

AZIONI DI SISTEMA PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

**N**el corso della programmazione degli interventi FSE 2000-2006 si è ravvisata la necessità di sostenere i processi di riforma in atto nella Pubblica Amministrazione, attraverso Azioni di Sistema gestite a livello centrale dal Dipartimento della Funzione Pubblica, al fine di assicurare, in un'ottica di coesione ed inclusione, omogeneità e coerenza, sul territorio nazionale, a tutti gli interventi rivolti alle Pubbliche Amministrazioni. Ciò ha portato alla definizione di un Programma Operativo Nazionale (PON) di "Assistenza Tecnica e Azioni di Sistema (ATAS)" per le aree Obiettivo 1 e di un PON di "Azioni di Sistema" per le aree Obiettivo 3.

In relazione ad ogni PON, il Formez predispose Piani operativi che, una volta approvati dal Dipartimento e presentati ai Comitati di Sorveglianza, portano poi alla realizzazione di specifici progetti ed interventi.

La compresenza dei due Obiettivi permette al Formez di avviare attività sul territorio nazionale, coinvolgendo tutte le Regioni in un'ottica di sistema e secondo criteri di ottimizzazione e di positivi scambi di esperienze.

L'approccio perseguito dal Formez, che trova nel Piano la sua concreta espressione, vede le Azioni stesse come derivanti da due principi complementari e convergenti. Alcune Azioni nascono dal basso, da una lettura dei singoli, specifici contesti e, attraverso processi successivi di modellizzazione e "de-contestualizzazione", consentono di portare a sistema quello che i contesti hanno prodotto. Così facendo, l'Azione di Sistema "restituisce" ai territori le loro stesse esperienze, attribuendo valore aggiunto e consentendone riusabilità e diffusione. Altre Azioni, di converso, nascono con una visibilità dall'alto, meno impegnata nella gestione del quotidiano e più aperta alla ricerca, all'esperienza di nicchia o di "frontiera". In questo caso il modello proposto viene poi immediatamente offerto ai territori per la sperimentazione, perché siano i territori a consentirne di apprezzare il valore e l'utilità, e a dare concretezza ai modelli e corpo alle ricerche, oltre che a decretarne l'utilizzabilità. In questo caso l'Azione di Sistema "ritorna" al centro, che potrà dunque avviarne la diffusione su più ampia scala.

Questa collana si inserisce a pieno titolo nello spirito delle Azioni di Sistema dal momento che nasce per dare sia maggiore diffusione ai risultati dei progetti realizzati dal Formez, sia maggiore organicità alle Azioni, attraverso una riflessione e un dibattito sulle stesse, sulle opportunità e modalità di trasferimento di modelli efficaci e di buone pratiche tra amministrazioni.

Carlo Flamment  
Presidente Formez

*Responsabile editoria*  
**Anna Mura**



# 6

## **L' ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DEL WELFARE LOCALE**

**RAPPORTO DI RICERCA**

**Formez**

Formez • Area Editoria e Documentazione

Il volume è stato curato da

*Anna Maria Candela*

Coordinatrice del Progetto PON ATAS Misura II.2-Azione 5.1

con la collaborazione di

*Giordana Mobilio*

Organizzazione editoriale

*Paola Pezzuto, Vincenza D'Elia*



*La Legge di Riforma del Welfare e la successiva modifica del Titolo V della Costituzione richiedono alle amministrazioni regionali e locali, per la concreta attuazione, un approccio nuovo e diverso alla programmazione e gestione delle politiche sociali, in termini di procedure e metodi di lavoro oltre che di adeguamento delle competenze per le risorse umane.*

*Ed è in questo contesto che si gioca l'importante ruolo che il Formez sta svolgendo ormai da alcuni anni per sostenere l'attuazione della riforma del welfare locale. Il Formez ha, infatti, definito un articolato piano di interventi a sostegno del processo di riforma, finalizzato proprio ad accompagnare le strutture e le risorse umane nel percorso di costruzione ed implementazione del sistema integrato di servizi ed interventi in campo sociosanitario.*

*Gli obiettivi che il Formez si è proposto di raggiungere attraverso un programma ampio e diversificato, che prevede l'utilizzo sinergico di risorse nazionali (il progetto CIPA, il PON ATAS Ob. 1 – Misura II.2 – Azione 5.1) e di risorse regionali, sono molteplici: informazione e sensibilizzazione diffusa sui principi e le più importanti innovazioni nel settore delle politiche sociali, analisi degli specifici fabbisogni formativi del personale delle amministrazioni locali, promozione di un processo di accumulazione di competenze per l'utilizzo di strumenti innovativi, sperimentazione di nuovi approcci e nuove metodologie di intervento per la costruzione e attuazione delle politiche sociali, diffusione di buone prassi tra gli operatori del settore pubblico e del settore privato e privato sociale riferite alla programmazione di politiche di welfare integrate e alle modalità di erogazione dei servizi, promo-*



*zione in una logica di governance di reti locali tra gli attori sociali e i referenti dei diversi livelli di governo per la progettazione integrata di interventi in campo socio-assistenziale ed educativo.*

*Questi obiettivi sono perseguiti attraverso un insieme di attività che sono riconducibili a due Linee di Azione: i progetti mirati di dimensione regionale o sub-regionale per offrire l'assistenza formativa e tecnica necessaria per sostenere le programmazioni regionali e locali delle nuove politiche sociali (tali progetti vengono di norma finanziati a valere sulle risorse che le stesse amministrazioni decidono di stanziare), le azioni di sistema per accompagnare e monitorare l'attuazione della riforma del welfare locale in modo da generare una crescita complessiva del sistema.*

*I progetti mirati hanno coinvolto, a partire dal 2001, diverse amministrazioni regionali (Campania, Liguria, Lazio, Toscana, Abruzzo, Puglia) che, con risorse proprie, a valere sui fondi della L.285/1997 e/o della L.328/2000, si sono avvalse, e tuttora si avvalgono, del Formez per il coordinamento e la realizzazione di programmi di intervento in favore del personale regionale e degli enti locali, per le azioni di assistenza formativa e consulenziale a supporto del recepimento delle linee di programmazione regionale e per l'attuazione dei Piani Sociali Regionali.*

*Attraverso gli interventi avviati nell'ambito delle azioni di sistema sono stati realizzati seminari, ricerche, progettati interventi di assistenza formativa e tecnica per la sperimentazione di approcci e di strumenti innovativi per la gestione dei servizi, diffusione di risultati raggiunti in diversi contesti locali mediante l'attivazione di uno spazio web dedicato alle politiche di welfare locale (<http://welfare.formez.it>).*

*In questo volume presentiamo il monitoraggio sullo stato di attuazione della riforma del welfare locale come primo risultato delle azioni di sistema.*

*Il rapporto presenta uno spaccato significativo e diversificato dei sistemi regionali di welfare e contiene molti e interessanti spunti di riflessione per le stesse amministrazioni regionali che hanno contribuito alla sua realizzazione.*

*Valeria Spagnuolo*

# INDICE



9

<b>INTRODUZIONE</b>	11
---------------------	----

## **CAPITOLO 1**

<b>La L. 328/2000, la revisione costituzionale e le normative regionali</b>	17
---	----

1. La L. 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione	19
2. Il percorso verso la riforma	22
3. L'impatto a livello nazionale e regionale	27
4. La normativa regionale successiva alla legge quadro	29
5. I decreti attuativi della L. 328/2000	33
6. Il quadro normativo regionale	34
7. Tavole sinottiche	51

## **CAPITOLO 2**

<b>Funzioni e ruoli di governo</b>	59
------------------------------------	----

1. Funzioni, ruoli, attori	61
2. Le competenze degli attori della L. 328/2000	64
3. L'integrazione sociosanitaria	66
4. La produzione dei servizi	70
5. La promozione e la tutela	74

## **CAPITOLO 3**

<b>La programmazione</b>	79
--------------------------	----

1. I Piani regionali	81
2. I Piani di Zona	83

**CAPITOLO 4****Gestione e reti di servizi** 93

1. Le forme di gestione unitaria dei servizi 95
2. L'articolazione della rete dei servizi  
e i livelli essenziali di assistenza (LIVEAS) 101

**CAPITOLO 5****Il sistema informativo dei servizi sociali** 107

1. Le Regioni e il SISS 109
2. Definizione e funzione 112
3. Architettura dei flussi informativi 115
4. I livelli di realizzazione 116
5. Alcune riflessioni 118

**CAPITOLO 6****Il finanziamento delle politiche sociali regionali** 121

1. Il finanziamento delle politiche sociali  
dopo l'entrata in vigore della L. 328/2000 123
2. Le Regioni e il sistema di finanziamento  
delle politiche sociali 126
3. La spesa regionale per le politiche sociali 132
4. Conclusioni 135

---

## INTRODUZIONE



11



Tra le azioni di accompagnamento all'attuazione della riforma del welfare locale che il Foromez è impegnato a realizzare figurano una serie di azioni di sistema a supporto degli interventi mirati ai singoli contesti regionali.

In particolare è stata sviluppata a partire dall'aprile 2002 una *“Azione di monitoraggio e valutazione dello stato di attuazione della legge 328/2000”*, che prende avvio a circa un anno e mezzo dalla entrata in vigore della stessa legge e dopo la pubblicazione di alcuni importanti atti di indirizzo e di attuazione di espresse previsioni di legge, nonché dopo che molte Regioni hanno ampiamente avviato il processo di recepimento della legge quadro di riforma.

La finalità generale del progetto di ricerca è stata quella di analizzare le azioni realizzate dalle Regioni italiane rispetto alla attuazione del nuovo sistema integrato di interventi e di servizi e di approfondire le modalità con cui anche nel settore delle politiche sociali prende avvio il processo di decentramento delle competenze dal centro alle periferie.

L'attuazione del dettato della Legge Costituzionale n. 3 del 2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, ha aperto, solo pochi mesi dopo l'approvazione della L. 328/2000, uno scenario radicalmente nuovo per l'attuazione della riforma del welfare locale, richiedendo la definizione di un nuovo assetto del sistema delle competenze per la programmazione e la gestione delle politiche sociali, dopo avere riservato alle Regioni le competenze di programmazione sociale, fatte salve le competenze del Governo nazionale per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza in campo sociale e socio-sanitario.

Proprio all'indomani della riforma del Titolo V della Costituzione, quando in molti temevano l'inizio di una fase di stallo che avrebbe rallentato fino ad inficiare i percorsi di costruzione di sistemi integrati di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, così come disegnati dalla L. 328/2000, si è assistito ad un rinnovato impulso nell'azione normativa e programmatica in molte Regioni italiane, che positivamente hanno interpretato le nuove competenze tra-

sferite, elaborando percorsi di recepimento della L. 328/2000 tra loro molto diversi, nei tempi, negli approcci adottati, nelle scelte strategiche e negli strumenti di lavoro.

La diversità percepibile ad una prima osservazione dei percorsi regionali di attuazione della riforma del welfare locale ha reso molto interessante una ricerca sul primo impatto della riforma, rispetto all'attività legislativa e di programmazione delle amministrazioni regionali e sul grado di recepimento da parte dei diversi livelli di Governo territoriale di alcuni degli atti di indirizzo fin qui emanati dal Governo nazionale in attuazione della legge di riforma.

In particolare si è inteso perseguire i seguenti obiettivi:

- analizzare lo stato della legislazione sociale regionale, con particolare riferimento alla organizzazione dei servizi sociali e sanitari e delle specifiche politiche di settore e, in relazione ad essa, verificare la disponibilità di risorse finanziarie proprie e di derivazione nazionale e comunitaria per l'attuazione delle politiche sociali e la gestione del sistema dei servizi sociali; è stato reso oggetto di uno specifico approfondimento l'effetto che le modifiche al Titolo V della Costituzione Italiana hanno potuto determinare sul percorso di recepimento di quanto previsto dalla L. 328/2000 nelle Regioni a statuto ordinario e nelle Regioni a statuto speciale;
- analizzare la tendenza della spesa sociale delle Regioni per valutare come cambia il quadro delle spesa nel triennio 2001-2003, in base agli indirizzi di programmazione già adottati, in relazione al recepimento delle Linee Guida nazionali;
- analizzare la presenza di significative esperienze di programmazione regionale, ai sensi della L. 328/2000, per individuare i casi in cui tale programmazione sta avvenendo nel segno della continuità con il recente passato e i casi in cui tali attività sono assolutamente innovative e, come tali, vissute nell'ottica della sperimentazione, in particolare con riferimento alla cooperazione interistituzionale, al ruolo assegnato alle Province, alla attivazione di tavoli di programmazione concertata aperti anche al terzo settore;
- realizzare una prima rilevazione sul grado di recepimento da parte delle amministrazioni regionali dei compiti loro affidati per l'attuazione della riforma, con particolare riferimento agli atti di indirizzo già emanati dal Governo nazionale e alla definizione dei criteri generali per l'applicazione di nuovi metodi e strumenti di lavoro;
- realizzare una rilevazione dei cambiamenti strutturali o dei processi attivati dalla riforma del welfare locale all'interno delle strutture organizzative e



nei rapporti tra diversi livelli istituzionali, e sulle ipotesi di modernizzazione delle strutture e di acquisizione di nuove competenze specialistiche che sono in corso di definizione nei diversi enti regionali;

- rilevare le iniziative già avviate o in corso di avvio da parte delle amministrazioni regionali come azioni di sistema a supporto delle autonomie locali per l'attuazione della riforma (azioni informative e seminariali, Linee Guida, modelli di accordi di programma, assistenza formativa, task force costituite, affiancamento consulenziale, siti web, ecc.).

Questo primo rapporto di ricerca sullo stato di attuazione della riforma del welfare locale è funzionale ad offrire elementi di valutazione a distanza di due anni dalla approvazione della L. 328/2000, al fine di individuare:

- le aree di maggiore criticità rispetto al grado di informazione e di attenzione da parte dei diversi livelli di governo del territorio per l'attuazione della riforma;
- il primo impatto della riforma sugli assetti organizzativi e sui fabbisogni di nuove professionalità all'interno delle amministrazioni regionali;
- i cluster di amministrazioni rispetto alla diversa velocità di recepimento dei principi della riforma e rispetto alle modalità con cui si attua il processo di decentramento delle competenze;
- alcuni casi di particolare interesse per le esperienze di programmazione avviate e/o per la sperimentazione di percorsi e di strumenti di lavoro innovativi.

Le attività di ricerca sono state rivolte al reperimento e alla ricostruzione di una ampia base documentale sulle normative regionali e sugli atti di programmazione e di indirizzo adottati dalle Regioni, e successivamente alla individuazione di interlocutori qualificati all'interno delle amministrazioni regionali, impegnati nelle unità organizzative principalmente preposte ad elaborare gli indirizzi regionali e le politiche di intervento in campo sociale, per procedere alla realizzazione di interviste mirate, rivolte a ricostruire un quadro complessivo ed articolato sullo stato di attuazione per ciascuna Regione.

Le analisi di tutti i materiali raccolti sono state condotte sia in termini comparativi, per mettere a confronto i diversi contesti regionali e definire la presenza di specifici cluster di amministrazioni regionali rispetto al grado ed alle modalità di attuazione della riforma del welfare locale, sia in termini di approfondimento di casi, che hanno consentito la produzione di singole monografie regionali, illustrate separatamente.



Per la realizzazione della ricerca il Formez ha costituito un coordinamento tecnico-scientifico, coordinato da Emanuele Ranci Ortigosa e Ugo Ascoli, e un gruppo tecnico-operativo affidato all'IRS – Istituto per la Ricerca Sociale di Milano.

Per il Formez la ricerca è stata coordinata da Valeria Spagnuolo ed Anna Maria Candela, con la collaborazione di Giordana Mobilio.

Per l'IRS il Prof. Emanuele Ranci Ortigosa ha diretto il gruppo tecnico-operativo composto da Alessandro Battistella, Ugo De Ambrogio, Emmanuele Pavolini, Barbara Da Roit, Claudia Ruggeri.

La ricerca si è svolta nel corso del 2002 su ciascuna Regione attraverso la raccolta e l'analisi dei testi normativi e della documentazione disponibile, e l'invio di questionari e interviste dirette.

Ringraziamo tutti i coordinatori e dirigenti delle Aree Politiche Sociali delle amministrazioni regionali, per la disponibilità data alla ricostruzione di un quadro di conoscenze così articolato.

I risultati di questo rapporto sono illustrati in dettaglio, incluse le monografie regionali e tutta la documentazione reperita, nel cd rom allegato al presente volume, nonché on-line nelle pagine del canale tematico del sito del Formez dedicato al nuovo welfare locale (<http://welfare.formez.it>).





## **CAPITOLO 1**

17

# **LA L. 328/2000, LA REVISIONE COSTITUZIONALE E LE NORMATIVE REGIONALI**



## 1. La L. 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione

Il processo per la predisposizione ed approvazione di una legge quadro di riforma socio-assistenziale, apertosi fin dalla metà degli anni Sessanta e declinatosi attraverso tante legislature, ha conseguito una sua positiva conclusione con l'approvazione della L. 328/2000. Già dopo pochi mesi da tale approvazione, tuttavia, la L. Cost. 3/2001 ha innovato il dettato costituzionale, modificando il quadro delle competenze tra i diversi livelli di governo per la programmazione e l'attuazione delle politiche sociali, in alcuni casi non aggiungendo chiarezza ad un contesto che, per contro, attendeva maggiore definizione proprio dai decreti attuativi della stessa legge quadro.

Il nuovo testo del Titolo V della parte seconda della Costituzione, con una clausola di tipo residuale (Cost. art. 117, c. 4), attribuisce infatti alle Regioni "la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato" ai commi 2 e 3 dello stesso articolo. Fra le materie riservate allo Stato (Cost. art. 117, c. 2 e 3) non si colloca quella socio-assistenziale, rispetto alla quale le Regioni hanno quindi potestà legislativa primaria, ossia non limitata dai principi fondamentali della legislazione statale, ma soltanto dal rispetto della Costituzione, dell'ordinamento comunitario europeo e dagli obblighi internazionali.

L'affermazione dell'art. 1, c. 7, della L. 328/2000, secondo cui "le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 117 della Costituzione", che, sia pur con una affermazione "in eccesso" (non si ritiene che tutte le disposizioni della L. 328/2000 possano essere indiscriminatamente considerate "principi fondamentali"), aveva un suo significato rispetto alla precedente versione dell'art. 117, viene quindi oggi del tutto svuotata dalla nuova formulazione dello stesso art. 117.

La legge quadro è stata coerente con il "federalismo amministrativo" disegnato dalle riforme degli anni Novanta, impostato su una visione che vede nello Stato l'ente chiamato a fornire l'indirizzo e il coordinamento delle politiche sociali.



La nuova prospettiva costituzionale, invece, non prevedendo più il limite dei principi fondamentali stabiliti dalla legge dello Stato, affida oggi ai legislatori regionali margini di disciplina maggiori e differenti rispetto alla materia sociale così come prevista con la legge 328/2000. Con l'inevitabile conseguenza che i governi regionali potranno e dovranno valutare se e quanto costruire il proprio sistema sociale facendo o non facendo riferimento alla normativa quadro nazionale della L. 328/2000. Questo avvalorava l'affermazione che le Regioni hanno oggi una responsabilità decisiva per dare attuazione alla riforma del welfare locale, nel senso di far compiere ai sistemi di welfare regionali significativi passi avanti verso la costruzione di reti integrate di servizi sociali e sociosanitari, capaci di favorire percorsi di inclusione e di attivazione di tutte le risorse delle comunità locali.

Insieme alla grande responsabilità, le Regioni hanno anche un ruolo decisivo nella formulazione di scelte relative alle politiche, alle strategie di intervento, agli assetti gestionali ed organizzativi, ai criteri e agli strumenti per la regolazione del mercato amministrato dei servizi, tra loro molto diverse e, come tali, interessanti da analizzare e confrontare, perché dall'analisi dei punti di forza e delle criticità possono derivare considerazioni rilevanti per lo studio di percorsi di lavoro efficaci e per la definizione delle condizioni di trasferibilità delle esperienze di successo in altri contesti regionali.

L'affermazione propriamente "federalistica" del nuovo testo dell'art. 114 Cost. "La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni, dallo Stato, enti autonomi, con propri Statuti, poteri e funzioni" trova così una nuova e forte declinazione anche in campo socio-assistenziale.

Il nuovo art. 117, al c. 2, lett. m, riserva però alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Si tratta evidentemente di una norma tesa a salvaguardare tali diritti e a contenere i rischi di forti disuguaglianze e disparità nella loro affermazione e tutela fra le diverse aree del Paese. Le previsioni in merito ai livelli essenziali delle prestazioni della L. 328/2000 (art. 2, c. 2 e art. 22, c. 2 e 4) possono mantenere quindi validità come espressione di potestà legislativa propria dello Stato. E si pone pertanto una esigenza di una loro declinazione in termini più concreti ed operabili, oltre che sostenibili su tutto il territorio nazionale, vista la forte eterogeneità dei sistemi di offerta rilevabili nelle diverse Regioni.

La nuova norma costituzionale afferma quindi una scelta federalista nel campo della politica sociale, ma insieme riconosce e tutela l'esigenza sovra-

regionale di garantire il principio dell'eguaglianza dei diritti di cittadinanza sociale, e ricerca un equilibrio tra tutela dei diritti e riconoscimento della pluralità degli Enti.

Si tratta, evidentemente, di una modalità con cui si è voluto riequilibrare in chiave unitaria, attraverso i richiami ai livelli essenziali e ai doveri di unità ed indivisibilità della Repubblica, le potenziali diversità regionali in materia di politiche sociali.

L'esigenza di impedire una eccessiva divaricazione dei livelli di prestazione nelle Regioni viene ribadita esplicitamente in altre due disposizioni del nuovo testo costituzionale: la previsione di interventi speciali e la previsione di poteri sostitutivi.

L'art. 119 comma 5 attribuisce infatti allo Stato il potere di destinare risorse aggiuntive e di effettuare interventi speciali a favore di determinati enti territoriali "per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona".

L'art. 120 comma 2, per garantire l'equilibrio fra tutela dei diritti e l'autonomia delle Regioni e degli Enti locali, prevede l'attivazione di un potere sostitutivo "quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali" (art. 120, comma 2).

Il mutato quadro costituzionale pone ora complessi problemi interpretativi rispetto alla legislazione regionale. Si tratta di problemi che interferiscono direttamente sull'oggetto di questo lavoro, volto a ricostruire il rapporto fra le previsioni della L. 328/2000 e il vigente quadro istituzionale, programmatico e normativo delle Regioni. È infatti impossibile evidenziare quale sia la normativa regionale oggi in vigore senza affrontare i problemi aperti dal Titolo V e dunque poter ricostruire in che termini i principi della legge quadro sono stati assunti a livello regionale.

Più complessa e problematica è la situazione della legislazione regionale precedente la riforma del Titolo V. In termini giuridici ci pare si debba fare una distinzione fra la legislazione regionale che non contrasta con i principi, sanciti dalla L. 328/2000, perché afferma principi analoghi o coerenti o perché si muove su un terreno gestionale o organizzativo non in contrasto con i principi della L. 328/2000, e la legislazione regionale che, invece, con tali principi dovesse risultare in contrasto. Mentre la prima mantiene ovviamente pieno vigore, la seconda, in base a quanto normato dalla L. 62/1953 deve considerarsi automaticamente abrogata dalla L. 328/2000, e pertanto, se la





22

Regione interessata volesse usufruire delle sue nuove potestà per riaffermarla, dovrebbe di nuovo approvarla.

Il criterio esposto incontra due difficoltà. La prima, “tecnica”, relativa alla identificazione di quali contenuti della L. 328/2000 vanno considerati effettivamente “principi fondamentali ai sensi dell’art. 117” non riformato. La seconda, “politica”, relativa alla probabile indisponibilità delle Regioni interessate al riapprovare una legge già da loro approvata e i cui contenuti rientrano nella loro attuale potestà legislativa, cui si salda la scarsa probabilità di una iniziativa di altri soggetti per far dichiarare giurisdizionalmente abrogata la legislazione regionale in contrasto con i principi della legge quadro.

Effettuata questa sintetica puntualizzazione sull’attuale situazione giuridico-costituzionale, conviene ripercorrere il percorso normativo nazionale e regionale, che è sfociato nella legge quadro di riforma per valutare poi l’effettivo impatto di questa sui più recenti riferimenti normativi e programmatori in campo sociale.

## 2. Il percorso verso la riforma

Al momento della presentazione della legge quadro di riforma del welfare locale, si è da più parti commentato che una complessiva definizione del sistema assistenziale nel nostro Paese era attesa da più di cento anni.

Se questo, in linea generale, è vero, si deve però tenere presente che diversi provvedimenti, negli anni, hanno contribuito in modo rilevante all’attuale definizione del sistema di welfare del nostro Paese.

Un primo elemento da considerare è la competenza delle Regioni in materia sociale prevista dalla nostra Costituzione. Il testo del “vecchio” art. 117 della Costituzione ha comportato qualche iniziale difficoltà interpretativa a causa della terminologia un po’ antiquata e riduttiva, “beneficenza pubblica”, usata per indicare la materia di competenza regionale. Attraverso un lungo dibattito il concetto di beneficenza è stato ricondotto alla più ampia e per allora più aggiornata nozione di assistenza. Un importante passo in merito è rappresentato dal D.P.R. 616/1977, di attuazione della L. 382/1975, che declina tale materia come relativa a tutte le attività assistenziali riguardanti erogazione di servizi o prestazioni economiche non a carattere previdenziale. L’art 22, infatti, fornisce una nuova e più moderna definizione della beneficenza pubblica intesa, ora, come quell’insieme di attività *“che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione dei servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore di singoli o di*

*gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate”.*

Il D.P.R. 616/1977 rappresenta anche l'atto fondamentale con cui si sono definite le competenze e l'articolazione dell'attuale sistema assistenziale. Insieme alla riforma sanitaria, segna il passaggio da un sistema centralistico e insieme frammentario, costituito da una molteplicità di enti nazionali e locali, ad un assetto organico in cui si sostanziano i nuovi principi della politica sociale.

Con esso, relativamente al campo socio-assistenziale, si afferma tanto una più compiuta competenza normativa delle Regioni, che devono però operare nel quadro dei principi nazionali (principi che in assenza di una legge quadro di riforma non è dato di individuare con chiarezza), quanto la riagggregazione delle competenze amministrative in capo ai Comuni. L'art. 25 sancisce, infatti, l'esclusiva competenza comunale in ordine all'organizzazione ed erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza, assegnando alle Regioni funzioni di programmazione, coordinamento, organizzazione e spesa.

Il D.P.R. 616/1977 prevede, inoltre, che le Regioni determinino gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione tra gli enti locali territoriali e, se necessario, anche forme obbligatorie di associazione tra gli stessi. In questo modo si cerca di superare il grave limite che l'affidamento del sistema di servizi sociali agli Enti Locali incontra, derivante dall'elevato numero di Comuni di piccole dimensioni che caratterizza la situazione italiana. Purtroppo tale possibilità riaggregativa non è stata usata e i Comuni hanno, anche per questo, da un lato visto ridursi il proprio ruolo nei confronti delle ASL per la programmazione dei servizi sociali e sociosanitari, dall'altro hanno perso una rilevante occasione per organizzare reti integrate di interventi e servizi sociosanitari su scala sovracomunale.

Gli anni '80 vedono, in assenza di una legge quadro di riforma dell'assistenza, da più parti invano sollecitata, una produzione normativa estesa ma disomogenea da parte delle Regioni.

Le materie indicate dal D.P.R. 616/1977, infatti, sono state variamente trattate nelle leggi di riordino regionali, che si sono differenziate, oltre che per il loro riferimento a realtà territoriali diverse tra loro, anche per gli orientamenti di merito, che risentono anche del lasso cronologico lungo e segnato da accelerati cambiamenti in cui sono state approvate: si pensi che tale legislazione prende avvio nel 1982 con la Legge Regionale del Veneto e si estende fino al 2000, anno della Legge Regionale della Basilicata.

Ha concorso ad accentuare le differenze tra, ed anche entro, le diverse aree del Paese anche il mancato, o parziale, esercizio delle funzioni assegnate dal D.P.R. 616/1977 da parte di alcune Regioni, soprattutto nel Mezzogiorno.





Le Regioni, comunque, negli anni Ottanta e Novanta si sono imposte come attori rilevanti delle politiche sociali, effettuando proprie scelte anche in tema di ripartizione delle competenze in materia socio-assistenziale fra il livello regionale, provinciale, dei Comuni e delle Unità Sanitarie Locali.

Per quanto riguarda le competenze attribuite ai Comuni bisogna tener presente che esse venivano a definirsi concretamente anche in base a come le leggi regionali definivano il ruolo delle USL, e, di conseguenza, il rapporto fra i Comuni e queste ultime. La riforma sanitaria, infatti, approvata con la L. 833/1978, istituendo le USL, ne assegnava la gestione ai Comuni. Le Regioni potevano a loro volta promuovere una gestione unitaria dei servizi sanitari e socio-assistenziali nelle USL, anche attraverso deleghe dei Comuni per l'esercizio delle loro funzioni socio-assistenziali.

Gli approcci regionali in materia sono stati assai differenti: alcune Regioni hanno promosso la gestione integrata dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali (in tutto o in parte) nelle USL; altre Regioni hanno più valorizzato per la gestione dei servizi sociali direttamente i Comuni; altre ancora hanno di fatto o di diritto optato per una netta separazione fra i servizi sanitari e sociosanitari in capo alle USL e quelli socio-assistenziali in capo ai Comuni. Tutto ciò ha avuto ripercussioni evidenti soprattutto sulle modalità di erogazione dei servizi sociosanitari e sulla individuazione dei centri decisionali in materia.

Le normative regionali di riordino hanno anche definito ruoli, atti e procedure programmatiche, con compiti per le Regioni di indirizzo, coordinamento e verifica delle attività, approvazione degli atti di programmazione locale, ripartizione dei finanziamenti dei neocostituiti Fondi Sociali Regionali, esercizio delle funzioni amministrative inerenti alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza (IPAB).

Negli anni Novanta si assiste ad un forte impulso al decentramento. In tal senso opera la L. 142/1990 sull'ordinamento delle autonomie locali, che contiene disposizioni tese a rafforzare l'autonomia degli Enti Locali e a formalizzare una situazione che si andava ormai consolidando nella cultura politica e nella prassi amministrativa.

Il Comune viene considerato come l'istituzione pubblica alla quale è attribuita la funzione di rappresentare gli interessi della comunità e di garantirne e promuoverne la soddisfazione. L'art. 2 stabilisce infatti che *“l'Ente locale ha il compito di interpretare le esigenze della popolazione e di programmare gli interventi ed i servizi più opportuni...”*. Vengono inoltre previste forme associative tra Comuni, lo strumento dell'accordo di programma, nonché introdotte modalità innovative per la gestione dei servizi sociali da parte degli Enti Locali.

In seguito alla L. 142/1990, alcune Regioni hanno rivisto le precedenti leggi di riordino e in alcuni casi hanno adottato nuovi provvedimenti per regolare il sistema socio-assistenziale, ed in particolare i rapporti tra Comuni e Aziende USL, in considerazione anche della ridefinizione di queste ultime come enti strumentali della Regione ad opera dei decreti legislativi di riforma della sanità 502/92 e 503/93, che estromettono totalmente i Comuni dalla gestione di tali aziende.

La L. 142/1990 e la successiva L. 59/1997, con i relativi decreti attuativi (riforma Bassanini), realizzano anche in campo sociale il massimo decentramento amministrativo compatibile con i principi costituzionali allora vigenti. Il D.Lgs. 112/98 completa infatti il conferimento alle Regioni e agli Enti Locali di tutte le funzioni e i compiti amministrativi in materia di “Servizi Sociali”, intesi come il complesso di attività relative alla “predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita...”. Come si vede, la definizione del campo, dalla iniziale beneficenza pubblica, attraverso il D.P.R. 616, fino al D.Lgs. 112/1998, ha fatto un certo cammino, grazie all’evoluzione della cultura e della sensibilità sociale su tali temi, ed alle esperienze concretamente realizzate. Anche se ancora non si scorgono accenni al principio di inclusione sociale, come si è andato affermando negli anni successivi.

Tale decreto stabilisce espressamente che “nell’ambito delle funzioni conferite sono attribuiti ai Comuni i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, anche con il concorso delle Province” (art.131), ad eccezione di quelli espressamente riservati allo Stato e di quelli affidati all’INPS. Le Regioni debbono provvedere alla puntuale individuazione delle funzioni trasferite o delegate ai Comuni e agli Enti Locali e di quelle mantenute in capo alle Regioni stesse.

Come si vede, al momento della introduzione della L. 328/2000 le Regioni hanno già assunto in materia sociale un ampio ruolo normativo e programmatico, diversamente interpretato e sviluppato però nelle diverse zone del Paese, con conseguenti notevoli differenze nel sistema amministrativo e, quel che più importa, nel livello di servizi assicurati alla popolazione.

La legge quadro dei servizi sociali, dal punto di vista degli assetti istituzionali, delinea un impianto complessivo delle funzioni di amministrazione e di gestione dei servizi sociali coerente con il federalismo amministrativo attuato con le riforme degli anni Novanta. Infatti si conferma il ruolo di regia in materia di servizi sociali assegnato ai Comuni. Essi non solo hanno il compito di programmare i servizi, ma anche quello di promuovere le risorse nel-





le comunità locali. I Comuni sono i titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali e concorrono alla programmazione regionale. Data la loro diversificata situazione socio-demografica, sono chiamati ad esercitare tali funzioni adottando sul piano territoriale che descriva gli assetti più funzionali alla gestione, alle risorse ed al rapporto con i cittadini.

I Comuni, singoli o associati, sono quindi impegnati a sviluppare e meglio qualificare la loro funzione di programmazione e governo delle politiche sociali. Il Piano di Zona è per la L. 328/2000 lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione delle politiche locali e dei vari servizi, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali in una scala dimensionale adeguata. La istituzionalizzazione del Piano di Zona come strumento di pianificazione degli interventi locali in materia sociale sancisce del resto una tendenza già in atto che aveva trovato una spinta propulsiva nella L. 285/1997, che per prima ha introdotto su tutto il territorio nazionale modalità di progettazione interistituzionale improntate alla sussidiarietà.

Il Piano di Zona assume valore, innanzitutto, per i suoi contenuti: linee ed indirizzi di politica sociale, bisogni prioritari e coerenti strategie di intervento, risorse disponibili, soggetti istituzionali e sociali interessati, risultati attesi, standard di funzionamento e di efficacia, assetti gestionali ed organizzativi, responsabilità gestionali, forme e modalità di controllo, di verifica, di valutazione.

Anche il "processo di elaborazione" dei Piani di Zona assume grande importanza, poiché, nella misura in cui valorizza effettivamente la partecipazione dei diversi attori e portatori di interessi in campo sociale, rappresenta la prima fase in cui si realizza sul territorio la sussidiarietà orizzontale e si rafforza l'efficacia della programmazione, aumentando la probabilità che le politiche progettate grazie al consenso e alla collaborazione di tanti soggetti possano davvero trovare realizzazione.

Alle Regioni, ribadite le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali e di verifica della loro attuazione a livello territoriale, la L. 328/2000 affida la determinazione, attraverso forme di concertazione con gli Enti Locali, degli ambiti territoriali e degli strumenti e delle modalità per la programmazione e la gestione unitaria del sistema locale dei servizi a rete.

Le attribuzioni provinciali si delineano invece sempre più come funzioni di concorso alla programmazione regionale e di zona e di coordinamento degli interventi territoriali, oltre che di formazione professionale e di raccolta dati per l'elaborazione del sistema informativo.

La legge quadro riserva allo Stato le funzioni già previste dal D.Lgs. 112/1998: il conferimento delle risorse finanziarie; l'indirizzo delle politiche

sociali; la determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale effettuata attraverso il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali; infine, per garantire uniformità di trattamento dei destinatari delle prestazioni e degli interventi, l'individuazione dei "livelli essenziali delle prestazioni".

Con la legge quadro dei servizi sociali, oggetto di un lungo dibattito, si è quindi cercato di coordinare gli orientamenti regionali in materia sociale secondo indirizzi complessivi che ridefiniscono i principi di fondo del nostro sistema di welfare. Dal momento della introduzione della L. 328/2000, infatti, i provvedimenti regionali in contrasto con i principi nazionali dovevano considerarsi abrogati, e le Regioni avrebbero dovuto assumere nuove iniziative legislative coerenti con il disposto della legge nazionale. La successiva riforma costituzionale ha però modificato questo orientamento di fondo, come già si è visto.



### 3. L'impatto a livello nazionale e regionale

Prima di procedere all'analisi delle normative regionali in materia di servizi sociali, è opportuno svolgere qualche considerazione complessiva sull'impatto della L. 328/2000 sull'assetto complessivo delle politiche sociali in Italia.

Dopo il duro confronto parlamentare e la corsa contro il tempo per l'emanazione di decreti applicativi, l'energia propositiva della L. 328/2000 ha vissuto momenti di discontinuità. L'attuale Governo ha provveduto nella primavera del 2002 ad istituire le due Commissioni previste dalla legge 328/2000 – la Commissione Povertà e la Commissione tecnica per il sistema informativo dei servizi sociali – ha aperto in autunno un confronto con le Regioni sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS) e sulle prospettive future delle politiche sociali è stato da poco pubblicato il Libro Bianco del Welfare.

La legge quadro di riforma dei servizi sociali ha perso, come abbiamo visto, buona parte della sua forza cogente, ma ha comunque avuto effetti che vanno al di là del profilo propriamente giuridico.

Va innanzitutto considerato l'impatto in termini culturali che la legge quadro ha avuto, e continua ad avere, non perché essa abbia inventato cose nuove, ma perché essa ha raccolto e istituzionalizzato una serie di esigenze e di contenuti maturati negli anni nella riflessione culturale e nelle esperienze concrete dei territori, ed ha proposto un quadro di principi fondanti per i nuovi sistemi di welfare locali. Tutte le Regioni, sia quelle che già prima della legge quadro avevano un sistema di servizi in qualche modo anticipatore della riforma, sia quelle che ancora oggi stentano a raccogliere le indicazioni di metodo che la riforma suggerisce, hanno dovuto confrontarsi con la sfida



al cambiamento che la L. 328/2000 ha lanciato. Il dibattito sui servizi sociali dopo la legge ha coinvolto tutti gli attori istituzionali e sociali e ha conseguito un livello di coinvolgimento che non ha eguali negli ultimi decenni.

Certo non tutte le Regioni hanno assunto l'impostazione o hanno risposto agli stimoli della legge, ma il suo apporto alla maturazione culturale è stato essenziale per far crescere la consapevolezza del ruolo centrale dei servizi sociali per la collettività, anche nelle più ampie strategie di promozione dello sviluppo locale.

Analizzando il modo in cui le Regioni si stanno muovendo nel campo delle politiche sociali, possiamo quindi legittimamente tenere come punto di riferimento per valutazioni e confronti i contenuti della L. 328/2000.

Del resto questa legge non ha svolto unicamente una funzione di sensibilizzazione del dibattito, ha anche prodotto un risultato concreto di grande rilevanza: per la prima volta si è potuto assistere in molte aree del Paese all'attivazione di una programmazione integrata dei servizi, attraverso quei Piani Sociali Regionali e quei Piani di Zona che la legge quadro prevede come necessari per l'utilizzo delle risorse nazionali aggiuntive che sono state messe in campo contestualmente alla emanazione della L. 328/2000. Non in tutte le Regioni, ovviamente, ai Piani di Zona è stata data la medesima rilevanza, ma rimane il fatto che, grazie anche alla esistenza di risorse aggiuntive, la legge di riforma ha potuto attivare un processo di programmazione integrata che da molto tempo si voleva implementare. I Piani di Zona rappresentano probabilmente il risultato più significativo che la riforma ha lasciato in eredità al sistema dei servizi sociali, un elemento di innovazione cruciale anche per i nuovi sistemi di welfare regionali.

