire 19.413, ha operato una forte azione di riequilibrio, con una conseguente variazione dell'entità del pro-capite molto significativa.

Fig. 5 – Relazione tra popolazione e l'aumento del livello di contributi pro capite anno 2001



Il Piano sociale nel confermare questa strategia di finanziamento regionale intende promuoverla e qualificarla ulteriormente sulla base dei seguenti criteri:

- consolidare il riequilibrio territoriale dei servizi, garantendo in tutti gli ambiti un livello essenziale di finanziamento che tenga conto delle problematiche sociali e sociosanitarie;
- superare le modalità di finanziamento per gestione corrente a favore di modalità finalizzate alla progettualità e alla promozione del benessere sociale;
- attuare il sistema di finanziamento per livelli essenziali e per progetti zonali;
- responsabilizzare gli enti locali nell'uso delle risorse e nella documentazione del loro utilizzo in relazione ai livelli essenziali di assistenza sociosanitaria.

Gli obiettivi che il Piano sociale intende perseguire nel triennio sono:

- superamento del finanziamento consolidato;
- incremento dei finanziamenti dei piani di zona;
- utilizzo di quota percentuale delle risorse disponibili per azioni innovative di sviluppo e sostegno dell'attuazione del Piano sociale regionale.

Le risorse regionali e statali, utilizzate nel corso del 2001 per l'attuazione delle politiche sociali in genere, sono quelle descritte nella tabella 1 denominata "Risorse finalizzate e indistinte per la realizzazione del sistema integrato dei servizi" (Allegato B).

Sempre con riferimento all'esercizio 2001 sono descritte nella tabella 2 (Allegato B) le quote del FNPS destinate ai vari interventi sociali del 2001.

La Giunta Regionale provvede annualmente a stabilire la destinazione delle risorse finanziarie provenienti dal FNPS, tenendo conto della distinzione tra la quota per "risorse finalizzate", provenienti da leggi di settore, e la quota per "risorse indistinte", come determinate nel provvedimento governativo di ripartizione del Fondo.

Nella tabella 3 (Allegato B) sono descritte le modalità di riparto delle risorse direttamente utilizzabili per l'attuazione del presente piano e che consentono, una volta conosciuto l'importo annualmente stanziato per il FSR e per le "Risorse indistinte" del FNPS di conoscere l'importo spettante a ciascun Ente avente titolo all'assegnazione dei contributi, mediante applicazione dei criteri di riparto di cui all'Allegato C.

Nell'ipotesi in cui, a seguito di modifica della vigente normativa, le risorse statali del FNPS non dovessero essere più suddivise nelle due quote "Risorse indistinte" e "Risorse finalizzate", la Giunta Regionale provvederà a definire l'importo da assegnare al finanziamento del presente piano, in misura comunque non inferiore a quella dell'anno precedente.

In ordine ai contributi regionali e statali attribuiti ai Comuni e agli Ambiti Territoriali Sociali di cui ai successivi punti A1), A2), B1) e B2) si precisa che tali somme sono soggette a rendicontazione annuale nel rispetto degli indirizzi contenuti nel presente piano e delle disposizioni che saranno stabilite dalla Giunta regionale con apposito atto di indirizzo applicativo, finalizzato anche alla definizione delle voci di spesa che concorrono alla determinazione della spesa sociale complessiva. Non sono comunque ammesse a contributo e quindi rendicontabili le spese sostenute per il funzionamento degli organi degli enti strumentali sociali.

A) RISORSE INDISTINTE REGIONALI (Fondo sociale regionale – F.S.R. - l.r. 135/1996 e l.r. 22/1998)

Le risorse indistinte regionali sono attribuite così come di seguito indicato:

A.1) – Interventi generali

Una quota pari al 60% delle risorse indistinte regionali è ripartita ed assegnata annualmente a tutti i Comuni della Regione per l'attuazione degli interventi generali previsti dalla legge quadro 328/2000, ivi comprese le prestazioni dei livelli essenziali dei servizi.

La ripartizione dei contributi è effettuata con ordinanza dirigenziale entro 30gg dalla pubblicazione del bilancio regionale, sulla base dei criteri successivamente indicati.

A tutti i Comuni sarà comunque assicurato un contributo minimo di 5.000,00 € (pari a £. 9.681.350). Le somme necessarie ad assicurare il raggiungimento di tale soglia sono detratte dalla disponibilità della successiva quota (A.2 - "Azioni regionali di attuazione del piano sociale").

Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi attuati, che i Comuni sono tenuti a finanziare con fondi propri nella misura del 20% della spesa complessivamente impegnata. La quota di cofinanziamento scende al 10% per i Comuni classificati come "montani" dalla vigente normativa regionale.

I Comuni possono utilizzare i contributi regionali autonomamente ovvero per il tramite degli ambiti sociali per il finanziamento dei piani zona, fermo restando il cofinanziamento minimo con risorse proprie nella misura del 10%.