Altri aspetti della legge quadro non hanno avuto analoga riproposizione e occasioni di recepimento convinto nei contesti regionali, che hanno spesso manifestato una certa inerzia, in parte giustificata dalla complessità dei problemi e dalle incertezze che la riforma costituzionale e il mutare del Governo nazionale alimentavano.

Subito dopo l'approvazione della L. 328/2000, nonostante i dubbi da più parte avanzati sulla effettiva possibilità dell'esecutivo di emanare in tempi brevissimi i decreti previsti dalla stessa legge quadro per regolamentare in modo più puntuale importanti questioni da essa trattate, il Governo allora in carica, negli ultimi mesi di attività, ha emanato quasi tutti i decreti applicativi previsti, rimandando alle Regioni il compito di adottare corrispondenti provvedimenti di loro competenza.

La fretta con cui sono stati realizzati i decreti e l'esigenza di avere il consenso unanime delle Regioni, date le circostanze, ha comportato ampi margi-

ni di indeterminatezza nelle materie trattate. Tanto che i decreti applicativi talora non si discostano in modo particolare dal contenuto della legge quadro, mancando di alcuni elementi di specificazione che sarebbero stati necessari per orientare effettivamente le decisioni regionali. È pur vero che solo in pochi casi le lacune normative e regolamentari riscontrabili hanno costituito alibi per il rinvio dell'attuazione della riforma da parte delle Regioni.

Quasi sempre tali lacune hanno comportato per le Regioni maggiori difficoltà ad intervenire.



#### 4. La normativa regionale successiva alla legge quadro

Le Regioni hanno più volte ribadito che in seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione la materia sociale è ora di loro competenza esclusiva, ragione per cui è nella loro discrezionalità predisporre o meno un intervento normativo in applicazione della legge quadro. In realtà, per il principio di continuità, la legislazione statale previgente deve essere considerata in vigore fino a quando il legislatore regionale non intervenga ad approvare una nuova normativa in contrasto con la preesistente disciplina statale, il che significa che in assenza di una Legge Regionale, che legittimamente introducesse elementi normativi anche incompatibili con la L. 328/2000, quanto previsto dalla legge quadro rimane in vigore ed ha carattere dispositivo. Da qui la necessità di legiferare proprio per le Regioni che volessero discostarsi dai contenuti della stessa legge quadro.

Comunque, nonostante il loro continuo richiamo alla potestà legislativa regionale in materia sociale, le Regioni stanno procedendo con molta lentezza nell'esercizio dell'attività regolamentare che pure hanno fortemente rivendicato. In effetti provvedimenti essenziali per dare una svolta significativa, e per regolare e orientare il sistema di welfare dal punto di vista organizzativo-gestionale non sono stati ancora predisposti dalla gran parte delle Regioni: si pensi, a titolo di esempio, alle leggi in tema di accreditamento, alla normativa sulle IPAB, alle regole per la esternalizzazione dei servizi, alle modalità per promuovere la gestione unitaria dei servizi da parte dei Comuni, ai criteri per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni.

Alcune Regioni hanno però provveduto a definire, almeno in termini generali, le proprie linee di politica sociale, approvando una legge di riordino o piani regionali. E se alcuni di questi piani precedono la L. 328/2000, essi per lo più non si discostano dagli orientamenti di questa, perché sono stati predisposti in un momento in cui i fondamenti della riforma erano conosciuti e particolarmente dibattuti in tutto il Paese.



Richiamiamo ora sinteticamente gli orientamenti delle Regioni rispetto ad alcuni contenuti nodali della L. 328/2000. Si tratta di aspetti del sistema complessivo dei servizi sociali che la legge quadro definisce in linea di principio e sui quali prevede un intervento normativo delle Regioni.

### **Definizione di politiche integrate**

La L. 328/2000 fa riferimento alla programmazione di politiche sociali, sanitarie, scolastiche, del tempo libero, del reinserimento lavorativo, dei trasporti e delle comunicazioni tra loro integrate. Tutte le Regioni che hanno adottato propri Piani Sociali Regionali hanno prevalentemente definito strategie programmatiche e tipologie di interventi per tutti gli obiettivi di settore in campo sociale, così come richiamati nel Piano Sociale Nazionale, rinviando a successivi atti la ricerca della reale integrazione con le politiche sanitarie, scolastiche, lavorative, abitative. Un approccio originale e innovativo è quello assunto, per l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, dalla Regione Toscana con la Società della Salute, che, tuttavia, incontra non poche difficoltà nella definizione dei percorsi di attivazione e dei modelli di gestione.

### **Piani di Zona**

La progettazione integrata dei servizi attraverso i Piani di Zona rappresenta come abbiamo visto un elemento centrale della legge 328/2000. Ad oggi quasi la metà delle Regioni ha previsto la realizzazione dei Piani. Un elemento di differenziazione è dato dalla durata del Piano di Zona, annuale oppure triennale, che è conseguenza della scelta delle Regioni di emanare, rispettivamente, Linee Guida di Programmazione Sociale ovvero Piani Sociali Regionali.

### **Determinazione degli ambiti territoriali**

Si tratta del punto della legge quadro che è stato oggetto del massimo impegno regionale: tutte le Regioni hanno regolamentato gli ambiti. Di norma gli ambiti sono coincidenti con i distretti sociosanitari, poche le eccezioni. Tuttavia si deve rilevare che in molte Regioni i distretti sociosanitari sono una realtà non consolidata, oppure non sono ancora costituiti, il che renderà più difficile l'incontro tra Enti diversi per una programmazione comune.

### **Definizione dei criteri per i finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore**

Tra le Regioni che alla fine del 2000 non hanno ancora definito i criteri di riparto delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), figurano la Puglia e la Calabria. Pur in presenza dei criteri di riparto definiti, in Regioni come la Calabria, si è proceduto all'utilizzo diretto delle risorse indistinte, mantenendo, invece, bloccate le risorse finalizzate, cioè quelle la cui spesa è vincolata per aree prioritarie di intervento. Vi sono, inoltre, alcune Regioni – come la Sardegna, il Molise, il Lazio, l'Abruzzo – che hanno proceduto a ripartire le risorse tra i Comuni, e ad erogarle, in assenza di Linee Guida o altri atti di programmazione regionale capaci di orientare le modalità di utilizzo delle stesse risorse da parte dei Comuni.



### **Definizione dei livelli essenziali di prestazioni sociali (LIVEAS) erogabili sotto forma di beni e servizi.**

Le Regioni sono molto indietro, oltre che per la complessità della materia, soprattutto perché in attesa di indicazioni nazionali sulla definizione di caratteristiche delle prestazioni, standard e dotazione di risorse per quanto attiene i livelli essenziali di assistenza sociale. Al momento solo il Lazio, con un provvedimento assai recente, ha emanato indirizzi in materia.

Alcune Regioni, come l'Abruzzo e la Basilicata, si limitano con i rispettivi Piani Sociali Regionali, ad individuare alcune attività e alcuni servizi da considerare essenziali, pur in assenza di standard e di altre specifiche per il dimensionamento e la distribuzione di tali servizi “essenziali” sul territorio. A livello locale, con i Piani di Zona, si sono talora prese in considerazione le indicazioni fornite dall'art. 22 della L. 328/2000, sui livelli essenziali, in particolare rispetto alla introduzione del servizio sociale professionale e del pronto intervento. Per gli altri servizi indicati come essenziali, se già esistenti sul territorio, pur senza una omogenea distribuzione, la programmazione integrata si è generalmente limitata ad estenderne la presenza anche nei piccoli Comuni.

### **Inserimento delle IPAB nella rete dei servizi attraverso una loro ridefinizione giuridica**

Le Regioni non hanno ancora deciso nulla in merito, ad eccezione della Lombardia, prima Regione in Italia ad avere adottato un atto legislativo per il

riordino delle IPAB (L.R. n. 1 del 13 febbraio 2003). Il dibattito è particolarmente articolato e vivace.

Progetti di legge sono stati predisposti e sono attualmente in discussione in alcune Regioni (Veneto, Liguria).

Si deve sottolineare la previsione esplicita, da parte della L.R. n.13/2000 della Puglia delle IPAB quali soggetti gestori dei servizi previsti dai Piani di Zona, per conto dei Comuni, in particolare dei piccoli Comuni.

### Riorganizzazione della rete di relazioni con i soggetti del privato sociale

Le Regioni avrebbero dovuto regolamentare le relazioni contrattuali configurabili per la esternalizzazione dei servizi sociali tra ente pubblico e soggetti no profit ma, con l'eccezione della Regione Campania, non l'hanno fatto. Le norme di riferimento sono generalmente precedenti alla L. 328/2000 e sono piuttosto generiche. La valorizzazione del volontariato non ha trovato ancora una regolamentazione da parte delle Regioni, che, peraltro, potrebbe trovare una prospettiva positiva nella introduzione dei criteri e delle procedure per l'accreditamento dei soggetti del terzo settore, impegnati nella erogazione di servizi così come nella gestione di strutture sociali.

L'accreditamento è molto dibattuto a tutti i livelli istituzionali, ma le Regioni non hanno ancora emanato alcuna norma di riferimento in merito. Gli orientamenti espressi dalle Regioni rivelano una tendenza a considerare l'accreditamento, o almeno la sua impostazione, una competenza regionale, a differenza di quanto previsto dalla L. 328/2000 che l'assegna ai Comuni. Sono strettamente correlati alla disciplina dell'accreditamento le normative sull'autorizzazione al funzionamento delle strutture sociali che erogano servizi residenziali e semiresidenziali, rispetto a cui alcune Regioni hanno una disciplina consolidata (ad esempio il Veneto, la Liguria, la Toscana), altre invece hanno una disciplina in corso di definizione (come l'Abruzzo e la Campania), mentre altre Regioni non hanno ancora avviato un lavoro in tal senso.

### Definizione dei criteri per la concessione dei titoli all'acquisto dei servizi

I titoli all'acquisto dei servizi hanno rappresentato un elemento notevolmente dibattuto in occasione della definizione dei Piani di Zona. Le Regioni non utilizzano tutte la stessa terminologia per indicare questi diversi stru-



menti: voucher, buoni servizio, assegni di cura. Ciò accresce le difficoltà quando si debbano interpretare e confrontare le diverse scelte regionali che, di fatto, offrono chiavi di lettura diverse rispetto al modo di essere il soggetto pubblico anche “regolatore del mercato amministrato dei servizi”, in cui il cittadino/utente non può essere lasciato solo nella valutazione dei propri bisogni né nella individuazione della risposta più adeguata all’interno del sistema di offerta. L’orientamento condiviso è, di fatto, l’utilizzo di questi strumenti per aumentare l’autonomia di scelta dell’utente e allo stesso tempo conseguire una diminuzione della spesa sociale. Questo spiega come sia prevalente il ricorso alle provvidenze economiche erogate alle famiglie che trovano una risposta al loro interno al bisogno di assistenza, mentre i titoli per l’acquisto di servizi professionalizzati hanno incontrato un favore più dottrinario che pratico. La Lombardia e la Liguria sono più avanti in questo processo di cambiamento; esistono alcune sperimentazioni, anche importanti, ma nel complesso del Paese i titoli all’acquisto di servizi sono più dibattuti che utilizzati.



## 5. I decreti attuativi della L. 328/2000

---

- DPCM 15 dicembre 2000 “Riparto tra le Regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora”, in attuazione dell’art. 28 della L. 328/2000. Pubblicato sulla G.U. del 23 marzo 2001, serie generale, n. 69.
- DM 21 maggio 2001 n. 308 recante regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell’art.11 della L. 328/2000. Pubblicato sulla G.U. del 28 luglio, serie generale, n. 174.
- D.P.R. 3 maggio 2001 recante “Approvazione del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali per il triennio 2001-2003, in attuazione dell’art. 18 della L. 328/2000. Pubblicato sulla G.U. del 6 agosto 2001, supplemento ordinario n. 204.
- D.Lgs. 4 maggio 2001 n. 207 recante “Riordinamento del sistema delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, a norma dell’art.10 della L. 328/2000. Pubblicato sulla G.U. del 1° giugno 2001, serie generale n. 126.



- DPCM 30 marzo 2001 recante Atto di Indirizzo e coordinamento sui rapporti Regioni - Enti locali - terzo settore, in attuazione dell'art. 5 della L. 328/2000. Pubblicato sulla G.U. del 14 agosto 2001, serie generale n. 188.
- DM concernente la definizione dei profili professionali delle figure professionali sociali, in attuazione dell'art. 12, comma 1, della L. 328/2000.
- DM in attuazione dell'art. 12, comma 2 della L. 328/2000 concernente la definizione delle figure professionali sociali da formare con i corsi di laurea e con corsi di formazione organizzati dalle Regioni e dei criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione.
- DM recante istituzione della Commissione tecnica per il sistema informativo dei servizi sociali, in attuazione dell'art. 21 della L. 328/2000.
- DPCM per l'istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale di durata triennale, in attuazione dell'art. 27, comma 4, della L. 328/2000.

## 6. Il quadro normativo regionale

### Interventi delle singole Regioni

#### ABRUZZO

La L.R. 22/98 “*Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale - Piano Sociale Regionale 1998-2000*” ha anticipato le linee ispiratrici della riforma dell'assistenza con l'intento di realizzare un sistema organico di servizi e interventi di assistenza sociale.

Con l'approvazione del “*Documento di Linee-Guida per l'adozione del Piano di Zona dei servizi sociali*” – DGR n. 3105/98 –, ha avuto concreto avvio la riforma delineata dal Piano Sociale Regionale.

Fra il settembre 1999 e il marzo 2000 sono stati presentati, e regolarmente approvati, tutti e 35 i Piani di Zona. Solo in quattro casi vi è stata un'approvazione condizionata alla produzione di ulteriori precisazioni, tutte puntualmente fornite e recepite formalmente dalla Regione.

Il “*Piano Sociale 2002-2004*”, approvato con DCR 69/2002, consolida e sviluppa il sistema di welfare avviato dalla precedente programmazione regionale.

In fase di costruzione del nuovo Piano, con DGR 758/2001, è stato approvato un “*Rapporto intermedio*” sullo stato dell’arte degli interventi e delle politiche sociali

Il primo triennio dei Piani di Zona si è concluso alla fine del 2001 e la Regione ha scelto di prorogarne l’efficacia dell’impostazione dal 2001 al 2002.

Con DGR 804/2002 la Giunta ha approvato la “*Guida per la predisposizione e approvazione del Piano di Zona dei servizi sociali 2002-2004*”.

È stata adottata dalla Giunta una delibera con la quale si è avviato un sistema provvisorio (direttive per autorizzazione provvisoria - DGR del 12 dicembre 2001, n. 1230) di autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali.

È in corso di elaborazione un disegno di legge per il riordino delle IPAB.

È stata inoltre adottata una Delibera di Giunta Regionale che recepisce l’Atto di Indirizzo e coordinamento del Governo, per l’applicazione dei livelli essenziali nell’area socio-sanitaria (LEA), ma rinvia di fatto ad altro provvedimento che disciplinerà gli aspetti in cui vi sono margini di discrezionalità.

## BASILICATA

La Regione Basilicata ha iniziato il processo di riordino dei servizi sociali con la L.R. 50/80 “*Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali*” che definiva la sua natura transitoria in attesa della legge di riforma dell’assistenza. La legge dettava norme relative ai tipi e alle modalità di intervento, alla gestione coordinata e integrata dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari, al modello organizzativo e funzionale articolato nel territorio, dei servizi medesimi.

La L.R. 25/1997 “*Riordino del sistema socioassistenziale*” ha dettato un modello organico di programmazione degli interventi e determinato il nuovo assetto organizzativo ed istituzionale, a partire da una nuova individuazione delle competenze da parte dei soggetti pubblici titolari.

La legge prevede inoltre il Piano socio-assistenziale quale strumento operativo per l’attuazione dei servizi, degli interventi e delle azioni di natura sociale.

Con DCR 1280/99 la Regione ha adottato il primo “*Piano socio-assistenziale 2000/2002*”.

Per favorire l’avvio concreto della riforma, la Regione ha provveduto, con DGR 1760/2000 a fornire assistenza tecnica ai Comuni per l’implementazione del Piano Sociale Regionale, dopo avere definito gli ambiti territoriali (in tutto 15).





I Comuni hanno provveduto a costituire uffici comunali di servizio sociale per la predisposizione delle bozze dei primi Piani Sociali di Zona, di cui nel corso dell'ultimo semestre 2002 si è avviata l'attuazione, sulla base della DGR 2726/2002, con cui la Giunta ha provveduto all'approvazione dei primi Piani di Zona e alla assegnazione dei fondi ai Comuni capofila di ambito. Nella stessa delibera la Regione stabilisce i criteri di riparto e le modalità di gestione delle risorse.

Per quanto riguarda le autorizzazioni delle strutture residenziali e semiresidenziali, è attualmente in vigore soltanto il sistema delle autorizzazioni per le strutture socio-assistenziali per minori ed anziani.

La Regione intende avviare in tempi brevi il lavoro sulla nuova normativa sulle IPAB.

La DGR 2726/2001 contiene l'indicazione delle dotazioni territoriali minime di servizi, che apre la strada ad un lavoro regionale sui LIVEAS. Non sono ancora stati disciplinati i LEA.

Per quanto concerne l'affidamento dei servizi, la Regione Basilicata ha provveduto all'inizio del 2002 a fornire schemi di riferimento per la definizione di Convenzioni e l'espletamento di procedure di evidenza pubblica a tutti gli ambiti territoriali.

## CALABRIA

La Regione Calabria ha iniziato il riordino dell'organizzazione dei servizi socio-assistenziali con la L.R. n. 5/1987 *“Riordino e programmazione delle funzioni socio-assistenziali”*, successivamente aggiornata e modificata dalla L.R. n. 13/94.

Si tratta di una normativa c.d. organizzativa – procedurale che, in assenza delle legge quadro statale, ha ordinato le norme in materia sulla base del nuovo assetto organizzativo delle USL e delle competenze previste per gli Enti Locali, singoli o associati. (D.P.R. 616/77).

La L.R. 2 maggio 2001, n. 7 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2001 e pluriennale 2001/2003 della Regione Calabria - Legge Finanziaria”* ha previsto che la Regione, in attesa della Legge Regionale di riordino della normativa in materia di servizi sociali, impronti la propria attività e gli interventi in materia, ai principi ed alle norme della L. 328/2000.

Con DPGR 64/2002 si è provveduto a modificare la struttura del Settore Servizi Sociali all'interno dall'Assessorato agli Affari Sociali e ad istituire unità operative decentrate presso tutti i Comuni capoluoghi di Provincia.

Con DGR n. 212/2002 “*Realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi sociali*” la Giunta Regionale ha provveduto ad elaborare una proposta di legge per l’attuazione della L.328/2000, che è attualmente all’ordine del giorno dei lavori del Consiglio Regionale.

## CAMPANIA

La Regione Campania ha dato avvio alla riforma prevista dalla L. 328/2000 con DGR 4 maggio 2001 n. 1824 “*Legge 8 novembre 2000 n. 328/2000 – Determinazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete*” e con DGR 4 maggio 2001 n. 1826 “*Legge 8 novembre 2000 n. 328/2000 – Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali*” .

La scelta attuata è stata quindi quella di considerare le Linee Regionali come uno strumento programmatico per avviare riflessioni e azioni con l’idea di arrivare alla stesura del Piano Regionale alla fine di un percorso volutamente induttivo ed esperienziale.

Nel luglio 2001 vi è stata la sottoscrizione del Protocollo di intesa tra i Comuni di ciascun ambito territoriale con l’individuazione del Comune capofila e la prima definizione dell’Ufficio di Piano.

Entro il 30 novembre 2001 sono stati sottoscritti negli ambiti territoriali gli accordi di programma con approvazione di una prima formulazione dei Piani di Zona.

Il 28 febbraio 2002 sono stati presentati in versione compiuta i Piani Sociali di Zona che, dopo essere stati valutati, sono stati approvati con DGR n. 1874 del 10 maggio 2002.

Con il trasferimento dei fondi agli ambiti territoriali si è avviato, nell’aprile 2002, il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Con Del. n. 352 del 31/01/2003 sono state emanate le nuove “*Linee Guida per la Programmazione Sociale 2003 e per il consolidamento del sistema di welfare della Regione Campania*”, ed è in corso di avvio la seconda annualità di programmazione sociale.

Ad agosto 2002 la Regione ha avviato il percorso per la definizione degli atti e degli strumenti per l’autorizzazione delle strutture e dei soggetti erogatori di servizi, e, terminata la fase di concertazione con i Comuni e le parti sociali, è in corso di adozione la relativa Delibera di Giunta.

La Regione sta provvedendo al censimento delle IPAB per arrivare successivamente alla nuova normativa regionale in materia.

Con DGR n. 3767 del 30 luglio 2001 è stata costituita una Commissione Regionale per l’integrazione sociosanitaria.





38

Sono state emanate, il 15 marzo 2002, il 2 agosto 2002 e il 30 dicembre 2002 tre delibere (DGR 1082/02, 3890/02 e 6447/02) che definiscono il percorso di costruzione del percorso di integrazione sociosanitaria e di disciplina dei LEA sociosanitari: è con riferimento a tali atti deliberativi che gli ambiti territoriali hanno proceduto alla stesura dei Piani Sociali di Zona per la seconda annualità.

Con DGR n. 1079 del 15 marzo 2002 sono stati formulati gli indirizzi per i criteri di selezione dei soggetti cui affidare i servizi e gli interventi sociali previsti nel Piano di Zona: si è trattato del primo atto regionale di avvio della disciplina del rapporto tra enti pubblici e soggetti del terzo settore.

## EMILIA-ROMAGNA

Sin dai primi anni Ottanta, con l'approvazione della legge quadro sull'assistenza (L.R. n. 2/1985), la Regione Emilia-Romagna ha delineato un quadro di riferimento per lo sviluppo del sistema dei servizi sociali.

Con DGR 2621/2001 "*Progetto di Legge. Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" la Regione ha avviato il processo di riforma facendo propri i principi ispiratori della L. 328/2000, che si è concluso nel marzo 2003 con l'approvazione della Legge Regionale.

Con la DGR n. 329 del 11.03.2002 la Regione ha emanato le "*Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona*".

Il primo Piano di Zona in Emilia-Romagna ha carattere strategico e un orizzonte temporale biennale (2002 e 2003), e si declina in programmi attuativi annuali: il primo programma attuativo è stato predisposto contestualmente al Piano di Zona da inoltrare in Regione entro il 15 giugno 2002, mentre il secondo programma attuativo dovrà essere predisposto entro i termini previsti per l'approvazione dei bilanci comunali per l'esercizio finanziario 2003.

Anche valorizzando le indicazioni emergenti dai Piani di Zona, la Regione predisporrà il Piano Sociale Regionale, in tempo utile per orientare la preparazione del secondo Piano di Zona, con orizzonte triennale 2004-2006. La normativa sulle IPAB viene trattata nella Legge Regionale di recepimento della L. 328/2000, salvo il rinvio ad un regolamento attuativo.

La Regione ha recepito, con DGR del 25 febbraio 2002, il decreto nazionale sui LEA, inserendo l'assegno di cura tra gli strumenti di erogazione delle prestazioni. Viene rimandata al 2003 la definizione della quota sanitaria e sociale per la compartecipazione finanziaria al costo delle prestazioni, riconducibili ai livelli essenziali di assistenza sociosanitaria.

La Legge Regionale, infine, ha disciplinato anche tutti gli aspetti relativi al rapporto tra enti pubblici e soggetti del terzo settore, per quanto riguarda la gestione dei servizi e l'accreditamento.

## FRIULI-VENEZIA GIULIA

La Regione Friuli-Venezia Giulia ha autonomamente provveduto a impostare nel corso degli anni un assetto normativo ed organizzativo conforme alle indicazioni della legge di riforma dell'assistenza, anticipandone i contenuti soprattutto per quanto riguarda la gestione associata delle funzioni socio-assistenziali e l'integrazione sociosanitaria.

Il *"Piano Sociale Regionale"*, approvato con L.R. 33/1988, definiva obiettivi, criteri e modalità per la programmazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi socio-assistenziali.

Con la L.R. 12/1994 venivano successivamente definiti gli Ambiti Sociali, poi fatti coincidere con i Distretti sanitari (si è arrivati a 19 ambiti/distretti di circa 40.000 abitanti).

Con la L.R. 32/1997 "Modifica dell'assetto del dipartimento dei servizi sociali" viene istituita la Direzione regionale della Sanità e delle Politiche sociali, individuando così precisi ambiti di pianificazione ed operatività integrata tra i due comparti e delineando l'organizzazione ed i compiti del servizio sociale dei Comuni e i raccordi tra questi e le Aziende per i servizi sanitari.

In tale contesto di adeguamento alle riforme nazionali la Regione ha poi emanato, con DGR 534/2000, le *"Linee guida per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali"* per definire i criteri, le modalità, i contenuti della gestione associata del Servizio sociale di base (delibera sospesa con DGR 1613/2001)

Con DGR n. 1891/2002, è stato approvato un *"Programma per la prima attuazione della legge 328/2000"*.

Con DGR 2834/02 è stata approvata la "relazione programmatica per l'anno 2002 nel settore politiche sociali".

L'intenzione del legislatore è quella di partire dai Piani di Zona per delineare successivamente il contenuto di una legge quadro regionale.

Ed in assenza di questa legge quadro, in Friuli Venezia Giulia si attende la disciplina delle IPAB, la revisione dei requisiti per l'autorizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali, nonché il recepimento del decreto nazionale sui LEA, oltre che la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociali (LIVEAS).



## LAZIO

La Regione Lazio ha provveduto al riordino del servizio socio assistenziale con la L.R. 38/1996 *“Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio assistenziali”*.

In conformità con la produzione normativa regionale dello stesso periodo, la legge di riordino delinea il nuovo sistema di competenze e funzioni socio assistenziali per la Regione.

Con la successiva L.R. 14/1999 *“Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo”* in attuazione del D.Lgs. 112/1998, vengono precisate le ripartizioni delle competenze istituzionali e completato il quadro della riforma per il decentramento amministrativo.

La Regione ha poi approvato il primo *“Piano socio-assistenziale per il triennio 1999-2001”* con DCR 591/1999, avviando così il processo programmatico di sua competenza e delineando nel territorio regionale un sistema di interventi e servizi sociali che risulta conforme alle indicazioni della legge di riforma.

La DGR 860/2001 *“Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione del fondo per l’attuazione del primo Piano Socio-assistenziale 2001”* contiene in allegato le *“Linee guida ai Comuni l’esercizio delle funzioni sociali”*.

Il 25 ottobre 2002 la Regione ha approvato il nuovo Piano Sociale.

Ad un gruppo di lavoro è stata affidata la stesura di una proposta normativa ora in fase avanzata di elaborazione, per la definizione dei requisiti per l’autorizzazione delle strutture sociali.

Per ora si è proceduto ad un censimento delle attività socio-assistenziali svolte dalle IPAB ed è stata elaborata una bozza di normativa di riordino del settore.

Con DGR 471/2002 vengono introdotti i Livelli essenziali di assistenza sociali, che riprendono quelli definiti sulla base dell’accordo fra le Regioni, approvato in sede di Conferenza. Attualmente un gruppo misto (rappresentativo del settore sociale e del settore sanitario) sta lavorando a livello regionale in merito ai LEA sociosanitari, per meglio definirli. Con la DGR 255/02 la Regione “prende atto” del DPCM 29/11/2001.

È stato attivato anche un gruppo regionale per lavorare alla stesura di una disciplina organica sul rapporto tra Enti Locali e soggetti del terzo settore. Da alcuni anni circolari regionali hanno adottato il divieto relativo al criterio del massimo ribasso e hanno definito dei testi di convenzioni tipo.



## LIGURIA

La Regione Liguria ha disegnato il sistema dei Servizi Sociali nel 1998 con la L.R. n. 30/1998: *“Riordino e programmazione dei servizi sociali e modifiche alla Legge Regionale 8 agosto 1994, n. 42 in materia di organizzazione e funzionamento delle Unità Sanitarie Locali”*.

La legge, tra l'altro, individua il Comune come soggetto attuatore del sistema, articola la territorializzazione e l'apparato organizzativo in Zone e Distretti sociali.

Il Piano triennale dei Servizi Sociali 1999/2001, approvato ai sensi dell'articolo 22 della L.R. n. 30/1998, ha ulteriormente precisato il sistema organizzativo territoriale, gli organismi politico gestionali, altri soggetti istituzionali (IPAB e terzo settore), i criteri per il riparto dei fondi, i requisiti minimi per alcune strutture sociali per l'infanzia e per gli anziani e il sistema informativo sociale e qualificazione delle risorse umane e professionali dei servizi.

Il Piano Triennale dei Servizi Sociali 2002-2004, adottato con DCR 65/2001 (*“Piano triennale dei Servizi Sociali 2002/2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona”*) ha integrato e arricchito il precedente Piano nel rispetto della L. 328/2000.

È in fase di studio la redazione di un Testo Unico di tutte le norme adottate in Liguria in campo sociale, oltre alla nuova disciplina sulle IPAB.

E mentre si attende il recepimento del decreto del febbraio 2001 sui LEA, con DGR n. 1371/2001 è stata avviata la sperimentazione dei titoli all'acquisto.

Infine, con la DGR 283/2002 la Regione ha emanato gli *“Indirizzi transitori ai Comuni per l'accreditamento di strutture sociali, pubbliche e private, ai sensi del Piano Sociale 2002-2004”*.

## LOMBARDIA

La prima definizione programmatica del modello a rete dei servizi sociosanitari integrati in Lombardia risale al *“Piano Socio Assistenziale 88-90”* approvato con DCR 871/1987.

Il processo di riordino dei servizi sociali avviene con la L.R. 31/1997 *“Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”*

È invece più recente la definizione del quadro legislativo di riferimento che – in attuazione delle leggi Bassanini – ha distinto all'interno del *“Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia”*, approvato con la L.R. 1/2000, i ruoli e le competenze delle ASL, dai ruoli e dalle competenze dei Comuni, completando l'assetto funzionale con l'integrazione istituzionale.



Con la DCR 462/2002 la Regione ha approvato il “Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004”.

Con DGR 7069/2001 vengono ripartite le risorse indistinte del fondo nazionale per le politiche sociali ed assegnate alle ASL e, per la parte di competenza al Comune di Milano, con riferimento ai finanziamenti destinati agli ambiti distrettuali anno 2001”

42

La circolare n. 7 del 29 aprile 2002 della Direzione Famiglia e solidarietà sociale della Regione Lombardia, “*Linee guida esplicative della d.g.r. 11 novembre 2001, n. VII/7069*”, fornisce indicazioni relative alle modalità di utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali attraverso la predisposizione ed attuazione dei Piani di Zona da approvarsi entro giugno 2002.

La Regione Lombardia ha adottato per prima in Italia in data 13 febbraio 2003 la Legge Regionale di riordino della disciplina delle IPAB operanti sul territorio regionale (L.R. n. 1 del 13.02.03).

## MARCHE

La Regione Marche ha iniziato a definire le sue politiche sociali a partire dalla seconda metà degli anni '80: la L.R. n. 43/1988 “*Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei Comuni per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella Regione*”, pur affidando molte delle competenze alla Regione, ha introdotto il Piano socio-assistenziale per l'elaborazione del quale sono coinvolti i Comuni e le Province.

Con delibera amministrativa n. 306 del 1° marzo 2000 la Regione ha approvato il “*Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali*”, definito “Piano processo per gestire la trasformazione”.

L'avvio della riforma ha visto l'istituzione di un *Comitato Tecnico Permanente* (DGR n. 957 del 9.5.2000) e la nomina dei suoi componenti (DGR n. 2223 del 24.10.2000).

Contestualmente è stato avviato il processo di individuazione degli ambiti territoriali.

La Regione ha inizialmente istituito 29 ambiti territoriali (DGR n. 337/2001), riducendoli successivamente a 24 (DGR n. 592/2002).

Le “*Linee Guida per l'attuazione del Piano Regionale*”, approvate con delibera n. 1670/2001, chiariscono alcuni nodi lasciati aperti dal Piano ed intervengono su alcuni elementi di novità quali quello relativo al Comitato dei Sindaci, al ruolo e alle funzioni del Coordinatore di Ambito e alle modalità di costruzione del Piano di Zona.

Ad oggi, in seguito al ripensamento dell'articolazione degli ambiti territoriali, il termine di presentazione del Piano annuale a stralcio per l'anno 2002, nelle more del Piano triennale, fissato al 31.03.2002 dalle "Linee Guida", è stato sospeso e verrà ridefinito con ulteriore atto deliberativo della Giunta Regionale in base ad accordi che verranno presi a breve con gli amministratori locali.

Con DGR 1968 del 12 novembre 2002 sono state approvate le Linee Guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona 2003.

Con la L.R. 20/2002 sono stati emanati i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali. Non è ancora stato prodotto, invece, un lavoro organico di riordino delle IPAB.

Con riferimento alla disciplina sui LEA, nelle Marche è stato istituito un gruppo di lavoro per l'integrazione sociosanitaria all'interno dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

Per l'applicazione dei LEA, l'Assessorato alla Sanità ha finora disposto con apposita circolare il non recepimento degli stessi.

Per i LIVEAS la Regione sta attendendo il decreto nazionale e contemporaneamente sta lavorando con gli ambiti territoriali per una loro definizione su base regionale.

Non vi è un atto specifico sull'affidamento dei servizi sociali.

La Regione si era però già dotata tramite la legge di recepimento della L. 381/1991 (la L.R. 50/1998 e delibera seguente) di una regolazione che proibiva il massimo ribasso e indicava criteri specifici per la valutazione delle domande in caso di gara.

La Regione sta lavorando ad un aggiornamento della L.R. 50/1998 con nuovi decreti, che dovranno affrontare anche la tematica dell'affidamento dei servizi.

## MOLISE

Con la L.R. 1/2000 "*Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza*", la Regione Molise ha inteso realizzare un organico sistema di protezione sociale, in conformità ai principi di sussidiarietà, efficienza, economicità ed adeguatezza, conferendo ai Comuni ed agli Enti Locali i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali.

Mentre nessuna riflessione compiuta è stata elaborata in merito ai requisiti per le autorizzazioni, alla disciplina delle IPAB e al recepimento dei LEA, in merito al rapporto tra Enti Locali e soggetti del terzo settore è stata adottata la





DGR n. 881 del 17 giugno 2002, in attuazione della L.R. 17/2000 “Norme per l’attuazione e lo sviluppo della cooperazione sociale”, che ha fornito ai Comuni un bando tipo e una convenzione tipo fra ente e fornitore, mentre viene contestualmente proibita l’applicazione del criterio del massimo ribasso per aggiudicazione delle gare.

## PIEMONTE

Il primo provvedimento con cui la Regione Piemonte ha dato avvio alla fase di attuazione della L. 328/2000 è il disegno di legge 7348 “*Nuovo ordinamento del servizio sanitario: il modello del Piemonte. Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004*”, che si pone come obiettivi la delegificazione e la semplificazione normativa in una materia estremamente frammentata.

Nel provvedimento, si delineano i principi e gli assetti di carattere generale, e si rinvia a provvedimenti amministrativi l’applicazione di tali principi.

Il 25 maggio 2002 la Giunta Regionale ha approvato la “*Bozza 27.12.2001 - Proposta di disegno di legge: norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali*”.

Non sono ancora stati definiti gli ambiti (coincideranno probabilmente con i distretti sociosanitari) e non sono state date indicazioni né termini per i Piani di Zona.

Non vi è stato alcun recepimento degli atti di indirizzo emanati a seguito della L. 328/2000.

## PUGLIA

Per la definizione del nuovo sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari, la Regione Puglia ha approvato con DGR 2087 del 27 dicembre 2001 il Piano Socio-Sanitario Regionale.

Con la L.R. 12 luglio 2002 n. 13 “*Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali*”, la Regione Puglia intende dare il via alla riforma del sistema socio-assistenziale così come previsto dalla L. 328/2000.

È stata approvata il 30 luglio 2003 dal Consiglio Regionale la legge regionale sul sistema integrato di interventi e servizi sociali (L.R. n. 17/2003), che recepisce i principi fondanti della L. 328/2000, rinviando al Piano Sociale Regionale per l’esplicitazione delle priorità programmatiche e per gli indirizzi da dare agli ambiti territoriali per la stesura dei Piani di Zona.

Si rinvia al regolamento regionale di attuazione, da adottare entro 180 giorni, il recepimento degli atti di indirizzo emanati a seguito della L. 328/2000.

Per quanto riguarda l'accreditamento, la Regione intende avviare il percorso con il disegno di legge e con il Piano Sociale Regionale.

Non sono ancora stati disciplinati i LEA né i LIVEAS.

Con DGR 310/2002 la Regione ha recepito il DPCM 29/11/2001.

È imminente la presentazione di un ddl di riforma delle IPAB.



## SARDEGNA

La Regione Sardegna inizia il riordino del sistema dei servizi socio-assistenziali con la L.R. 4/1988 *“Riordino delle funzioni socio assistenziali”* e il regolamento di attuazione DPGR 12/1989 *“Regolamento di attuazione della Legge Regionale n. 4/1988”*.

La L.R. 8/1999 *“Disposizioni in materia di programmazione e finanziamenti per i servizi socio-assistenziali. Modifiche e integrazioni alla Legge Regionale 25 gennaio 1988, n. 4 “Riordino delle funzioni socio-assistenziali”* prevede che il piano socio-assistenziale per il triennio 1998/2000, approvato dal Consiglio regionale in data 29 luglio 1998, assuma quale riferimento e validità il triennio 1999/2001.

L'art. 27, comma 21 della L.R. 7/2002 *“Legge finanziaria per il 2002”*, proroga la validità del Piano Socio-assistenziale al 31/12/2002, in attesa del recepimento della legge quadro e dell'approvazione della Legge Regionale di modifica della L.R. 4/1988.

Con il *“Documento di programmazione economica e finanziaria 2002-2004”* (DCR 21.12.2001) la Regione prevede di approvare uno strumento normativo di recepimento della legge quadro e di formulare il nuovo Piano Socio-assistenziale per il triennio successivo.

Con DGR n.34/14 del 30 settembre 2002 *“Adeguamento della Legge Regionale n. 4/1988 e predisposizione del Piano regionale socio-assistenziale 2003-2005 alla luce delle indicazioni della legge n. 328/2000 e del Piano Sociale Nazionale”*, si risponde all'esigenza di predisporre il nuovo Piano regionale per il triennio 2003-2005 che da un lato aggiorni e recuperi le previsioni e gli indirizzi che si considerano ancora validi del 2° Piano regionale e della normativa regionale e dall'altro integri e adatti, all'esperienza e alla realtà regionale, gli obiettivi e le indicazioni del Piano Sociale Nazionale 2001-2003.

Non vi è stato alcun recepimento degli atti di indirizzo emanati a seguito della L. 328/2000, né disciplinati i LEA e i LIVEAS.

## SICILIA

La L.R. 22/1986 “*Norme per la gestione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia*” ha in parte anticipato alcuni aspetti innovativi della L. 328/2000: l’ispirazione al principio di prevenzione, il concetto di rete di servizi, la definizione di un piano triennale per i servizi socio-assistenziali comunali, l’esigenza di un collegamento fra le strutture e i servizi comunali e i presidi sociosanitari territoriali, l’indirizzo sulla formazione e l’aggiornamento degli operatori, la previsione di quote di partecipazione alla spesa dei servizi, il riferimento ad un livello distrettuale di coordinamento dei servizi socio-assistenziali.

Il Piano Sociale “*Verso il Piano Regolatore Sociale della Regione Siciliana – Linee Guida di indirizzo ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona – triennio 2001-2003*”, che definisce le linee di indirizzo per le politiche socio-sanitarie e che per il primo triennio avrà carattere sperimentale, è stato adottato con delibera della Giunta nel luglio 2000.

Dopo il periodo di “sperimentazione operativa” sarà adottato il “Piano Regolatore Sociale”.

Con DP del 4 novembre 2002 sono state emanate le “Linee guida per l’attuazione del Piano socio-sanitario della Regione siciliana”.

Non vi è stato alcun recepimento degli atti di indirizzo emanati a seguito della L. 328/2000, né sono stati disciplinati i LEA e i LIVEAS.

## TOSCANA

La Regione Toscana ha anticipato le linee di riforma della L. 328/2000 con la L.R. 72/1997 “*Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati*”, che regola l’esercizio delle funzioni programmatiche e amministrative da parte dei soggetti pubblici, prevedendo strumenti e procedure della programmazione sia regionale sia territoriale.

La Regione ha adottato un primo Piano Sociale per il triennio 1998-2000, e successivamente un Piano Sociale Integrato con funzione transitoria per l’anno 2001 (DCR 118/2001).

I Piani di Zona, previsti già dalla legge di riordino del 1997 come piani Zonali di Assistenza Sociale, sono al secondo triennio di realizzazione.

Con DCR n. 60 del 9 aprile 2002 sono state approvate le “*Linee Guida per la formazione del Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004*”.

Attualmente è in fase di elaborazione una proposta di modifica della L.R. 72/1997, per effettuare un riordino complessivo della legislazione in mate-



ria, con l'approvazione di un Testo Unico per le politiche sociali che intenderà riconfermare i principi ispiratori e l'impianto complessivo della L.R. 72/1997 e valorizzare i contenuti e le novità presenti nella L. 328/2000.

Con DCR 122/2000 è stato adottato il "*Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004*".

## UMBRIA

In Umbria la riforma socio-assistenziale è iniziata con la L.R. 3/1997 "*Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e di riordino delle funzioni socioassistenziali*" e con la L.R. 34/1998 "*Criteri e modalità per il conferimento di funzioni amministrative agli enti locali e per l'organizzazione e l'esercizio delle stesse a livello locale*".

Anticipando le linee di riforma della L. 328/2000, con il DCR n. 759 del 20 dicembre 1999 è stato emanato il primo "*Piano Sociale Regionale 2000-2002*" come previsto dall'art. 34 della L.R. 3/1997.

Con DGR n. 649 del 21 giugno 2000 sono state emanate le "*Indicazioni per la definizione dei Piani di Zona*" ed è stato prorogato il termine per la presentazione degli stessi al 30 settembre 2000.

Nel corso dell'anno 2000, in tutti gli ambiti territoriali dell'Umbria sono stati portati a compimento i Piani di Zona, con presa d'atto da parte della Giunta Regionale n. 142 del 21 febbraio 2001.

Con DGR n. 221 del 7 marzo 2001, la Giunta ha costituito un team di lavoro, denominato "team Piani di Zona", con il compito di intraprendere un lavoro collettivo di analisi e comparazione dei diversi Piani di Zona finalizzato alla "sistematizzazione di progettualità, metodologie e identità che potessero configurare i caratteri della programmazione sociale di territorio condivisa".

Il lavoro del team è stato portato a compimento con l'elaborazione del documento "*Atto di Indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa*" approvato con DGR n. 248 del 6 marzo 2002 che si propone come linea guida agli ambiti territoriali per l'aggiornamento/perfezionamento dei Piani di Zona previsto entro il 31 marzo 2002.

Allo stato attuale la Regione Umbria ha assegnato a ciascun ambito territoriale un "promotore sociale" con compiti di facilitatore dei processi di concertazione e per la progettazione partecipata.

Attualmente vi è un disegno di legge che riguarda l'autorizzazione al funzionamento per le strutture residenziali e semiresidenziali rivolte ad anziani e bisognosi di supporti assistenziali.



Sempre all'interno dello stesso disegno di legge vi una parte riguardante l'autorizzazione per strutture dedicate ai servizi per l'infanzia.

Per quanto riguarda la disciplina delle IPAB esiste un gruppo di lavoro che ancora non ha reso nota alcuna produzione specifica.

Attualmente si sta recependo il DPCM sui LEA e, con riferimento ai LIVEAS, essi sono stati declinati con il Piano Sociale Regionale (i 5 livelli di welfare).



## VALLE D'AOSTA

Con la L.R. 5/2000 *“Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione”* la Valle d'Aosta assicura, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio sociosanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza definiti.

La programmazione sanitaria regionale si attua attraverso il piano sociosanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione, in coordinamento con la programmazione socio-assistenziale.

Con L.R. 18/2001 è stato approvato il Piano sociosanitario 2002-2004.

Il Piano dedica un lungo capitolo al ruolo delle politiche sociali e afferma che *“la quantità della spesa sociale pone l'esigenza di una sua diversa composizione all'interno del modello di welfare e la sua qualità interna costringe a processi di ricomposizione, riordino e qualificazione ai quali si intende dare risposta, a livello nazionale, con la legge n. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*.

Non vi è stato alcun recepimento degli atti di indirizzo emanati a seguito della L. 328/2000, né disciplinati i LEA e i LIVEAS.

## VENETO

Con la L.R. 15 dicembre 1982 n. 55 *“ Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”* la Regione Veneto ha iniziato il riordino della materia socio assistenziale, definendo le competenze dei singoli Comuni e delle Unità Locali Socio-Sanitarie (ULSS).

La legge prevede inoltre l'elaborazione di un Piano Sociale *“coordinato con il Piano Socio-Sanitario regionale, con i programmi e i Piani delle ULSS e dei Comuni per le funzioni di loro competenza”*.

È stata successivamente emanata la L.R. 56/1994 *“Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale”* che stabilisce che la Regione persegue l’integrazione delle politiche sanitarie e sociali. Viene inoltre sottolineato come il Piano di Zona dei servizi sociali sia il principale strumento di integrazione.

La L.R. 3 febbraio 1996 n. 56 *“Piano socio sanitario regionale per il triennio 1996-1998”* prevede la gestione unitaria dei servizi sociali e sociosanitari in ambiti territoriali omogenei che vengono individuati nei distretti. Prevede inoltre la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi alla ULSS o in alternativa la stipula di accordi di programma tra gli Enti interessati.

Un ulteriore passo verso la riforma è stato compiuto con l’approvazione della L.R. 13 aprile 2001 n. 11 *“Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali”* in cui si afferma all’art. 28 che i Comuni e le Province svolgono i compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l’obiettivo dell’integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio delle ULSS. Il Piano di Zona viene indicato come lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell’integrazione sociosanitaria.

Con DGR n. 775 del 6 luglio 2001 la Giunta Regionale ha indicato quale termine per la presentazione dei Piani di Zona il 30 giugno 2002.

Il percorso di riforma e l’organizzazione del sistema sociosanitario si è concluso con la predisposizione del *“Testo organico per le politiche sociali”* approvato nel marzo 2002 dalla Giunta Regionale.

Con la L.R. 22/2002 sono stati emanati i criteri per l’autorizzazione e l’accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali.

La “convenzione tipo” regionale per l’esternalizzazione alla cooperazione sociale è già coerente alle previsioni della L. 328/2000, per cui la Regione non ritiene di intervenire ulteriormente.

Con DGR n. 492 dell’8.3.2002 e DGR n. 2227 del 9.8.2002 sono state emanate le prime disposizioni applicative per il recepimento del Decreto sui LEA.

Ed infine per la disciplina sulle IPAB, è stato predisposto un progetto di legge in merito (ddl 278/00).



## PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Il riordino del sistema sociale nella Provincia di Trento avviene con la L.P. 14/1991 *“Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in Provincia di Trento”*,



50

che detta le norme per l'ordinamento dei servizi socio-assistenziali, per la loro programmazione e la loro organizzazione territoriale.

La legge 14/1991 anticipa per molti aspetti la legge quadro nazionale: la differenza più significativa consiste nel fatto che la Provincia (autonoma) sommava e somma tuttora le funzioni della Regione, della Provincia e dei Comuni.

Ad oggi è stato predisposto un testo provvisorio di legge di riordino di tutta la materia dell'assistenza, un testo quadro che prende in considerazione anche la L. 328/2000 e che prevede il trasferimento delle funzioni ai Comuni ed una coincidenza tra distretto sanitario e distretto sociale.

Con DGP n. 581/2002 la Regione ha approvato il Piano Socio-assistenziale 2002-2003.

L'autorizzazione delle strutture residenziali è attualmente regolata nell'art. 35 della L.R. n. 14/1991.

Manca una norma di riferimento, nella legislazione regionale e nella disciplina provinciale, all'accreditamento.

Il Piano Sociale approvato ha previsto alcune linee di indirizzo per le strutture e anche per i servizi.

Allo stato attuale è stata predisposta una bozza che ricalca sostanzialmente quello che prevede l'Atto di Indirizzo di cui all'art. 10 della L. 328/2000, sulla disciplina delle IPAB.

## PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

La Provincia Autonoma di Bolzano, ha avviato il riordino dei servizi sociali e delle competenze ad esso connesse con la LP n°13/91 "*Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano*" e con la creazione dell'Ufficio Previdenza Integrativa nel 1992 e la sua successiva riforma (L.R. n°6/98).

Con DGP n. 5513 del 13. 12.1999 è stato approvato il Piano Sociale Provinciale 2000 – 2002.

Si sta operando per introdurre una normativa organica in materia di Autorizzazione per strutture residenziali e semi residenziali.

È stato predisposto un progetto di legge per disciplinare i LIVEAS in modo coerente con quanto previsto dall'art 22 della L. 328/2000.

## 7. Tavole sinottiche

Tavola 1

### I servizi sociali e il riordino delle funzioni amministrative regionali

Regioni	I servizi sociali e il riordino delle funzioni amministrative previsto dal D.Lgs. n. 112/98
Abruzzo	L.R. 11/99 "Attuazione del D.Lgs. 112/98: Individuazione delle funzioni amministrative che richiedono l'unitario esercizio a livello regionale e conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli enti locali ..."
Basilicata	L.R. 7/99 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi al sistema delle autonomie locali e funzionali in attuazione del D.Lgs. 112/98"
Calabria	L.R. 34/02 "Riordino delle funzioni amministrative regionali e locali"
Campania	
Emilia-Romagna	L.R. 3/99 "Riforma del sistema regionale e locale"
Friuli Venezia G.	
Lazio	L.R. 14/99 "Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo"
Liguria	L.R. 5/99 "Attribuzione agli Enti Locali e disciplina generale dei compiti e delle funzioni amministrative conferite alla Regione dal D.Lgs. 112/98 nelle materie "Tutela della salute" e "Servizi Sociali"
Lombardia	L.R. 1/00 "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del D.Lgs. 112/98"
Marche	L.R. 10/99 "Riordino delle funzioni amministrative della Regione e degli Enti locali nei settori (...) dello sviluppo economico ed attività produttive, del territorio, ambiente e infrastrutture, dei servizi alla persona e alla comunità..."
Molise	L.R. 34/99 "Norme sulla ripartizione delle funzioni e dei compiti amministrativi tra la Regione e gli Enti locali, in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112"
Piemonte	L.R. 44/00 "Disposizioni normative per l'attuazione del D.Lgs. 112/98 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali" L.R. 5/01 "Modifiche e integrazioni"
Puglia	L.R. n. 17 del 25 agosto 2003 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali
Sardegna	—
Sicilia	—
Toscana	L.R. 85/98 "Attribuzione agli Enti Locali e disciplina generale delle funzioni e dei compiti amministrativi in materia di tutela della salute, servizi sociali, istruzione scolastica, formazione professionale..."
Umbria	L.R. 3/99 "Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi del sistema regionale e locale delle Autonomie dell'Umbria in attuazione della L 59/97 e del D.Lgs. 112/98"
Valle d'Aosta	—
Veneto	L.R. 11/01 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del D.Lgs. n.112/98"
Prov. Bolzano	—
Prov. Trento	—



Tavola 2

## Le normative di attuazione, le Linee Guida e i Piani regionali

Regioni	Piani regionali	Linee Guida Piani di Zona	Piani di Zona 2002 consegnati	Piani di Zona 2002 approvati	Note
Abruzzo	DCR 69-8/2002 Piano Regionale socio-assistenziale 2000/2002"	Del. G. R. agosto 2002	x		
Basilicata	DCR 1280/99 "Piano Regionale socio-assistenziale 2000/2002"		x	x	DGR 2726/2001 "Approvazione di una prima parte dei Piani di Zona"
Calabria					
Campania		DGR 1886/2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali Del. 352/2003 "Linee Guida per la Programmazione Sociale 2003 e per il consolidamento del sistema di welfare della Regione Campania"	x	x	DGR 1874/2002 "Approvazione Piani di Zona marzo 2002"
Emilia Romagna		DGR 329/2002 "Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei piani sociali di zona 2002/2003"	x	x	Approvati il 24 maggio 2002
Friuli V.G.					
Lazio		DCR 860/2001 (allegato) "Linee guida ai Comuni l'esercizio delle funzioni sociali"	DGR 705/2002 Termine presentazione 08/07/2002	x	
Liguria	DCR 65/2001 "Piano triennale dei servizi sociali 2002/2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona"		x	x	13 maggio 2002
Lombardia		Circolare 7/2002 "Linee guida per la predisposizione e l'attuazione dei Piani di Zona"	x	x	Approvata la maggioranza dei Piani di Zona

Regioni	Piani regionali	Linee Guida Piani di Zona	Piani di Zona 2002 consegnati	Piani di Zona 2002 approvati	Note
Marche	DGR 1670/2001 "Linee guida per l'attuazione del Piano Regionale". Contengono le Linee Guida per i Piani di Zona.				Probabile consegna aprile 2003
Molise					
Piemonte					Probabile consegna febbraio 2003
Puglia					
Sardegna					
Sicilia	DGR luglio 2002 "Verso il piano regolatore sociale della Regione Siciliana"				
Toscana	DCR 118/2001 "Piano integrato sociale per il 2001. Agenda per l'approvazione dei Piani di Zona 2001" DCR 60/2002 "Linee guida per la formazione del piano integrato sociale regionale 2002/04"		x	x	Sono al secondo triennio di realizzazione
Trentino A.A.					
Umbria		DGR 649/2000 "Indicazioni per la definizione dei Piani di Zona" DGR 248/2002 "Approvazione dell'Atto di Indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa"	x	x	DGR 142/2001 Presa d'atto di tutti i Piani di Zona  Aggiornamento/perfezionamento dei Piani di Zona entro marzo 2002
Valle d'A.					
Veneto		DGR 775/2001 Termine pres. 30/06/02			Sono al secondo triennio di realizzazione



Tavola 3

## I servizi sociali e le normative di riordino regionali

Regioni	La normativa di "recepimento" della L. 328/2000	Le Linee Guida regionali	I Piani regionali
Abruzzo			DGR 69-8/2002 "Piano Sociale Regionale 2002/2004"
Basilicata			DCR 1280/99 "Piano Regionale socio-assistenziale 2000/2002"
Calabria	DGR 212/2000 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"		
Campania		DGR 1826/2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali"	
Emilia Romagna	DGR 2621/2001 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali"		
Friuli Venezia G.	DGR 1891/2002 "Programma per la prima attuazione della L. 328/2000 " DGR 2834/2002 "Relazione programmatica per il 2002 nel settore politiche soc."		
Lazio			DCR 591/1999 "Piano socio-assistenziale 1999/2001" DGR del 29/10/2002 "Piano socio-assistenziale 2002-2004"
Liguria			DCR 65/2001 "Piano triennale dei servizi sociali 2002/2004"
Lombardia			DGR VII/0462/2002 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004"
Marche		DGR 1670/2001 "Approvazione Linee Guida per l'attuazione del Piano Regionale per un sistema integrato di servizi sociali"	DCR 306/2000 "Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002"
Molise			Bozza I Piano Sociale

Regioni	La normativa DI "recepimento" della L.328/2000	Le Linee Guida regionali	I Piani regionali
Piemonte	DDL 407/2001 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali" approvato nel maggio 2002		
Puglia	L.R. 13/2002 "Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali"		
Sardegna	Bozza di delibera "Adeguamento della L.R. 4/88 e predisposizione del Piano regionale socio-assistenziale 2003-2005 alla luce delle indicazioni della L. 328/2000 e del PSN"		DCR 29/07/1998 "Piano socio-assistenziale per il triennio 1999/2001" L.R. 7/2002 (legge finanziaria): proroga del Piano al 31/12/2002
Sicilia			DGR luglio 2002 "Verso il piano regolatore sociale della Regione Siciliana"
Toscana		DCR 60/2002 "Linee guida per la formazione del piano integrato sociale regionale 2002-2004"	DCR 118/2001 "Piano integrato sociale regionale per il 2001"(transitorio). DCR 122/02 "Piano integrato sociale 2002-2004" DCR 122/2002 "Piano integrato sociale regionale 2002-2004"
Umbria			DCR 759/1999 "Piano sociale Regionale 2000/2002"
Valle d'Aosta			L.R. 18/2001 "Piano Socio- sanitario regionale 2002/2004"
Veneto	DDL 3/2002 "Testo organico per le politiche sociali"		
Prov. Bolzano			DGP 5513/1999 "Piano Sociale Provinciale 2000/2002"
Prov. Trento			Piano Sociale e assistenziale 2002-2003



**Tavola 4**  
**L'attuazione regionale dei decreti nazionali**

Regioni	DPCM 30 marzo 2001 "Atto di Indirizzo sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona" ex art. 5 L.328/2000	DLgs 2074/2001 "riordino del sistema delle IPAB" ex art. 10 L.328/2000
Abruzzo		È in corso d'opera un DDL
Basilicata	DGR 2726/00 fornisce solo degli schemi	
Calabria		È in corso il censimento delle IPAB
Campania	DGR 1079/02 Indirizzi per i criteri di selezione	
Emilia-Romagna	È stato istituito un gruppo di lavoro	La normativa relativa sarà trattata nel DDL
Friuli Venezia Giulia		
Lazio	È stato istituito un gruppo di lavoro	È in corso il censimento delle IPAB e approntata una bozza di normativa
Liguria	La normativa relativa è contenuta nel Piano 2002/20043	È in fase di studio un Testo Unico
Lombardia		L.R. n. 1 del 13 febbraio 2003
Marche	La Regione sta lavorando sulla revisione delle norme in materia	
Molise	Recepito parzialmente con DGR 881/02 in attuazione L.R. 17/00	
Piemonte		DGR 57-5910/2002 "Funzioni delegate di vigilanza sulle IPAB e sulle persone giuridiche di diritto pubblico".
Puglia		
Sardegna		
Sicilia		
Toscana	DCR 199/01 " Direttive transitorie sui sistemi di affidamento"	
Umbria		È stato avviato gruppo di lavoro
Valle d'Aosta		
Veneto		PDL 278/2002 "Disposizioni per la trasformazione delle IPAB"
Prov. Bolzano		C'è un DDL
Prov. Trento		C'è un DDL



<b>DM 308/2001 "requisiti minimi per l'autorizzazione delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale" ex art. 11 L.328/2000</b>	<b>DPCM 14 febbraio 2001 (prestazioni sociosanitarie)</b>	<b>DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei LEA)</b>
DGR 1230/01 "direttive provvisorie"	È stato recepito	DGR 152/02 "Recepimento DPCM in materia di livelli essenziali di assistenza: Primi provvedimenti"
È stata normata solo l'autorizzazione per le strutture per anziani e minori		In fase di recepimento
Recepito con DGR 685 del 30 luglio 2002	È stato recepito con DGR 685/02	È stato recepito con DGR 223/02
È stato avviato il percorso per la definizione	Con DGR 3767/01 è stata istituita la Commissione Regionale per l'integrazione	È stato recepito con DGR 1082/02 e DGR 3890/02 "Disposizioni attuative sui LEA"
L'autorizzazione viene data dai Comuni ai sensi DGR 83/90		È stato recepito con DGR del 25/02/2002
Vi è una proposta normativa in fase di avanzata elaborazione		DGR 255/02 "Presca d'atto del DPCM" – DGR 863/02 "LEA: individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni allegato 2"
La normativa relativa è contenuta nel Piano 2002/2004	Con DGR 612/02 è stato istituito un tavolo di lavoro per l'integrazione	
	È stato recepito con DGR VII-8866/02	È stato recepito con DGR VII-8077/02 - Circ. 29/02 "Definizione dei LEA"
PDL 81/2002	È stato istituito un tavolo di lavoro per l'integrazione	È stato recepito con DGR 1323/02 "Indirizzi per l'attuazione dei LEA"
		È stato recepito con DGR 1187/02
		È stato recepito con DGR 5740/02
		È stato recepito con DGR 310/02
		È stata emanata una direttiva di recepimento
		È stato recepito con DGR 561/02 "Definizione dei livelli essenziali – determinazione applicativa"
C'è un DDL		È stato recepito con DGR 292/02
		È stato recepito con DGR 2594/02 "Definizione dei LEA resi dal Servizio Sanitario Regionale ai sensi del DPCM 29/11/2001"
L.R. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali"		DGR 2227/02 (modificato con DPGR 959/02) "Definizioni LEA: disposizioni applicative"



## CAPITOLO 2

# FUNZIONI E RUOLI DI GOVERNO



## 1. Funzioni, ruoli, attori

---

L'analisi dell'art. 1 della L. 328/2000 consente di individuare nelle politiche sociali tre sostanziali funzioni rispetto alle quali definire il ruolo dei diversi attori pubblici e privati: una funzione di governo, una funzione di produzione, una funzione di tutela e promozione dei diritti sociali. Queste tre funzioni insieme concorrono a realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali che “la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie”, per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, e per prevenire, eliminare e ridurre le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizione di non autonomia (L. 328/2000, art. 1, comma 1).

La legge quadro indica così le finalità che il sistema integrato di interventi e servizi sociali, cui la legge stessa è intestata, è chiamato a perseguire. Tale sistema si realizza ed opera, quindi, svolgendo le funzioni indicate in apertura, che i successivi commi dell'art. 1 meglio definiscono.

### La funzione di governo

“La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli Enti Locali, alle Regioni e allo Stato”: la responsabilità dello sviluppo di tale sistema è di questi soggetti, per i quali la successiva riforma costituzionale (L. cost. 3/2003) ha ribadito il principio della sussidiarietà verticale. Questi enti, in concorso fra loro, governano il sistema: lo definiscono, ne programmano lo sviluppo, conferiscono ad esso le necessarie risorse, ne curano l'implementazione, effettuano controlli e valutazioni.

Tale attribuzione di responsabilità e di ruolo è rilevante perché dà una interpretazione non scontata della sussidiarietà. Anche in sede parlamentare si è infatti dibattuto se “responsabili” dovessero essere le istituzioni rappresentative indicate o tutti gli enti che in varie forme concorrono alla realizzazio-



ne e allo sviluppo dei servizi sociali. La scelta effettuata è un elemento di chiarezza, per l'imputazione esplicita delle responsabilità di realizzazione e di sviluppo del sistema a chi ne risponde poi democraticamente alla popolazione destinataria dei servizi.

L'art. 1 della L. 328/2000 con il comma 2 imputa così i ruoli di governo e, con il successivo comma 3, individua i principi che presiedono al suo esercizio (sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza, economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità e unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali). Con il comma 4 indica infine gli interlocutori che gli Enti Locali, le Regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, debbono riconoscere e agevolare nell'esercizio di un ruolo partecipativo: organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese.

Rispetto alla funzione di governo la L. 328/2000 definisce a chi spettano le responsabilità programmatica, organizzativa e gestionale del sistema integrato di interventi e servizi, e anche le modalità partecipative attraverso cui tali responsabilità vanno svolte, coinvolgendo quindi altri enti ed organizzazioni operanti nel settore degli interventi e servizi sociali.

Vengono così definiti i soggetti con responsabilità di governo, le modalità di esercizio del governo, i soggetti da coinvolgere nell'esercizio di tali responsabilità.

### La funzione di produzione

La funzione di produzione dei servizi va distinta dalla funzione di governo, e comporta anche una diversa distribuzione di ruoli. Il comma 5 dell'art. 1 recita: "alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, nonché ... organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati". Si afferma così la parità fra soggetti pubblici e privati nell'esercizio della funzione di produzione di interventi e servizi, sottolineando che ai soggetti del privato sociale e privati va riconosciuto un ruolo attivo non solo nella realizzazione, ma anche nella progettazione concertata degli interventi ("in qualità di soggetti attivi nella progettazione, nella realizzazione concertata degli interventi ..., art. 1, comma 4).

Della “funzione di produzione” viene a far parte anche “la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione dell’iniziativa delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata”.

Si generano, infatti, anche forme particolari di produzione di servizi, cui si attribuisce uno specifico rilievo e che a loro volta concorrono a promuovere culture e pratiche solidaristiche.

Viene così declinato il principio della sussidiarietà orizzontale, che mira anche a favorire la pluralità di offerta di servizi, garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi (art. 3, comma 4).

### La funzione di promozione e di tutela

Sempre l’art. 1 al comma 6 afferma che “la presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti, per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1”, che già abbiamo richiamato. La partecipazione è considerata qui non tanto in merito alla produzione di servizi, già espressamente trattata, ma in ordine al raggiungimento dei fini istituzionali (qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, diritti di cittadinanza, ecc.), quindi in una prospettiva di affermazione e di riconoscimento, a livello tanto collettivo che individuale, di ciò che i richiamati fini istituzionali comportano, per essere effettivamente perseguiti e realizzati, e non soltanto proclamati. È una funzione tanto politica e culturale che di patrocinio specifico, da svolgersi con adeguata autonomia, e anche dialetticamente, rispetto a chi ha ruoli di governo ed a chi ha ruoli di gestione e di produzione. Anche questa funzione può essere in qualche misura istituzionalizzata (si pensi agli uffici di pubblica tutela istituiti in alcune Regioni e a esperienze simili), ma sempre rispettando lo spazio e l’autonomia di quanti intendono esercitare tale funzione operando liberamente nel sociale.

Approfondiamo, quindi, in che modo sono declinati funzioni e ruoli dei diversi attori nella L. 328/2000 e nella normativa regionale, con una trattazione specifica per l’area sociosanitaria con le sue specifiche esigenze di integrazione, per verificare se e come le Regioni le hanno individuate e normate, con quale aderenza o differenziazione dai “criteri” della L. 328/2000, evidenziati nella lettura dell’art. 1 ora proposta.



## 2. Le competenze degli attori della L. 328/2000

I contenuti della funzione di governo vengono in gran parte declinati dagli articoli 6, 7, 8, 9 della L. 328/2000, specificatamente dedicati a Comuni, Province, Regioni e Stato, ma anche altri articoli, come quelli sulla programmazione (artt. 18 e 19) ne aggiungono altri.

64

Per quanto riguarda i Comuni, l'art. 6 comma 1, offre una prima definizione generale che riprende il dettato del decreto legislativo 267/2000, il testo unico dell'ordinamento delle autonomie locali: "i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolte a livello locale e concorrono alla programmazione regionale". L'art. 6 della legge quadro comprende, inoltre, al comma 2 un elenco di "attività" di loro competenza. Nel campo delle funzioni di governo si tratta di compiti di programmazione, di progettazione e di realizzazione in ambito locale; di indicazione delle priorità e dei settori di innovazione; di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture erogatrici; di definizione dei parametri per l'individuazione delle persone destinatarie con priorità degli interventi. Assume anche particolare rilievo la prevista partecipazione dei Comuni al procedimento regionale per l'individuazione degli ambiti territoriali del sistema locale della rete di servizi.

Per l'esercizio del loro ruolo di gestione amministrativa dei servizi sociali (che si colloca un po' sul confine fra funzione di governo e funzione di produzione), i Comuni possono assumere diverse forme quali la gestione diretta, quella indiretta tramite istituzione o azienda speciale, l'esercizio associato di funzioni e servizi, la gestione associata tramite convenzioni o consorzi, la gestione delegata alle ASL o quella esternalizzata tramite appalti, contratti e convenzioni. La legislazione e la programmazione regionale per ora non si sono particolarmente impegnate sulle forme e sui livelli di gestione.

Alle Province è dedicato l'art. 7 che non attribuisce ad esse funzioni di governo, ma piuttosto un compito generale di concorso e supporto sul piano conoscitivo, formativo e programmatico, rivolto ai Comuni.

Le funzioni di governo della Regione sono definite dall'art. 8. Alle Regioni sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica dell'attuazione del sistema integrato nell'ambito territoriale di competenza. Determinano, con il coinvolgimento degli Enti Locali interessati, gli ambiti territoriali, definiscono le politiche integrate con gli altri settori di intervento, la promozione di modelli sperimentali e innovativi, lo sviluppo di strumenti di valutazione.

Spetta, inoltre, alle Regioni l'indicazione di una serie di criteri concernenti la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazio-

ni, la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati.

Le definizioni delle funzioni di governo di Comuni, Province e Regioni ora richiamate, trovano riscontro nella legislazione delle Regioni a statuto ordinario, che si rifanno più o meno espressamente alle indicazioni della L. 328/2000 e del D.Lgs. 267/2000, mentre quelle a Statuto speciale, per la loro particolare situazione, adottano formulazioni che in qualche aspetto si differenziano.

È il caso ad esempio della Provincia di Bolzano che tra le principali competenze ha quella della previdenza sociale integrativa, mentre ai Comuni, con il decentramento dell'assistenza sociale, è stato assegnato un compito di partecipazione alla pianificazione, alla gestione e alla valutazione dei servizi sociali. I compiti dei Comuni sono quindi compiti delegati, la cui titolarità rimane ancora alla Provincia, che ha un'ampia competenza in materia di pianificazione, orientamento, coordinamento e controllo dei servizi sociali, formazione, aggiornamento professionale e riqualificazione del personale, nonché di finanziamento dei compiti delegati ai Comuni e alle comunità comprensoriali.

In Valle d'Aosta è il Consiglio Regionale che determina gli indirizzi politici e programmatici delle politiche sociali, mentre la Giunta Regionale svolge funzioni di programmazione, di indirizzo operativo, di coordinamento e di controllo; definisce gli standard strutturali e gestionali dei servizi sociali e socio-educativi, assicura l'assistenza tecnica, l'informazione e la circolazione dei dati ai fini della valutazione delle politiche sociali; definisce le soglie d'accesso alle prestazioni sociali agevolate, determina i criteri di partecipazione alle spese di funzionamento dei servizi sociali e socio-educativi da parte dei beneficiari e dei loro familiari.

Definizioni differenti rispetto alla L. 328/2000, riguardo alle funzioni proprie di Comuni, Province e Regione, vengono date anche dalle Regioni Sardegna e Friuli che si rifanno entrambe ad una normativa regionale di riordino che risale al 1988.

Per quanto riguarda le Regioni a statuto ordinario, si può segnalare che alcune leggi o piani danno una definizione delle funzioni di certi livelli istituzionali, ad esempio le Province, che si discostano leggermente dalle definizioni fornite dalla L. 328/2000. Per l'Emilia-Romagna le Province “*partecipano* alla programmazione regionale, promuovono l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche settoriali, con particolare riferimento alle politiche attive del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione e della pianificazione territoriale” e “*coordi-*





*nano e partecipano* alla definizione dei Piani di Zona ed all'attuazione degli stessi e definiscono i Programmi provinciali". All'opposto la Puglia, nella L.R. 13/2002 sulla *"individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socioassistenziali"* non riconosce alcun ruolo alle amministrazioni provinciali.

Un discorso a parte merita la determinazione degli ambiti territoriali: nell'ultimo anno sono state emanate molte leggi regionali di definizione degli ambiti ottimali per la gestione associata delle funzioni conferite ai Comuni, ai sensi di quanto previsto dall'art. 33 del D.Lgs. n. 267/2000. Quasi sempre è previsto che la determinazione degli ambiti debba avvenire in modo "concertato", anche se alcune Regioni, come ad esempio la Basilicata e il Veneto, hanno precisato, in modo spesso accurato, i criteri che devono essere seguiti per realizzare tale determinazione.

La Regione Emilia-Romagna, a sua volta, ha rimesso alle scelte degli stessi Comuni la fissazione degli ambiti territoriali ottimali per la gestione associata delle funzioni e, solo nel caso di inerzia degli stessi, ha previsto la possibilità che subentri la Provincia competente per territorio, sentiti in ogni caso i Sindaci dei Comuni interessati.

Anche il Piano Regionale delle Marche stabilisce che la Regione formalizzi gli ambiti territoriali che sono individuati dalle Conferenze dei Sindaci delle Aziende USL.

### 3. L'integrazione sociosanitaria

Dopo aver delineato le funzioni di governo dei diversi livelli istituzionali nelle politiche sociali, è interessante approfondire la funzione e i ruoli di governo in campo sociosanitario, sottolineando che l'integrazione auspicata e regolata da più interventi legislativi e programmatori è l'esito del rapporto tra i diversi livelli istituzionali e tra diverse politiche.

In particolare l'art. 3 afferma che i diversi soggetti, Enti Locali, Regioni e Stato, provvedono alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato secondo i seguenti principi:

- a) coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;
- b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1 comma 4, "e cioè Onlus, organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fon-

dazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, con gli enti religiosi”, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, nonché le ASL per le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Piano Socio Sanitario Nazionale.

Il modello di intervento che si evince dalla normativa prevede quindi, da una parte l'integrazione degli interventi, in quanto la complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate, in particolare sociosanitarie, dall'altra una responsabilità dell'intervento pubblico, come punto di incontro tra responsabilità istituzionali, gestionali, professionali e sociali, per dare risposte alla complessità dei bisogni.

Il primo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, il D.Lgs. 229/1999 e l'Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie (DPCM 14.2.2001) esprimono fortemente l'esigenza e l'urgenza di promuovere l'integrazione sociosanitaria a diversi livelli:

- *istituzionale*, che si basa sulla necessità di promuovere collaborazione fra istituzioni diverse, in particolare Amministrazioni Comunali, Province, aziende sanitarie e terzo settore, che si organizzano per conseguire obiettivi comuni di programmazione sociale. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali innanzitutto l'accordo di programma e le convenzioni;
- *gestionale*, che si colloca a livello di struttura operativa, in modo unitario nell'ambito territoriale 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;
- *operativo-funzionale*, che richiede il lavorare per progetti; la capacità di incontro nel processo operativo di più operatori e di più professionalità; la capacità di condivisione; la conoscenza e il rispetto delle altrui competenze.

Per promuovere la concertazione ai diversi livelli, vengono inoltre individuati i relativi soggetti (Regione e Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria, Direttore generale dell'ASL e Conferenza dei Sindaci, Direttore del distretto e Comitato dei Sindaci di distretto) e gli atti programmatori (rispettivamente Piano Sanitario o, meglio, Sociosanitario Regionale, Piano Attuativo Locale, Programma delle Attività Territoriali-PAT) che devono produrre; viene esplicitato quando la concertazione ha carattere





consultivo (attività sanitarie) o richiede una “intesa” fra Enti Locali ed ASL (attività sociosanitarie); viene infine disciplinato un rinnovato coinvolgimento dei Comuni nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari.

La legislazione e la programmazione nazionale prevedono inoltre che i Piani di Zona considerino anche le attività sociosanitarie, e che queste stesse attività siano trattate anche nella programmazione sanitaria, ricercando una reale integrazione tra Piani di Zona e PAT. Le funzioni e le attività sociosanitarie devono quindi essere programmate congiuntamente da Comuni ed ASL, con scelte concordate e coerenti espresse tanto nei Piani di Zona che nei Programmi delle attività territoriali e dei distretti sanitari. Il D.Lgs. 229/99, all’art. 3 quater, comma 3, lett.c, stabilisce, infatti, che mentre sulla programmazione delle attività sanitarie va richiesto dalle ASL il “parere” del Comitato dei Sindaci di distretto, la programmazione delle attività sociosanitarie va definita “di intesa” fra Comuni ed ASL. Tanto gli uni che le altre debbono infatti impegnare risorse di varia natura per rispondere ai bisogni che richiedono interventi di tal genere.

Si delinea così un quadro in cui attori sociali e sanitari di pari dignità sono impegnati a ricercare e negoziare accordi in una prospettiva di crescente collaborazione e integrazione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari.

La legislazione e la programmazione sociale regionale fanno complessivamente propri questi indirizzi e a loro volta insistono sulla esigenza dell’integrazione di politiche ed azioni anche in ordine alle finalità proprie delle politiche sociali.

In tema di integrazione sociosanitaria le Regioni si sono, però, sempre mosse con obiettivi e modalità diversificate, come abbiamo evidenziato nel primo capitolo, che tuttora permangono e seguono anche le evoluzioni in atto, con particolari accentuazioni. Ci soffermiamo sui due casi che presentano situazioni polarizzate: quello toscano e quello lombardo.

Interessante è il caso della Toscana dove il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 introduce la sperimentazione della c.d. “società della salute”, un’istituzione alla quale partecipano sia i Comuni che l’Azienda USL, nella finalità di ricoinvolgere anche il Comune nella gestione dei servizi sanitari e di integrare pienamente la gestione dei servizi sociali e sociosanitari. Il Comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma “compartecipa” ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene, a tutti gli effetti, “cogestore” dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.

Rispetto all’assetto istituzionale, al governo della società della salute partecipano quindi i diversi attori del sistema territoriale, in primo luogo ASL e Comune (la rappresentanza comunale è composta da Sindaci o loro delegati).

Altri attori del sistema sociosanitario territoriale (volontariato, terzo settore, IPAB) possono essere chiamati a partecipare alle società della salute, con modalità da definire nell'ambito delle linee di indirizzo della sperimentazione. Possono inoltre collaborare, tramite rapporti convenzionali, produttori privati presenti nell'ambito di competenza.

Le società della salute definiscono i propri ruoli, compiti, finanziamenti tramite accordi fra le ASL ed i Comuni a livello di zona - distretto, con il coordinamento e il controllo direzionale della Regione; gli accordi sono bilaterali, pur rispettando regole comuni stabilite dalla Regione.

L'organo di governo della società della salute nomina, con modalità da definire nell'ambito delle linee di indirizzo, un direttore tecnico che, nell'arco del mandato, assume il ruolo di *manager* della società e di responsabile della zona - distretto, con autonomia e responsabilità gestionale, avvalendosi, se del caso, di un organismo di direzione.

Le società della salute sono finanziate dalle ASL con la parte della quota capitaria del Fondo Sanitario, corrispondente ai servizi definiti nel loro contratto di erogazione, e dai Comuni con i fondi corrispondenti ai servizi sociali che si impegnano ad erogare. Finanziamenti da eventuali sponsor privati possono esser acquisiti, purché non si producano conflitti di interesse.

Diversa l'impostazione istituzionale dell'integrazione sociosanitaria della Regione Lombardia: il Piano lombardo, oltre ad essere l'unico propriamente sociosanitario, sebbene intervenga in maniera più incisiva sui servizi sociosanitari rispetto a quelli sociali, ha infatti una sua originalità nell'impostazione e nei contenuti in tema di governance.

Nell'ottica della progressiva devoluzione di competenze dallo Stato alle Regioni in materia sanitaria e sociale, il Piano sottolinea in primo luogo che il ruolo della Regione dovrà sempre più essere quello di regolatore del sistema e sempre meno quello di gestore e di proprietario della rete delle strutture ospedaliere pubbliche.

In quest'ottica anche le ASL dovranno assumere pienamente il ruolo di soggetti pubblici di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni, esternalizzando la gestione delle attività sociosanitarie, sviluppando un ruolo di garanti del cittadino.

Il ruolo della ASL dovrà consentire non solo un coinvolgimento nella programmazione delle attività e dei servizi degli Enti Locali, ma anche una loro più continua e diretta partecipazione alle decisioni in merito alle risposte ai bisogni espressi dalle comunità locali e da un loro possibile coinvolgimento nell'azienda accompagnato da una corrispondente responsabilizzazione economica.





In realtà il Piano lombardo sembra limitare il ruolo del Comune nella programmazione sociale e sociosanitaria, i cui contenuti a livello distrettuale dovrebbero essere definiti e approvati “di intesa” tra ASL e Comuni dell’ambito.

Il Piano fa, infatti, riferimento alle due reti che costituiscono il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali “auspicato per l’intero Paese dalla legge quadro nazionale”, individuandole in quella dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL e in quella dei servizi sociali di completa ed esclusiva competenza progettuale e gestionale dei Comuni, la cui espressione è il Piano di Zona.