Comunque le mancate richieste di progetti non escludono la possibilità di finanziamento autonomo da parte degli enti locali.

I contributi assegnati e non rendicontati sono soggetti a compensazione sul contributo degli anni successivi, ai sensi del combinato disposto dell'art. 8, c. 4, del regolamento n. 2/1997, attuativo della L.R. 135/1996 e dell'art. 8, c. 3 della legge medesima.

A.2) – Azioni Regionali di attuazione del Piano Sociale

Una quota pari al 35% delle risorse indistinte regionali è destinata dalla Regione al finanziamento delle azioni previste nelle aree tematiche descritte al successivo paragrafo concernente le "Azioni innovative".

L'impiego di detti fondi è annualmente stabilito dalla Giunta Regionale con specifico atto di indirizzo applicativo, finalizzato alla scelta delle specifiche azioni da realizzare e alla dotazione finanziaria assegnata a ciascuna azione. Il provvedimento dovrà stabilire i soggetti istituzionali gestori, le specifiche modalità di realizzazione e le strutture regionali competenti all'attuazione delle azioni regionali.

A.3) – Interventi diretti regionali

Una quota pari al 5% delle risorse indistinte è riservata alla Regione per l'utilizzazione diretta, relativa al finanziamento di progetti-obiettivo, anche elaborati da strutture storicamente consolidate di volontariato, prioritari per la programmazione regionale e locale, azioni di supporto e di promozione degli enti locali (formazione, ricerca, sperimentazione, ecc.),

per il cofinanziamento di progetti comunitari e per la gestione ordinaria dell'osservatorio sociale regionale e per interventi eccezionali caratterizzati dalla straordinarietà oggettiva degli eventi e delle problematiche di riferimento.

Gli "interventi diretti regionali" possono anche essere finalizzati a sperimentare, in alcuni ambiti territoriali particolarmente esposti a nuove forme di disagio sociale (nuove povertà, dipendenze croniche, prostituzione e tratta degli esseri umani, immigrazione clandestina, insicurezza urbana, conflitto sociale ...), progettualità concertate, integrate e trasferibili per costruire prototipi di intervento spendibili in altri contesti equipollenti della Regione Abruzzo.

L'impiego di detti fondi è annualmente stabilito dalla Giunta Regionale con specifico atto di indirizzo applicativo.

Nella presente quota confluiscono eventuali somme non utilizzate delle "Risorse regionali indistinte".

B) RISORSE INDISTINTE STATALI (Fondo Nazionale Politiche Sociali – F.N.P.S. - L. 328/2000)

Le risorse indistinte statali, nell'importo direttamente destinato al finanziamento del presente piano, sono attribuite così come di seguito indicato:

B.1) – Piani di Zona

Una quota pari al 90% delle risorse indistinte nazionali è attribuita agli ambiti territoriali sociali per il finanziamento dei piani di zona, ammessi a contributo regionale per l'anno di riferimento.

Dopo l'approvazione del piano di zona dell'ambito da parte dell'Esecutivo regionale, l'assegnazione del contributo, calcolato sulla base dei criteri successivamente indicati, è effettuata annualmente con ordinanza dirigenziale, a seguito dell'accertamento delle entrate provenienti dall'FNPS. Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi attuati, che i Comuni appartenenti all'ambito territoriale sono tenuti a finanziare con fondi propri nella misura del 10% della spesa complessivamente impegnata.

L'ammontare del contributo statale non può essere superiore all'importo richiesto.

Eventuali risorse non assegnate, per insufficienza dei piani di zona presentati e approvati, o comunque non utilizzate, sono destinate a incrementare le risorse della quota A.2 "Azioni regionali di attuazione del piano sociale").

B.2) – Incentivi per la gestione associata dei servizi sociali

Una quota pari al 10% delle risorse indistinte statali è attribuita agli ambiti territoriali sociali per incentivare la gestione associata dei servizi sociali.

Laddove gli ambiti territoriali sociali non abbiano definito progetti o non abbiano strutture preposte all'assistenza di particolari aree di bisogni si può prevedere la cooperazione tra ambiti contigui per la progettazione e la gestione associata degli stessi.

A seguito dell'accertamento delle entrate provenienti dall'FNPS, il finanziamento sarà attribuito, dopo l'approvazione del piano di zona dell'ambito da parte dell'Esecutivo regionale, agli ambiti territoriali pluricomunali per l'esercizio unitario delle funzioni istituzionali, in ragione dei Comuni che prendono parte all'attuazione del Piano di Zona.

L'ammontare del contributo sarà calcolato sulla base dei criteri successivamente indicati.

Norma transitoria

Per la sola annualità 2002, i Comuni per garantire la continuità dei servizi sociali, in attesa dell'approvazione dei Piani di Zona, possono:

- utilizzare la quota parte di risorse del FNPS anno 2001 assegnate ed, eventualmente, non impegnate nel 2001;
- utilizzare le risorse regionali di cui al precedente punto A 1).

E' possibile, inoltre, prevedere l'utilizzo nel 2002 di somme assegnate agli ambiti sociali di cui alla L.R. 22/1998 per il finanziamento dell'ultima annualità del piano di zona (2001) e già regolarmente impegnate al 31.12.2001.

Criteri di riparto

Il finanziamento destinato agli ambiti sociali e ai comuni è assegnato sulla base dei seguenti criteri:

- per il 70% in proporzione diretta alla popolazione residente;
- per il 25% in proporzione diretta all'indice di dipendenza globale ridefinito;
- per il 5% in proporzione inversa alla densità demografica.

L'Allegato C contiene i valori dei tre parametri per ciascun comune, validi per il triennio del Piano.

4. CARATTERI DELLE AZIONI INNOVATIVE

Le azioni di attuazione del piano sociale riguarderanno le seguenti aree di investimento e innovazione:

- promozione delle persone anziane e del loro apporto solidaristico alle famiglie e alle comunità locali;
- sperimentazione di modalità che garantiscano la gestione unitaria dei servizi (con il nuovo modulo di gestione di cui al precedente paragrafo);
- realizzazione di un sistema informativo per la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi sociali
- implementazione dell'Osservatorio sociale regionale;
- sperimentazione di modalità innovative per garantire i livelli essenziali di assistenza;
- sperimentazione e realizzazione di modalità che garantiscano l'integrazione sociosanitaria a livello istituzionale, gestionale e professionale;
- la promozione delle carte per la cittadinanza sociale in attuazione del Piano sociale nazionale 2001-2003;
- la qualificazione del ruolo del terzo settore nella programmazione locale dei servizi;
- la definizione e sperimentazione di forme di sostegno alle famiglie con gravi carichi assistenziali.

I caratteri delle azioni per l'innovazione del sistema di welfare regionale sono definiti con atto di indirizzo della Giunta Regionale. I contenuti dei programmi innovativi sono i seguenti:

1. Promozione delle persone anziane e del loro apporto solidaristico alle famiglie e alle comunità locali

Azione volta a qualificare l'apporto delle persone anziane alla vita delle famiglie e delle comunità locali, promuovendo azioni di solidarietà tra generazioni, aiuto reciproco per affrontare particolari bisogni, funzioni socialmente utili. Gli investimenti vanno orientati alla ricerca di nuove modalità di espressione della cittadinanza solidale. Vanno inoltre finalizzate al riconoscimento delle persone anziane in quanto soggetti e risorse capaci di auto-organizzazione per contribuire allo sviluppo della qualità sociale della comunità locale.

2. Sperimentazione di modalità che garantiscano la gestione unitaria dei servizi in ogni ambito

Azione finalizzata a sperimentare e implementare il modello di gestione unitaria dei servizi alle persone previsto dal Piano socia-

le regionale, con particolare riferimento agli ambiti in cui, non essendo presente un comune di grandi dimensioni, è necessario che gli enti locali trovino soluzioni sovracomunali unitarie per la gestione dei servizi. Per raggiungere questo obiettivo il modello gestionale viene sperimentato con riferimento a diverse tipologie territoriali, configurando la gestione dei servizi in modo facilitare l'integrazione di tutte le risorse istituzionali e sociali presenti nel territorio e l'integrazione sociosanitaria.

3. *Realizzazione di un sistema informativo per la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi sociali*

La realizzazione di questa azione, coordinata dall'osservatorio sociale regionale, è finalizzata ad approfondire i requisiti informativi che ogni ambito di gestione dei servizi deve garantire, il loro formato, le modalità di raccolta e di gestione delle informazioni, le soluzioni per renderle disponibili ai diversi livelli, i requisiti funzionali per facilitare la loro gestione telematica, le modalità di accesso alle informazioni dei soggetti interessati, le modalità e periodicità delle azioni di verifica.

4. *Definizione e sperimentazione dei livelli essenziali di assistenza*

Approfondimento delle condizioni per attuare i livelli essenziali e uniformi su scala locale e tali da fondare un sistema di diritti di cittadinanza a partire da risposte certe, distribuite nel territorio, accessibili, capaci di affrontare in modo efficace i bisogni, dando priorità ai soggetti deboli. Le azioni innovative sono chiamate a dare contributi per definire e attuare i livelli tenendo conto di diverse modalità di finanziamento e degli indici che meglio rappresentano la distribuzione dei bisogni nel territorio. Devono inoltre offrire elementi per organizzare le risposte sulla base di standard di erogazione generalizzabili e verificabili in termini di efficacia. I parametri dovranno rispondere a esigenze di equità, di superamento delle disuguaglianze nell'accesso, di tutela dei soggetti deboli, di promozione delle risorse personali e familiari.