È sull’integrazione tra le due reti di servizi sociali e dei servizi ad elevata integrazione che “si gioca buona parte del rapporto tra Regione ed Enti Locali”, rinviando il compito a successivi atti che la Regione ha in parte emanato, a partire dalla delibera regionale di riparto delle risorse indistinte, che ha individuato l’ASL quale soggetto cui affluiscono tali risorse per essere poi trasmesse ai Comuni associati una volta formalizzato l’accordo di programma.

Il ruolo delle ASL emerge in modo ancora più chiaro nella Circolare n. 7 del 29/04/2002 che specifica la procedura per il raggiungimento dell’intesa tra ambito distrettuale e ASL in merito al Piano di Zona. Esso, dopo essere stato elaborato dall’ambito, va infatti presentato dai Comuni all’ASL che manifesta l’intesa con atto deliberativo, a seguito del quale viene sottoscritto e approvato l’accordo di programma ed erogati i finanziamenti all’organismo di gestione. L’ASL effettua inoltre la verifica e il monitoraggio dell’attuazione dei Piani di Zona.

Infine la Circolare regionale n. 7/2002 pone ai Comuni vincoli in merito all’utilizzo delle risorse che verranno ad essi trasferite, definendo precise modalità di finalizzazione del fondo (buoni e voucher per trasferimenti monetari e acquisto di servizi).

La Regione quindi affida all’ASL compiti che vengono a caratterizzare il rapporto di queste con i Comuni non in termini di partnership ma di sovraordinazione: accettazione, monitoraggio, controllo dei Piani di Zona.

#### 4. La produzione dei servizi

---

Al momento della emanazione della legge quadro, molti osservatori hanno espresso l’opinione che la difficoltà delle materie da regolamentare e i tempi della politica difficilmente avrebbero consentito al Governo di emanare entro la fine del suo mandato gli atti di indirizzo cui la L. 328/2000 rimandava in materia di IPAB, autorizzazione al funzionamento, esternalizzazione e così via. I decreti, invece, sono stati in buona parte emanati anche se con con-

tenuti a volte non sempre definiti in modo puntuale, ed ora la responsabilità di regolamentare la delicata materia della produzione dei servizi è comunque passata alle Regioni.

La definizione delle regole per la produzione dei servizi sociali si articola secondo tre principali direttive: la regolamentazione della produzione dei servizi da parte degli enti pubblici; la regolazione delle relazioni tra enti pubblici acquirenti e privato sociale erogatore; la definizione delle regole per la produzione di servizi sociali da parte di soggetti privati.

Al momento della introduzione della L. 328/2000 gran parte dei servizi sociali erano erogati da soggetti no profit per conto degli Enti Locali e lo strumento più utilizzato per la regolazione delle relazioni reciproche era la convenzione. La legge quadro ha dato un forte impulso al dibattito sulle forme di gestione dei servizi, promuovendo, tra l'altro, l'introduzione di titoli all'acquisto di servizi accreditati, suggerendo l'adozione di nuovi assetti funzionali alla gestione dei servizi ai sensi della ex legge 142/2000, introducendo l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento per servizi e strutture residenziali, inserendo le IPAB nella programmazione complessiva territoriale. Tutti questi elementi sono tra loro strettamente collegati, poiché attraverso la loro regolamentazione si delinea il modello di welfare di riferimento e si definiscono le relazioni tra i diversi attori sociali. Con il passaggio dalla produzione diretta dei servizi da parte dell'Ente Locale al governo complessivo di un sistema di offerta che comprende una molteplicità di soggetti erogatori, del resto, l'Ente Locale deve poter contare su un'ampia gamma di soluzioni organizzative tra loro collegate ed integrate; questo significa poter contare su un sistema di regole certo e coerente predisposto a livello regionale. La difficoltà più grande, tuttavia, è definire a livello regionale il tipo di welfare che si intende promuovere, poiché da questa scelta di fondo deriveranno tutte le logiche organizzative e gestionali che la L. 328/2000 rimanda alle Regioni. Puntare sulla privatizzazione dei servizi, sulla compressione dei loro costi, comporta logiche di intervento diverse rispetto al puntare sul controllo pubblico in materia sociale, e questo sia che si affronti il tema dell'accreditamento sia che si definisca la forma giuridica delle IPAB. Non stupisce, in questo senso, il ritardo delle Regioni in materia di governo dei servizi.

Se le Regioni, dopo la introduzione della L. 328/2000, hanno prodotto pochi provvedimenti in questa materia, questo però dipende, probabilmente, anche da tre ulteriori motivi.

Il primo si riferisce alla complessità delle materie da trattare, tale da comportare una riflessione molto allargata tra gli attori sociali, con evidente allungamento dei tempi di realizzazione della normativa regionale. L'accredi-





tamento, la nuova forma giuridica ed organizzativa delle IPAB, le modalità di relazione con il privato sociale, l'introduzione dei voucher per l'acquisto dei servizi, sono tutti temi che hanno immediate e complesse ripercussioni sociali ed economiche, cosicché l'introduzione di regole nuove deve avvenire con la necessaria prudenza. La complessività delle questioni poste fa sì che solo le Regioni con una più forte tradizione in materia di servizi sociali sono riuscite sinora a definire nuovi scenari nel governo dei servizi.

Il secondo motivo è che alcune Regioni da tempo hanno regolamentato le materie in oggetto, cosicché la spinta ad una innovazione legislativa è ridotta: per la Regione Lombardia una revisione delle regole sull'autorizzazione al funzionamento non può certamente rappresentare un elemento di attenzione culturale ed organizzativa di rilievo, dato che da anni le strutture residenziali sono autorizzate attraverso una compiuta regolamentazione regionale; è vero che altre Regioni, come il Veneto, hanno nuovamente regolamentato la materia, pur avendo una solida tradizione in materia di autorizzazione al funzionamento, ma è comunque sempre necessario considerare in che misura l'assenza di nuovi provvedimenti regionali sia da ascrivere ad una regolamentazione precedente alla L. 328/2000.

Il terzo motivo è opposto: in alcune situazioni i servizi sociali stanno vivendo una fase di crescita ancora incompatibile con le modifiche organizzativo-gestionali che la riforma propone. Il problema della regolazione dei rapporti con il terzo settore è assai diverso nelle situazioni territoriali in cui esiste competizione tra attori sociali e nelle situazioni in cui il no profit praticamente non esiste e l'azione pubblica è orientata a far nascere esperienze di impresa sociale. Di conseguenza anche la urgenza delle Regioni ad intervenire in materia di esternalizzazione sarà molto diversa sul territorio nazionale.

In questa situazione è dunque difficile sia tracciare con precisione la fotografia della situazione in materia di provvedimenti regionali, sia interpretare i dati forniti dalle Regioni stesse. Possiamo però evidenziare alcuni orientamenti generali che si sono consolidati, dopo l'introduzione della legge quadro.

La prima linea di tendenza riguarda il ricorso a voucher e buoni servizio. Il problema dei titoli per l'acquisto dei servizi è assai dibattuto ed esistono alcune significative esperienze oggetto di analisi e riflessione. A titolo di esempio è interessante, anche se controversa, la politica sociale definita dalla Regione Lombardia, che con successivi provvedimenti ha coinvolto pienamente gli ambiti nella continuazione di una preesistente sperimentazione regionale in materia di buoni servizio, impegnandoli a utilizzare a tal fine il 70% del fondo indistinto loro assegnato, avviando contemporaneamente una sperimentazione di voucher sanitari domiciliari. Altrettanto interessanti sono alcune espe-

rienze di introduzione di ticket sociali riferiti a badanti o baby sitter attuate, ad esempio, in Emilia-Romagna, nelle città della Liguria e in Toscana. Queste sperimentazioni, tuttavia, non hanno ancora portato ad una regolamentazione esaustiva della materia da parte delle Regioni, il che rappresenta un limite per i Comuni che si trovano privi di punti di riferimento certi.

Altra linea di tendenza è il ricorso all'accreditamento di strutture e servizi: in questo caso è tuttavia necessario distinguere tra accreditamento di strutture, ormai pratica consolidata in alcune Regioni, e accreditamento di servizi, pratica ancora pionieristica, che incontra non poche difficoltà tecniche. È emblematico che anche le Regioni più avanzate in materia di politiche sociali, pur facendo frequentemente riferimento all'accreditamento, non abbiano ancora regolamentato tale materia.

Ulteriore indirizzo condiviso nelle diverse Regioni è l'introduzione di un sistema di tariffazione per le prestazioni sociali riferito alla situazione economica delle famiglie: in questo senso è molto vivo, negli Enti Locali, il dibattito sull'utilizzo dell'Indicatore di Situazione Economica Equivalente (ISEE) nei servizi sociali. L'idea introdotta dalla L. 328/2000 per cui l'assistenza non deve essere considerata come una serie di servizi destinati solo a fasce marginali della popolazione, ma come una serie di aiuti dedicati a tutte le famiglie che ne sentano il bisogno, ha comportato un deciso orientamento, soprattutto nei Piani sociali regionali, verso l'estensione della possibilità di accesso ai servizi anche ad utenti in grado di compartecipare al costo delle prestazioni.

Un ultimo orientamento riguarda le IPAB: la normativa nazionale offre sufficienti indirizzi per la successiva regolamentazione regionale, ma la presenza di una molteplicità di situazioni organizzative diverse, la delicatezza della materia, che coinvolge istituzioni con decenni di storia, la importanza economica del settore, hanno sino ad ora frenato le Regioni nella emanazione dei provvedimenti regolativi. È da rilevare che l'impostazione della L. 328/2000 non è stata unanimemente accolta favorevolmente da parte delle IPAB, soprattutto per alcune ambiguità di fondo che non sono state del tutto risolte: questo pone alle Regioni qualche difficoltà aggiuntiva che può spiegare i ritardi nella emanazione della normativa regionale.

Complessivamente le Regioni stentano ad adeguarsi ai principi del D.Lgs. 207/2001 che ha disciplinato la trasformazione delle IPAB in "Aziende pubbliche di servizi alla persona" o in "associazioni o fondazioni di diritto privato"

Nessuna Regione ha ancora introdotto una nuova regolazione specifica in tema di riordino delle IPAB; nella maggior parte dei casi sono state avviate riflessioni, e solo alcune Regioni, tra queste la Lombardia e il Veneto hanno provveduto ad emanare un progetto di legge in via di approvazione.





L'Emilia-Romagna ha emanato la nuova normativa sulle IPAB nell'ambito della nuova Legge regionale sui servizi sociali del marzo 2003.

In Veneto il ddl 241/2000 "Testo organico per i servizi sociali nel Veneto", ha affrontato il riordino delle IPAB rimandando a successivi provvedimenti l'attuazione concreta del nuovo ordinamento. Il pdl n. 278 "Disposizioni per la trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", segue l'impianto del D.Lgs. 207/2001 prevedendo che le IPAB debbano obbligatoriamente assumere la qualifica giuridica di enti morali di diritto privato o di Aziende di servizi alla persona (ASP). Nella stessa direzione, affermando cioè la libertà di scelta tra le due possibili alternative si è mossa la Regione Lombardia che il 14 novembre 2002 ha approvato il pdl "Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia". Diverso il modello dell'Emilia-Romagna che, discostandosi da quello veneto e lombardo, prevede la facoltà di acquisizione della personalità giuridica privata solo per quelle IPAB che abbiano già una effettiva e sostanziale natura privatistica, che siano cioè titolari dei requisiti di cui al DPCM 16/02/90.

A differenza del Veneto, che rimanda al D.P.R. 361/00, il pdl della Lombardia regola anche le procedure da attuare per la trasformazione delle vecchie IPAB, prevedendo inoltre il mantenimento dell'assetto istituzionale dell'organo amministrativo per quelle istituzioni che intendono acquistare la personalità giuridica privata. La Regione Lombardia inoltre, diversamente dall'Emilia-Romagna che dichiara di voler mantenere lo status quo normativo, disciplina compiutamente i soggetti competenti alla nomina dei Consigli di amministrazione delle ASP (due amministratori tra cui il Presidente nominati dalla Giunta Regionale, tre amministratori dal Comune e due dai fondatori o dai loro discendenti per le IPAB appartenenti alla seconda classe).

Infine il modello lombardo prevede che i controlli sulle Aziende di servizi alla persona siano esercitati dalle ASL, differenziandosi in questo modo dalla normativa del Veneto che attribuisce la funzione di vigilanza alla "struttura competente in materia di servizi sociali".

## 5. La promozione e la tutela

La sussidiarietà orizzontale, basata sulla responsabilizzazione e il coinvolgimento attivo di diversi soggetti del terzo settore e privati, viene valorizzata dall'art. 1 comma 6 della L. 328/2000 che afferma chiaramente come la realizzazione del sistema integrato non può prescindere dalla promozione della partecipazione attiva delle organizzazioni sindacali e di tutela degli utenti e dei cittadini.

Il ruolo che questi soggetti devono svolgere è quindi progettuale e operativo: hanno il compito di concorrere alla lettura dei bisogni sociali, di individuare le priorità, di formulare obiettivi di benessere sociale, di concorrere alla programmazione degli interventi e di verificarne il raggiungimento.

Diverse sono le disposizioni della L. 328/2000 che danno concretezza a questo principio, come ad esempio l'art. 6 che, nel novero delle funzioni dei Comuni, prevede forme di consultazione e di interventi finalizzati a garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi sociali, e l'art. 19 che, con riferimento ai Piani di Zona, stabilisce la necessità di "responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi".

Importanti sono inoltre le disposizioni contenute nell'art. 13 della L. 328/2000 in materia di Carta dei Servizi sociali, uno strumento che svolge il duplice ruolo di sviluppare la partecipazione attiva e di tutelare i cittadini utenti.

Anche il Piano Sociale Nazionale 2001-2003 fa propri questi principi e sottolinea come il percorso di costruzione della Carta sia un'importante occasione di coinvolgimento della collettività e una "preziosa occasione di verifica, all'interno delle amministrazioni, dello stato dei servizi sociali e delle possibilità di miglioramento, dando così corpo all'affermazione secondo la quale le carte costituiscono uno strumento oltre che di tutela del cittadino, di crescita organizzativa".

Con la Carta dei Servizi l'ente erogatore rende infatti espliciti i principi a cui si ispira il processo di erogazione dei servizi da esso prodotti e identifica gli strumenti attraverso i quali i principi suddetti vengono realizzati (adozione di standard, semplificazione delle procedure, informazione degli utenti, procedure di reclamo, eccetera).

In tal senso quindi la Carta dei Servizi intende promuovere sia un'azione di tutela dei diritti dei cittadini che di responsabilizzazione degli stessi nei confronti dei servizi e di conseguenza l'aumento e la valorizzazione delle autonomie individuali e sociali.

Sino ad oggi, in assenza di indicazioni normative precise le esperienze di Carta dei Servizi nel sociale sono state rare e episodiche e si sono realizzate in singoli Comuni, in consorzi intercomunali, in qualche IPAB, in qualche cooperativa sociale in convenzione con l'Ente pubblico.

Oggi sviluppare la Carta dei Servizi è un'importante opportunità per il settore dei servizi sociali, che può così essere stimolato nel costruire miglioramenti qualitativi del proprio operato, attraverso l'assunzione di una progettualità maggiormente condivisa e professionale.

Se, infatti, gli enti erogatori si abitueranno ad esplicitare standard di qualità per il miglioramento dei servizi, questo produrrà nei singoli territori ef-



fetti benefici in direzione della qualità dell'intervento, della tutela degli utenti, e della loro partecipazione.

Complessivamente gli atti programmatori e le prime esperienze regionali non solo hanno recepito i principi della L. 328/2000 in tema di Carta dei Servizi, ma hanno spesso sopperito ad una "carezza" della legge quadro, sottolineando come sia importante che questo strumento non si limiti a regolamentare l'accesso ai servizi dei singoli utenti, ma debba favorire l'omogeneità di criteri e contenuti dei servizi nonché la relativa regolamentazione.

In Toscana il PISR 2001 ha visto la conclusione della prima sperimentazione relativa alla Carta per la Cittadinanza sociale che ha portato le prime tre zone coinvolte (Mugello, Alta Val di Cecina, Livornese) alla costruzione ognuna di una propria carta.

Il percorso metodologico della sperimentazione si è sviluppato e definito in quattro fasi operative:

- il Patto per la Cittadinanza sociale: fase in cui sono stati individuati e condivisi i principi di riferimento e la strategia per la realizzazione del welfare locale;
- il Profilo della Comunità: fase in cui si è delineata la mappa delle opportunità sociali disponibili, adottando il punto di vista di coloro che sono potenziali utilizzatori di tali opportunità;
- la Tutela e la Partecipazione: fase in cui si sono cercati i percorsi adeguati al raggiungimento della qualità dei servizi e capaci di garantire l'esigibilità dei diritti. Percorsi che hanno permesso allo stesso tempo la partecipazione dei soggetti della comunità alla progettazione e alla valutazione del sistema di servizi;
- la Carta per la Cittadinanza: fase conclusiva del progetto sperimentale nella quale è stata prevista l'adozione della carta, la sua condivisione e comunicazione e la predisposizione di programmi e di strumenti per l'aggiornamento.

Attualmente altre dodici zone sociosanitarie in Toscana stanno concludendo il percorso progettuale che porterà alla costruzione della Carta.

Il PISR 2002-2004 si pone l'obiettivo di proseguire la diffusione delle metodologie e delle esperienze della "Carta per la Cittadinanza Sociale" in tutte le zone sociosanitarie nell'arco del triennio, attraverso un sistematico coinvolgimento degli operatori degli Enti Locali, dei soggetti del terzo settore, delle parti sociali.

Anche la Regione Abruzzo ha avviato un programma di informazione sociale che prevede l'attuazione di alcune forme specifiche di comunicazione e



la realizzazione di un modello di Carta per la cittadinanza che è stato sperimentato in quattro ambiti pilota e che verrà a breve reso disponibile anche per tutti gli altri ambiti.

Se Toscana e Abruzzo hanno già avviato la sperimentazione della Carta di Cittadinanza Sociale, che ha tra i suoi strumenti operativi anche la Carta dei Servizi sociali, altri Piani regionali ne sottolineano l'importanza.

Il Piano Socio-Sanitario della Lombardia, nell'ottica di consolidare la rete degli Uffici Relazione con il Pubblico e di promuovere la Carta dei Servizi, sottolinea come l'informazione e la comunicazione rappresentino una risorsa strategica decisiva nel processo di erogazione dei servizi sociosanitari a condizione che vengano coinvolti, ai diversi livelli di elaborazione, tutti gli attori impegnati nei servizi, riconoscendo loro una duplice funzione sociale in quanto "sensori" privilegiati di bisogni e "produttori" solidali di risorse.

Così il Piano Sociale della Liguria, che dopo aver sottolineato come "il processo di costruzione delle Carte dei Servizi è di particolare rilevanza, in quanto costituisce una preziosa occasione di coinvolgimento degli operatori dei servizi, della società civile e degli organismi rappresentativi della stessa", ritiene opportuna l'adozione di una carta intercomunale per le associazioni di distretto o comunque una "Carta dei Servizi sociali di zona".

Infine, il Piano della Sicilia dà notevole importanza al processo di costruzione delle Carte dei Servizi sociali in quanto costituisce non solo una opportunità per il coinvolgimento della collettività, ma un'occasione di verifica all'interno delle amministrazioni, dello stato dei servizi sociali e delle possibilità di miglioramento.





---

## CAPITOLO 3

79

# LA PROGRAMMAZIONE

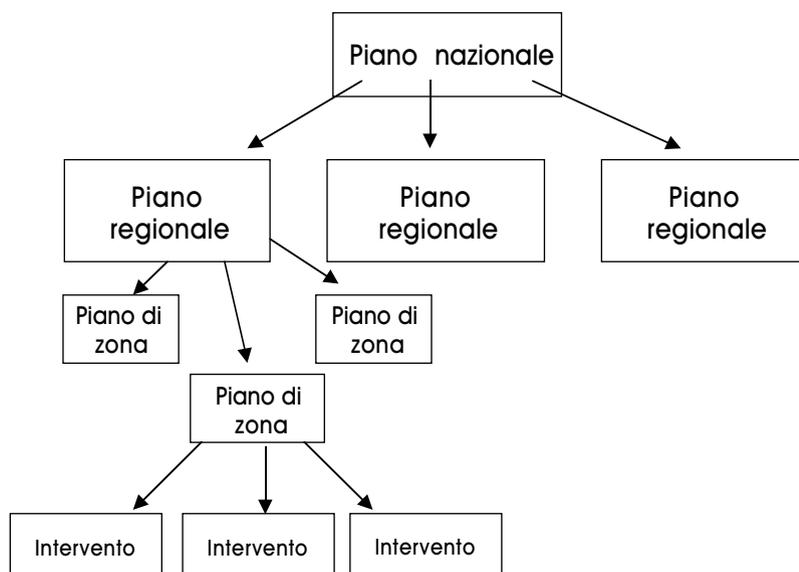


## 1. I Piani regionali

Il sistema programmatico previsto dalla L. 328/2000 propone una serie di strumenti “a cascata” (cfr. fig. 1) funzionali alla realizzazione capillare del sistema integrato di servizi:

- Il Piano nazionale degli interventi e servizi sociali (art. 18)
- Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18)
- Il Piano di Zona (art. 19).

Figura 1



La L. 328/2000 nell’art. 18 è precisa ed analitica nel definire i contenuti del Piano nazionale, mentre rispetto ai piani regionali si limita a precisare che “le Regioni, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale e attraverso for-



me di intesa con i Comuni, adottano nell'ambito delle risorse disponibili, entro 120 giorni, il *Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali*, provvedendo in particolare all'integrazione socio sanitaria in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro”.

Il Piano nazionale è stato licenziato in tempi brevi a seguito dell'approvazione della L. 328/2000, tuttavia la successiva riforma del Titolo V della Costituzione, ha attribuito potestà legislativa esclusiva alle Regioni, con la connessa competenza programmatrice. Quanto al Piano nazionale, in un recente articolo, Elena Ferioli correttamente afferma che, dopo la riforma del Titolo V “...una funzione statale programmatrice potrebbe essere recuperata in relazione alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, ma, al di fuori di questi, sembra corretto ritenere che il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali sia destinato ad essere superato dagli atti programmatori regionali” (Ferioli, “Servizi sociali e revisione della Costituzione”, su *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 17, 2002, pag. 3).

Le scelte regionali, in materia di programmazione ed in particolare di predisposizione e approvazione dei Piani regionali, sono state eterogenee.

La tavola 5 in appendice al capitolo presenta un quadro sinottico e sintetico dei principali orientamenti presi.

Si può notare come gli orientamenti assunti dalle Regioni possono essere raggruppati in quattro aggregati.

### Piani regionali che anticipano la L. 328/2000

Alcune Regioni, già vicine (grazie ai diversi disegni di legge) agli orientamenti che poi la L. 328/2000 avrebbe assunto, hanno approvato propri piani nei mesi immediatamente precedenti alla approvazione della legge quadro, anticipatori e sostanzialmente coerenti con quanto avrebbe stabilito la norma nazionale (Basilicata, Lazio, Marche, Provincia di Bolzano, Umbria).

### Piani regionali che recepiscono la L. 328/2000

Altre, nel corso del 2001 o nei primi mesi del 2002 hanno recepito le indicazioni della legge quadro realizzando propri Piani che esplicitamente si qualificano “in attuazione della L. 328/2000” (Abruzzo, Liguria, Lombardia, Sicilia, Toscana, Provincia autonoma di Trento, Valle d'Aosta); va notato che tra queste Regioni due hanno scelto di realizzare un Piano sociosanitario (Lombardia e Valle D'Aosta), mentre le rimanenti, coerentemente con il det-

tato della legge quadro, hanno approvato piani esclusivamente dedicati al sistema integrato di interventi e servizi sociali. Alla fine del 2002 anche la Sicilia si è aggiunta a questo gruppo di Regioni.

### Linee guida per i Piani di Zona che recepiscono la L. 328/2000

Un terzo gruppo di Regioni ha scelto una strada più incrementale ed ha prioritariamente promosso nei territori (con il supporto di circolari e Linee Guida) la costruzione di Piani di Zona sperimentali, intendendo utilizzare anche questi apporti dal territorio per la costruzione del Piano regionale (Emilia-Romagna, Campania).

### Provvedimenti iniziali

Infine un quarto gruppo di Regioni è “rimasto al palo” non avendo al momento della nostra rilevazione assunto alcun atto programmatico regionale significativo in attuazione della L. 328/2000, oppure avendo assunto atti deboli, che non hanno ancora avviato significativi e generalizzati processi programmatici a livello locale (Calabria, Friuli, Molise, Piemonte, Sardegna, Puglia).

Il quadro fin qui delineato, già prefigura alcune tendenze in atto in termini di investimento regionale sulla programmazione sociale. Il quadro si delinea in modo più chiaro considerando se e come le Regioni hanno promosso e incentivato i processi di costruzione dei Piani di Zona.

## 2. I Piani di Zona

---

Il Piano di Zona rappresenta lo strumento principe di programmazione delle politiche sociali territoriali previsto dalla L.328/2000.

La normativa al proposito prevede che:

- sulla base delle indicazioni di Piano nazionale e regionale i Comuni provvedano, a loro volta, a definire il Piano di Zona;
- il Piano di Zona venga adottato attraverso Accordo di programma (L. 142/1990 art.27) al quale partecipano soggetti pubblici e privati che concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato;
- il Piano di Zona venga approvato dai Comuni associati che fanno parte di un determinato “ambito territoriale per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete”;





- l'ambito sia determinato dalla Regione e sia preferibilmente coincidente con il distretto sanitario.

La L. 328/2000 inoltre specifica che il Piano di Zona è volto a:

- favorire la creazione di una rete di servizi e interventi flessibili, stimolando le risorse della comunità locale;
  - qualificare la spesa attivando anche risorse locali;
  - ripartire la spesa tra i soggetti firmatari;
  - prevedere formazione, aggiornamento e progetti di sviluppo dei servizi.
- Inoltre il Piano di Zona per progettare il sistema integrato deve individuare:
- obiettivi, priorità, strumenti e mezzi;
  - organizzazione dei servizi, risorse e requisiti di qualità;
  - rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo;
  - modalità per garantire integrazione fra servizi e prestazioni;
  - coordinamento con organi statali periferici (amministrazione penitenziaria e della giustizia);
  - collaborazione fra servizi territoriali, soggetti che operano nell'ambito della solidarietà sociale e comunità locale;
  - forme di concertazione con l'ASL e con gli enti no profit erogatori di servizi ed interventi sociali.

Per la L. 328/2000 il Piano di Zona è dunque lo strumento principe di programmazione e la sua realizzazione introduce almeno quattro significativi cambiamenti nella tradizionale prassi di programmazione delle politiche sociali:

- si integrano gli interventi e le politiche sociali, mettendo insieme tradizioni programmatiche e fonti di finanziamento finora considerate in modo separato ed autonomo (i fondi ex L. 285/1997 per l'infanzia e l'adolescenza, i fondi ex L. 45/1999 per la lotta alle tossicodipendenze, il Fondo Nazionale politiche sociali, ecc.);
- si consolida il passaggio dalla programmazione da una prospettiva di government (funzione di governo esclusiva del soggetto pubblico) ad una prospettiva di governance (attività di governo svolta attraverso la mobilitazione e il coordinamento di una serie di soggetti pubblici, di privato sociale, della società civile);
- si programma ad un nuovo livello: l'ambito territoriale, superando l'im-passe storica delle politiche sociali del nostro Paese legata al frazionamento comunale;
- si programma in modo congiunto anche con l'ASL, non nella logica della delega ma in quella dell'integrazione operativa a livello territoriale, co-

me già previsto anche dal DLgs. 229/1999 e del conseguente Atto di Indirizzo e coordinamento.

Se per queste ragioni possiamo considerare il Piano di Zona come uno degli elementi cardine della riforma, la sua realizzazione rappresenta allora uno degli indicatori principali che evidenziano quale è stato l'impatto della L. 328/2000 sulle politiche programmatiche delle diverse Regioni in campo sociale.

Al momento della nostra rilevazione le Regioni, rispetto alla predisposizione dei Piani di Zona, stanno procedendo a velocità diverse: da chi ha anticipato la L. 328/2000 con una propria normativa sui Piani di Zona e sta passando alla loro nuova edizione per il secondo triennio, a chi si è attivato tempestivamente dopo l'approvazione della legge quadro, ponendo scadenze precise agli ambiti, ma sostenendoli anche con accompagnamento e Linee Guida intesi a favorire i processi di costruzione dei piani, a chi ha finora ignorato le indicazioni della legge quadro e non ha ancora, a tutt'oggi, effettuato alcun passo significativo in questa direzione.

Da un'analisi della documentazione regionale emerge una prima articolazione fra gli "stili" adottati dalle diverse Regioni, costruita considerando sostanzialmente due dimensioni analitiche: la velocità con la quale le Regioni si sono attivate per la realizzazione dei Piani di Zona e la accuratezza (rilevata dai documenti) nello svolgere una funzione di accompagnamento dei territori per metterli nelle migliori condizioni per avviare un processo "prototipo" e, per certi versi, "rivoluzionario" rispetto alle precedenti prassi di programmazione delle politiche sociali.

Si evidenziano a livello regionale quattro diverse "intensità" nella realizzazione dei Piani di Zona.

Ad un primo livello, di "alta intensità", incontriamo quelle Regioni che hanno anticipato la realizzazione dei Piani di Zona e la legge quadro (Abruzzo, Toscana, Umbria), avendo già ampiamente concluso una prima tornata di Piani di Zona e avviandosi verso una seconda edizione di tali strumenti programmatici.

Seguono, ad un livello di "discreta intensità", Regioni che, dopo l'approvazione della L. 328/2000, hanno adottato tempestivamente le indicazioni della riforma, le hanno integrate con proprie linee di indirizzo e hanno già approvato i primi Piani di Zona (Emilia-Romagna, Campania, Liguria).

Ad un terzo livello di "limitata intensità" si incontrano le Regioni che dichiarano attenzione alla realizzazione dei Piani di Zona attraverso una pro-





duzione di indirizzi per gli ambiti, ma nelle quali il processo di realizzazione è più lento (Lombardia, Marche, Lazio, Sicilia) e meno “accompagnato”.

Ad un successivo livello sono accorpate le Regioni che, fino ad oggi, anche se in alcuni atti dichiarano formalmente di adottare quanto suggerito dalla L. 328/2000 in materia di Piani di Zona, non hanno ancora attivato alcun processo per la predisposizione dei Piani di Zona, oppure previsto per questo chiare scadenze (Piemonte, Puglia), o ancora hanno finora sostanzialmente ignorato quanto indicato dalla L. 328/2000 in materia di Piani di Zona (Sardegna, Calabria, Valle D'Aosta, Molise, Province autonome di Trento e Bolzano).

A partire da questa prima valutazione abbiamo approfondito ulteriormente la nostra analisi sulle Regioni comprese nei primi tre aggregati, quelle cioè maggiormente attive nel processo di realizzazione dei Piani di Zona, utilizzando, oltre che l'analisi documentale, anche le interviste effettuate ai referenti regionali.

Abbiamo concentrato l'attenzione sui ruoli programmatori: quello che la Regione si è attribuita nel governo del processo di promozione e costruzione dei Piani di Zona, e quelli che ha attribuito ad enti intermedi (Province, Aziende Sanitarie), ambiti e Comuni.

Si sono così potute evidenziare scelte strategiche sul governo della programmazione diverse, che ora illustriamo.

Alcune Regioni hanno assunto nei confronti degli ambiti una funzione di *service*, di stimolo e promozione alla realizzazione dei Piani di Zona esercitando controlli e verifiche funzionali alla logica di accompagnamento di una esperienza sperimentale nell'ottica del “costruire correggendo” (Emilia-Romagna, Umbria, Liguria, Campania). Talune di queste Regioni hanno previsto forme di coinvolgimento degli enti intermedi (Province, ASL) in una prospettiva di accompagnamento e supporto dei neonati ambiti, funzionale a sostenerli in un processo nuovo e, per molti, tutto da costruire. Altre hanno attivato tale funzione utilizzando modalità e strumenti diversi.

Altre Regioni hanno assunto nei confronti degli ambiti una funzione più prescrittiva, di indirizzo, indicando alcuni criteri e contenuti da inserire nei Piani di Zona, ed esercitando controlli e verifiche per presidiare l'omogeneità delle scelte territoriali in coerenza con gli indirizzi regionali. Il ruolo degli enti intermedi in tal caso o non è contemplato, oppure assume una funzione più ispettiva e di controllo che non di partnership finalizzata a promuovere e a condividere un'ottica progettuale e strategica a livello di ambito (Lombardia, Basilicata, Abruzzo, tra le altre Regioni).

Emblematico del primo gruppo di Regioni può essere il caso campano. In questa Regione il processo di costruzione dei Piani di Zona è stato tracciato, a livello regionale, con una circolare comprensiva di indirizzi e Linee Guida per facilitare i processi di programmazione locale. Il processo è stato poi accompagnato da funzionari e agenti preparati dal Formez e con specifiche attività di formazione; una valutazione di adeguatezza dei Piani presentati ha consentito di restituire ai territori indicazioni per correggere le prime stesure e inserire integrazioni migliorative. Infine si sta procedendo ad una valutazione dei processi attuativi per trarre indicazioni per le future tappe di programmazione regionale e locale.

Emblematico del secondo gruppo di Regioni è invece il caso lombardo. In questa realtà il processo è stato avviato attraverso una circolare che presenta indirizzi prescrittivi specifici e originali rispetto alla L. 328/2000, (quale per esempio la richiama di destinare, in linea tendenziale nel triennio il 70% del fondo a interventi attraverso assegni di cura e voucher). Nella stessa circolare è prevista l'attribuzione all'ASL di un ruolo di controllo rispetto all'osservanza delle prescrizioni regionali.

In effetti, al di là del caso specifico, l'ASL è l'attore che maggiormente ha giocato ruoli diversi a seconda dello stile di governo adottato dalle Regioni:

- partner alla pari nel primo modello, cioè attore con una presenza autorevole al tavolo di progettazione partecipata dei Piani di Zona per quanto concerne i servizi socio sanitari integrati;
- controllore nel secondo modello, con funzione di accertamento dei requisiti suggeriti dalla Regione e pertanto, di fatto, con funzione di braccio operativo della Regione a livello locale.

L'autonomia degli ambiti risulta inversamente proporzionale al potere di controllo attribuito all'ASL.

Mentre nel primo gruppo di Regioni le aggregazioni di Comuni si sentono probabilmente autonome nell'esercitare la funzione di programmazione (coerente con la L. 328/2000), nel secondo gruppo si sentono più vincolati e limitati nelle proprie scelte. Ne discende anche il rischio che la costruzione del Piano di Zona divenga una arena per una "lotta di potere" fra istituzioni. Nel citato caso lombardo per esempio sono state frequenti, nella fase di costruzione dei piani, prese di posizione di Comuni e loro rappresentanze (ANCI e altre associazioni di Comuni) di protesta nei confronti delle scelte prescrittive della Regione. Non sono mancati anche dissidi e incomprensioni fra l'ASL e ambiti che la percepivano non come partner ma come controllore del rispetto delle prescrizioni regionali. Tali dissidi hanno spesso minato la co-





struzione di partnership che consentissero negoziazioni, centrate sulla costruzione del miglior sistema di servizi possibile per il territorio in esame.

Ultima interessante dimensione da considerare, limitatamente alla serie di Regioni più attive nella promozione dei Piano di Zona, è la dimensione partecipativa, in termini di sussidiarietà orizzontale che il processo programmatico ha assunto.

88

La L. 328/2000 in vari passi promuove la ricerca di forme di governance nella costruzione dei Piani di Zona. In particolare l'art. 9 (Piani di Zona) specifica che all'accordo di programma "... partecipano i soggetti pubblici nonché i soggetti di cui all'art 1 comma 4 e all'art 10" (terzo settore e IPAB).

Traspare fra le Regioni, anche in questo caso, una certa disomogeneità di scelte che è collocabile su di un continuum che va da Regioni particolarmente sensibili nel promuovere questa dimensione partecipativa ad altre che questa dimensione non la negano, ma neppure la sottolineano. In termini generali va comunque precisato che prevale una tendenza alla promozione della partecipazione del terzo e del "quarto settore", in una logica di governance del sistema integrato.

In conclusione appare utile sottolineare che lo stile adottato dalle Regioni che hanno già investito nella costruzione dei Piani di Zona emerge come elemento di grande interesse. Tale stile infatti caratterizza l'investimento delle Regioni verso un processo di riforma del sistema programmatico che presenta elementi di grande cambiamento rispetto alla prassi preesistente.

L'analisi ha anche consentito di sottolineare che non è sufficiente proporre qualsivoglia documento che si chiami "Piano di Zona", per essere coerenti con la legge quadro, occorre anche attenzione e sensibilità verso alcuni precisi requisiti così sintetizzabili:

- l'autonomia degli ambiti,
- la promozione della partecipazione,
- l'integrazione della rete dei servizi e delle risorse,
- la costruzione di partnership "alla pari", dove cioè non vi siano soggetti prevaricanti, con poteri di veto.

Laddove tali requisiti sono stati rispettati il Piano di Zona è divenuto una occasione per veicolare una impostazione nel governo delle politiche sociali orientata alla sussidiarietà sia verticale che orizzontale, nella logica di fornire autonomia e "empowerment" ai territori, con una funzione regionale di indirizzo, stimolo, accompagnamento e promozione del miglioramento continuo.

Laddove invece tali requisiti vengono a mancare è probabile che si assisterà, nei prossimi mesi ed anni, ad una progressiva svalutazione delle po-

tenzialità dei territori. In questo quadro il rischio principale è che un esercizio della funzione regionale di governo orientata alla prescrittività e alla introduzione di vincoli releghi gli ambiti ad un ruolo più esecutivo e meno programmatico, mettendo a rischio la scommessa della L. 328/2000 di costruire comunità locali che progressivamente divengano soggetti attivi nella programmazione di politiche sociali adeguate ai bisogni locali.

È infatti proprio nella costruzione di una funzione di pianificazione diffusa a livello di comunità locale che si gioca buona parte del successo della riforma. Per fare reale progettazione partecipata, a livello locale, attraverso lo strumento del Piano di Zona, è necessario infatti costruire legami e sviluppare un costante dialogo tra i diversi soggetti, che crei progressivamente relazioni significative tali da poter via via divenire forme efficaci e durevoli di partecipazione. Come infatti afferma P. David: “(...) l’approccio di comunità si basa su di un’esigenza oggi molto sentita, rappresentata dal riavvicinare i cittadini alla gestione della cosa pubblica a fianco dell’azione amministrativa; in questo senso, il campo delle politiche sociali, per la sua specificità relazionale, può rappresentare un valido terreno di sperimentazione di tecniche di programmazione maggiormente capaci di stabilire connessioni significative tra comunità e istituzioni” (David, “Il ruolo del sociologo nella programmazione territoriale di zona”, in attesa di pubblicazione su *Prospettive Sociali e Sanitarie*).

L’ambito territoriale, che ha la delicata funzione di regia di tale processo, ha la necessità di avere un interlocutore regionale incentivante, che lasci ad esso autonomia e che allo stesso tempo lo supporti e accompagni verso un nuovo approccio di programmazione territoriale. Si tratta infatti di un nuovo approccio che richiede, obbligatoriamente, una nuova metodologia di lavoro rispetto alla quale vanno costruite precise e specifiche competenze. In questa direzione vanno positivamente valutate le scelte di quelle Regioni che si pongono in un’ottica di valorizzazione e di incentivazione di questa funzione programmatica a livello locale, quali ad es. la Regione Umbria e la Regione Marche che hanno previsto di sostenere l’attuazione dei Piani di Zona, con specifiche figure di promotori sociali o coordinatori della rete dei servizi dell’ambito, o quelle che investono nella costruzione e nel consolidamento dell’Ufficio di Piano, come la Regione Campania e la Regione Emilia-Romagna. Si tratta di funzioni e figure che hanno un ruolo di regia dei Piani, e che danno risorse e valore al neonato livello programmatico di zona.

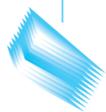


**Tavola 5**  
**La programmazione sociale regionale**

Regioni	Anticipatorie L. 328/2000	Recepimento previsto dalla L. 328/2000	Indicazioni per i Piani di Zona	Rimaste al palo
90 Abruzzo		DGR 69-8/2002 "Piano Sociale Regionale 2002/2004"		
Basilicata	DCR 1280/99 "Piano Regionale socio-assistenziale 2000/2002"			
Calabria				DGR 212/2000 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
Campania			DGR 1826/2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali"	
Emilia Romagna			DGR 2621/2001 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali"	
Friuli Venezia G.				DGR 1891/2002 "Programma per la prima attuazione della L. 328/2000"
Lazio	DCR 591/1999 "Piano socio-assistenziale 1999/2001"			
Liguria		DCR 65/2001 "Piano triennale dei servizi sociali 2002/2004"		

Regioni	Anticipatorie L. 328/2000	Recepimento previsto dalla L. 328/2000	Indicazioni per i Piani di Zona	Rimaste al palo
Lombardia		DGR VII/0462/ 2002 "Piano socio-sanita- rio regionale per il triennio 2002/2004"		
Marche	DCR 306/2000 "Piano Regionale per un sistema in- tegrato di inter- venti e servizi so- ciali 2000/2002"			
Molise				Bozza I Piano So- ciale
Piemonte				DDL n. 407/2001 "Norme per la rea- lizzazione del siste- ma regionale inte- grato di interventi e servizi sociali"
Puglia				L.R. 13/2002 "Indi- viduazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio- assistenziali"
Sardegna			Bozza di delibera "Adeguamento L.R. 4/88 e predisposizio- ne del Piano regio- nale socio-assisten- ziale 2003-2005 alla luce delle indicazio- ni della L. 328/2000 e del PSN"	
Sicilia		DGR luglio 2002 "Verso il piano re- golatore sociale della Regione Sici- liana"		





Regioni	Anticipatorie L. 328/2000	Recepimento previsto dalla L. 328/2000	Indicazioni per i Piani di Zona	Rimaste al palo
Toscana		DCR 118/2001 "Piano integrato sociale regionale per il 2001"(transi- torio) DCR 122/2002 "Piano integrato sociale regionale 2002-2004"		
Bolzano	DGP 5513/1999 "Piano Sociale Pro- vinciale 2000/02			
Trento		Piano Sociale e as- sistenziale 2002- 2003		
Umbria	DCR 759/1999 "Piano sociale Re- gionale 2000/2002			
Valle d'Aosta		L.R. 18/2001 "Piano Socio- sanitario re- gionale 2002/2004"		
Veneto				DDL 3/2002 "Testo organico per le politiche so- ciali"



## **CAPITOLO 4**

**93**

### **GESTIONE E RETI DI SERVIZI**



## 1. Le forme di gestione unitaria dei servizi

Il quadro regionale in tema di gestione e rete dei servizi socio-assistenziali mostra di aver risentito in maniera differenziata della regolazione promossa con la L. 328/2000. In particolare la normativa regionale relativa alle modalità di gestione dei servizi è stata fino ad ora limitatamente interessata dai mutamenti operati con la legge quadro, mentre un impatto ben più profondo di tale legge si è avuto sotto il profilo della rete e delle caratteristiche essenziali del sistema dei servizi.

All'interno della L. 328/2000 e dei relativi decreti attuativi sono contenuti, fra le numerose tematiche, anche alcuni significativi riferimenti alle modalità attraverso cui gli enti pubblici debbono gestire i servizi ed in particolare i rapporti con i diversi soggetti, pubblici e privati, che erogano direttamente tali interventi. Accanto ad alcune rilevanti indicazioni inserite sia nel primo articolo della legge, in particolare ai commi 4 e 5, relativi agli attori in grado di partecipare al sistema di gestione dei servizi, che in quelli relativi alle funzioni del Comune, della Provincia, della Regione e dello Stato (artt. 6-9), vi sono altri articoli rilevanti sotto tale profilo.

In particolare l'articolo 5 è dedicato al terzo settore ed una sua parte concerne i criteri di affidamento dei servizi a tale attore. Il contenuto di tale articolo è stato disciplinato in maniera anche più puntuale con un successivo decreto, che, fra gli altri aspetti, stabilisce il divieto di impiego di forme di selezione dei fornitori basate su gare "al massimo ribasso", a vantaggio invece di procedure in grado di valutare la capacità progettuale e le caratteristiche strutturali e qualitative delle organizzazioni.

L'articolo 10 è invece dedicato alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB). Anche in questo caso tale articolo è stato accompagnato da un decreto legislativo, il n. 2074 del 2001: con questi testi si prevedono una serie di principi e criteri relativi alle caratteristiche di tale istituzione, quali



la possibile trasformazione della natura giuridica dell'organizzazione e dei rapporti di lavoro interni ad essa.

L'articolo 11 si focalizza sulle modalità e sulle finalità di autorizzazione e di accreditamento dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale. Ugualmente la normativa contenuta nella L. 328/2000 ha previsto un ulteriore testo, che è stato poi emanato nel 2001 (il DM n. 308). In questo caso, oltre a ripartire i compiti e le funzioni fra Comuni e Regioni, la normativa fissa i requisiti per poter accedere all'autorizzazione al funzionamento e offre alcune linee di riferimento di massima sull'accreditamento.

L'articolo 17 infine riguarda i titoli per l'acquisto dei servizi, i cosiddetti voucher, che potrebbero rappresentare in futuro una modalità innovativa per coniugare scelta da parte del beneficiario dell'intervento e regolazione pubblica.

Se quindi il tessuto normativo scaturito dalla L. 328/2000 e dai relativi decreti attuativi è ricco di spunti e di indicazioni in merito alla gestione dei servizi, le Regioni, tranne alcune eccezioni relative a singoli aspetti, hanno recepito in maniera molto limitata tale normativa innovativa.

Il DM 308/2001 relativo all'autorizzazione di strutture residenziali e semi-residenziali non ha dato luogo nella maggior parte delle Regioni ad alcun atto normativo e programmatico specifico. Va comunque sottolineato come in alcuni contesti siano in corso, ed in certi casi in fase avanzata, i lavori di tavoli e commissioni volti a realizzare una regolazione in tal senso. In particolare sono due le Regioni, Abruzzo e Liguria, che hanno già avviato e realizzato disposizioni in merito a questa tematica, mentre alcune altre si sono attivate tramite gruppi di lavoro per normare la tematica delle autorizzazioni secondo le indicazioni fornite dal DM 308/2001, fra cui la Campania, il Lazio, le Marche, l'Umbria, il Veneto e la Provincia di Bolzano. Nelle restanti Regioni non si sono avute né normative specifiche né sono stati approntati tavoli su tale tematica.

Una attenzione anche più limitata ha suscitato la tematica dell'accreditamento, legata a quella precedente dell'autorizzazione. Sotto questo profilo sono poche le Regioni che hanno iniziato a discutere di normative a seguito della L. 328/2000 e dei relativi atti. In particolare si tratta dell'Emilia-Romagna, delle Marche, dell'Abruzzo, dell'Umbria, delle Province di Trento e di Bolzano, dove sono iniziati o stanno per giungere a compimento percorsi regolativi in tale senso.

Il DPCM sul terzo settore ed i criteri di esternalizzazione ed affidamento dei servizi a tale attore hanno anche essi avuto un seguito abbastanza limitato. In particolare sono state quattro le Regioni che hanno già emanato recentemente atti in questa direzione, la Toscana, la Campania, la Liguria ed il Mo-

lise, mentre in altri contesti, come l'Emilia-Romagna ed il Lazio, testi normativi sono in fase di elaborazione.

La possibile introduzione di voucher e di titoli per l'acquisto di servizi, previsti dall'articolo 17 della L. 328/2000, ha anche essa per ora avuto uno scarso seguito a livello regionale, visto che solo la Liguria si è attivata, con una sperimentazione sull'assegno servizi, mentre tali strumenti sono in fase di elaborazione in Veneto e nelle Province di Trento e Bolzano.

Il D.Lgs. 2074/2001 sulle IPAB è infine, fra le disposizioni considerate, quello che meno ha avuto seguito nella normativa regionale degli ultimi due anni, assieme alla tematica dei titoli di acquisto. Nessuna Regione ha per ora introdotto una nuova regolazione specifica su questa materia. Alcuni contesti, come la Basilicata, la Campania, l'Emilia-Romagna, il Lazio, la Liguria, l'Umbria, la Puglia ed il Veneto, sono comunque in una fase di realizzazione di un testo mirato a questo tipo di istituzione.

Complessivamente poco più della metà delle Regioni italiane è stata interessata dal recepimento di alcune delle normative appena prese in considerazione, mentre appunto le rimanenti non hanno per ora introdotto particolari innovazioni nel proprio ordinamento a seguito della L. 328/2000.

A seconda delle tematiche tendono a variare le Regioni che si sono attivate. Sicuramente alcune fra queste mostrano però un alto grado di produzione normativa di recepimento della legislazione nazionale. Si tratta in particolare della Campania, del Lazio, dell'Umbria, delle Province di Trento e di Bolzano.

Le motivazioni alla base di tale scarso recepimento della normativa, prevista dalla legge quadro, relativa alla gestione dei servizi vanno ricercate in due direzioni, che in buona parte si sovrappongono alla più generale analisi che si può compiere sull'impatto di tale legge sui sistemi regionali dei servizi sociali.

Alcune Regioni non hanno recepito la normativa in questione per la semplice ragione di aver già adottato durante gli anni Novanta, ed in particolare nella loro seconda parte, indirizzi e principi contenuti nella legge e nei suoi decreti. La L. 328/2000 rappresenta infatti sia un punto di partenza e di innovazione che di arrivo, nel senso che le norme contenute in essa sono il risultato di una elaborazione che si è andata sviluppando alla fine degli anni Novanta a partire da molte delle esperienze più avanzate nei vari territori italiani. Pertanto numerosi suoi articoli ed indicazioni non rappresentano altro che una rielaborazione ed una codifica di innovazioni regionali o locali nelle modalità di gestione da estendere su tutto il territorio nazionale.

Tali riflessioni e situazioni si applicano bene anche al campo specifico della regolazione della gestione dei servizi. Per quello che riguarda ad esempio





le modalità di affidamento dei servizi al terzo settore, numerose Regioni, già a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, avevano previsto il superamento delle gare al “massimo ribasso”, a favore di forme di selezione basate sull’“offerta economicamente più vantaggiosa”, all’interno delle normative regionali di recepimento della legge 381/1991 sulla cooperazione sociale. Ugualmente vi sono già molte realtà in cui i testi relativi alle modalità di autorizzazione al funzionamento, spesso emanati nella seconda parte degli anni ’80, sono stati rivisti e aggiornati negli ultimi anni.

Naturalmente non tutte le Regioni si sono trovate in questa situazione. La L. 328/2000 ha rappresentato anche un tentativo di diffusione delle innovazioni in territori in cui negli ultimi anni le modalità di gestione non erano particolarmente mutate e non erano state spesso in grado di rispondere ai cambiamenti nei bisogni.

Se quindi si tiene presente la differente capacità innovativa e propositiva delle varie Regioni italiane, così come la loro adozione limitata della normativa proveniente dalla L. 328/2000, possiamo raggruppare le Regioni italiane all’interno di una tipologia con tre profili:

- a) le Regioni promotrici di innovazione – si tratta di quelle realtà che hanno potuto fare in buona parte a meno di recepire nell’ultimo biennio la normativa nazionale proprio perché ne sono state fra le promotrici, e quindi avevano già presenti nei propri ordinamenti i principi e le modalità di gestione dei servizi previsti nella legge quadro; sono in genere Regioni collocate nel Centro-Nord del Paese;
- b) le Regioni recettrici di innovazione – si tratta di quelle realtà che hanno avuto più difficoltà ad innovare negli anni precedenti la legislazione in oggetto, ma che si sono mostrate pronte o si stanno attivando attualmente per recepire nei propri ordinamenti le indicazioni contenute nella L. 328/2000 e nei relativi decreti; sono alcune delle Regioni indicate in precedenza, fra cui ad esempio la Campania;
- c) le Regioni passive – si tratta infine di quelle realtà che fino ad ora non si sono caratterizzate né per una carica propulsiva particolare né per una capacità o una volontà di recepimento in tempi rapidi delle riforme promosse dal livello nazionale; quasi tutte le Regioni del Sud Italia, ma non solo, possono annoverarsi per la scarsa presenza di una recente normativa regionale, sia di recepimento che di produzione propria, sul tema della gestione dei servizi.

Tale tipologia ha un valore solamente indicativo per orientare una prima differenziazione fra i sentieri seguiti dai vari contesti territoriali ed è in parte

più applicabile a livello di singola dimensione della gestione dei servizi (autorizzazione, accreditamento, etc.), che a livello complessivo: se si analizzano ad esempio le Regioni che sono state nominate nelle pagine precedenti in merito alle varie dimensioni, si nota appunto una parziale differenziazione a seconda della tematica.

Accanto a ragioni legate al differente grado di innovazione e di capacità di recepimento regionale, un secondo fattore che spiega la scarsa adozione, tramite testi normativi specifici, della normativa nazionale è secondo alcune Regioni la limitata chiarezza di alcuni aspetti della legge menzionata. In particolare la normativa sull'accREDITamento, così come quella sulle IPAB, vengono valutate come innovative in linea generale ma dagli scarsi contenuti sul piano poi dell'operatività. Come è stato ad esempio indicato da una delle Regioni: "in questo momento il recepimento del decreto sulle IPAB avrebbe un effetto molto limitato a livello regionale".

In conclusione, quindi, ragioni di tipo differente sembrano spiegare il perché solo la metà circa delle Regioni italiane abbia recepito, e spesso solo parzialmente, le normative nazionali in tema di gestione dei servizi.

Vanno segnalate le esperienze in corso di svolgimento in Regioni quali la Toscana, la Basilicata, l'Abruzzo, la Campania, dove diversi atti di indirizzo regionali e documenti di approfondimento hanno richiamato, sia pure con differenti esiti in termini di recepimento da parte del territorio, i diversi livelli della gestione unitaria dei servizi sui quali i Comuni e tutti gli attori principali di un ambito territoriale devono lavorare.

Infatti è già abbastanza diffusa la consapevolezza che, perché la gestione unitaria della rete dei servizi di un ambito territoriale possa trovare effettiva realizzazione, oltre l'assetto giuridico-istituzionale definito dagli organi competenti, è necessario assumere decisioni in merito alla organizzazione dell'ambito territoriale e alle funzioni e responsabilità assegnate a ciascun soggetto individuato.

La gestione unitaria di una rete di servizi richiede, peraltro, particolare attenzione alla gestione delle risorse finanziarie affidata ad un solo soggetto responsabile, che deve puntare, piuttosto che a ripartire le risorse stesse tra i Comuni della zona o dell'ambito sociale, ad estendere gradualmente:

- la percentuale di risorse del Piano di Zona che vengono gestite in forma unitaria, per cui un solo Ente realizza un certo servizio per tutto il territorio, potendo eventualmente distribuire le competenze per servizi diversi ad enti diversi, laddove non sia individuato un solo Ente gestore in capo a cui sono collocate anche tutte le responsabilità del livello operativo;





- la quota di risorse che ciascun Comune destina alla spesa sociale e che, salvo quelle conferite al Piano di Zona, restano in capo ai singoli Comuni, quasi sempre per realizzare servizi poco coordinati con gli stessi di altri Comuni e poco coordinati con gli stessi servizi previsti nel Piano di Zona.

L'obiettivo ultimo, che viene evidentemente qui enunciato come punto di arrivo di un percorso che i sistemi di welfare regionali hanno appena intrapreso, è quello di arrivare a considerare il Piano Sociale di Zona come l'unico vero bilancio preventivo della spesa sociale di un intero ambito, in cui tutti gli interventi siano tra loro coordinati e gestiti in forma unitaria, senza che questo rappresenti una minaccia per l'autonomia e la capacità di governo di un territorio da parte del singolo Ente Locale.

Infine un breve cenno deve essere rivolto alla necessità che gli Enti Locali, avendo deciso di assumere una certa modalità per la gestione unitaria dei servizi, tutti o parte, previsti nel Piano di Zona, si dotino di criteri omogenei per disciplinare l'organizzazione e l'erogazione dei servizi (livello della regolamentazione), considerando quindi:

- gli aspetti di qualità dei servizi erogati (carte dei servizi)
- gli aspetti di qualità delle strutture in cui i servizi vengono erogati e dei soggetti (criteri di accreditamento)
- le modalità per garantire la partecipazione dei cittadini alla rete dei servizi (carte di cittadinanza sociale)
- la dotazione di servizi minimi in tutti i territori dell'ambito sociale (livelli essenziali di assistenza)
- le regole per l'accesso alle prestazioni da parte di tutti i cittadini (regolamento unico per l'accesso alle prestazioni)
- le caratteristiche degli specifici servizi erogati in tutto l'ambito sociale (regolamenti per i singoli servizi, es.: ADI, servizio sociale, trasporto sociale, ecc..)
- il sistema delle informazioni da utilizzare a supporto delle funzioni di programmazione e di gestione della rete dei servizi (sistema informativo sociale).

La constatazione che in molte realtà territoriali, appartenenti alle Regioni che hanno cercato di investire su diversi livelli della gestione unitaria, si vanno affermando esperienze di gestioni unitarie – il Consorzio dei Comuni dell'ambito di Lioni in Campania, la Città Territorio della Val Vibrata in Abruzzo, diverse esperienze di istituzioni comunali in Abruzzo e Toscana, forme articolate di delega all'ASL e gestioni comunali in Toscana – diverse tra loro

e con risultati soddisfacenti in termini di fattibilità del percorso e di efficacia ed efficienza delle attività svolte in forma associata può essere considerata una prova della forte volontà che le stesse Regioni e molti Enti Locali hanno di recepire i principi fondanti della legge di riforma del welfare locale, declinandoli rispetto alle specifiche esigenze, comunque sempre nella direzione di promuovere cambiamento organizzativo, innovazione degli assetti gestionali e consolidamento di un sistema di qualità sociale.

Si segnala, infine, la Liguria che ha perseguito l'adozione di un regolamento intercomunale per il rafforzamento delle modalità associative per la gestione dei servizi all'interno di una Zona, puntando in particolare sulla articolazione distrettuale, interna alle Zone, mediante la individuazione di funzioni specifiche attribuite ai distretti sociali e, quindi, di attività (quali ad esempio l'organizzazione dello Sportello di Cittadinanza Sociale) che i Comuni, soprattutto quelli di piccole dimensioni, devono impegnarsi ad attuare proprio in forma associata.



## **2. L'articolazione della rete dei servizi e i livelli essenziali di assistenza (LIVEAS)**

---

Uno degli elementi maggiormente qualificanti ed innovativi della L. 328/2000 è rappresentato dalle disposizioni relative alla rete dei servizi ed in particolare a quelli che vengono definiti nel testo normativo i “livelli essenziali”. L'articolo 22, dal titolo “definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, è interamente dedicato a tale tematica.

Le dimensioni fondamentali di tale sistema prese in considerazione in questo articolo della legge sono due.

Si fa innanzitutto riferimento ad un “livello essenziale” delle prestazioni erogabili, che debbono essere presenti ugualmente su tutti i territori, rispetto agli interventi relativi a: misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito; misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti; interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza; misure di sostegno delle responsabilità familiari per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare; misure di sostegno alle donne in difficoltà; interventi per l'integrazione delle donne disabili; interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio e per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali; prestazioni di tipo socio-educativo per contrastare dipenden-



ze da droghe, alcool e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale; informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi. I singoli territori devono pertanto prevedere tutto questo insieme di interventi come un livello minimo presente ovunque.

La seconda dimensione concernente i “livelli essenziali” riguarda invece il tipo di interventi previsti a livello di ogni ambito territoriale. La legge prevede infatti l'erogazione contemporanea sullo stesso contesto di: un servizio sociale professionale e un segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; un servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; assistenza domiciliare; strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Complessivamente quindi l'articolo 22 della L. 328/2000 fissa da un lato i tipi di utenza su cui tutti i territori sono portati ad intervenire, dall'altro le modalità concrete di intervento.

A fronte di queste indicazioni, le Regioni italiane hanno agito in maniera differenziata.

Va innanzitutto comunque sottolineato come, se già nella prima e soprattutto nella seconda parte degli anni '90 si erano avute legislazioni regionali volte a favore l'associazione fra Comuni, i principali testi normativi prodotti a partire dal 2000 tendono a spingere in tale direzione in maniera anche più sostenuta. Viste le indicazioni della L. 328/2000 diventa relativamente più facile in molte Regioni promuovere modelli di intervento condivisi a livello territoriale. Si prenda ad esempio il caso dell'Abruzzo. Nel 1998 il Primo Piano Sociale Regionale abruzzese prevede due tipi di prestazioni obbligatorie, il segretariato sociale ed il servizio per infanzia e adolescenza, da realizzare in maniera integrata ed associata fra i Comuni. La Regione prevede degli incentivi alla realizzazione in forma associata di tali interventi. In assenza allora di una legge nazionale non viene posta però l'obbligatorietà di tale norma. Con il nuovo Piano Sociale Regionale del 2002 si recepisce appieno la filosofia del Primo Piano Sociale Regionale e del dettato della L. 328/2000, introducendo appunto l'obbligatorietà della gestione associata per tali servizi e prestazioni.

Più in generale si possono valutare le scelte operate dalle Regioni sotto le due dimensioni prima indicate: quali i livelli essenziali in termini di prestazioni erogate e di interventi promossi a livello regionale, con riferimento anche a quanto si discostino dal modello nazionale complessivo.

L'analisi sulla normativa regionale offre le seguenti indicazioni.

- Quasi la metà delle Regioni (8) fa riferimento nei suoi recenti ordinamenti ai livelli essenziali dei servizi, dando indicazioni in merito alle due dimensioni sopra individuate (prestazioni e interventi); tra queste l'Abruzzo, la Basilicata, la Liguria lo hanno fatto con gli atti di programmazione più recenti, facendoli già recepire nell'ambito dei Piani di Zona 2002 presentati dagli ambiti territoriali;
- Accanto a queste Regioni ve ne sono altre, che pur non avendo ancora approvato atti di recepimento della L. 328/2000 in merito al livello dei servizi essenziali, si trovano comunque attualmente (estate-autunno 2002) in una fase avanzata di elaborazione di testi normativi o documenti di programmazione in tal senso (tra queste la Puglia e la Campania per le Regioni dell'Ob.1).

Sono quindi un numero limitato le Regioni che non si sono attivate in maniera significativa in tal senso. Spesso si tratta di realtà che hanno già normato nel corso degli anni Ottanta la struttura degli interventi, utilizzando un impianto complessivo in parte simile a quello della L. 328/2000.

Molti dei riferimenti legislativi presenti nelle legislazioni regionali concernenti l'articolo 22 della L. 328/2000 non suddividono però spesso fra le due dimensioni e pertanto si tratta spesso di testi normativi in cui si tendono a sovrapporre indicazioni in merito ai tipi di utenza e alle prestazioni con altre relative agli interventi. Ad esempio in alcune leggi o decreti si prevedono interventi differenziati a seconda del tipo di utenza (per quello che riguarda i minori a rischio si indicano servizi di emergenza e di prima accoglienza, di tipo comunitario, di educativa domiciliare, etc.).

Sempre sotto il profilo dei contenuti dei livelli essenziali le Regioni italiane tendono a differenziarsi in termini di quanto abbiano ripreso lo schema originario dell'articolo 22 ed in particolare:

- quasi la metà delle Regioni (9) si è limitata a recepire le disposizioni della L. 328/2000, lasciando nella sostanza pressoché inalterata la struttura prevista dalla legge nazionale;
- altri contesti (3) hanno invece offerto una interpretazione più restrittiva, in particolare non focalizzando spesso l'attenzione in maniera esplicita su interventi di emergenza e di pronto intervento e riproponendo per il resto l'impostazione generale dell'articolo 22;
- altre Regioni (3) infine hanno recepito, allargando i riferimenti ai tipi di intervento e alle prestazioni; in questi casi quindi si prevede non solo lo schema della L. 328/2000 ma lo si arricchisce:
  - a) in Toscana il nuovo Piano Sociale Regionale, prevede anche un primo tentativo di introduzione a livello generalizzato della sperimentazione





- del Reddito Minimo di Inserimento (RMI), per ora presente solo nel Comune di Massa;
- b) nelle Marche ed in Umbria l'intervento di servizio sociale professionale e di segretariato sociale, uno dei cinque previsti dall'art. 22, è stato riletto in maniera più articolata all'interno dei rispettivi Piani Sociali Regionali, dando vita, anche se con nomi leggermente differenti, rispettivamente ad "Uffici di Promozione Sociale" ed "Uffici di Cittadinanza Sociale", con cui si intende creare una porta di accesso unitaria ai servizi ad un livello di ambito e sub-ambito, un servizio di accompagnamento e di presa in carico nel percorso di cura ed una attività di raccolta e di diffusione di informazioni su domanda sociale e rete di offerta di servizi;
- c) in Campania le nuove Linee Guida per la programmazione sociale di zona 2003 individuano quali livelli essenziali la costituzione della Porta Unitaria di Accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie e alcuni livelli essenziali di servizio per l'area minori e per l'area delle disabilità, assumendo per le altre aree l'impegno ad avviare entro l'inizio del 2003 la concertazione con le parti sociali che porterà alla definizione dei nuovi livelli essenziali ma anche delle modalità per il riconoscimento del diritto all'accesso alle prestazioni.
- Quasi nessuna Regione, nemmeno fra quelle che hanno già emanato provvedimenti in merito all'articolo 22, ha fissato in maniera specifica quali debbano essere le dotazioni di riferimento per ogni tipo di prestazione e di intervento. Sotto questo profilo la Basilicata è una delle poche realtà ad aver indicato specificatamente quali sono i requisiti che i singoli territori debbono rispettare nella costruzione del livello essenziale dei servizi. In questa direzione si è mossa anche l'Umbria che, a seconda del tipo di intervento, ha fissato il numero degli operatori, la specifica professionalità loro richiesta ed il rapporto fra presenza di servizi e numero di utenti / bacino demografico di riferimento. Nel caso degli "Uffici di Cittadinanza", di cui si è accennato sopra, ad esempio si prevede la presenza di un "Ufficio" ogni 10.000 abitanti, con una dotazione di personale caratterizzata da due assistenti sociali, un educatore ed un operatore della comunicazione.
  - Un numero più ampio di Regioni (6) ha dato indicazioni su quale debba essere il territorio di riferimento dei vari tipi di prestazioni e di interventi, se il livello comunale, quello di sub-ambito o quello di ambito, così come il livello di integrazione sociosanitaria, inteso come coordinamento per la fornitura del servizio fra ASL/distretti e Comuni/ambiti. La Liguria prevede ad esempio l'attivazione di "distretti sociali", caratterizzati dalla presenza di almeno 4.000 abitanti, incentivando finanziariamente i Comuni

inferiori a 1.000 abitanti ad associarsi per assicurare i livelli essenziali di assistenza, definiti prestazioni di base o a carattere distrettuale (sub-ambito), mentre le prestazioni più complesse assumono un carattere sovradistrettuale o di ambito. Si prevede la presenza di prestazioni di base a livello di “distretto sociale” ad esempio in tema di informazioni e comunicazione ai cittadini e alle famiglie, di promozione degli interventi di affido e di sostegno familiare per i minori in difficoltà, di ricoveri in strutture diurne e residenziali per minori ed altri soggetti delle fasce deboli. Si prevede una gestione a livello sovradistrettuale o di ambito riguardo, invece, alle emergenze sociali, alla disabilità grave, alla residenzialità sociosanitaria diurna e a ciclo continuativo per anziani e disabili.

Vista la centralità dell’integrazione sociosanitaria e delle forme di ripartizione del carico finanziario della spesa sociosanitaria da parte di Comuni e di ASL, alcune indicazioni preziose sarebbero potute venire innanzitutto dal livello di recepimento dei decreti ministeriali sui LEA, quale primo elemento per comprendere una successiva fissazione dei LIVEAS, i livelli essenziali di assistenza appunto. In realtà fino ad ora un numero molto limitato di Regioni ha recepito le indicazioni nazionali in materia, mentre le altre sono in una fase di recepimento o attendono ulteriori possibili modifiche operate a livello nazionale. Ne deriva che spesso anche la discussione nel contesto regionale sui LIVEAS, in termini di prestazioni ed interventi specifici di cui ogni territorio si deve dotare, si trova in una fase di attesa delle indicazioni che dovrebbero emergere dai tavoli di lavoro fra Regioni e Stato a livello nazionale.

Complessivamente quindi le Regioni sembrano essersi attivate anche sui temi della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, o sembrano attivarsi, in maggioranza con una certa celerità nel recepire le normative nazionali in tema di livelli essenziali di servizi, arricchendo talvolta tali indicazioni o riprendendole in maniera abbastanza puntuale. Per ora comunque si tratta di indicazioni a livello generale, che in pochi casi arrivano al livello di fissare parametri specifici di diffusione dei servizi in termini di professionalità richieste, numero di interventi rispetto alla cittadinanza o a specifici gruppi di utenti di riferimento (popolazione anziana, famiglie con minori, etc.).

La riflessione che a questo punto può essere riportata, peraltro confortata dalle indicazioni che i responsabili dell’Area Politiche Sociali di molte Regioni che abbiamo incontrato, è che le Regioni che hanno deciso di dare indicazioni sui Livelli Essenziali Sociali hanno preferito non applicare in modo vincolante degli standard, lasciando piuttosto ai Comuni degli indirizzi che orientassero l’impegno nuovo loro richiesto lungo due direttrici principali:





- il consolidamento di servizi per superare la logica del per “progetti/interventi” annuali, fatte salve ovviamente le sperimentazioni;
- la progettazione partecipata delle modalità con cui i livelli essenziali devono essere garantiti alle comunità locali, facendo riferimento alla dotazione, alle modalità di accesso, alla riqualificazione della domanda, alla qualità del servizio, alla integrazione delle prestazioni nella logica di gestione del caso, fino a spingersi alla costruzione di progetti personalizzati di inclusione sociale e di intervento sulle specifiche situazioni di disagio.

Tavola 6

### Il recepimento nella legislazione regionale dell'art.22 della L. 328/2000 sul livello essenziale dei servizi

Regione	Presenza di una normativa sull'art. 22	Indicazioni sui 5 tipi di interventi
Abruzzo	Si	Si
Basilicata	Si	Si ristretto
Calabria	Testo in corso di approvazione	Si ristretto
Campania	Si	Si
Emilia-Romagna	Testo in corso di approvazione	Si
Friuli-Venezia-Giulia	No	-
Lazio	Si	Si
Liguria	Testo in corso di approvazione	Si
Marche	Si	Si allargato
Molise	Si	Si
Piemonte	Testo in corso di approvazione	Si
Puglia	No	-
Sardegna	Testo in fase ancora non avanzata di approvazione	-
Sicilia	Si	Si
Toscana	Si	Si allargato
Umbria	Si	Si allargato
Veneto	Testo in corso di approvazione	Si
Prov. Trento	Testo in fase ancora non avanzata di approvazione	-
Prov. Bolzano	Testo in fase ancora non avanzata di approvazione	-



## **CAPITOLO 5**

**107**

### **IL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI**



## 1. Le Regioni e il SISS

---

L'articolo 21 della L. 328/2000 istituisce il Sistema informativo dei servizi sociali (d'ora in poi SISS). Alla sua realizzazione concorrono lo Stato, le Regioni, le Province e i Comuni.

Si tratta di uno strumento tanto necessario quanto complesso da costruire, indispensabile per non navigare a vista, per rendere il sistema dei servizi consapevole di se stesso e lungimirante nelle scelte che compie, ma le cui difficoltà di realizzazione saranno imponenti, sotto molteplici punti di vista: in termini di architettura istituzionale, in termini metodologici e dal punto di vista organizzativo.

Per la sua realizzazione la legge prevede una Commissione tecnica di durata biennale, che è stata nominata con decreto ministeriale del 20 aprile 2001, composta da sei membri.

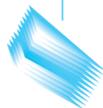
Al momento non risultano esservi atti formali licenziati da tale Commissione in ottemperanza alle funzioni di proposta e di indirizzo che la legge le assegna.

Oltre alla istituzione di una Commissione tecnica, la legge prevede (art. 21, comma 3) che il Presidente del Consiglio dei Ministri, con proprio decreto, definisca le modalità e individui "gli strumenti necessari per il coordinamento tecnico con le Regioni e gli Enti Locali ai fini dell'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali". Ad oggi tale decreto non risulta essere stato promulgato.

La legge demanda quindi ampiamente al ruolo della Commissione tecnica la possibilità di realizzare un sistema informativo compiuto, che dovrà e deve necessariamente costruirsi in un rapporto stabile e costruttivo principalmente con due soggetti: l'Istat<sup>1</sup> a livello nazionale e le Regioni a livello locale.

---

<sup>1</sup> Come è noto, l'Istat ha già attivato in passato dei flussi informativi su parti del sistema dei servizi sociali, in particolare sui presidi residenziali (per anziani, disabili, minori). Una rilevazione "sperimentale" su altri tipi di servizi sociali è stata condotta nel 1997, sui Comuni con più di 20.000 abitanti, i cui risultati appaiono nel Rapporto Istat 1999.



Sulla base di quanto appena richiamato, non si può parlare in senso stretto di adempimenti legislativi cui le Regioni devono ottemperare, quanto di decisioni normative e programmatiche, nonché di percorsi di lavoro, che le Regioni assumono per concorrere, nei diversi contesti, ad un Sistema informativo applicato all'area sociale.

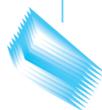
Pressoché tutte le Regioni prevedono un Sistema informativo dei servizi sociali regionali. Il riferimento programmatico è generalmente il Piano Sociale Regionale, come viene evidenziato nella tavola di seguito riportata.

**Tavola 7**  
**I riferimenti normativi per i SISS regionali**

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

	<b>Normativa di riferimento</b>	<b>Architettura istituzionale</b>
Lazio	L.R. 38/1996 e successive modifiche (L.R. 40/2001) "Riordino, programmazione e gestione degli interventi socio-assistenziali"	Le Province concorrono alla programmazione del SISS regionale
Liguria	DCR 65/2001 "Piano triennale dei servizi sociali 2002/2004"	Il SISS raccoglie dati attraverso i Distretti. Il SISS è funzionalmente legato all'Osservatorio sociale regionale (L.r. 30/98)
Lombardia	DGR VII/0462/2002 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004"	Il sistema informativo sociosanitario è strettamente connesso con le ASL, i cui Dipartimenti Assi raccolgono dati sui servizi sociali
Marche	DCR 306/2000 "Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002"	Il SISS, operante con l'apporto delle Province, si collega funzionalmente con l'Osservatorio regionale per le politiche sociali
Molise	L.R. 1/2000 "Riordino delle attività socio-assistenziali"	Le funzioni di sistema informativo rientrano nel previsto Osservatorio regionale dei fenomeni sociali
Piemonte	DDL 348/2001 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004 "	La giunta Regionale è demandata a individuare Linee Guida e modelli organizzativi del SISS piemontese
Puglia	L.R. 13/2002 "Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali"	Nessuna previsione specifica
Sardegna	DCR /1998 "Piano socio-assistenziale per il triennio 1999/2001"	Il SISS deve riguardare sia il livello di governo delle risorse (regionale) che la gestione dei servizi (locale). Opera in collaborazione con le Province.
Sicilia	Giugno 2002 "Verso il piano regolatore sociale della Regione Siciliana"	È prevista l'istituzione di una Commissione specifica per l'avvio del SISS regionale
Toscana	DCR 118/2001 "Piano integrato sociale regionale per il 2001"	Il SISS si collega organicamente all'Osservatorio sociale regionale, in stretta collaborazione e raccordo con gli Osservatori sociali provinciali





	<b>Normativa di riferimento</b>	<b>Architettura istituzionale</b>
Bolzano	DGP 5513/1999 "Piano Sociale Provinciale 2000/2002"	Il Sipsa opera attraverso le Comunità comprensoriali, che collaborano nel funzionamento dei flussi informativi, completamente informatizzati
Trento	L.P. 14/91 "Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in Provincia di Trento"	La Giunta provinciale si avvale di un organo competente per la gestione del SISS provinciale
Umbria	DCR 759/1999 "Piano sociale Regionale 2000/2002"	Si prevede una costruzione modulare del SISS, di tipo incrementale, con la collaborazione delle Province
Valle d'Aosta	L.R. 18/2001 "Piano Socio- sanitario regionale 2002/2004"	Il SISS opera in collegamento con il comparto sanitario, attraverso le Aziende USL a livello locale e in rapporto all'Osservatorio Epidemiologico e delle politiche sociali
Veneto	DDL 3/2002 "Testo organico per le politiche sociali"	La Giunta regionale istituisce Osservatori sociali sulle politiche sociali, prevedendone la architettura organizzativa e informativa, in raccordo con gli enti locali e le Ulss

Peraltro, sappiamo che già diverse Regioni, soprattutto del centro-nord Italia, hanno allestito da anni sistemi di raccolta e analisi di dati nell'area dei servizi sociali, ancorché con finalità e strumenti assai differenziati<sup>2</sup>.

Possiamo a questo punto osservare come si articolano somiglianze e differenze tra le diverse impostazioni normativo-programmatorie, utilizzando alcuni criteri di lettura.

## 2. Definizione e funzione

È relativamente condivisa, anche se non sempre esplicitata, la nozione di sistema informativo sui servizi sociali come un "insieme, logicamente integrato, di metodi, strumenti, procedure e tecniche per la selezione, la raccolta, l'archiviazione, l'elaborazione e la restituzione di informazioni relative all'area delle politiche sociali" (Mauri, 1993). Il Sistema informativo sociale ai

<sup>2</sup> Per una discussione in questo senso si rinvia a: S. Pasquinelli, "Il Sistema informativo sociale", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 20-22, 2000.

suoi vari livelli di articolazione istituzionale e territoriale deve essere concepito come strumento di gestione ed insieme risorsa per la programmazione e per le funzioni di monitoraggio delle attività e di valutazione delle politiche sociali; ben lontano, dunque, dalla logica della banca-dati, intesa come base statica di informazioni di sfondo, ma anche dalla logica dell’“osservatorio sociale”, che rappresenta un insieme di attività conoscitive e di ricerca su determinate e specifiche problematiche sociali.

Il SISS si caratterizza per una logica di riduzione dell’incertezza sul sistema sociale nel suo complesso, orientata alla elaborazione e alla diffusione di scenari, analisi, modelli programmatori e valutativi in ambito *policy making* (Mauri, 2002).

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

La funzione principe di uno strumento di questo tipo non è solo e non è tanto il *reporting* fine a se stesso, ma il supporto alla presa di decisioni per la gestione e il governo del sistema dei servizi. Questa sottolineatura emerge soprattutto dai documenti più recenti, come a indicare l’esigenza di legare, il più possibile, una attività complessa e costosa come il SISS a funzioni non solo di *rendicontazione* ma sempre più di *valutazione*, oltre che di supporto per la gestione dei servizi, in termini di crescita del sistema di offerta, di gestione della domanda e dell’accesso alle prestazioni, di monitoraggio dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa e gestionale.

In altre parole, emerge la consapevolezza circa la necessità di andare oltre una funzione puramente descrittiva, funzione che ha determinato elementi di criticità in diverse esperienze del passato, quando non addirittura il fallimento di quei casi che non sono riusciti a collegare l’attività di *reporting* al sistema di presa di decisioni. Emerge, dunque, l’esigenza di potenziare la funzione di utilità del SISS, che si può declinare a diversi livelli: nelle funzioni di governo, in quelle di gestione, nella formazione degli operatori.

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

Un impegno molto forte per la costruzione di un SISS regionale è presente in molti atti di programmazione regionali, quali quelli dell’Abruzzo, della





Toscana, della Liguria, della Campania, dell'Emilia-Romagna, della Provincia di Bolzano. I risultati fin qui conseguiti sono tuttavia molto differenziati e nella quasi generalità embrionali.