5. *Soluzioni che garantiscano l'integrazione sociosanitaria a livello istituzionale, gestionale e professionale*

Le soluzioni sono cercate tenendo conto che esse dipendono dalla capacità delle amministrazioni interessate di garantire le risposte previste dall'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria e del

documento nazionale sui livelli essenziali di assistenza. A livello istituzionale si tratta di sperimentare intese sistematiche per garantire unitariamente risposte ai bisogni che richiedono una maggiore capacità di integrazione, in particolare in area anziani e disabili. A livello gestionale si tratta di definire percorsi unitari di erogazione, differenziando le fonti di finanziamento, per tipologie di bisogno, con particolare riferimento ai bisogni che richiedono lungoassistenza da garantire alle persone anziane non autosufficienti e disabili, anche attraverso un apposito progetto-obiettivo.

6. *Promozione delle carte per la cittadinanza sociale in attuazione del Piano sociale nazionale 2001-2003*

I caratteri di questa azione sono definiti nel Piano sociale nazionale 2001-2003. In particolare in sede regionale la priorità viene data alla verifica delle condizioni per realizzare patti di cittadinanza sociale a livello di ambito sociale, alle modalità di partecipazione dei cittadini, alle forme di tutela dei diritti, alla loro costruzione, ai soggetti da coinvolgere, al loro utilizzo per la valutazione partecipata dei servizi. Nella predisposizione delle carte per la cittadinanza sociale particolare attenzione va data alle condizioni di esigibilità dei diritti sociali da parte dei soggetti più deboli e delle famiglie con gravi carichi assistenziali. Vanno inoltre previste le modalità di ricorso e di sanzione nei casi di inadempienza per mancata predisposizione e attuazione del piano di zona e nei casi di non efficace attuazione dei livelli essenziali di assistenza.

7. *Qualificazione del ruolo del terzo settore nella programmazione locale*

L'azione è finalizzata a definire l'apporto specifico che ogni soggetto di terzo settore può dare alla qualificazione dei sistemi locali di welfare e alla loro base solidaristica sia nella fase programmatica che in sede di verifica dei suoi risultati. In particolare vanno meglio riconosciute le diverse identità, i ruoli, gli obiettivi, le motivazioni, le condizioni che legittimano la partecipazione alle scelte di rilievo politico e gestionale, le modalità per facilitare la rappresentanza sociale, i rischi da evitare per non appesantire il processo programmatico e per non asservirlo a interessi settoriali, per garantire trasparenza ed efficacia alle decisioni, per promuovere le responsabilizzazioni condivise.

A questo scopo saranno sperimentate anche istruttorie pubbliche per la coprogettazione ai sensi dell'art. 7 del Dpcm 30 marzo

2001, sulla base di indirizzi regionali finalizzati a definire modalità omogenee di indizione e finanziamento delle stesse.

8. *Sperimentazione di forme di sostegno alle famiglie con gravi carichi assistenziali*

L'analisi dei bisogni ha evidenziato come questo problema già molto presente si aggraverà nei prossimi anni. Se da una parte non è pensabile che la famiglia possa sostenere gravi carichi assistenziali senza un adeguato sostegno, nel contempo i servizi non hanno competenze per affrontarlo in modo adeguato e sistematico. Per questo è necessario sperimentare nuove soluzioni che garantiscano qualità assistenziale, sostenibilità economica, integrazione e collaborazione tra professionisti e familiari, risposte idonee a fronteggiare le emergenze, continuità lungo tutto l'arco della settimana, progetti personalizzati capaci di considerare congiuntamente i bisogni della persona e della famiglia, integrazione tra interventi economici e professionali.

5. INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Bisogni che richiedono integrazione sociosanitaria

L'analisi dei bisogni ha evidenziato una domanda molto consistente di integrazione sociosanitaria, che per ora non trova risposte adeguate.

Spesso i bisogni prioritari indicati dagli ambiti nella precedente sezione sono quelli che per essere affrontati richiedono un'elevata capacità di integrazione tra interventi sociali e sanitari, pena la scarsa efficacia degli interventi.

La domanda di integrazione sociosanitaria è ricorrente soprattutto con riferimento ai bisogni delle persone anziane, delle persone disabili, delle persone (e delle famiglie) con disagio psichico.

Solo in pochi casi non emerge in modo esplicito una domanda di integrazione sociosanitaria, in particolare dagli ambiti: 1 – Tordino, 5 – Teramo, 28 – Ortonese, 31 – Pescara.

Negli altri casi la domanda è spesso corredata di motivazioni che vengono di seguito sintetizzate.

Tab. 2 – Bisogni rilevati negli ambiti

Ambito 1 – Tordino	
Anziani non auto-sufficienti	Assistenza domiciliare.
Ambito 2 – Vibrata	
Handicap	Assistenza domiciliare integrata (Adi).
Anziani	Centri di aggregazione per anziani, assistenza domiciliare, telesoccorso, servizi finalizzati all'utilizzo delle potenzialità residue.
Disabili mentali	Assistenza sociosanitaria.
Tossicodipendenza e alcolodipendenza	Assistenza sociosanitaria.
Ambito 3 – Fino-Vomano	
Assistenza domiciliare	Assistenza materiale ad anziani soli, con accompagnamento in auto per varie esigenze. Assistenza materiale ai bambini e soprattutto alle madri, minori con handicap.
Ambito 4 – Laga	
Distrettualizzazione sanitaria	Problemi di integrazione.
Ambito 6 – Gran sasso	
Assistenza anziani non autosufficienti	
Ambito 7 – Costa Sud 1	
Handicap minori e adulti	Necessità di potenziare l'assistenza domiciliare.
Anziani	Assistenza domiciliare integrata.
Ambito 9 – Alto Aterno	
Anziani non autosufficienti	Assistenza domiciliare integrata, difficoltà di collegamenti, solitudine, malattie.
Tossicodipendenza e alcolismo	Difficoltà integrazione con l'Ausl nella gestione dei casi.
Raccordo tra servizi esistenti	Regolamenti di accesso ai servizi omogenei sul territorio
Ambito 10 – L'Aquila	
Adi	Maggiore diffusione del servizio visti i risultati positivi.
Ambito 11 – Montagna Aquilana	
Anziani	Adi, trasporto nel comprensorio, sostegno agli anziani soli.
Ambito 12 – Marsica 1	
Integrazione dei servizi	Completamento dell'organizzazione dei servizi sociosanitari chiarendo le competenze.
Ambito 13 – Marsica 2	
Portatori di handicap	Finora scarsamente presi in considerazione dagli Enti locali.
Ambito 14 – Valle Roveto	
Integrazione con i servizi sanitari	Necessità di un accordo di programma.
Ambito 15 – Valle del Giovenco	
Anziani non autosufficienti	Assistenza domiciliare.
Ambito 16 – Avezzano	
Anziani	Esigenza di assistenza domiciliare a tutto campo.
Ambito 17 – Valle Peligna	
Anziani soli	Assistenza sociosanitaria integrata che eviti il ricorso ai ricoveri in strutture.
Ambito 18 – Sulmona	
Disabili	Interventi individualizzati. Integrazione Az. Usl, Comune, lavoro, scuola.

Anziani	Integrazione sociosanitaria.
Ambito 20 – Aventino	
Portatori di handicap	Per i casi più gravi l'aiuto è del tutto insufficiente in relazione ai bisogni familiari della persona handicappata. Attivazione dell'Adi.
Anziani	Assistenza domiciliare integrata. Nei piccoli comuni montani collegato con un'oculata politica di trasporto e mobilità.
Ambito 21 – Sangro	
Anziani	Attivazione assistenza domiciliare integrata. Superamento degli ostacoli per l'integrazione sociosanitaria.
Ambito 22 – Lanciano	
Anziani e disabili (soli)	Incremento dell'assistenza domiciliare per i non autosufficienti. Va potenziata l'assistenza domiciliare per gli autosufficienti.
Ambito 23 – Basso Sangro	
Anziani	Potenziare e migliorare l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti: igiene personale e domestica; supporto psicologico all'anziano e ai suoi familiari.
Handicap	Realizzazione di centri socio-educativo-riabilitativi.
Ambito 24 – Vastese	
Assistenza domiciliare integrata (Adi)	Parte sociale assolta pienamente dal Comune ma non dalla Usl Lanciano-Vasto.
Adolescenti e minori a rischio	
Anziani	Assistenza domiciliare agli anziani soli e con problemi sanitari, assistenza domiciliare integrata (Adi), anziani assistiti a domicilio dai familiari.
Ambito 25 – Alto Vastese	
Assistenza domiciliare, Adi	Assistenza domiciliare a persone non autosufficienti, sole, non deambulanti, assistenza domiciliare integrata.
Ambito 26 – Costa Sud	
Anziani non autosufficienti (Adi)	Assistenza domiciliare in caso di patologie particolarmente gravi.
Ambito 27 – Maielletta	
Anziani	Assistenza domiciliare - handicap - realizzazione di centri socio-educativi.riabilitativi.
Ambito 29 – Foro-Alento	
Anziani	Assistenza domiciliare sociosanitaria, carenza di strutture sanitarie (assistenza integrata), centri di incontro. Ricareare nelle famiglie un clima di attenzione alla persona sostenendole nel lavoro di cura.
Disagio psichico	Necessità di armonizzare i servizi sociali con quelli sanitari.
Ambito 30 – Chieti	
Disabili fisici e mentali	Incentivazione dell'assistenza domiciliare integrata per permettere cure appropriate all'interno della propria abitazione.
Ambito 32 – Montesilvano	
Handicap, disabilità fisico- psico-sensoriale	Sviluppo di servizi domiciliari, servizi diurni.
Anziani	Sviluppo di servizi di assistenza domiciliare.
Ambito 33 – Area Metropolitana Pescara	
Anziani	Assistenza domiciliare integrata.
Sostegno ai malati psichiatrici	Si chiede maggiore integrazione, i parenti sono lasciati soli.
Sostegno e integrazione per l'handicap	Integrare i servizi di assistenza già esistenti e creare centri di accoglienza diurni, come laboratori ecc.
Anziani	Cresce sempre di più la domanda di assistenza domiciliare. Integrare il servizio con mezzi di trasporto e con l'erogazione di farmaci a domicilio.