Mentre in alcuni casi la normativa di riferimento è relativamente succinta in ordine a ciò di cui il SISS dovrebbe trattare, rinviando solitamente ad atti di indirizzo e a decisioni della Giunta regionale, in altri casi – soprattutto quando vige un Piano regionale dei servizi sociali – viene dettagliato ciò di cui il SISS dovrebbe occuparsi. In termini di sistema d'offerta, gli elementi informativi più ricorrenti riguardano:

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

Vale la pena qui di segnalare almeno due ordini di differenziazione tra le diverse impostazioni, due “crinali” che distinguono orientamenti diversi:

- Anzitutto *l'intenzione di coprire, oltre al sistema di offerta dei servizi, anche quello della domanda, cioè dei bisogni sociali*. In alcuni casi è esclusiva o prevalente l'attenzione al sistema d'offerta (per esempio in Lombardia, in Liguria), in altri si esprime una attenzione altrettanto specifica sul versante dei bisogni e della fenomenologia sociale della domanda di servizi (per esempio in Campania, nelle Marche, in Toscana e in altre Regioni ancora). In questo secondo caso è frequente il richiamo alla presenza, o alla previsione dell'avvio, di un Osservatorio sociale, inteso come luogo di coordinamento e raccordo delle informazioni sulla domanda e sull'offerta di interventi sociali. Significativo è il caso della Toscana, che è attualmente impegnata nella progettazione del sistema regionale per il monitoraggio e la valutazione delle politiche sociali e che – una volta individuati i bisogni informativi connessi alla costruzione dei principali indicatori di attività, risultato, impatto e di rendicontazione finanziaria e di spesa – ha ritenuto opportuno strutturare i flussi informativi legati all'accesso alle prestazioni da parte degli utenti e alla rilevazione della spesa sociale, di concerto con gli Osservatori Provinciali Sociali e le Segreterie Tecniche di Zona.
- In secondo luogo varia il *grado di integrazione prevista con la sanità*. Mentre la maggior parte delle Regioni esprime la volontà di costruire un sistema informativo sociale autonomo, benché raccordato con il sistema sanitario, alcune Regioni (ad esempio la Lombardia, la Valle d'Aosta) prevedono un sistema informativo sociosanitario unico, che solitamente fa capo alle

ASL (anziché alle Province) per la raccolta dei dati. Se questo può essere legato ad una tradizione consolidata – come nel caso della Lombardia – dove i flussi informativi sono sempre stati legati ai flussi di spesa e alle transazioni economiche Regioni-Comuni nell'area sociale, dall'altro la presenza di un sistema unico può comprimere le esigenze specifiche che il comparto sociale presenta, che riguardano il funzionamento dei servizi, le specificità dell'utenza cui ci si rivolge, le specificità dei bisogni sociali.

Nella definizione dell'oggetto del SISS, è utile segnalare l'orientamento metodologico seguito dalla Regione Umbria. Qui infatti si prevede una costruzione *incrementale* del SISS, per moduli definibili sulla base di una interazione tra vari livelli di governo, locali e regionali. Nel triennio di validità del Piano Sociale Regionale 2000-2002 si prevede infatti una costruzione modulare del sistema informativo, individuando i vari stadi di costruzione in base alle priorità poste ai livelli locali e regionali, in linea con gli obiettivi del Piano, realizzando nel tempo ambiti specifici di analisi.

### 3. Architettura dei flussi informativi

Non tutti i provvedimenti regionali sono espliciti nell'indicare l'architettura organizzativa che dovrebbe seguire il SISS in ciascuna Regione.

Una chiave di lettura importante è data dal livello di decentramento previsto, e dal ruolo attribuito agli organi del Governo locale. Possiamo individuare un *continuum* che presenta da un lato chi lega le funzioni regionali strettamente agli enti locali. Un ente strategico da questo punto di vista, in diversi casi richiamato, è la Provincia. Le Province si collocano in quella posizione che è sì sovra-comunale, ma che non è troppo distante dall'operato quotidiano dei singoli Comuni, con cui intrattengono spesso rapporti giornalieri.

Molte Regioni fanno affidamento alle Province in modo significativo, per le funzioni di raccolta, validazione e prima elaborazione dei dati che vengono poi trasmessi alla Regione. L'Emilia-Romagna, le Marche, il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana sono tra le Regioni che attribuiscono alle Province un ruolo strategico in questo senso.

Talvolta, come già richiamato, questo ruolo di mediazione viene attribuito alle ASL, oppure più specificatamente ai Distretti sociosanitari. Quest'ultimo caso è quello della Regione Liguria, il cui SISS si fa perno a livello locale sulla presenza e l'attività dei Distretti.

Dall'altra parte di questo *continuum* ci sono Regioni che sembrano viceversa centralizzare le funzioni del SISS, o che comunque attribuiscono ai poteri lo-





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

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

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

#### 4. I livelli di realizzazione

Elementi di conoscenza diretta e un insieme di testimonianze possono aggiungere all'analisi fin qui svolta alcuni elementi circa la situazione odierna di realizzazione dei SISS nelle Regioni, che non è desumibile in modo immediato dagli atti amministrativi, normativi o di programmazione.

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

dove mancano tuttora, o allo sviluppo di situazioni solo parzialmente avviate. La legge ha piuttosto dato un impulso alla programmazione di tale strumento di governo alle Regioni, ne ha in qualche modo legittimato la presenza e la necessità di sviluppo, con tutto ciò che questo comporta in termini di costi organizzativi, professionali ed economici.

Rimane grande la disomogeneità tra le diverse esperienze di SISS regionali. Possiamo individuare almeno tre modelli di riferimento che sono andati affermandosi in questi ultimi anni:

- abbiamo sistemi che sono essenzialmente strumenti di *reporting* delle attività, la cui funzione principale, anche se non unica, è quella di utilizzare dati (tipicamente risorse finanziarie, utenza, personale impiegato) per ripartire di anno in anno le risorse esistenti. La Regione Lombardia, per esempio, ha allestito un sistema di questo tipo. Si tratta di sistemi relativamente snelli, che consentono di monitorare l'andamento delle attività, ma molto meno la qualità dei servizi;
- troviamo esperienze che superano una logica di rendicontazione, analizzano i servizi sociali per settori di intervento, raccogliendo un numero estremamente ampio di informazioni quanti-qualitative: dati strutturali, organizzativi, sulle attività e le prestazioni fornite, il tipo di utenza servita, le caratteristiche del personale coinvolto. Quando ci si trova di fronte ad un problema decisionale, politico, programmatico, si attinge così al giacimento informativo creato, in genere aggiornato annualmente, per istruire la decisione che si deve assumere (o il rapporto, la *Relazione Sociale* che si intende pubblicare). Si tratta di un approccio "enciclopedico" spesso costoso perché sovraccarica chi deve fornire i dati, chi deve elaborarli e aggiornarli, oltre che i "decisori" che si devono districare in un sistema piuttosto complesso. Ne discende che i sistemi costruiti secondo questa logica sono paradossalmente molto costosi e spesso sottoutilizzati;
- troviamo esperienze che puntano su ricerche di sfondo, indagini empiriche ed attività simili su fenomeni sociali specifici, da condurre su larga scala, per fornire spaccati di dimensione regionale su alcuni fenomeni ed orientare, spesso non in condizioni ottimali (rispetto all'aggiornamento e al livello di dettaglio delle informazioni), la definizione delle politiche di intervento.

Per il futuro sistema informativo nazionale dei servizi sociali il fatto che vi sia una tale disomogeneità di esperienze è insieme fonte di difficoltà e di apprendimento. Di difficoltà poiché uno dei suoi compiti principali sarà quello di dare omogeneità e uniformità, negli intenti e nella logica funzionale, pri-



ma ancora che nei criteri conoscitivi e di analisi. E potrà farlo valorizzando gli apprendimenti accumulati fino ad oggi, evitando gli errori commessi e utilizzando l'esperienza sviluppata a livello locale.



## 5. Alcune riflessioni

La sfida che si pone per il SISS nazionale consiste nell'integrare parti diverse tra loro (livelli centrale e regionale), senza semplicemente giustapporre. Il rischio, reale, è che si vadano a creare più sistemi informativi, uno nazionale e tanti regionali: ciò sarebbe un errore grave e tradirebbe gli stessi intendimenti del disegno riformatore.

A livello centrale la funzione primaria sarà quella di garantire uniformità, all'interno dei vari sistemi regionali e locali di sistemi informativi sociali già avviati: nelle funzioni svolte, nei criteri di raccolta delle informazioni, nella terminologia utilizzata per definire servizi e prestazioni, nell'utilizzo delle informazioni raccolte. La necessità di costruire un vocabolario comune deve anche tener conto di linee di indirizzo che vanno maturando anche a livello europeo.

L'architettura istituzionale del SISS necessita di estrema chiarezza in merito al modello di funzionamento dei flussi informativi che esso avvierà (chi rileva i dati, come li trasmette, come vengono trattati, come vengono restituiti), entro una logica che si auspica sia sufficientemente decentrata, perché è a livello locale che si gioca la possibilità di creare un sistema affidabile.

A livello nazionale dovrà essere definito uno "zoccolo" di informazioni da raccogliere e trattare, una sorta di minimo denominatore comune, in stretto collegamento con le informazioni richieste per monitorare i LIVEAS. Su ciò le Regioni potranno poi innestare ulteriori elementi di rilevazione e di analisi.

Sul metodo di costruzione del SISS si possono avanzare due brevi considerazioni finali. In primo luogo occorre riconoscere che il SISS, a livello centrale e locale, richiede investimenti specifici e una costante azione di raccordo organizzativo. La riuscita dipende molto dalla stabilità degli investimenti realizzati, anzitutto sul piano del personale: ciò può andare dal distacco di una quota di tempo adeguata e coerente con il lavoro richiesto fino alla creazione di un ufficio in staff al ruolo di direzione e governo dei servizi sociali.

In secondo luogo, chi fornisce informazioni deve trovare un senso e aspettare benefici da ciò che fa. In passato molte esperienze, pur ben costruite sulla carta, sono risultate inefficaci perché i "rilevatori" (gli stessi operatori dei servizi) non erano parte attiva del progetto. Ciò accade quando manca (o fal-

lisce) il tentativo di rendere partecipi enti e operatori del “senso” dell’iniziativa e della validità dell’operazione. I compiti di rilevazione non possono essere affidati per ordine di servizio ad impiegati amministrativi e operatori senza un reale coinvolgimento: questi, non percependo il senso di ciò che viene loro richiesto, spesso non li comprendono, oppure li svolgono negligenemente, come un peso in più. Di qui la scarsa efficacia degli sforzi compiuti in direzione della costruzione di un SISS.

Come indica anche il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, esiste un *bilancio informativo* tra i dati che si acquisiscono e le conoscenze che si restituiscono che deve essere rispettato, caratterizzando in senso circolare i rapporti tra i diversi attori coinvolti (all’interno degli enti e tra centro e periferia).

Parlare di un sistema partecipato significa dunque costruire un’alleanza con chi fornisce informazioni (Comuni, IPAB, cooperative sociali, organizzazioni del terzo settore), che deve trovare in questa attività un senso e dei benefici.





## **CAPITOLO 6**

**121**

### **IL FINANZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI REGIONALI**



## 1. Il finanziamento delle politiche sociali dopo l'entrata in vigore della L. 328/2000

La L. 328/2000 prevede un sistema plurimo di finanziamento delle politiche sociali che coinvolge i diversi livelli istituzionali: lo Stato, le Regioni, gli Enti Locali, le ASL, ma anche i soggetti privati e del terzo settore.

Lo strumento individuato dalla legge per il finanziamento statale delle politiche sociali è il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS). La sua istituzione ed attivazione<sup>3</sup> ha come obiettivo il superamento di un sistema di allocazione delle risorse frammentato e settoriale che ha caratterizzato in passato le politiche sociali in Italia, con le “leggi di settore”, offrendo la possibilità di una visione complessiva delle risorse disponibili ed un’allocazione più coordinata e trasparente.

Il FNPS è alimentato da diverse fonti che, originariamente disciplinate da una pluralità di disposizioni legislative, contribuiscono alla formazione dell’ammontare complessivo delle risorse specificamente destinate alle politiche sociali. Confluiscono, infatti, nel fondo i finanziamenti connessi alle leggi nazionali di settore nell’ambito delle politiche sociali oltre alle risorse aggiuntive stanziata dalla stessa L. 328/2000 ed eventuali contributi e donazioni. La legge prevede inoltre che, in seguito al processo di riforma delle misure economiche (pensioni, assegni ed indennità) a favore di persone disabili e con invalidità – non ancora avvenuta – le relative risorse confluiscono nel FNPS.

In fase di prima attuazione (per gli anni 2001 e 2002) le risorse provenienti dalle singole leggi nazionali di settore confluite nel Fondo hanno mantenuto l’originaria specifica finalizzazione, mentre le risorse aggiuntive “indistinte” sono considerate strumentali all’attuazione della legge ed in particolare alla garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

<sup>3</sup> Il Fondo, istituito in precedenza, in occasione della legge finanziaria per il 1998, non aveva mai trovato finanziamento ed effettività fino all’entrata in vigore della L. 328/2000.



**Tavola 8**

**Dotazione del fondo nazionale per le politiche sociali, anni 2001 e 2002**

	2001		2002	
	Euro	%	Euro	%
Erogazioni monetarie e trasferimenti per servizi (leggi di settore)	1.142.325.192	72	1.116.476.524	70
Risorse aggiuntive "indistinte" L. 328/2000	448.387.880	28	476.431.489	30
<b>TOTALE</b>	<b>1.590.713.072</b>	<b>100</b>	<b>1.592.908.014</b>	<b>100</b>

Fonte: Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003

Le risorse del Fondo nazionale sono state ripartite, con riferimento alle prime due annualità, tra i soggetti responsabili delle diverse politiche e misure: le Regioni, l’Inps, alcuni Comuni direttamente, altre amministrazioni dello Stato.

Nel 2001 le Regioni sono risultate destinatarie di poco meno della metà delle risorse complessivamente disponibili. Nell’ambito del trasferimento alle Regioni oltre il 60% delle risorse era rappresentato da risorse indistinte (di cui una piccolissima parte, pari al 2% del totale, vincolate), mentre le rimanenti risorse provenivano da leggi di settore precedentemente in atto<sup>5</sup>.

Ciò significa che le risorse “indistinte” immesse nel sistema in occasione della legge di riforma dell’assistenza hanno mediamente più che raddoppiato il trasferimento alle Regioni per la realizzazione delle politiche sociali.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> Va peraltro sottolineato che alla fine degli anni Novanta si è verificato un incremento delle risorse per le politiche sociali di settore in relazione all’entrata in vigore di leggi come la L. 285/1997 per i diritti dell’infanzia e dell’adolescenza.

<sup>5</sup> Qui non sono prese in considerazione le risorse relative alla sperimentazione del reddito minimo di inserimento ed agli assegni a favore delle famiglie erogati sulla base di norme nazionali.

<sup>6</sup> Fonte: Decreto ministeriale di riparto alle Regioni del fondo nazionale per le politiche sociali, anno 2001.

L'attribuzione a favore delle Regioni delle risorse vincolate alle norme di settore è avvenuta sulla base delle regole specifiche precedentemente in essere.

Al contrario, per quanto attiene alle risorse indistinte (ivi compresa la quota vincolata di tali risorse) il riparto è avvenuto tenendo conto di macro-aree di intervento e all'interno di ciascuna area facendo riferimento a quote capitarie diversamente "pesate":



### Tavola 9

#### Criteria di riparto delle risorse indistinte del Fondo nazionale per le politiche sociali alle Regioni

Aree di intervento	%	Indicatori per il riparto fra le Regioni
Responsabilità familiari	15%	Popolazione residente
Diritti dei minori	10%	Popolazione < 18 anni Popolazione < 4 anni
Persone anziane	60%	Popolazione > 65 anni Popolazione > 75 anni
Contrasto della povertà	7%	Tasso disoccupazione % poveri
Disabili (in particolare disabili gravi)	7%	n. disabili gravi
Immigrati	-	n. immigrati
Lotta alla droga	-	Popolazione obiettivo
Avvio della riforma	1%	Popolazione residente

Fonte: Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003

Le risorse indistinte sono trasferite alle Regioni senza vincoli specifici in ordine al loro utilizzo. Il riparto per aree di intervento è da considerarsi indicativo delle priorità definite dalla programmazione nazionale per il triennio 2001-2003 e, in quanto tale, non vincolante per le Regioni, fermo restando l'impegno delle Regioni a prevedere programmi e azioni in ciascuna e a garantire che le risorse ripartite non siano sostitutive di quelle già destinate dai singoli enti territoriali. Infatti, coerentemente con quanto stabilito dalla L. 328/2000 il Piano sottolinea la necessità che gli stanziamenti a favore delle Regioni e degli Enti Locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi.

## 2. Le Regioni e il sistema di finanziamento delle politiche sociali<sup>7</sup>

Il nuovo sistema di finanziamento delle politiche sociali si innesta su sistemi regionali di finanziamento e di spesa che sono andati consolidandosi negli anni.

126

Generalmente si ritrovano nelle singole Regioni, prima dell'entrata in vigore della L. 328/2000 modalità di finanziamento che fanno riferimento a diverse fonti: le risorse trasferite dallo Stato in relazione alle singole leggi di settore eventualmente incrementate da stanziamenti propri regionali, i finanziamenti propri regionali connessi a leggi settoriali regionali, i finanziamenti regionali per la realizzazione delle politiche sociali territoriali nell'ambito della più complessiva politica sociale regionale.

Alla vigilia dell'entrata in vigore della L. 328/2000 numerose Regioni erano dotate di un Fondo Sociale Regionale, diversamente denominato.

L'istituzione del Fondo è avvenuta in alcune Regioni negli anni Ottanta o primi anni Novanta in concomitanza con il processo di riordino del sistema socioassistenziale (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Veneto, Piemonte, Provincia autonoma di Bolzano): il fondo doveva rappresentare, analogamente a quanto avvenuto a livello nazionale con la riforma del 2000, lo strumento unico e coordinato per il finanziamento delle politiche sociali. Altre Regioni si sono dotate di un fondo unico nella seconda metà degli anni Novanta sia in relazione al riordino socioassistenziale sia in seguito alla ridefinizione delle competenze amministrative della Regione e degli enti locali che in quel periodo ha trovato attuazione nelle Regioni.

In tre casi (Basilicata, Sicilia, Valle d'Aosta) l'attivazione del Fondo Sociale Regionale va collegato all'entrata in vigore della L. 328/2000. Nonostante non si possa stabilire un nesso causale tra l'entrata in vigore della L. 328/2000 e l'istituzione del Fondo regionale, è evidente dalla lettura degli atti di programmazione di tali Regioni che lo strumento del Fondo si colloca nel quadro di una riorganizzazione complessiva del sistema di finanziamento legato anche alla nuova disponibilità di risorse nazionali ed alla necessità di coordinare meglio i fondi settoriali disponibili.

In concomitanza con l'entrata in vigore della L. 328/2000, pertanto, le Regioni non ancora dotate di un Fondo regionale provvedono in tal senso.

<sup>7</sup> Si prendono qui in considerazione unicamente le risorse di natura corrente e le risorse di carattere "sociale". Sono perciò esclusi i finanziamenti di interventi, nell'area socioassistenziale e socio sanitaria, derivanti da fondo sanitario.

Solo il Molise e la Calabria non possiedono ad oggi un Fondo Sociale Regionale, ma si appoggiano a singoli interventi settoriali.

In realtà l'esistenza di un Fondo Sociale Regionale non assicura né che tale Fondo raccolga tutte le risorse disponibili al livello regionale per il finanziamento delle politiche sociali (di fonte statale e regionale), né – qualora il Fondo sia onnicomprensivo – che l'impiego di tali risorse avvenga in modo unitario e coordinato.

Soprattutto per le Regioni che hanno prima di altre attivato il Fondo sociale si è verificata nel tempo una stratificazione delle misure finanziate dalla Regione stessa che ha comportato da un lato il mantenimento del Fondo regionale per il finanziamento delle misure più generali di politica sociale e dall'altro l'accumulazione di finanziamenti *ad hoc* per specifiche politiche settoriali.

Ne consegue che il Fondo sociale rappresenta per molte di queste Regioni (fa eccezione il Veneto, che ha invece conservato l'unitarietà del fondo) solo una parte delle risorse regionali destinate alle politiche sociali.

Tra le Regioni che si sono, invece, dotate più recentemente di un Fondo sociale unico è più diffusa la pratica di includere nel Fondo sociale tutte le risorse finanziate con mezzi del bilancio regionale.

Per quanto riguarda le risorse statali per il finanziamento delle leggi settoriali precedenti l'entrata in vigore della L. 328/2000, si tratta generalmente di risorse non incluse nel Fondo Sociale Regionale, che conservano comunque specifica finalizzazione, diverse modalità e percorsi di utilizzo.

Rappresentano ancora un'eccezione la Regione Veneto ed alcune Regioni che più recentemente si sono dotate del Fondo sociale come la Liguria e l'Abruzzo.

L'approvazione della L. 328/2000 ed il clima del periodo hanno probabilmente favorito l'integrazione di tutte le risorse in un unico Fondo in diverse Regioni (Umbria, Valle d'Aosta, Basilicata, Marche, Sicilia, Toscana), nonostante solo in alcuni casi le riforme dei fondi abbiano già trovato attuazione, mentre in altri si tratta di obiettivi per il futuro.

Nei primi due anni di attuazione della L. 328/2000 le modalità di finanziamento delle misure sostenute da risorse delle leggi nazionali di settore sono rimaste sostanzialmente invariate nelle Regioni.

Ciò che ha rappresentato una novità è l'attribuzione, in seguito all'entrata in vigore della riforma nazionale, delle risorse indistinte del FNPS e, in misura minore, il finanziamento a favore delle iniziative degli Enti Locali attraverso risorse regionali proprie. Cominciamo con l'analizzare il sistema di finanziamento relativo a queste ultime.



**Tavola 10**
**Fondi sociali regionali per le politiche sociali prima e dopo l'entrata in vigore della L. 328/2000**

	Esisteva un Fondo Sociale Regionale prima della L. 328/2000	Fondo regionale istituito dopo la L. 328/2000	Anno di istituzione del fondo regionale unico	Fondo comprendeva tutte le risorse regionali disponibili	Il Fondo comprendeva tutte le risorse statali di settore	Il Fondo comprende/si prevede che comprenda tutte le risorse regionali e nazionali
Abruzzo	X		1996	X	X	X
Basilicata	X		2000			X
Bolzano	X		1992	X	Nd	Nd
Calabria	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Campania		X	2001			
Emilia R.	X		1985			
Friuli VG	X		1999	X		Nd
Lazio		X	2001			X
Liguria	X		1998	X	X	X
Lombardia	X		1986			
Marche	X		1988			X
Molise						
Piemonte	X		1990	X		Nd
Puglia	X		1999	X		Nd
Sardegna	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Sicilia		X	2003			X
Toscana	X		1997	X		X
Trento	X		Nd	X	X	X
Umbria	X		1997	X		X
Valle d'A.	X		2000	X		X
Veneto	X		1982	X	X	X

Fino all'anno 2000 il finanziamento delle politiche sociali territoriali avveniva, nelle diverse Regioni, sulla base di sistemi differenti, sia in ordine alla finalizzazione delle risorse, sia per quanto attiene ai criteri di riparto tra gli Enti Locali. Nella generalità dei casi quote del Fondo (relative alle spese correnti) erano vin-

colate a particolari aree di intervento o alla realizzazione di specifici servizi (spesso con una combinazione delle due modalità), in relazione agli obiettivi della programmazione regionale<sup>8</sup>. Erano rari i casi in cui le quote di finanziamento venivano attribuite senza specifica finalizzazione, anche sulla base di rimborsi a piè di lista del costo dei servizi erogati, come nel caso della Valle d'Aosta.

Accanto a tali modalità in alcune Regioni (8) era previsto che almeno una quota delle risorse complessive fosse destinata alla realizzazione di Piani di Zona, distrettuali: in tali casi la finalizzazione non era specifica ma l'erogazione dei contributi era condizionata all'approvazione dei Piani di Zona.

Con l'entrata in vigore della legge nazionale si ha l'estensione di quest'ultima modalità, almeno per una quota delle risorse regionali disponibili, nella maggior parte delle Regioni.


**Tavola 11**
**Finalizzazione delle risorse prima e dopo l'entrata in vigore della L. 328/2000**

	Prima dell'entrata in vigore della legge 328/2000				Dopo l'entrata in vigore della legge 328/2000			
	Quote del fondo sono riservate ad aree di intervento o servizi	Le risorse sono finalizzate al finanziamento di specifici progetti	Nessuna specifica finalizzazione	Risorse non finalizzate ma subordinate al PdZ	Quote del fondo sono riservate ad aree di intervento o servizi	Le risorse sono finalizzate al finanziamento di specifici progetti	Nessuna specifica finalizzazione	Risorse non finalizzate ma subordinate al PdZ
Abruzzo	X	X		X				X
Basilicata	X	X			X	X		X
Bolzano	X	X			X	X		X
Calabria	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Campania	Nd	Nd	Nd	Nd				X
Emilia R.	X	X		X	X	X		X
Friuli VG	X	X			X	X		
Lazio	X	X			X	X		X
Liguria	X	X		X	X	X		X
Lombardia	X	X			X	X		

<sup>8</sup> Questo, almeno, in termini formali: è difficile dire se il principio abbia trovato effettiva applicazione in tutte le realtà regionali.



130

	Prima dell'entrata in vigore della L. 328/2000				Dopo l'entrata in vigore della L. 328/2000			
	Quote del fondo sono riservate ad aree di intervento o servizi	Le risorse sono finalizzate al finanziamento di specifici progetti	Nessuna specifica finalizzazione	Risorse non finalizzate ma subordinate al PdZ	Quote del fondo sono riservate ad aree di intervento o servizi	Le risorse sono finalizzate al finanziamento di specifici progetti	Nessuna specifica finalizzazione	Risorse non finalizzate ma subordinate al PdZ
Marche	X	X		X	X	X		X
Molise	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Piemonte	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Puglia	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Sardegna	X	X		X	X	X		X
Sicilia	X	X	X		X	X		X
Toscana		X		X		X		X
Trento	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Umbria	X	X		X	X	X		X
Valle d'A.		X	X		X			X
Veneto	X	X		X	X	X		X

Per quanto riguarda, invece, le risorse indistinte del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, alla data del 31 ottobre 2002 sono tre le Regioni che non hanno provveduto al riparto (Calabria, Puglia, Molise). Generalmente – e nonostante alcune eccezioni – i criteri di riparto impiegati si differenziano da quelli utilizzati dalla Regione per il finanziamento degli interventi sociali attraverso risorse regionali proprie. Le Regioni hanno infatti individuato modalità nuove di attribuzione agli Enti Locali che nella generalità dei casi sono riconducibili al sistema delle quote capitarie “pesate” in relazione alla struttura demografica della popolazione, con eventuali correttivi legati alla morfologia del territorio ed alla densità della popolazione<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Solo in alcune Regioni il criterio veniva precedentemente applicato, in parte, anche per l'attribuzione del Fondo Sociale Regionale finanziato con risorse proprie. Solo in questi casi si ha omogeneità nelle modalità di finanziamento relative alle differenti tipologie di risorse.

Tavola 12

**L'attribuzione delle risorse indistinte del fondo nazionale agli Enti Locali**
**I criteri ed i vincoli**

	Le risorse sono state ripartite	Analoghi a quelli utilizzati per le risorse regionali	Quote capitarie pesate in relazione al settore di intervento	Vincoli sulla finalizzazione delle risorse per aree di intervento	Vincoli sugli strumenti delle politiche sociali	Vincolo del cofinanziamento comunale	Erogazione subordinata all'approvazione del Piano di Zona	Incentivi alla gestione associata dei servizi
Abruzzo	X		X			X	X	X
Basilicata	X	X	X			X	X	
Bolzano	X	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Calabria		Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Campania	X		X			X	X	
Emilia R.	X	X	X			X	X	
Friuli VG	X	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	X	Nd
Lazio	X		X			X	X	X
Liguria	X	X	X			X	X	X
Lombardia	X		X		X	X	X	
Marche	X	X	X			X	X	
Molise								
Piemonte	X	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Puglia								
Sardegna	X	X	Nd				X	
Sicilia	X		X			X	X	
Toscana	X	X	X			X	X	
Trento	X	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Umbria	X		X			X	X	
Valle d'A.	X	X	X			Nd	X	
Veneto	X		X			X	X	

(\*) con eventuali correttivi legati alla morfologia del territorio ed alla densità della popolazione

Le risorse così trasferite agli Enti Locali non presentano specifici vincoli di finalizzazione: il criterio generalmente applicato per orientare l'impiego delle risorse consiste, al contrario nella preventiva approvazione dei Piani di Zona da parte della Regione, che rappresenta condizione necessaria per l'erogazione dei finanziamenti. Non sono presenti casi in cui contestualmente all'attribuzione delle risorse indistinte ne venga definita la finalizzazione in termini di





aree di intervento<sup>10</sup>. In tutti i casi esaminati il riparto delle risorse indistinte agli Enti Locali prevede un vincolo: il finanziamento erogato deve rappresentare un cofinanziamento rispetto alle iniziative degli Enti Locali. Generalmente tale principio si sostanzia nel fatto che stanziamenti per servizi e gli interventi sociali dei bilanci propri dei Comuni non possono essere inferiori rispetto a quelli relativi agli anni precedenti e sono pertanto predisposti strumenti di rilevazione per la verifica del rispetto di tale condizione. In altri casi, meno frequenti, sono previste percentuali minime di cofinanziamento da parte degli Enti Locali o impegni di spesa pro capite minimi da parte dei Comuni.

Complessivamente, nonostante le specificità regionali, i principi su cui si basano l'attribuzione ed il riparto delle risorse indistinte del Fondo nazionale a favore degli Enti Locali presentano nei diversi contesti notevoli similitudini. I criteri impiegati sono certamente più omogenei rispetto a quelli adottati per l'attribuzione dei Fondi regionali propri.

### 3. La spesa regionale per le politiche sociali

La rilevazione della spesa per le politiche sociali presenta numerose difficoltà metodologiche e pratiche.

Se i bilanci regionali rappresentano la principale fonte conoscitiva, si tratta di documenti che non sempre permettono un'immediata comprensione dell'ammontare complessivo delle risorse disponibili per le politiche sociali, della destinazione dei fondi e delle fonti di finanziamento. Come si è visto, inoltre, i "fondi sociali regionali" generalmente non comprendono tutte le risorse disponibili: al contrario ne rappresentano spesso una quota relativamente ridotta a causa dell'accumularsi di interventi settoriali e regionali e la mancata inclusione dei fondi statali settoriali. In sintesi i "fondi" autodefiniti dalle singole Regioni non rappresentano sempre grandezze comparabili.

Le delibere di spesa diretta e di riparto delle risorse agli Enti Locali sono in genere assunte separatamente e non consentono un'agevole ricostruzione dei flussi di spesa e di finanziamento degli Enti Locali.

Negli atti di programmazione e nelle relazioni disponibili sul raggiungimento di obiettivi di politica sociale i dati relativi alla spesa regionale spesso non distinguono nettamente tra risorse di natura corrente (per la gestione dei

---

<sup>10</sup> La Regione Lombardia rappresenta un caso a sé, dal momento che vincola l'utilizzo delle risorse all'adozione di specifiche modalità di spesa ed organizzative dei servizi e degli interventi sociali oltre a subordinare l'erogazione delle risorse all'approvazione dei Piani di Zona.

servizi e degli interventi sociali) e risorse destinate agli investimenti; tra risorse di natura sociale e risorse di natura sanitaria<sup>11</sup>, tra risorse provenienti da fondi statali e regionali. Inoltre sono raramente disponibili dati a consuntivo, mentre le pubblicazioni di diversa natura privilegiano le previsioni di spesa, spesso senza distinguere tra risorse stanziare ed effettivamente riferibili all'anno in corso e risorse imputabili ad esercizi precedenti.

Infine la raccolta di dati attraverso rilevazioni *ad hoc* come quella da noi effettuata in questa occasione incontra notevoli difficoltà.

Tutto ciò comporta evidenti problemi in ordine alla ricostruzione della spesa sociale delle Regioni, al suo finanziamento ed utilizzo e rende impervia la comparazione tra Regioni in ordine sia all'entità per abitante, sia alle modalità di spesa e finanziamento.

In alcune Regioni il trasferimento delle risorse indistinte del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali ha comportato un incremento considerevole delle risorse complessivamente disponibili per le politiche sociali fino a raddoppiare o triplicare, rispetto all'anno precedente, l'entità delle risorse correnti trasferite agli Enti Locali per la realizzazione dei servizi e degli interventi nel territorio. L'impatto più forte a favore delle autonomie locali si è verificato in Regioni molto diverse come la Sicilia, l'Abruzzo, la Basilicata e l'Emilia-Romagna.

Per un gruppo di Regioni il trasferimento statale ha significato un incremento significativo di risorse, ma non tale da raddoppiare le risorse complessivamente trasferite agli Enti Locali. Ne sono esempi la Lombardia, la Liguria, il Veneto.

Infine vi sono Regioni in cui, in ragione di un considerevole impegno precedente nella spesa per le politiche sociali, l'impatto delle risorse aggiuntive indistinte statali è assai minore. A questo gruppo vanno ricondotte, in particolare, le Regioni a statuto autonomo del Nord (Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento, Provincia autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia), che hanno comunque funzioni diverse rispetto a quelle delle Regioni a statuto normale, oltre che fra loro stesse.

---

<sup>11</sup> Al di là del problema del finanziamento dei servizi sociosanitari integrati, va ricordato che alcune prestazioni ricondotte al settore istituzionale delle politiche sociali sono in effetti finanziate con risorse provenienti dal fondo sanitario (è il caso ad esempio di misure quali gli "asseggni di cura" per gli anziani non autosufficienti).



Tavola 13

**Risorse indistinte sul totale delle risorse correnti trasferite ai Comuni e agli ambiti nell'anno 2001 (escluse risorse connesse a leggi settoriali statali e regionali)**

	% risorse indistinte sul totale delle risorse trasferite agli Enti Locali
Abruzzo	49
Basilicata	48
Emilia-Romagna	68
Friuli VG	17
Liguria	43
Lombardia	37
Sicilia	68
Trento	4
Valle d'Aosta	3
Veneto	35

Fonte: bilanci, delibere di riparto dei fondi, piani sociali regionali

In presenza di risorse crescenti non si è riscontrata tuttavia una crescita delle risorse proprie messe a disposizione da ciascuna Regione. L'analisi regionale nei contesti per i quali si dispone di dati sufficienti – evidenzia, infatti, una stabilità del finanziamento proprio regionale<sup>12</sup>. Per le restanti Regioni non sono ad oggi disponibili dati sufficienti per verificare l'andamento del trend di spesa regionale propria tra il 2000 ed il 2001.

Come è noto, il contributo delle Regioni nel campo della politica sociale rappresenta, in termini di risorse impiegate, una quota assai ridotta sia rispetto al totale delle risorse destinate nel territorio a questi interventi sia rispetto al totale delle risorse del bilancio regionale.

Con l'entrata in vigore della legge 328/2000 tale situazione sembra essersi accentuata. Al notevole incremento delle risorse statali non pare essersi determinata la crescita delle risorse proprie delle Regioni. In altri termini, almeno per quanto riguarda le situazioni conosciute, l'accresciuta disponibilità di risorse a favore degli Enti Locali (nelle Regioni che hanno provveduto al riparto dei fondi statali indistinti) è il risultato immediato dell'incremento di risorse statali e non, invece, di un accresciuto impegno congiunto di tutti i livelli istituzionali.

<sup>12</sup> La stabilità nel finanziamento è stata verificata nelle seguenti Regioni: Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta.

## 4. Conclusioni

Il trasferimento delle risorse indistinte agli Enti Locali ha introdotto notevoli elementi di novità ed entro certi limiti fa rilevare omogeneità nei criteri di riparto, generalmente basati sull'erogazione di quote capitarie pesate a seguito dell'approvazione dei Piani di Zona. Tali novità non sono state tuttavia estese ai Fondi regionali consolidatisi negli anni né all'attribuzione delle risorse derivanti da leggi di settore.<sup>13</sup>

Infatti, la frammentazione che caratterizza la maggior parte dei Fondi regionali per il finanziamento delle politiche sociali non è stata superata, nonostante alcune Regioni abbiano recentemente assunto decisioni in questo senso.

In futuro occorrerà valutare se le altre risorse saranno ricondotte ad unità con quelle indistinte o se, come è spesso avvenuto, queste ultime continueranno ad essere trattate come un finanziamento aggiuntivo, mirato e scarsamente coordinato con gli altri finanziamenti presenti.

Le risorse indistinte trasferite hanno notevolmente accresciuto il trasferimento regionale a favore degli Enti Locali, anche se in misura diversa nelle differenti realtà regionali. La disponibilità di informazioni relativamente al trend della spesa regionale finanziata con mezzi propri è molto limitata.

Nelle Regioni per le quali si dispone di dati si è riscontrato come il finanziamento regionale con mezzi propri di bilancio sia rimasto sostanzialmente invariato a seguito dell'entrata in vigore della riforma nazionale. Pertanto se, almeno nei casi esaminati, si è tenuto fede a quanto previsto dalla normativa nazionale continuando a garantire stanziamenti analoghi a quelli degli anni precedenti, va rilevato che l'immissione di nuove risorse nel sistema non ha determinato un "effetto moltiplicatore".

Le difficoltà riscontrate e sopra illustrate nella rilevazione e nell'analisi della spesa regionale evidenziano la necessità, ai fini dell'analisi della politica regionale di spesa, di dotarsi di strumenti di rilevazione omogenei in connessione con il sistema informativo dei servizi sociali previsto dalla stessa legge di riforma. L'"analisi, valutazione e verifica delle risorse impiegate, dei programmi svolti e dei risultati raggiunti", oltre che della garanzia di risorse costanti o in crescita<sup>14</sup> appare infatti ardua in un contesto altamente frammentato e nel quale non solo gli strumenti ma la stessa denominazione degli strumenti è estremamente variabile tra Regioni ed all'interno delle Regioni stesse. Tale esigenza assume particolare rilievo e si estende alle risorse dedicate a livello locale, in vista della introduzione dei LIVEAS e della necessità di conoscere le risorse ad essi dedicate.

<sup>13</sup> Fatte salve quelle realtà regionali dove criteri analoghi erano applicati ai fondi regionali prima dell'entrata in vigore della L. 328/2000.

<sup>14</sup> Art. 20 comma 5 lett. c) e d) della L.328/2000.