Malattia mentale	Forte presenza nel territorio di persone con malattie mentali gravi, completamente in stato di abbandono e a totale carico della famiglia.
Ambito 34 - Vestina	
Anziani	Assistenza domiciliare.
Malati mentali	Assoluta insufficienza dell'assistenza Adi e scarsa integrazione tra sociale e sanitario; insufficiente servizio psichiatrico nel territorio.
Anziani	Sostegno domiciliare materiale, psico-sociale e sanitario.
Handicap	Esigenza di sostenere le famiglie con membri disabili attraverso l'assistenza domiciliare.
Ambito 35 - Maiella Morrone	
Anziani	Assistenza domiciliare integrata. Integrazione del supporto medico-sanitario relativo alle problematiche legate all'anzianità.
Disabili	Attività di inserimento sociale e lavorativo per persone in età lavorativa con handicap attraverso un servizio di orientamento, programmazione e accompagnamento sul territorio.

Le condizioni e i riferimenti per affrontare i problemi dell'integrazione sociosanitaria sono indicati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, nel Dlgs n. 229/99, nell'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria, nella L. 328/2000 e nel Piano sociale nazionale 2001-2003.

Secondo il Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'integrazione delle diverse politiche per la salute «nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, valorizza i diversi centri di responsabilità, qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nelle comunità locali». Sempre nel Psn 1998-2000 si precisa che:

«**L'integrazione istituzionale** si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare aziende sanitarie, amministrazioni comunali), che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma.

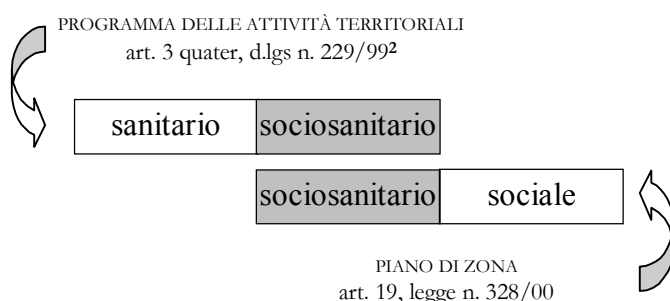
L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Condizioni necessarie dell'**integrazione professionale** sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie

d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate».

Nel Dlgs 229/99 le prestazioni sociosanitarie vengono caratterizzate come processo assistenziale unitario. Si collocano prevalentemente nelle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcol e farmaci, patologie derivate da Hiv, patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale, inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative.

Il finanziamento delle prestazioni socioassistenziali da parte dei comuni deve avvenire con riferimento agli ambiti territoriali sociali.



Il Piano sociale nazionale 2001-2003 ha precisato i caratteri fondamentali della nuova programmazione locale, chiamata a integrare le scelte del programma delle attività territoriali e quelle del piano di zona. Dice inoltre che *«Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (di cui all'articolo 3 quater del d.lgs n. 229/99) e dal Piano di zona (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000). Il Programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari. È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie»* della gestione unitaria richiede anche che vengano definite e sperimentate nuove soluzioni gestionali, tenendo conto delle esperienze che nella regione hanno visto interessate alcune aree territoriali.

L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, oltre a precisare le tipologie di prestazioni e i criteri di finanziamento, ha delineato i requisiti necessari per personalizzare gli interventi sulla base di progetti assistenziali personalizzati, definiti tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale nonché la sua durata (art. 2). A questi requisiti dovrà uniformarsi la gestione della presa in carico professionale e dei percorsi assistenziali basata sulla metodologia di lavoro sociale per progetti personalizzati.

La presenza/assenza di questo requisito è condizione necessaria per l'accreditamento.

6. COLLABORAZIONI ISTITUZIONALI E SOCIALI

La promozione delle collaborazioni fra soggetti espressivi delle responsabilità e risorse presenti nelle comunità locali è stata la strategia vincente, che ha consentito di raggiungere buona parte degli obiettivi del precedente piano sociale regionale. In questa direzione è necessario proseguire un cammino che non ha esaurito le sue potenzialità. Anzi proprio la verifica dei bisogni ha messo in evidenza come la collaborazione, la sussidiarietà, la solidarietà possano rappresentare altrettanti fattori di sviluppo qualitativo del sistema di welfare regionale.

Oltre alle collaborazioni tra soggetti istituzionali che richiedono un apporto qualificato tra Comuni, Province, Aziende pubbliche per i servizi alla persona (ex Ipab), è necessario dare forte impulso al ruolo che i diversi soggetti sociali possono svolgere nella programmazione, nella gestione dei servizi, nella valutazione partecipata dei risultati.

Tra i soggetti sociali un ruolo di primaria importanza è quello del volontariato organizzato, nelle sue diverse espressioni e aree di intervento. La sua presenza nel territorio può trarre ulteriori stimoli e opportunità dall'azione dei centri di servizio per il volontariato e dalla formazione che essi sapranno offrire per promuovere cittadinanza attiva e solidale.

Il volontariato che svolge funzioni di accompagnamento e di tutela dei soggetti deboli, operando attivamente per migliorare le risposte ai loro diritti è un valore prezioso, da incentivare e promuovere nelle sue diverse espressioni.

Esso è chiamato ad essere interlocutore costante delle amministrazioni locali e, nello stesso tempo, ad esprimere la propria autonoma capacità

di iniziativa, per stimolare e promuovere un'efficace attuazione degli obiettivi di piano.

L'apporto delle organizzazioni senza scopo di lucro, in particolare della cooperazione sociale, ha garantito sviluppo e innovazione al sistema regionale dei servizi alle persone. Il loro accreditamento offrirà ulteriori possibilità di presenza, di azione, di collaborazione su scala locale. Promuoverà soprattutto una crescita qualitativa delle risposte, offrendo maggiori opportunità di scelta alle persone e alle famiglie. Già il Piano sociale regionale 1998-2000 aveva indicato la necessità di superare il ruolo meramente esecutivo dei soggetti sociali, basato sull'appalto di servizi senza coinvolgimento attivo nel sistema di offerta, nella sua progettazione e valutazione. A questo scopo aveva indicato la possibilità di stipulare accordi integrativi o sostitutivi del provvedimento amministrativo (ex art. 11 – L. n. 241/1990). I contratti di programma complementari agli accordi di programma finalizzati alla attuazione dei piani di zona possono rappresentare a questo scopo uno strumento importante di promozione delle risorse della comunità locale e di potenziamento delle sue radici solidaristiche.

Per questo vanno meglio approfondite le potenzialità di quanto previsto dal Piano sociale regionale 1998-2000 che prevedeva che, sul piano procedurale, dopo l'esecutività dei provvedimenti di approvazione dei piani di zona, i soggetti istituzionali competenti ricevano le proposte che tutti i soggetti sociali senza finalità di lucro, aventi sede nei territori interessati, intendano proporre per una efficace attuazione dei piani di zona, sotto forma di intervento nel procedimento amministrativo e concludano con essi gli accordi opportuni per la realizzazione del programma, nel rispetto dei principi della par condicio e della legalità dell'azione amministrativa. Questo in applicazione ed in piena osservanza dei regolamenti per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici in genere.

L'associazionismo sociale è un altro importante interlocutore con cui le amministrazioni locali devono interagire condividendo risorse e potenzialità. La sua presenza nel territorio è capillare e spesso garantisce risposte informali che sono premessa e arricchimento delle ulteriori risposte erogate dalla rete dei servizi. Questo patrimonio va incrementato con azioni positive, volte a qualificare il livello di partecipazione sociale alla vita delle comunità locali e al loro sviluppo. Attenzione particolare va dedicata all'associazionismo educativo, che è presenza positiva negli spazi di aggregazione, quali ad esempio le parrocchie, e di socializzazione informale delle nuove generazioni da valorizzare, perché possa me-

glio contribuire alla promozione del dialogo tra giovani e adulti e ad affrontare le criticità sociali, segnalate da molti amministratori locali.

7. GOVERNO DELLE INFORMAZIONI E VALUTAZIONE PARTECIPATA

Il sistema informativo regionale ha avuto modo di sviluppare una propria capacità di monitoraggio e di conoscenza dei fenomeni sociali e delle risposte che ad essi vengono date dalla rete dei servizi.

I limiti che si possono rilevare sono insiti nella insufficiente capacità degli ambiti sociali di far corrispondere allo sforzo regionale una adeguata capacità di raccogliere e rendere disponibili le informazioni necessarie per un monitoraggio sistematico dei bisogni e delle risposte.

Il fatto che le conoscenze disponibili dipendano in modo preponderante da indagini ad hoc è un indicatore di questa difficoltà, che va affrontata e superata nel prossimo triennio, con una più organica e sistematica capacità di raccogliere, organizzare e rendere disponibili in modo corrente le informazioni ai diversi livelli.

In particolare è necessario che ogni ambito sociale si metta in grado di documentare le modalità di funzionamento del sistema di offerta sperimentando nuove soluzioni relativamente a questi problemi:

- articolazione e andamento della spesa sociale con riferimento alle sue diverse fonti (fondo regionale, fondo sociale nazionale, fondo sociale comunale, altre fonti di finanziamento);
- concorso alla spesa sociale di ambito da parte delle diverse amministrazioni locali partecipanti alla gestione unitaria dei servizi;
- concorso alla spesa da parte delle persone utenti dei servizi;
- organizzazione dell'offerta prevista dai livelli essenziali per diverse tipologie di bisogni e per ambito;
- forme di offerta integrative del sistema di risposte e loro finanziamento;
- organizzazione degli interventi per tipologia di bisogno e per tipologia di servizio;
- caratteri della domanda emergente dal territorio;
- risultati conseguiti in termini di efficienza e di efficacia;
- misure di soddisfazione rilevate per tipologie di persone e famiglie che ricevono i servizi.