## Quaderni

---

1. **Quarto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A.- Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali**  
(maggio 2001) *esaurito*
2. **La riforma del welfare e le nuove competenze delle amministrazioni regionali e locali**  
(giugno 2001) *esaurito*
3. **Patti territoriali e agenzie di sviluppo**  
(giugno 2001) *esaurito*
4. **Il ruolo delle agenzie locali nello sviluppo territoriale**  
(luglio 2001) *esaurito*
5. **Comuni e imprese – 56 esperienze di sportello unico**  
(ottobre 2001)
6. **Progetto Officina - Sviluppo locale e eccellenza professionale**  
(febbraio 2002) *esaurito*
7. **Quinto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A.- Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali**  
(maggio 2002) *esaurito*
8. **Lezioni sul nuovo ordinamento amministrativo italiano**  
(ottobre 2002) *esaurito*
9. **Le Province nell'attuazione del piano di e-government**  
(novembre 2002) *esaurito*
10. **Integrazione dell'offerta formativa – La normativa nazionale**  
(aprile 2003)
11. **Sesto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A.- Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali**  
(maggio 2003)
12. **L'Amministrazione liberale – Appunti di lavoro**  
(giugno 2003)
13. **La valorizzazione sostenibile delle montagne**  
(giugno 2003)



14. **Governare lo sviluppo locale – Il caso delle aree protette marine della Sardegna**  
(giugno 2003)
15. **Le Agenzie di Sviluppo al Centro Nord – Strategie di rete e comunità professionali**  
(giugno 2003)
16. **Contabilità ambientale negli enti locali**  
(giugno 2003)
17. **Le Agende 21 Locali**  
(giugno 2003)

### Strumenti

---

1. **Il contenzioso nel lavoro pubblico**  
(maggio 2001) *esaurito*
2. **Modello e strumenti di valutazione e monitoraggio dei corsi RIPAM**  
(luglio 2001) *esaurito*
3. **Appunti di programmazione, bilancio e contabilità per gli enti locali**  
(gennaio 2002) *esaurito*
4. **Project Cycle Management – Manuale per la formazione**  
(marzo 2002) *esaurito*
5. **Il governo elettronico– Rassegna nazionale e internazionale**  
(marzo 2002) *esaurito*
6. **Il governo delle aree protette**  
(aprile 2002)
7. **Il contenzioso nel lavoro pubblico – L'arbitrato**  
(aprile 2002)
8. **Common assessment framework – Uno strumento di autovalutazione per le pubbliche amministrazioni**  
(giugno 2002)
9. **Il controllo di gestione negli enti locali**  
(luglio 2002)
10. **Comunità di pratiche, apprendimento e professionali –una metodologia per la progettazione**  
(dicembre 2002)
11. **Modello e strumenti web-based di valutazione e monitoraggio dei corsi RIPAM**  
(marzo 2003)
12. **L'impresa artigiana e le Sportello Unico per le attività produttive**  
(marzo 2003)

13. **Programmazione e realizzazione di progetti pubblici locali – Un sistema di monitoraggio degli interventi**  
(giugno 2003)
14. **Manuale per il responsabile dello sportello unico – Regione Lombardia**  
(giugno 2003)



### Ricerche

---

1. **Dalla contrattazione decentrata alla contrattazione integrativa**  
(novembre 2001) *esaurito*
2. **E-government – Nuovi paradigmi organizzativi e formativi nelle Regioni e negli Enti locali**  
(maggio 2002)
3. **Pubblica Amministrazione on line – esempi di servizi interattivi**  
(settembre 2002) *esaurito*
4. **L'offerta formativa delle università per la Pubblica Amministrazione**  
(ottobre 2002)
5. **Il concorso pubblico elettronico**  
(marzo 2003)
6. **I piccoli comuni e la gestione associata di funzioni e servizi –**  
(marzo 2003)
7. **Internazionalizzazione dei sistemi locali di sviluppo – Dalle analisi alle politiche**  
(aprile 2003)

### Collana Azioni di sistema per la pubblica amministrazione

---

1. **Sportello unico e servizi alle imprese – Le azioni delle Regioni**  
(novembre 2002)
2. **L'impatto economico dello Sportello unico e servizi alle imprese**  
(novembre 2002)
3. **Scambio di innovazioni tra amministrazioni**  
(aprile 2003)
4. **Il Bilancio delle competenze Una proposta per la Pubblica Amministrazione**  
(giugno 2003)
5. **Progetti integrati e sviluppo territoriale**  
(luglio 2003)

**Formez****Area Editoria e Documentazione**

*via Rubicone 11, 00198 Roma*

*tel. +39 06 84892358*

*editoria@formez.it*

**Formez**

Centro di Formazione Studi

**Presidenza e Direzione Generale**

*via Salaria 229, 00199 Roma*

*tel. 06 84891*

*www.formez.it*

**Progetti per il Welfare Locale**

*via Campi Flegrei, 34 - 80072 Arco Felice (NA)*

*tel. 081 5250410 - 265 - 316*

*<http://welfare.formez.it>*

*welfare@formez.it*

*Stampa Società Tipografica Romana s.r.l.*

*Via delle Monachelle Vecchia snc - 00040 Pomezia (Roma)*

*Finito di stampare nel mese di Agosto 2003*

*Pubblicazione non in vendita*

## AZIONI DI SISTEMA PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE



**N**el corso della programmazione degli interventi FSE 2000-2006 si è ravvisata la necessità di sostenere i processi di riforma in atto nella Pubblica Amministrazione, attraverso Azioni di Sistema gestite a livello centrale dal Dipartimento della Funzione Pubblica, al fine di assicurare, in un'ottica di coesione ed inclusione, omogeneità e coerenza, sul territorio nazionale, a tutti gli interventi rivolti alle Pubbliche Amministrazioni. Ciò ha portato alla definizione di un Programma Operativo Nazionale (PON) di "Assistenza Tecnica e Azioni di Sistema (ATAS)" per le aree Obiettivo 1 e di un PON di "Azioni di Sistema" per le aree Obiettivo 3.

In relazione ad ogni PON, il Formez predispose Piani operativi che, una volta approvati dal Dipartimento e presentati ai Comitati di Sorveglianza, portano poi alla realizzazione di specifici progetti ed interventi.

La compresenza dei due Obiettivi permette al Formez di avviare attività sul territorio nazionale, coinvolgendo tutte le Regioni in un'ottica di sistema e secondo criteri di ottimizzazione e di positivi scambi di esperienze.

L'approccio perseguito dal Formez, che trova nel Piano la sua concreta espressione, vede le Azioni stesse come derivanti da due principi complementari e convergenti. Alcune Azioni nascono dal basso, da una lettura dei singoli, specifici contesti e, attraverso processi successivi di modellizzazione e "de-contestualizzazione", consentono di portare a sistema quello che i contesti hanno prodotto. Così facendo, l'Azione di Sistema "restituisce" ai territori le loro stesse esperienze, attribuendo valore aggiunto e consentendone riusabilità e diffusione. Altre Azioni, di converso, nascono con una visibilità dall'alto, meno impegnata nella gestione del quotidiano e più aperta alla ricerca, all'esperienza di nicchia o di "frontiera". In questo caso il modello proposto viene poi immediatamente offerto ai territori per la sperimentazione, perché siano i territori a consentirne di apprezzare il valore e l'utilità, e a dare concretezza ai modelli e corpo alle ricerche, oltre che a decretarne l'utilizzabilità. In questo caso l'Azione di Sistema "ritorna" al centro, che potrà dunque avviarne la diffusione su più ampia scala.

Questa collana si inserisce a pieno titolo nello spirito delle Azioni di Sistema dal momento che nasce per dare sia maggiore diffusione ai risultati dei progetti realizzati dal Formez, sia maggiore organicità alle Azioni, attraverso una riflessione e un dibattito sulle stesse, sulle opportunità e modalità di trasferimento di modelli efficaci e di buone pratiche tra amministrazioni.

Carlo Flamment  
Presidente Formez

*Responsabile editoria*  
**Anna Mura**



# 6

## L'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DEL WELFARE LOCALE

MONOGRAFIE REGIONALI

**Formez**

Formez • Area Editoria e Documentazione

Il volume è stato curato da

*Anna Maria Candela*

Coordinatrice del Progetto PON ATAS Misura II.2-Azione 5.1

con la collaborazione di

*Giordana Mobilio*

Organizzazione editoriale

*Paola Pezzuto, Vincenza D'Elia*

# INDICE



7

## MONOGRAFIE REGIONALI

Regione Abruzzo	9
Regione Basilicata	27
Regione Calabria	55
Regione Campania	63
Regione Emilia-Romagna	85
Regione Friuli-Venezia Giulia	103
Regione Lazio	111
Regione Liguria	129
Regione Lombardia	149
Regione Marche	165
Regione Molise	181
Regione Piemonte	193
Regione Puglia	203
Regione Sardegna	211
Regione Sicilia	221
Regione Toscana	241
Regione Umbria	263
Regione Valle d'Aosta	281
Regione Veneto	297
Provincia Autonoma di Bolzano	317
Provincia Autonoma di Trento	333



---

## REGIONE ABRUZZO







## Il sistema normativo

La L.R. 22/98 “*Norme per la programmazione e l’organizzazione dei servizi di assistenza sociale – Piano Sociale Regionale 1998-2000*” ha anticipato le linee ispiratrici della riforma dell’assistenza con l’intento di “realizzare un sistema organico di servizi e interventi di assistenza sociale in grado di assicurare risposte unitarie e globali ai bisogni delle persone, partendo dal livello territoriale e funzionale più vicino ai cittadini”.

La L.R. 11/99 “*Attuazione del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112: Individuazione delle funzioni amministrative che richiedono l’unitario esercizio a livello regionale e conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli Enti Locali ed alle autonomie funzionali*”, ha poi profondamente modificato la struttura organizzativa regionale adeguandola ai principi della riforma della pubblica amministrazione, facendo propri i nuovi modelli negoziali e concertativi della programmazione regionale, in linea con l’attribuzione di nuove funzioni alle Regioni.

Con l’approvazione del “*Documento di Linee-Guida per l’adozione del Piano di Zona dei Servizi Sociali*” (D.G.R. n. 3105 del 25.11.1998), ha avuto concreto avvio la riforma delineata dal Piano Sociale Regionale.

Il Piano Sociale 2002-2004, approvato con *DCR 69/8 del 26/06/2002* consolida e sviluppa il sistema di Welfare avviato dalla precedente programmazione regionale.

In fase di costruzione del nuovo Piano è stato approvato un rapporto sullo stato dell’arte degli interventi e delle politiche sociali (*D. n. 758 del 7/08/2001 “Rapporto intermedio”*).

Con atto n. 804 del 27/09/2002, la Giunta Regionale ha approvato la “*Guida per la predisposizione e approvazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali*”.

Nessun atto di recepimento della L. 328/2000 è stato adottato dalla Giunta. Ciò è stato dovuto ad un insieme di ragioni differenti. Innanzitutto il processo di recepimento si è fermato a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione: dato il mutato assetto istituzionale non si tratta più di recepire la legge quadro ma di salvaguardarne i principi e le disposizioni.



In questa ottica sta emergendo l'esigenza di fare una nuova legge sugli interventi e servizi sociali in cui si prendano in considerazione e si salvaguardino i livelli essenziali di assistenza, una legge organica che comprenda anche, ad esempio, una normativa relativa alle IPAB. È, infatti, attualmente allo studio un disegno di legge regionale.

### **DM 308/2001 – autorizzazione strutture**

È stata adottata dalla Giunta Regionale una deliberazione con la quale si è avviato un sistema provvisorio (direttive per autorizzazione provvisoria – D. del 12 dicembre 2001, n. 1230) di autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali.

Fino alla delibera appena menzionata non esisteva in Abruzzo alcuna autorizzazione specifica per le strutture sociali: erano necessarie delle autorizzazioni generiche da parte della ASL e del Comune per la fruibilità dei locali.

In attesa della definizione di un sistema di qualità, per ora non si è proceduto ad una normazione del sistema dell'accreditamento. Attualmente l'accreditamento è stato introdotto solo in campo sanitario e, per "estensione", sociosanitario (RSA, ADI). Si tratta comunque di una regolazione precedente alla L. 328/2000.

È in corso una consulenza per definire i parametri e gli standard per accreditamento di interventi socio-assistenziali. A tal fine sono stati istituiti tre gruppi di lavoro con esperti esterni e con alcuni funzionari regionali, individuati a seconda della competenza (uno per l'area anziani, uno per l'area minori e uno per quella disabili).

### **DLgs 207/2001 IPAB**

Si sta elaborando un disegno di legge che però non è ancora stato presentato in Giunta Regionale. Attualmente in questo senso vi sono alcune differenziazioni di vedute all'interno della Regione: alcuni vorrebbero inserire la normativa sulle IPAB in seno ad una futura legge quadro sui servizi sociali, altri preferirebbero una normativa a sé.

### **DPCM del 2001 sui livelli essenziali sociosanitari**

È stata adottata una delibera di giunta che recepisce l'Atto di indirizzo e coordinamento ma rinvia ad altro provvedimento che disciplinerà sugli aspetti in cui vi sono margini di discrezionalità.

Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza sociale, nel Piano approvato a fine giugno del 2002, si specificano modalità di erogazione ma non si definiscono nel dettaglio le prestazioni (l'art. 117 della Costituzione assegna allo Stato tale compito).

Il primo PSR già indicava due tipi di prestazioni: il segretariato sociale ed il servizio per infanzia e adolescenza, prestazioni che risultavano obbligatorie per tutti i 35 ambiti.

Il primo PSR prevedeva finanziamenti crescenti per gli ambiti che istituivano i servizi che aderivano all'impostazione del Piano Regionale (incentivi). Complessivamente il risultato che si è raggiunto è comunque stato molto buono: solo 10 Comuni non hanno aderito a tale impostazione di livelli essenziali basati almeno su due tipi di prestazioni.

Nel 1998, anno di introduzione del primo PSR, in assenza di una legge nazionale, il legislatore regionale non ha ritenuto opportuno di porre il vincolo della obbligatorietà agli Enti Locali: si prevedeva un contenuto minimo con questi due tipi di prestazioni e poi gli ambiti potevano fare di più.

Con il nuovo PSR si prevedono 8 nuove azioni innovative fra cui le due più importanti sono: la sperimentazione di una modalità unica di gestione unitaria all'interno degli ambiti ed un sistema informativo per valutare le attività.

### DPCM del 2001 sull'affidamento dei servizi

Non è stato presentato ancora alcun provvedimento specifico in materia.

In Regione non esiste, come invece avviene in altre Regioni, un atto emanato in passato, a seguito ad esempio del recepimento regionale della L. 381/1991 sulla cooperazione sociale, relativo alla disciplina degli appalti e delle convezioni tipo.

Complessivamente dall'analisi del caso abruzzese emerge come la L. 328/2000 abbia avuto e stia avendo una serie di effetti di tipo indiretto più che diretto sul sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali: non vi sono state particolari norme di recepimento degli aspetti fondamentali della L. 328/2000, visto che la Regione si era già dotata di un proprio Piano Sociale Regionale (PSR), sviluppato in concomitanza con la discussione parlamentare che avrebbe portato alla L. 328/2000 e risentendone fortemente: l'impostazione e la filosofia di tale PSR sono state infatti in buona parte le stesse di quelle emerse nel 2000 con la legislazione nazionale, anche per quanto attiene il grado e le modalità di coinvolgimento del terzo settore.



## La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale

I principi fondamentali a cui si informa l'ordinamento dei servizi sociali della Regione sono la valorizzazione della sussidiarietà, il superamento del concetto di assistenza sociale come assistenza economica, la valorizzazione del ruolo degli Enti Locali territoriali nella costruzione e nell'attuazione del nuovo sistema, lo sviluppo delle collaborazioni istituzionali e operative finalizzate a garantire l'integrazione sociosanitaria e la valorizzazione del ruolo svolto dai soggetti sociali, in modo particolare di quelli no-profit.

14

## Gli assetti istituzionali

“Partire dal livello locale” è la scelta strategica fatta dalla Regione nel suo primo Piano Sociale: “le comunità locali e i Comuni sono la condizione fondamentale per costruire il sistema regionale dei servizi con la funzione di rappresentare gli interessi della comunità locale e di garantirne e promuoverne la soddisfazione”.

Il Comune è “titolare di potestà pubbliche che conferiscono ai propri atti una particolare forza attuativa, che si differenzia rispetto a quella di tutti gli altri soggetti privati che possono condividere responsabilità pubbliche nella definizione e nell'attuazione del Piano”.

Le Province favoriscono i processi collaborativi fra enti pubblici, fornendo supporti di natura organizzativa e amministrativa, anche al fine di equilibrare e rendere omogenei gli interventi nel territorio, salvaguardando le diverse specificità.

Un ulteriore elemento di particolare rilevanza delle politiche sociali regionali è rappresentato dalla progressiva assunzione, da parte della Regione, del ruolo di ente regolatore dell'azione di altri soggetti – pubblici e privati – che agiscono direttamente sul territorio. Azione di regolazione che non è caratterizzata da un rapporto di relazione gerarchica tra centro e periferia, ma piuttosto dall'intento di favorire la realizzazione di un sistema in cui le reciproche relazioni tra le sue diverse componenti siano di tipo “reticolare”, sicuramente più aderente al dettato costituzionale ed in linea con il principio di sussidiarietà verticale. Occorre evidenziare, inoltre, come l'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, configura un assetto più complesso del sistema dei servizi, nel quale i soggetti non istituzionali si trovano a condividere, sia pure a livello diverso, con quelli istituzionali responsabilità pubbliche.

## Il ruolo del terzo settore

La promozione e la collaborazione con “i soggetti espressivi delle responsabilità e delle risorse presenti nelle comunità locali” viene indicata come una strategia ben avviata e da perseguire anche nel nuovo triennio di programmazione regionale.

I ruoli previsti per i soggetti del terzo settore (distinti per il loro diverso apporto in volontariato, cooperazione sociale e associazionismo sociale) saranno soprattutto di gestione, programmazione, valutazione degli interventi, superando un ruolo meramente esecutivo, basato sull'appalto dei servizi. Il Piano sociale auspica infatti l'utilizzo di strumenti amministrativi ad hoc, quali i contratti di programma che, in posizione di complementarità rispetto all'accordo di programma tra i soggetti istituzionali, garantiscano una partecipazione effettiva alla programmazione locale.

Tra le proprie finalità il legislatore regionale prevede la necessità di meglio qualificare il ruolo del terzo settore nella programmazione: in particolare vanno meglio riconosciute “le condizioni che legittimano la partecipazione alle scelte di rilievo politico e gestionali, i rischi da evitare per non appesantire il processo programmatorio e per non asservirlo a interessi settoriali”.

Strumento da utilizzarsi a tale fine può essere quello delle istruttorie pubbliche per la coprogettazione ai sensi dell'art. 7 del DPCM 30 marzo 2001, sulla base di indirizzi regionali per l'indizione e il finanziamento delle stesse.

## Aspetti organizzativi per le politiche sociali

A livello regionale vi è una struttura divisa fra “Direzione sanità” e “Direzione qualità della vita”, che si occupa di politiche sociali ma anche di politiche culturali. La Direzione qualità della vita è divisa in servizi: un servizio programmazione, uno di strutture, soggetti e controllo di qualità e due servizi che si occupano di attuazione delle politiche di settore. La tossicodipendenza è competenza della Sanità. Con la precedente Giunta, è iniziato un processo di potenziamento dell'area sociale che sta continuando oggi, mentre in passato l'intero apparato era molto più alle dipendenze della Sanità.



## Gli ambiti territoriali

Il Piano afferma che “la Regione determina, sentiti i Comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli Enti Locali territoriali, e, se necessario, promuovendo forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi”. “Gli ambiti territoriali devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari”.

Il territorio abruzzese è stato suddiviso in 35 ambiti, tutti formalmente costituiti fin dal 1999.

È stata prevista una distinzione fondamentale tra gli ambiti territoriali costituiti da un solo Comune (8 su 35) e quelli pluricomunali.

Nel primo caso il singolo Comune deve limitarsi ad indicare la forma gestionale prescelta fra tutte quelle previste dalla legge; nel secondo caso, invece, i Comuni sono tenuti a stabilire le modalità della gestione associata che intendono porre in essere nell’ambito territoriale di cui fanno parte, attraverso una delle forme previste dal Piano Sociale Regionale.

Ad ulteriore precisazione, riferita agli ambiti pluricomunali, è opportuno evidenziare che negli ambiti in cui sono presenti una o più comunità montane, la funzione di *ente gestore* deve necessariamente venire affidata ad una di esse, ovvero ad un consorzio tra le stesse comunità montane.

Per gli ambiti pluricomunali non montani, invece, sussistono margini di scelta più ampi, in quanto la gestione unitaria può essere attuata oltre che attraverso la forma consortile, anche mediante affidamento della gestione dei servizi tramite convenzione ad uno dei Comuni dell’ambito.

Le scelte fatte durante la fase di avvio nella attuazione del Piano Sociale Regionale, dimostrano la preferenza accordata alla gestione diretta dei servizi da parte dei Comuni, tramite proprio personale e strutture, negli otto ambiti “monocomunali”.

Nei restanti ambiti pluricomunali la funzione di ente gestore è stata attribuita alla singola comunità montana e, negli ambiti di pianura, ad un singolo Comune, tramite convenzione intercomunale.

## La programmazione

### Il Piano Sociale 2002-2004

Il Piano Sociale 2002-2004, approvato con DGR il 28/03/2002, consolida e sviluppa il sistema di welfare avviato dalla precedente programmazione regionale.

Il nuovo Piano si caratterizza per una approfondita analisi dei risultati derivanti dalla precedente programmazione: la verifica del primo triennio e la rilevazione dei bisogni evidenziati a livello di ciascun ambito, sono le basi utilizzate per meglio contestualizzare le scelte operative, le nuove strategie e le priorità di intervento.

Il Piano Sociale Regionale 2002-2004 si articola in tre sezioni:

- gli obiettivi di salute;
- gli obiettivi di sistema;
- le strategie per conseguire i risultati attesi ai diversi livelli.

Nella sezione dedicata agli *obiettivi di salute* sono messe a confronto misure di bisogno attuali con i risultati attesi nel triennio, evidenziando il modo in cui raggiungere tali risultati (con azioni e strategie) e le condizioni per documentarli, nonché i bisogni cui dare risposte prioritarie.

Nella sezione dedicata agli *obiettivi di sistema* di offerta vengono messe a confronto misure attuali con quelle attese, definendo l'offerta dei servizi da garantire con i livelli essenziali di assistenza previsti dalla L. 328/2000 e dal Piano Sociale Nazionale 2001-2003.

Anche in questo caso vengono definite le azioni e le strategie per organizzare e garantire i livelli in ogni ambito territoriale e le condizioni per finanziarli con le risorse proprie dei Comuni, le risorse regionali, le risorse del Fondo Sociale Nazionale, nonché con le risorse aggiuntive derivanti da altre fonti di finanziamento, anche della Comunità europea.

Nel definire i risultati attesi per organizzare e qualificare il sistema di offerta sono inoltre precisate le condizioni gestionali per garantire qualità ed efficienza, grazie all'apporto dei diversi soggetti pubblici e privati no-profit presenti nella comunità locale, approfondendo le modalità di collaborazione, in una logica di sussidiarietà e di valorizzazione di tutte le risorse solidali del territorio.

La sezione sulle *strategie* è dedicata alla politica della spesa, al sistema informativo regionale, alle condizioni per verificare e valutare i risultati ai diversi livelli, alle condizioni per qualificare le risorse umane (professionali e direzionali), alle condizioni di accesso ai servizi, alla riduzione delle disuguaglianze, alle modalità di tutela dei soggetti deboli. Specifica attenzione è data alle modalità di integrazione sociosanitaria, tenendo conto dei risultati delle sperimentazioni in corso nel territorio regionale.



## I Piani di Zona

Nel 1998, con l'approvazione del *“Documento di Linee-Guida per l'adozione del Piano di Zona dei Servizi Sociali”*, ha avuto concreto avvio la riforma delineata dal primo Piano Sociale Regionale.

Il nuovo Piano Sociale rilegge tale strumento programmatico alla luce della riforma e lo identifica come *“strumento di programmazione strategica per la gestione unitaria dei servizi alla persona volto ad attuare a livello locale gli indirizzi e gli obiettivi di politica sociale previsti dal Piano Regionale”*.

Il Piano di Zona è predisposto dai Sindaci, soli, o riuniti nella Conferenza dei Sindaci negli ambiti pluricomunali, *“coinvolgendo, nelle diverse fasi e nel rispetto delle specifiche competenze di ognuno, tutte le istituzioni pubbliche, le istituzioni private, le famiglie e tutti i soggetti della solidarietà organizzata presenti nell'ambito territoriale e disponibili ad entrare in una logica programmatica locale”*. In caso di gestione tramite consorzio intercomunale, le funzioni della Conferenza dei Sindaci sono svolte dall'Assemblea consortile.

Le fasi principali in cui può articolarsi il lavoro sono le seguenti:

- predisposizione degli strumenti di rilevazione dei soggetti presenti sul territorio e dei dati relativi ai bisogni, alle risorse, ai servizi;
- analisi dei dati, individuazione degli obiettivi e delle priorità, con diretto coinvolgimento del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci e altri soggetti istituzionali e sociali;
- stesura del Piano di Zona con obiettivi, sotto-obiettivi, risultati attesi, indicatori, azioni da compiere, interventi e servizi da garantire, soggetti responsabili, oneri necessari, tempi di realizzazione dei servizi, rapportati alla durata triennale del Piano, momenti di verifica e valutazione;
- individuazione delle modalità gestionali per garantire approcci integrati con il Distretto sanitario.

Una volta predisposto, il Piano di Zona viene sottoposto all'approvazione dei Consigli Comunali dei Comuni facenti parte dell'ambito territoriale e trasmesso alla Regione a cura del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci.

La Giunta Regionale, nel termine di 60 giorni dal ricevimento del Piano, ne verifica la compatibilità con gli obiettivi di sistema e con gli obiettivi caratterizzati su problemi specifici, definiti nelle direttive del Piano Sociale Regionale e ne delibera l'approvazione.

In caso di non compatibilità tra livello regionale e scelte locali, il Piano viene rinviato al programmatore locale per l'adeguamento e le modifiche necessarie.



Dopo l'approvazione da parte della Regione possono essere formalizzati gli accordi e i contratti di programma e quant'altro necessario per la gestione integrata del Piano di Zona.

Il Piano approvato, in particolare, costituisce il necessario presupposto per la stipula dell'accordo di programma tra i Comuni, singoli o associati, e l'Azienda USL di riferimento per quanto attiene alle competenze gestionali relative ai servizi ad elevata integrazione sociosanitaria.

Fra il settembre 1999 e il marzo 2000 sono stati presentati da parte degli Enti gestori degli ambiti territoriali tutti e 35 i Piani di Zona 1999-2001, che sono stati regolarmente approvati.

Solo in quattro casi vi è stata un'approvazione condizionata alla produzione di ulteriori precisazioni, tutte puntualmente fornite dagli enti gestori e recepite formalmente dalla Regione.

Il primo triennio dei Piani di Zona si è concluso alla fine del 2001 e la Regione ha scelto di prorogarne l'efficacia dell'impostazione dal 2001 al 2002.

La definizione dei Piani di Zona è stata ed è monitorata sulla scia di quanto previsto dal primo Piano Sociale più che sulla base della L. 328/2000.

Il monitoraggio dei Piani è effettuato impiegando l'Osservatorio Regionale, non partendo però dai Piani di Zona ma dai servizi sul territorio.

La valutazione sullo stato di attuazione è avvenuto tramite le Province che per mezzo di focus group e di raccolta dati e materiali hanno prodotto dei report.

L'esperienza della L. 285/1997 è stata importante in quanto aveva visto le Province come ambito territoriale di riferimento e questo ha permesso una maggiore integrazione con la Regione.

Con atto n. 804 del 27 settembre 2002, la Giunta Regionale ha approvato la *"Guida per la predisposizione e approvazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali"*.

Il documento è un Atto di indirizzo applicativo del Piano Sociale Regionale 2002-2004 ed è suddiviso in due parti:

- una parte descrittiva concernente le indicazioni ed orientamenti necessari per la predisposizione del Piano di Zona da parte degli Ambiti Territoriali Sociali;
- una seconda che contiene il modello da utilizzare per la vera e propria stesura del documento di piano, contenente gli "argomenti" che dovranno essere sviluppati, nel rispetto dello schema di riferimento contenuto nel Piano Sociale Regionale.

La finalità della guida è quella di agevolare il compito di quanti saranno impegnati nella delicata fase di impostazione dei nuovi Piano di Zona che



coinvolgerà nell'immediato futuro gli Enti Locali, le istituzioni, i soggetti del terzo settore.

Il rispetto della Guida è anche condizione per la regolare presentazione alla Regione dei Piano di Zona, come previsto dal Piano Sociale Regionale.



## La gestione dei servizi

Le scelte gestionali (diretta o associata) che il legislatore regionale indica come possibili per i Comuni sono previste dalla legge di riordino 22/98 all'art. 5 mentre il Piano 1998/2000 indicava nella convenzione, nell'affidamento tramite convenzione e nel consorzio le modalità con cui realizzare le diverse forme di gestione unitaria.

Il nuovo Piano sottolinea invece l'importanza di realizzare una gestione dei servizi il più possibile unitaria, garantendo necessariamente:

1. la programmazione unitaria attraverso il processo per la costruzione del Piano di Zona
2. la gestione unitaria delle risorse
3. la gestione unitaria dei processi di autorizzazione e accreditamento
4. l'accesso unitario ai servizi
5. la gestione omogenea del sistema informativo
6. l'individuazione, in caso di ambito pluricomunale, della forma associativa per la gestione dei servizi.

## I livelli di assistenza

Già il primo Piano Sociale aveva indicato la volontà di operare per livelli essenziali e uniformi di servizi a livello territoriale, individuando tra quelli da attuare nel triennio:

- il segretariato sociale
- l'assistenza psico-socio-educativa ai minori.

La programmazione successiva vede un'ulteriore articolazione dei livelli aumentando i servizi da garantire sul territorio, perfezionando le modalità di finanziamento per ambito, migliorando la qualità organizzativa e la professionalità degli operatori.

La scansione temporale per l'attuazione dei nuovi obiettivi viene programmata all'interno dei Piani di Zona, consolidando i servizi già previsti nel pri-

mo anno e garantendo l'attuazione della nuova programmazione entro la fine del triennio.

### **L'integrazione sociosanitaria**

L'analisi dei bisogni svolta al termine del primo triennio di programmazione dei servizi, ha evidenziato come l'esigenza di integrazione con il comparto sanitario non abbia ancora trovato risposte adeguate e uniformi a livello di ambiti.

Le aree dove l'integrazione si è rivelata più carente sono:

- anziani
- disabili
- famiglie e persone con disagio fisico.

### **Carta dei servizi e sistema qualità**

Viene riconosciuta dalla Regione l'attinenza fra la carta dei servizi e l'accreditamento. A partire dal Piano Nazionale e anche nel secondo PSR tale carta è definita "carta di cittadinanza sociale". In alcuni Piani di Zona sono già state elaborate, prima della L. 328/2000, delle carte dei servizi ma sono principalmente ancora delle rappresentazioni e non dei processi. Dall'inizio del 2002 si è avviata una sperimentazione sulla comunicazione sociale con l'individuazione di 4 ambiti territoriali pilota, a partire dai quali si valuterà poi se sarà il caso di estendere il modello a tutti i territori. Si prevedono tre azioni: a) uso mass media a fini sociali (televideo, sito web, spot, giornali, trovare logo per il sociale) per divulgare notizie su servizi sociali; b) formazione sulla comunicazione sociale con seminari residenziali (la legge 150 prevede che tutte le PA adottino piani di comunicazione; la Regione ha centrato la comunicazione sul sociale, legandola all'idea di esigibilità del "diritto di cittadinanza sociale"); c) uso concreto mass-media per comunicazione sociale.

### **Il sistema informativo**

Con il primo Piano Sociale Regionale (art. 10 della L.R. n. 22 del 27.03.98), il legislatore abruzzese aveva già previsto di intraprendere azioni di supporto alle autonomie locali per la costituzione di un sistema uni-





tario di gestione e programmazione delle informazioni sul sistema dei servizi: l'Osservatorio Regionale aveva già iniziato a funzionare in sede di attuazione della L. 285/1997, fornendo i dati territoriali necessari alla programmazione territoriale.

Nel secondo Piano Sociale Regionale (approvato con DGR del 18.03.2002) nella sezione sulle strategie per conseguire i risultati attesi, si trovano le azioni da implementare per la realizzazione del sistema informativo regionale, con una dotazione finanziaria dedicata: per garantire omogeneità nella raccolta delle informazioni e nella loro gestione, la Giunta Regionale emanerà appositi indirizzi per rendere affidabile la gestione delle informazioni e il loro utilizzo ai diversi livelli, con un atto d'indirizzo applicativo da adottare entro 120 gg. dalla data di applicazione del Piano regionale.

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

La funzione di coordinamento delle azioni per migliorare il governo delle informazioni, è garantita dall'Osservatorio Regionale.

### **Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali**

A prescindere dalla L. 328/2000, con il primo Piano Sociale Regionale e fino al 2001 sono state intraprese azioni di supporto (formazione, assistenza tecnica valutazione, osservatorio etc.). L'osservatorio ha fornito il supporto con dati territoriali per il nuovo triennio della L. 285/1997. Ciò ha preso avvio a partire dal 1999 e la Regione ha collaborato ed è intervenuta soprattutto attraverso le Province. Ad esempio fra le attività di aggiornamento ve ne è stata una per i responsabili dei servizi sociali (amministratori, dirigenti e funzionari) coordinata ed organizzata dalle Province.

In occasione della approvazione del secondo Piano Sociale Regionale, la Giunta Regionale ha deliberato anche l'affidamento al Foromez dell'incarico di realizzare un percorso di assistenza formativa e tecnica, di durata annuale, rivolto alla rete degli interlocutori della Regione presso le ASL, le Province e i 35 ambiti territoriali, oltre che di affiancamento consulenziale alla Regione per le procedure di verifica e approvazione dei Piani di Zona e di elaborazione degli ulteriori atti di indirizzo, necessari per il consolidamento del sistema di welfare abruzzese.

## La spesa sociale

Nel 1996 veniva istituito il Fondo unico sociale regionale<sup>1</sup>, nel quale confluivano tutte le risorse regionali, statali e comunitarie per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali.

Inizialmente quote di risorse erano vincolate alla realizzazione di specifici interventi ed a favore di particolari destinatari e il fondo risultava così tripartito:

- a) Servizi e prestazioni sociali e socioassistenziali per il 60%:
  - 40% in ragione della popolazione ultrasessantacinquenne e minorenni
  - 10% in ragione della quota di spesa prevista dal Comune a proprio carico
  - 40% fra Comuni che attuano il servizio di assistenza domiciliare ed istituiscono o gestiscono centri diurni in proporzione al numero degli utenti
  - 10% fra i Comuni che gestiscono i servizi in forma associata.
- b) Interventi e servizi sociali a favore di soggetti portatori di handicap (L. 104/92) per il 37%:
  - 20% in proporzione alla popolazione residente
  - 10% fra i Comuni che gestiscono i servizi in forma associata
  - 70% in proporzione al numero dei soggetti riconosciuti portatori di handicap utenti dei servizi.
- c) Progetti sperimentali di inserimento sociale per il 3%.

In ogni caso il contributo regionale non poteva superare il 50% delle spese complessive previste, ad eccezione dei progetti sperimentali che potevano essere finanziati in misura maggiore.

Con l'approvazione del Piano Sociale Regionale 1998-2000<sup>2</sup> il Fondo Sociale veniva suddiviso in due parti, i cui finanziamenti non erano fra loro cumulabili:

- a) finanziamenti a favore di Comuni che presentavano il programma delle attività sociali e socioassistenziali secondo la normativa precedente, sulla base dei criteri sopra illustrati;
- b) finanziamenti a favore dei Comuni che gestivano i servizi in forma associata, programmati attraverso Piano di Zona. Il Piano Sociale Regionale prevedeva che annualmente la quota di risorse destinata al primo tipo di finanziamento si riducesse progressivamente a favore della seconda.

<sup>1</sup> la L.R. 135/96 (Fondo Sociale Regionale per l'espletamento dei servizi ed interventi in materia sociale e socio-assistenziale) ha abrogato numerose leggi di settore precedentemente in vigore, facendone confluire tutte le risorse in un unico fondo.

<sup>2</sup> L.R. 22/1998 "Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale – Piano Sociale Regionale 1998-2000".





24

La situazione consolidatasi prima dell'entrata in vigore della L. 328/2000 vedeva così le risorse del Fondo Sociale Regionale annualmente ripartite in tre distinte quote destinate all'assegnazione di contributi per attività di diversa natura:

- a) Sostegno delle “attività consolidate”: interventi finanziari regionali a sostegno del mantenimento o della nuova gestione dei servizi sociali ricorrenti, annualmente erogati dai Comuni, singoli o associati con i seguenti criteri di riparto:
- il 20%, da assegnare in proporzione diretta alla popolazione residente;
  - il 30% da assegnare in proporzione diretta alla superficie territoriale;
  - il 30% da assegnare in proporzione diretta al carico sociale complessivo;
  - il 20% da assegnare in proporzione inversa al livello dei servizi pubblici presenti;

I contributi per le “attività consolidate” sono assegnati ai Comuni di ciascun ambito territoriale, attraverso l'Ente Gestore di ambito. Gli enti destinatari dei contributi devono obbligatoriamente cofinanziare con fondi propri la realizzazione delle attività sociali programmate, in misura non inferiore al 50% delle spese ammissibili.

- b) La realizzazione dei Piani di Zona, con i seguenti criteri di riparto<sup>3</sup>:
- il 50%, da assegnare in proporzione alla popolazione residente;
  - il 30% da assegnare in proporzione alla somma dell'indice di vecchiaia e dell'indice di dipendenza;
  - il 20% da assegnare in proporzione diretta all'indice di carico sociale.

Anche in questi casi il contributo regionale non può superare la misura del 50% della spesa prevista nei programmi di attività<sup>4</sup>.

- c) Il finanziamento di gestioni speciali e settori specifici d'intervento.

Infine, si hanno contributi regionali per il sostegno alla progettualità più specifica e per l'avvio di nuovi servizi ed interventi per i quali il cofinanziamento richiesto dalla Regione a carico dei soggetti destinatari è di importo assai inferiore o, in alcune situazioni non previsto. Ne sono un esempio i finanziamenti per l'attuazione della L. 285/1997 ed i progetti sperimentali finanziati interamente con i fondi stanziati dalla L. 162/1998.

<sup>3</sup> Delibera della Giunta Regionale n. 1575 del 14.7.1999.

<sup>4</sup> Come previsto dalla L.R. 22/1998 e dalla L.R. n. 135/1996.

A seguito dell'entrata in vigore della L. 328/2000, le risorse finalizzate sono state ripartite sulla base dei criteri previsti e delle specifiche finalizzazioni, mentre le risorse indistinte sono state assegnate ai Comuni per la programmazione territoriale in analogia a quanto previsto dal previgente PSR.<sup>5</sup>

Con l'entrata in vigore del Piano Sociale Regionale 2002-2004 il Fondo Sociale Regionale è così composto:<sup>6</sup>

*A Risorse indistinte regionali (Fondo Sociale Regionale ex L.R. 135/1996 e L.R. 22/1998)*

A.1 Interventi generali (60% delle risorse indistinte regionali). A tutti i Comuni viene assicurato un contributo minimo (di euro 5.000). Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese che i Comuni sono tenuti a sostenere con fondi propri almeno nella misura del 20% (la quota di cofinanziamento scende al 10% per i Comuni "montani"). I Comuni possono utilizzare i contributi regionali autonomamente o attraverso gli ambiti sociali per il finanziamento dei Piani di Zona. I contributi assegnati e non rendicontati sono soggetti a compensazione sui contributi per gli anni successivi.

A.2 Azioni regionali di attuazione del Piano Sociale (35% delle risorse indistinte regionali). Tali risorse sono finalizzate alla realizzazione di "azioni innovative".

A.3 Interventi diretti regionali (5% delle risorse indistinte regionali). Si tratta di risorse destinate al finanziamento di progetti-obiettivo prioritari per la programmazione regionale, azioni di supporto e di promozione degli Enti Locali.

*B Risorse indistinte statali (Fondo nazionale per le politiche sociali, L. 328/2000)*

B.1 Piani di Zona (90% delle risorse indistinte statali). I contributi sono erogati dopo l'approvazione del Piano di Zona da parte della Giunta regionale sulla base dei seguenti criteri:

- 50%: proporzionale alla popolazione residente
- 40% proporzionale all'indice di dipendenza globale (dei bambini tra 0 e 14 anni e degli anziani con almeno 75 anni sulla popolazione attiva – fra i 30 ed i 59 anni)
- 10% inversamente proporzionale alla densità demografica

<sup>5</sup> Regione Abruzzo, Osservatorio sociale regionale, Assessorato alle Politiche Sociali, *Un sistema che cresce: politiche e servizi sociali in Abruzzo: primi risultati e prospettive*, novembre 2001.

<sup>6</sup> Cfr. Piano Sociale Regionale 2002-2004.





Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese, che i Comuni devono finanziare con mezzi propri almeno nella misura del 10%.

- B.2 Incentivi per la gestione associata dei servizi sociali (10% delle risorse indistinte statali). Il finanziamento è attribuito, dopo l'approvazione dei Piani di Zona, agli ambiti territoriali pluricomunali per l'esercizio unitario delle funzioni istituzionali. I criteri di riparto sono i medesimi utilizzati per l'assegnazione dei fondi per l'attuazione dei Piani di Zona.