Per garantire omogeneità nella raccolta delle informazioni e nella loro gestione la Giunta Regionale emanerà appositi indirizzi per rendere affi-

dabile la gestione delle informazioni e il loro utilizzo ai diversi livelli, con atto di indirizzo applicativo da adottare entro 120gg dalla data di pubblicazione del presente Piano.

Ogni ambito territoriale è tenuto a predisporre annualmente un rapporto valutativo sullo stato di attuazione del piano di zona e sul grado di raggiungimento dei risultati attesi, sulla base di uno schema tipo regionale. Copia di questo rapporto va trasmesso alla Regione unitamente agli atti di rendicontazione delle spese sostenute.

Il rispetto di questi indirizzi è condizione necessaria per fruire dei finanziamenti del fondo sociale regionale finalizzati alla realizzazione delle azioni innovative.

Nel triennio ogni ambito deve passare da una gestione cartacea delle informazioni, sia di rilevanza professionale che di rilevanza gestionale, ad una gestione informatizzata delle stesse e deve inoltre dotarsi della capacità di gestirle in modo telematico su scala di ambito e nei rapporti con il sistema informativo regionale.

La funzione di coordinamento delle azioni innovative per migliorare il governo delle informazioni e la valutazione partecipata è garantita dall'Osservatorio sociale regionale.

8. FORMAZIONE A SERVIZIO DEI PROGETTI DI SVILUPPO DEI SERVIZI

La crescita della capacità professionale e direzionale è in buona parte riconducibile agli investimenti in formazione. Gli spazi di miglioramento sono individuabili nella insufficiente capacità di collegare il raggiungimento degli obiettivi di piano alle azioni che possono facilitarlo.

Per questo la regione promuoverà azioni formative strettamente collegate alla attuazione delle azioni strategiche per l'innovazione.

Lo stesso dovranno fare gli ambiti nella predisposizione dei piani di zona, specificando quali azioni formative potranno facilitare il conseguimento dei risultati attesi.

Per questo va evitato il rischio di organizzare la formazione con riferimento a fabbisogni formativi che non trovino corrispondenza negli obiettivi della programmazione locale. Va in particolare data priorità alla qualificazione dei processi professionali necessari per realizzare in modo efficace i livelli essenziali di assistenza.

Nella organizzazione della formazione dovrà essere dedicato uno spazio adeguato agli interventi mirati alla qualificazione dei servizi, tali da richiedere uno sforzo complessivo e interprofessionale di tutti di attori

coinvolti, per meglio valorizzare i diversi ruoli, le competenze, le responsabilità, le collaborazioni, gli strumenti facilitanti la presa in carico integrata dei bisogni, la metodologia di lavoro per progetti condivisi con le persone e le famiglie.

La formazione dovrà inoltre contribuire alla qualificazione del sistema informativo e dei suoi caratteri strutturali. Dovrà soprattutto contribuire alla complessiva capacità del sistema di verificare e valutare i processi e i risultati, rendendoli riconoscibili, comunicabili e condivisibili su scala comunitaria.

Per questo le azioni formative vanno pensate e organizzate in ragione degli obiettivi e dei risultati attesi e vanno orientate a tutti gli attori presenti nell'area di servizio da migliorare, indipendentemente dalla loro dipendenza funzionale o dalla loro qualificazione professionale e gerarchica.

La strategia formativa deve cioè privilegiare le ragioni di efficacia, facendo in modo che nelle azioni formative siano compresenti i diversi soggetti interessati alla soluzione dei problemi, per meglio affrontarli e superarli.

Le scelte di metodo devono pertanto essere coerenti con gli obiettivi della formazione e quando i risultati attesi considerano congiuntamente problemi di rilievo teorico e applicativo, anche i percorsi formativi devono articolarsi nei contesti operativi idonei a garantire apprendimenti di natura culturale, metodologica, tecnico-professionale e organizzativa.

Pertanto l'efficacia della formazione non va ridotta alle verifiche di soddisfazione ma va approfondita con riferimento ai cambiamenti concreti che essa produce nei comportamenti professionali, nelle metodologie di intervento, nella documentazione professionale e di servizio, nella qualità di processo professionale e organizzativo.

Le azioni innovative regionali rappresentano un investimento consistente in questa direzione, proprio perché vedranno coinvolti diversi ambiti territoriali, sostenuti da una formazione finalizzata al raggiungimento dei risultati attesi nonché a facilitare la loro generalizzazione a tutto il sistema regionale di servizi alle persone.