Nel corso dell'esercizio finanziario 2000 il Fondo Sociale Regionale ammontava complessivamente a circa 9,8 milioni di euro. La Giunta Regionale nello stesso anno ha destinato il 55% del "Fondo Sociale Regionale" al finanziamento delle attività previste dai Piani di Zona ed il 44% al finanziamento delle attività consolidate.

Nel 2001 le risorse complessive del Fondo ammontavano a 22,1 milioni di euro, dei quali 11,3 relativi a risorse indistinte regionali e 10,8 a risorse indistinte statali (fondo nazionale per le politiche sociali). Depurando tali importi delle spese in conto capitale si ha una conferma dell'impegno economico finanziario della Regione nel settore delle politiche sociali nel passaggio dal 2000 al 2001.

#### Risorse di parte corrente per le politiche sociali regionali, anno 2001 (migliaia di lire)

	<b>2001</b>
Risorse regionali finalizzate	6.450.000
Risorse regionali indistinte	22.000.000
Risorse nazionali finalizzate	14.369.945
Risorse nazionali indistinte	21.918.860
<b>Totale</b>	<b>64.738.805</b>

---

## **REGIONE BASILICATA**







## Il sistema normativo

---

La Regione Basilicata ha iniziato il processo di riordino dei servizi sociali con la L.R. n. 50/80 *“Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali”* che definiva la sua natura transitoria in attesa della legge di riforma dell’assistenza.

La legge dettava norme relative ai tipi e alle modalità di intervento, alla gestione coordinata e integrata dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari, al modello organizzativo e funzionale articolato nel territorio, dei servizi medesimi.

Si cominciava a delineare un sistema di servizi territoriali in cui le funzioni in materia socio-assistenziali, attribuite alla competenza dei Comuni, venivano esercitate in forma coordinata e integrata dalle Unità Sanitarie Locali.

Al fine di assicurare il necessario coordinamento e collegamento programmatico e funzionale tra le attività gestite dalla USL e quelle gestite dai singoli Comuni, la Regione promuoveva tra gli enti interessati conferenze periodiche tra amministratori ed operatori nonché ogni altra utile forma di reciproca consultazione.

Gli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali individuano anche gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi socio-assistenziali.

La L.R. n. 25/97 *“Riordino del sistema socioassistenziale”* ha dettato un modello organico di programmazione degli interventi e determinato il nuovo assetto organizzativo ed istituzionale, a partire da una nuova individuazione delle competenze da parte dei soggetti pubblici titolari.

Le Linee Guida della legge possono essere così riassunte:

- la configurazione di un nuovo assetto istituzionale ed organizzativo che tenga conto della centralità dei Comuni nello sviluppo delle politiche sociali;
- gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi in forma associata sono individuati di norma entro i confini delle USL, tenendo conto degli ambiti territoriali dei Distretti sanitari;



- la realizzazione di un livello di prestazioni omogeneo su tutto il territorio regionale;
- l'integrazione e il coordinamento con i soggetti del privato sociale per la gestione dei servizi;
- l'integrazione e il coordinamento con il comparto sanitario, con i servizi educativi e scolastici e gli altri settori di intervento delle politiche sociali.

Sempre la L.R. 25/97 ha previsto il Piano Socio-Assistenziale quale strumento operativo per l'attuazione dei servizi, degli interventi e delle azioni di natura sociale, uno strumento quindi, regolatore dei servizi alla persona.

Con DCR n. 1280 del 21/12/99 la Regione ha adottato il primo *Piano Socio-Assistenziale 2000/2002*. Per favorire l'avvio concreto delle riforme si è poi provveduto, con *DGR 1760/2000* a fornire assistenza tecnica ai Comuni per l'implementazione del Piano.

I Comuni hanno poi definito gli ambiti zonali (in tutto 15) per la gestione associata dei servizi e provveduto a costituire uffici comunali di servizio sociale per la predisposizione delle bozze dei primi Piani Sociali di Zona previsti dal Piano Regionale (termine stabilito con DGR 1280/2000 e differito di tre mesi con DGR 1591/2000).

Con la successiva DGR n. 2726 del 21 dicembre 2001, la Giunta ha provveduto all'approvazione dei primi Piani di Zona e all'assegnazione dei fondi ai Comuni capofila. Nella stessa delibera la Regione stabilisce i criteri di riparto e le modalità di gestione delle risorse.

### **DM 308/2001 – autorizzazione strutture**

La materia non è ancora stata affrontata. È attualmente in vigore solo il sistema delle autorizzazioni per le strutture socioassistenziali per minori e anziani.

### **DLgs 207/2001 IPAB**

La Regione intende avviare in tempi brevi il lavoro sulla nuova normativa delle IPAB.

### **DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari**

La DGR n. 2726/2001 contiene l'indicazione delle dotazioni territoriali minime di servizi che, pur non essendo equiparabile ad una normativa regionale sui LIVEAS, tuttavia apre la strada ad un lavoro regionale in tal direzione.

- Sono individuati come “servizi essenziali” in ciascun ambito territoriale:
- il servizio sociale comunale (cofinanziato al 50%) rispetto alle dotazioni fissate in ciascun Piano di Zona;
  - Area Anziani: assistenza domiciliare, centri laboratori per la comunità, Affidamenti a famiglie, copertura parziale rette ricoveri, azioni finalizzate alla riconversione di ricoveri in assistenza domiciliare;
  - Area Minori e Infanzia: assistenza domiciliare, centri diurni, affidi, punti ludici, micro nidi;
  - Area Handicap: assistenza domiciliare;
  - Area Giovani: centro di aggregazione e promozione giovanile
  - Area Salute Mentale: servizio sociale e integrazione con i servizi dell’ASL.



Per tutti questi servizi vengono definiti anche gli standard minimi di presenza sul territorio.

Non sono ancora stati disciplinati i LEA. L’intenzione è comunque quella di salvaguardare in tutti i modi le posizioni dei Comuni rispetto alle ASL per l’applicazione del Decreto Sirchia con riferimento ai LEA, con riferimento alla compartecipazione finanziaria.

### **DPCM del 2001 sull’affidamento dei servizi**

Per quanto concerne l’affidamento dei servizi per il momento sono stati forniti solo degli schemi di protocolli di intesa e accordi di programma o convenzioni per la gestione dei servizi.

### **Gli assetti istituzionali**

Dalla lettura comparata della legge di riordino (artt. 7,8,9) e del Piano Regionale, si evince il quadro delle competenze istituzionali su cui si va a strutturare il sistema di servizi.

Esso pone in capo alla Regione, alle Province e ai Comuni la titolarità delle funzioni socio-assistenziali.

Le Aziende Sanitarie concorrono alla realizzazione del sistema.

Viene quindi recuperato il ruolo del Comune nel Governo territoriale dei servizi sanitari, insieme ad una responsabilità piena e operativa dell’Ente nel campo dei servizi socio-assistenziali.

La necessità primaria è quella di favorire la gestione diretta da parte dei Comuni dei servizi sociali: non quindi la delega alla ASL come seguito alla pri-

ma legge di riordino, ma “la gestione diretta e consapevole nel quadro di un’azione programmata di coordinamento, collaborazione, integrazione tra Comune e ASL”.

Alla Regione spettano le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento dei servizi socio-assistenziali, nonché la loro verifica e il controllo della loro attuazione a livello territoriale. Deve avere un ruolo determinante anche nel promuovere e favorire ogni possibile forma di collaborazione con gli altri soggetti istituzionali e sociali.

Alla Provincia spetta il ruolo di collaborare alla stesura della programmazione regionale, di provvedere alla realizzazione nel proprio territorio degli obiettivi specifici previsti nel Piano Regionale, di concorrere alla realizzazione del sistema informativo regionale. La Provincia partecipa inoltre alla definizione e realizzazione dei Piani di Zona.

### **Gli assetti organizzativi per le politiche sociali**

La Sanità e il Sociale sono separati nella struttura amministrativa della Regione Basilicata, sia come Assessorati che come strutture organizzative.

La struttura dedicata alle politiche sociali è fortemente sottodimensionata e non esiste una rete di referenti regionali per tutti gli ambiti territoriali.

È costituito il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale, al cui interno vi sono gli Uffici ed i Servizi:

- 1) l’Ufficio Programmazione e Promozione Sociale si avvale di due posizioni organizzative (una per la gestione dell’immigrazione e l’altra per la Valutazione Qualità e il finanziamento delle strutture socio-assistenziali nel settore dei minori e degli anziani), di un funzionario e di due operatori sociali e amministrativi;
- 2) l’Ufficio Gestione Interventi Sociosanitari si occupa, in modo abbastanza separato dall’altro, di legge sulle tossicodipendenze, di consultori familiari, di invalidi, di disabilità gravi).

### **Gli ambiti territoriali**

Dai previsti 12, cui si aggiungeva la città di Potenza, si è arrivati a 15, coincidenti con i Distretti sanitari.



## La programmazione

Il percorso di programmazione sociale seguito in Regione Basilicata si articola nelle seguenti fasi:

- convenzione tra i Comuni (in base ad uno schema di riferimento fornito dalla Regione) per la costituzione dell’Ambito, per la definizione del Comune capofila e dei Comuni “capoarea”, cioè preposti alla gestione associata dei fondi destinati a specifiche aree di intervento sociale (è la L.R. 25/97 ad individuare le aree per le quali è necessaria la gestione associata);
- costituzione della Unità Operativa Tecnica di Zona, composta da operatori comunali e da operatori dell’ASL, in particolare per la gestione degli interventi di integrazione sociosanitaria;
- individuazione del Coordinatore Tecnico di Zona, che è responsabile formalmente dello stato di attuazione del Piano di Zona;
- predisposizione Piano di Zona (senza i singoli progetti di intervento), che in molti casi hanno portato anche alla definizione di regolamenti per l’accesso alle prestazioni, per il funzionamento dei servizi, ecc.;
- approvazione da parte della Regione;
- predisposizione dei singoli progetti di intervento per l’attuazione del Piano di Zona;
- definizione dell’Accordo di Programma tra Comuni per la gestione delle risorse e l’attuazione del Piano di Zona.



## Il Piano Socio-Assistenziale 2000-2002

Il primo Piano Socio-Assistenziale (PSA) segna, insieme alla Legge Regionale di riordino, una svolta nella storia della Regione Basilicata: alle politiche sociali viene attribuito un valore strategico all’interno di una prospettiva più complessiva di sviluppo del territorio.

Ciò significa che il Piano non ha un puro significato di risposta ai bisogni (quelli amministrativi e programmatori degli Enti Pubblici, quelli socio-assistenziali della popolazione), ma si configura come progetto di politiche sociali attive.

Il Piano si presenta quale strumento utile a sviluppare e innovare il sistema socio-assistenziale regionale, a innovare un sistema per certi versi senza storia, strutturalmente debole e fondato su risorse eccessivamente scarse. L’opinione dei testimoni privilegiati è che gli interventi e i servizi sociali in Basilicata non nascono, originariamente, da politiche, ma da azioni imitative di altre esperienze extraregionali.



La Basilicata sconta una serie di ritardi nel campo delle politiche sociali riconducibile a ragioni storiche che sono state opportunamente indagate per capire da quale punto e prospettiva ripartire.

Il Piano è, anche, lo strumento che accompagna, unitamente agli altri provvedimenti e determinazioni previsti dalla legge, l'attuazione del nuovo ordinamento dei servizi e degli interventi socio-assistenziali nella Regione Basilicata, nonché la transizione verso il nuovo assetto organizzativo e operativo coerentemente a quanto contenuto nel D. Lgs 112/98 e nel disegno di legge governativo "Disposizioni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Il Piano, inoltre, è intimamente legato alle disposizioni contenute nella Legge Regionale n. 25/97 di riordino del sistema socio-assistenziale.

Per mantenere una aderenza alla realtà il Piano ha un carattere processuale, aperto ad aggiornamenti anche durante la sua attuazione.

I principi cardine su cui si fonda il Piano Sociale sono:

- equità – assicurare uguale accesso a servizi di qualità elevata e superare gli squilibri territoriali.
- accettabilità – assicurarsi che la strategia sia compresa ed accettata dalla popolazione
- integrazione – coinvolgere le diverse organizzazioni, le diverse istituzioni, in strategie integrate e collaborative di intervento
- sistemi informativi – sviluppare sistemi che siano in grado di identificare i bisogni di assistenza sociale della popolazione, di reinterpretarli in funzione di politiche attive di sviluppo civile e culturale del territorio; nonché in grado di misurare l'impatto dei servizi erogati
- investimenti – concepire, e tradurre in azioni concrete, le risorse erogate per servizi socio-assistenziali, come investimento in politiche e azioni di sviluppo più complessive.
- formazione a tutti i livelli – assicurare che il personale e le competenze corrispondano ai compiti che devono essere eseguiti.
- cittadinanza sociale attiva – mettere in campo azioni che promuovono e favoriscono la nascita di iniziative autonome in ambito sociale da parte dei cittadini.

Possono essere individuate le seguenti scelte strategiche:

- la promozione e la prevenzione come criterio di impostazione di ogni fase e livello di intervento;
- la deistituzionalizzazione come azione di superamento degli istituti e dei servizi residenziali e creazione di reali alternative nel territorio;

- la realizzazione in tutto il territorio regionale di condizioni di accesso e di uso dei servizi che assicurino alle persone e alle famiglie livelli accettabili e omogenei di assistenza;
- la promozione e il controllo della efficacia e della qualità degli interventi e della soddisfazione degli utenti, anche mediante la sperimentazione di carte dei servizi sociali e la definizione degli standard gestionali e strutturali dei presidi socio-assistenziali;
- la sperimentazione di forme di collaborazione e contrattuali tra Pubblica Amministrazione e organizzazioni di utilità sociali, per la fase di affidamento dei servizi;
- il riconoscimento ai soggetti sociali di un ruolo attivo nella programmazione e negli assetti organizzativi del sistema socio-assistenziale regionale attraverso soprattutto la diffusione e il rafforzamento della partnership con i soggetti istituzionali;
- l'individuazione delle aree intercomunali (zone) quali articolazioni territoriali dell'assetto organizzativo e istituzionale del sistema socio-assistenziale regionale e luogo unitario della programmazione locale;
- la definizione dei Piani Sociali di Zona;
- la razionalizzazione della spesa e riqualificazione delle risorse;
- la messa a punto di un sistema informativo socio assistenziale.

Le aree specifiche degli interventi e dei singoli progetti in cui si articola il Piano sono:

- area adulti e anziani
- area età evolutiva
- area disabilità.

Gli obiettivi dell'area adulti e anziani sono i seguenti:

- attivare le unità di valutazione geriatrica nei singoli ambiti territoriali, con la collaborazione tra personale sociale dell'ambito e personale sanitario del Distretto;
- avviare i servizi di assistenza domiciliare integrata in ogni ambito territoriale;
- sperimentare centri diurni quali poli dei servizi integrati e avviare i Laboratori per la comunità, in ogni ambito zonale;
- programmare ed attuare un piano di dimissioni degli anziani autosufficienti dalla casa di riposo;
- riconvertire, parzialmente, i posti letto per autosufficienti in posti per non autosufficienti;





- riconvertire parti delle strutture esistenti da Istituto in centri diurni e spazi protetti.

Gli obiettivi dell'area dell'età evolutiva sono:

- potenziare la metodologia del lavoro per progetti integrati, finalizzata ad una presa in carico dei problemi che si evidenziano nei nuclei familiari e che condizionano i processi di crescita dei soggetti in età evolutiva. L'aiuto alla famiglia d'origine, il supporto perché le relazioni all'interno del nucleo non penalizzino i minori, l'attivazione di forme di sostegno domiciliare e diurno, il supporto per la riunificazione (da prevedere già nella fase dell'allontanamento) sono fasi da gestire unitariamente e nell'ottica del lavoro di rete, favorendo l'apporto di ogni soggetto istituzionale e comunitario disponibile ed attivabile;
- potenziare i centri aperti a favore di preadolescenti ed adolescenti, in modo di attivare forme di aiuto diffuso, finalizzato alla promozione e prevenzione, in ogni ambito territoriale;
- attivare i centri diurni a favore di nuclei limitati di soggetti in età evolutiva (10-15 anni) che necessitano di aiuto intensivo perché definiti "a rischio", soggetti in età evolutiva già istituzionalizzati o che comunque necessitano di supporti psico-educativi e assistenziali personalizzati. Tali centri possono essere di ambito ovvero servire due o più ambiti confinanti, convenzionati fra loro;
- avviare sperimentalmente interventi di assistenza educativa domiciliare e territoriale per soggetti in età evolutiva con gravi problemi personali e familiari;
- potenziare forme di affido familiare in collaborazione con gruppi, Associazioni di Volontariato e altri soggetti della solidarietà organizzata;
- attivare centri di aggregazione giovanile ogni 12.000 abitanti;
- attivare servizi comunitari di tipo familiare a livello di ambito o di più ambiti territoriali tra loro;
- costruire una rete di ludoteche e di servizi ludici per l'infanzia;
- attivare percorsi formativi per i genitori e favorire l'associazionismo tra genitori.

Gli obiettivi dell'area handicap sono:

- sperimentare nuclei valutativi integrati, d'intesa tra ambito territoriale e Azienda Sanitaria Locale;
- attivare forme di assistenza domiciliare integrata e potenziare le esperienze già operanti;
- sperimentare Centri diurni socio-riabilitativi per persone con handicap che necessitano di "aiuto intensivo";

- realizzare alternative ai grandi Istituti prevedendo, dove possibile, la riconversione in microstrutture comunitarie diffuse sul territorio regionale in modo omogeneo e con un massimo di 30 posti letto;
- avviare la riconversione degli attuali Istituti in Centri socio-riabilitativi diurni.



## I Piani di Zona

In attuazione dell'art. 11 comma 1 della L.R. 25/97 il Piano Regionale assume come obiettivo di riqualificazione dell'assetto istituzionale e del sistema di responsabilità, l'attivazione del Piano di Zona.

Il Piano di Zona viene letto dal legislatore regionale come “lo strumento per realizzare la piena affermazione dell'autonomia locale nella programmazione e gestione dei servizi sociali e l'occasione offerta alle comunità locali per leggere, valutare, programmare e guidare il proprio sviluppo”.

Il Piano di Zona in quanto momento di sintesi programmatica e di verifica e valutazione sia del processo sia dei risultati si articola sui principi di:

- sussidiarietà: i cittadini, aderenti o meno ad Associazioni di Volontariato, in virtù del diritto di cittadinanza, esprimono il loro livello di responsabilità attraverso l'esercizio della cittadinanza attiva. Viene così superato il concetto di delega, per recuperare, nei limiti del possibile, la propria capacità protagonista con l'eventuale intervento sussidiario là dove le proprie forze risultano essere insufficienti;
- concertazione: tra cittadini, singoli o associati, tra questi e le istituzioni, tra gli Enti, deve stabilirsi una concertazione democratica che permetta un rapporto dialettico in grado di garantire una base consensuale alla scelta di utilizzo razionale ed economico delle risorse, che non sono limitate per contingenza storica, ma per principio generale, serio e di buon senso.

La predisposizione dei Piani di Zona viene promossa dai Sindaci, o dalla Conferenza dei Sindaci negli ambiti pluricomunali, con il concorso dell'ASL.

È opportuno che gli attori della programmazione costituiscano un gruppo di piano formato da politici, tecnici e rappresentanti dei soggetti istituzionali e della solidarietà organizzata, che funzioni da cabina di regia e rappresenti lo “strumento operativo” del programmatore locale nella predisposizione del Piano.

Le fasi principali in cui può articolarsi il lavoro per la strutturazione dei contenuti del Piano di Zona sono:



- predisposizione degli strumenti di rilevazione dei soggetti presenti sul territorio e dei dati relativi ai bisogni, alle risorse, ai servizi;
- analisi dei dati, individuazione degli obiettivi e delle priorità, con diretto coinvolgimento del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci e altri Soggetti Istituzionali e Sociali;
- stesura del Piano di Zona con obiettivi, sotto-obiettivi, risultati attesi, indicatori, azioni da compiere, interventi e servizi da garantire;
- individuazione delle modalità gestionali per garantire approcci integrati con il Distretto sanitario.

Una volta predisposto, il Piano di Zona viene sottoposto all'approvazione dei Consigli Comunali dei Comuni facenti parte dell'ambito territoriale e quindi trasmesso, con allegati gli accordi di programma, alla Regione che ne verifica la compatibilità con gli obiettivi del Piano Sociale Regionale e ne delibera l'approvazione.

Gli strumenti formali per la realizzazione del piano sono costituiti da:

- convenzioni per la gestione dei servizi;
- accordo di programma fra tutti i soggetti pubblici coinvolti nel Piano;
- conferenza di servizi quale modalità procedimentale favorente il raggiungimento degli accordi fra i soggetti istituzionali;
- accordi di diverso tipo con i soggetti non istituzionali anche sotto forma di accordi integrativi o sostitutivi del provvedimento amministrativo, limitatamente agli aspetti attuativi.

Il legislatore regionale dà indicazioni precise sulle modalità di coinvolgimento dei soggetti sociali favorendo la più ampia partecipazione sostanziale, anche se informale, successiva quindi all'approvazione che resta un atto unilaterale adottato dai soggetti istituzionali.

Sul piano formale la partecipazione dei soggetti è limitata al momento realizzativo del programma: gli accordi sostitutivi costituiscono lo strumento per incentivare, facilitare e supportare una estensione di responsabilità a quei soggetti, quali ad esempio le Cooperative Sociali e le Associazioni di Volontariato, ai quali l'ordinamento giuridico e la realtà amministrativa locale riconoscono un ruolo significativo.

Per quanto riguarda le Cooperative Sociali, la partecipazione nella fase programmatica tramite gli accordi sostitutivi, o attraverso protocolli di intesa, viene esercitata dalle organizzazioni di rappresentanza politico-sindacale e non già dalle singole imprese.

Le ASL provvedono all'attuazione degli interventi ad esse attribuiti in materia di servizi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie ad integrazione socio-

assistenziale attraverso gli accordi di programma da stipularsi in attuazione dei Piani di Zona.

Tramite il direttore generale o funzionario delegato competente la ASL partecipa direttamente al procedimento di elaborazione del Piano di Zona.

I primi Piani di Zona hanno tuttora carattere sperimentale soprattutto sul piano delle procedure e della tenuta organizzativa dell'impianto complessivo degli ambiti territoriali.

Nel corso del triennio di riferimento i Comuni singoli e associati potranno avvalersi della consulenza tecnica dello staff di Piano.

Per favorire l'avvio concreto delle riforme, la Regione ha provveduto, con DGR n.1760/2000 a fornire assistenza tecnica ai Comuni per l'implementazione del Piano.

I Comuni hanno provveduto a definire gli ambiti zonali per la gestione associata dei servizi e a costituire uffici comunali di servizio sociale per la predisposizione delle bozze dei primi Piani Sociali di Zona previsti dal Piano Regionale (termine stabilito con DGR 1280/2000 e differito di tre mesi con DGR 1591/2000).

Con la successiva DGR n. 2726 del 21 dicembre 2001, la Giunta ha provveduto alla approvazione dei primi Piani di Zona e all'assegnazione dei fondi ai Comuni capofila, ravvisando la necessità di dare tempestivo avvio alle attività senza aspettare l'approvazione contemporanea.

### **La gestione dei servizi**

---

Il Piano individua nella gestione associata la forma migliore per garantire l'uniformità e il Governo del sistema che pone in capo a Regione, Province e Comuni, la titolarità delle funzioni socio-assistenziali mentre le Aziende sanitarie concorrono alla realizzazione del sistema socio-assistenziale.

I Comuni possono scegliere di non partecipare alla gestione associata limitatamente alle attività di assistenza economica, di reddito minimo di inserimento, di informazione e di promozione sociale.

I Comuni possono attribuire alla gestione associata ulteriori servizi sociali di loro competenza, possono prevedere convenzioni o accordi di programma qualora lo ritengano opportuno, per progetti speciali e sperimentali in aree innovative.

Nel Piano sono previste anche le regole per i rapporti tra soggetti istituzionali e soggetti sociali (cooperative sociali e associazioni di volontariato) che si inseriscono nella rete locale di servizi con funzioni di gestione.





40

La Regione fissa:

- i requisiti per l' idoneità al convenzionamento delle organizzazioni di utilità sociale
  - i tempi e le modalità di adeguamento degli standard strutturali e gestionali per le strutture residenziali e semi-residenziali nonché per i servizi socio-assistenziali stessi.
- (requisiti da possedere entro la fine del triennio di vigenza del Piano)
- gli standard delle cooperative sociali: indicando le caratteristiche di fondo per una cooperativa “ di qualità”, in linea con i principi base del piano stesso.

Per quanto riguarda l' affidamento a terzi dei servizi, il legislatore regionale detta alcune indicazioni di massima, sottolineando la necessità di sperimentare “nuovi assetti innovativi nel rapporto ente pubblico-privato, volti a costituire un rapporto di partnership... perché ambedue i soggetti sono caratterizzati dalla omogeneità di finalità: il benessere della comunità di appartenenza”.

### I livelli di assistenza

I presidi socio-assistenziali di base in ambito comunale e zonale che dovranno essere attivati sono:

- il servizio sociale comunale
- i centri diurni e socio-educativi
- il Centro di aggregazione giovanile
- la ludoteca o punto ludico aperto
- il nido
- il servizio di assistenza domiciliare e di aiuto personale
- l'assistenza economica
- il pronto intervento assistenziale
- gli interventi per l' inserimento lavorativo
- l'assistenza domiciliare integrata
- i servizi residenziali e di comunità
- i servizi per l' affido familiare.

Le attività del Servizio sociale comunale sono:

- attività di primo contatto, pronto intervento assistenziale, di accoglienza, consulenza, orientamento e raccolta richieste di aiuto;
- rilevazione e monitoraggio della domanda sociale;

- punto di raccolta e di smistamento a livello locale di tutte le informazioni relative al sistema informativo regionale socio-assistenziale;
- gestione del credito solidale;
- altre attività riconducibili alle competenze comunali e che riguardano le funzioni proprie di un servizio sociale comunale.

Il servizio è svolto dall'assistente sociale e dallo psicologo, quando occorre, sulla base di un calendario definito da ciascun Comune secondo le proprie esigenze.

Il servizio sociale comunale si integra e si coordina con il consultorio familiare e con il Distretto sanitario. Le modalità di coordinamento e integrazione sono stabilite attraverso protocolli di intesa tra l'associazione dei Comuni e l'Azienda Sanitaria Locale, ovvero nell'ambito degli accordi di programma per l'attuazione dei Piani Sociali di Zona.

Il servizio sociale comunale si integra e coordina con gli altri servizi socio-assistenziali e sanitari pubblici e privati del territorio, nonché con gli organismi competenti nei settori scolastico, previdenziale, giudiziario, penitenziario.

L'integrazione operativa tra il servizio sociale comunale e i servizi la cui responsabilità è in capo ad altri soggetti istituzionali, avviene in particolare nell'ambito delle Unità Operative costituite a livello zonale e previste negli accordi di programma.

In ciascun ambito territoriale vengono istituite anche le Unità operative di Zona (UOZ).

L'Unità Operativa di Zona è un gruppo di lavoro multidisciplinare che valuta e progetta gli interventi, coordina le attività relative alle aree di pertinenza. Risponde al Responsabile del Distretto Sanitario relativamente alle attività sanitarie e al Coordinatore dei servizi sociali o al Sindaco del Comune capofila, per le attività a contenuto sociale ed educativo.

Per ciascuna delle seguenti aree di intervento devono obbligatoriamente essere costituite strutture operative:

- *anziani*: coincidente con l'U.V.G. allargata a uno o più operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali e, nei casi stabiliti in sede di accordo o di protocollo, agli operatori del privato sociale gestori dei servizi;
- *handicap*: costituita da operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, del privato sociale, del Distretto sanitario, del consultorio familiare, della scuola;
- *minori*: costituita da operatori del consultorio, operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, della scuola, del Centro di giustizia minorile, del privato sociale che opera in ambito minorile;





- *tossicodipendenti*: costituita da operatori del SERT, operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, della scuola, del privato sociale;
- *salute mentale* costituita da operatori del DSM, operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, del privato sociale.

## L'integrazione sociosanitaria

Secondo le linee ispiratrici del Piano, l'integrazione sociosanitaria si realizza:

- *a livello istituzionale* con l'accordo di programma tra l'Ente gestore dei servizi assistenziali e l'ASL, in cui vengono specificati, oltre agli obiettivi da raggiungere nella singola area, anche le competenze di ogni soggetto istituzionale, le risorse messe a disposizione, le modalità per la gestione integrata, tutti gli altri strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione partecipata;
- *a livello programmatico* attraverso la predisposizione del Piano di Zona che dovrà prevedere, per i servizi ad elevata integrazione, l'adozione di progetti-obiettivo interistituzionali quantomeno con riferimento ai problemi degli anziani non autosufficienti, dei minori, dei disabili, della salute mentale.

L'integrazione istituzionale e operativa si specifica:

- a livello organizzativo, attraverso la valorizzazione del lavoro territoriale di ambito;
- a livello finanziario, mediante la corretta imputazione ai fondi delle due aree (sanitaria e sociale), rispettivamente per le attività e prestazioni sanitarie e quelle assistenziali a rilievo sanitario.

La corretta imputazione è possibile a condizione che nell'accordo di programma siano definite chiaramente le quote di responsabilità di ogni Ente rispetto all'attività da garantire.

In attuazione del Piano Socio-Assistenziale, la Regione favorisce l'integrazione attraverso:

- l'individuazione della dotazione minima di strutture e servizi, atti a garantire risposte integrate negli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sociali;
- la definizione di standard gestionali e strutturali nell'arco del triennio, prevedendo i tempi di adeguamento da parte degli Enti gestori;
- l'individuazione di procedure per la concessione dell'idoneità al funzionamento per le nuove strutture;

- la riclassificazione dell'attuale sistema delle unità di offerta, anche per rendere possibile il loro inserimento nella rete delle strutture convenzionate, se appartenenti ad Enti privati;
- interventi per ristrutturazione e creazione di servizi residenziali;
- la formazione per gli operatori dei servizi e strutture ad elevata integrazione.



## **La Carta dei Servizi**

---

Non esiste un'esperienza sistematica negli ambiti territoriali, né alcuna iniziativa promossa dalla Regione in modo specifico.

## **Il sistema informativo**

---

Il legislatore regionale dedica alla realizzazione del sistema informativo regionale un ampio spazio nel Piano Socio-assistenziale 2000-2002.

In una prima fase per la sua implementazione, considera prioritario lavorare su due livelli: quello regionale e quello del gestore dei servizi sociali con i relativi raccordi. Vengono così descritti gli obiettivi progettuali per il SIS.

## **Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali**

---

Allo stato attuale la Regione non ha programmato alcuna azione di supporto alle autonomie locali, pur avvalendosi di alcune risorse esterne in modo mirato per il potenziamento degli uffici regionali, mediante l'apporto di competenze specialistiche (si tratta di esponenti del terzo settore locale). Ma esiste la volontà di avviare percorsi in questo ambito.

Sono state riservate per azioni di formazione e di sostegno all'attuazione delle politiche sociali solo le risorse pari al 5% del Fondo per l'Infanzia e l'Adolescenza (seconda triennialità) così come previsto dalla L. 285/1997.

Nel corso dell'intervista è stata manifestata la volontà di avviare un percorso di affiancamento ai Comuni, che potesse essere anche l'occasione per dare avvio alla impostazione di un sistema di monitoraggio regionale delle politiche sociali.

Le priorità di lavoro per la eventuale attivazione di azioni di sistema regionali e di azioni di affiancamento mirato ai Comuni sono:



- la creazione dell'Osservatorio Politiche Sociali, articolato eventualmente per aree di specializzazione;
- la costruzione di un sistema di monitoraggio regionale;
- interventi di formazione e affiancamento mirato per ridisegnare l'impianto dei servizi socioassistenziali e completare la costruzione della rete, oltre che per lavorare sulle modalità di esternalizzazione dei servizi e sulle forme di gestione.

A livello regionale, la fase preparatoria del Piano Sociale ha consentito di recuperare una base organica di dati organizzandosi in modo da garantire una conoscenza documentata del sistema *di offerta, delle professionalità* presenti al suo interno, delle caratteristiche fondamentali *dell'utenza, dei costi* di alcuni servizi della *spesa sociale dei Comuni*.

Tenendo conto della complessità dell'evoluzione del sistema sociale, la Regione, in forma complementare a quanto di seguito previsto, potrà allargare la propria base informativa predisponendo indagini specifiche e ricerche-intervento, mirate a verificare l'impatto dei nuovi modelli di azione, facilitanti lo sviluppo e l'equa distribuzione dei servizi nel territorio.

A livello gestionale il sistema informativo che ha nell'unità di offerta il luogo di produzione dei dati ha come base di partenza la documentazione professionale prodotta dagli operatori e dai servizi. È quindi fondamentale che questa documentazione risponda in primo luogo alle esigenze proprie dell'intervento professionale e di servizio. Da questa base possono essere ricavate le informazioni necessarie per il governo dell'ente gestore nelle sue diverse aree di attività.

A questo scopo la documentazione professionale e di servizio deve contenere: lo stato personale e familiare, la natura della domanda rivolta al servizio, la natura del problema-bisogno rilevato dal servizio, la natura dell'intervento (progettuale o prestazionale), la quantità di risorse utilizzate correlate agli obiettivi, i tempi previsti le responsabilità in ordine al superamento della situazione-problema, gli indicatori quantitativi di risultato, i risultati della verifica, indicazioni sulla soddisfazione dell'utente.

Per raggiungere questo obiettivo nel triennio, si tratta di definire la dotazione minima di strumenti da utilizzare per raccogliere, organizzare e gestire le informazioni (di intervento e servizio). Gli strumenti potranno avere la forma di schede professionali e di servizio, elaborate in conformità a standard minimi definiti su scala regionale, cui tutto il sistema deve attenersi.

L'erogazione dei fondi regionali è subordinata anche al rispetto degli standard definiti per la produzione delle informazioni e alla loro effettiva disponibilità.

A questo scopo ogni ente gestore elabora ed organizza i dati componendoli per archivi da cui poter rilevare:

- *il contesto* in cui opera il servizio (bisogni, natura della domanda, caratteri generali dell'utenza);
- *le risorse* impegnate;
- *le attività* svolte (con riferimento a tipologie di prestazione e di utenza);
- *i risultati* conseguiti sulla base di indicatori di efficacia ed efficienza;
- la natura delle *collaborazioni* attivate, di rilievo istituzionale, professionale e comunitario.



Sul versante delle risorse, il sistema informativo deve fornire un quadro aggiornato delle risorse disponibili per facilitare i processi decisionali, con particolare riferimento all'impatto economico delle decisioni. Le risorse vanno pertanto definite e monitorate sulla base della loro consistenza e titolarità. A questo scopo sarà opportuno distinguere tra risorse istituzionali (riferite ai diversi livelli di pertinenza e alle relative dotazioni strutturali e professionali), risorse di rilievo comunitario (volontariato organizzato o, associazionismo di impegno sociale...) e risorse che la stessa utenza dei servizi può mettere a disposizione, con riferimento al proprio reddito, con l'obiettivo di aggregare risorse aggiuntive da investire per la realizzazione qualitativa del Piano di Zona.

La scelta dei supporti informatici è successiva alla progettazione del sistema informativo e deve risultare idonea a svolgere in modo economico ed efficace le diverse funzioni previste.

Il sistema informativo dovrà, nelle intenzioni della Giunta Regionale, far propria la logica dell'efficacia degli interventi sintetizzando in cinque centri di interesse, cui devono corrispondere cinque sezioni dello stesso:

- l'area della *domanda*, finalizzata a capire il flusso e l'orientamento delle richieste rivolte ai servizi;
- l'area dei *problemi*, rilevati a seguito dell'analisi della domanda;
- l'area degli *interventi* e della presa in carico dei problemi, con riferimento ai diversi centri di offerta;
- l'area delle *verifiche*, riguardanti le condizioni di efficienza e di efficacia del sistema ai diversi livelli di responsabilità.
- l'area della *cittadinanza attiva* riguardante le risorse e le disponibilità a vario titolo provenienti dai cittadini singoli o associati.

Nel suo ambito di competenza la Regione esercita funzioni di orientamento tali da indicare comportamenti organizzativi e gestionali congruenti con gli obiettivi e con le strategie del sistema informativo, suggerendo azioni e pro-



cessi decisionali efficaci nel rispetto dell'autonomia, dell'istituzione interessata, attribuendo i finanziamenti agli Enti Locali in relazione ai risultati raggiunti e alla qualità della loro documentazione.

A livello di zone, sono predisposte forme di controllo sui processi e sulla gestione del sistema informativo a cura del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci ponendo attenzione ai fattori di processo e verificando i benefici prodotti su scala comunitaria. È inoltre prevista una funzione di valutazione e controllo a livello regionale, convocata in posizione di staff rispetto ai dirigenti.

A livello locale gli strumenti utilizzabili sono le verifiche sul Piano di Zona dei servizi, il budget di spesa previsti in rapporto a gruppi omogenei di obiettivi anche al fine di responsabilizzarne i dirigenti sulle conseguenze economiche delle loro decisioni.

La Regione, entro 120 giorni dall'approvazione del Piano, provvederà con apposito atto deliberativo ad istituire un gruppo di progetto per il sistema informativo regionale dei servizi sociali, e per la creazione dell'Osservatorio Regionale sulle politiche sociali.

Il Piano prevede inoltre, la costituzione di un gruppo di progettazione, che individui le forme organizzative e gli strumenti necessari ed appropriati per l'attivazione e la gestione del sistema informativo a livello zonale e regionale.

Il Progetto dovrà contenere indicazioni sufficientemente operative, almeno per le fasi di prima realizzazione ed avvio del Sistema, sui canali entro cui le informazioni dovranno essere convogliate e sui percorsi che esse dovranno seguire per giungere a destinazione, nei modi e nei tempi voluti.

L'individuazione dei circuiti ed il disegno di una mappa dei flussi informativi dovranno essere analizzati e progettati tenendo conto ovviamente delle esigenze di connessione:

- tra i diversi sottosistemi, all'interno dei SIS (Sistema Integrato Sociale);
- tra il SIS e l'"esterno", costruito dagli altri Sistemi informativi con i quali sono state individuate esigenze di scambio (Sistema aperto: gradi di strutturazione delle informazioni ed interconnessioni).

Per chiarire e tradurre anche in termini operativi il ruolo di "fulcro" affidato alla Regione nell'ambito del SIS, occorrerà inoltre progettare con particolare attenzione:

- i circuiti che dovranno reciprocamente garantire lo scambio informativo tra le Amministrazioni locali e l'Ente Regione;
- quelli che dovranno essere atti a garantire altrettanto l'informazione reciproca tra Ente Regione ed Amministrazione centrale dello Stato.

La Regione intende avviare uno studio di fattibilità sulla realizzazione del sistema stesso, mappando le risorse esistenti e individuando le criticità e propone di adottare, in via sperimentale, l'avvio dei SIS per verificare l'impianto logico del Sistema e fornire nel breve-medio periodo un primo risultato o output informativo visibile e concretamente utilizzabile. Individua la necessità di definire un'area "campione", che comprenda differenti modalità nell'erogazione di servizi e prestazioni e contempra la compresenza dei diversi soggetti e livelli istituzionali per verificare quali sono le condizioni che rendono possibile, o che ostacolano, il processo di interrelazioni da realizzare.

Tale "area" applicativa, sperimentale, potrebbe riguardare i servizi di assistenza domiciliare integrata (sono svariati i livelli istituzionali cui compete la gestione del servizio; sono varie le modalità erogative – circa il personale, le spese, ecc. – del servizio medesimo).

Inoltre, questa è un'area di interesse sia del settore socio-assistenziale sia di quello sanitario ed è quindi possibile verificare anche i problemi di integrazione informativa tra i due Sistemi.

In particolare, si dovrebbe poter identificare il contenuto informativo dell'area prescelta e concentrare l'analisi delle connessioni informative tra i diversi soggetti che partecipano alla realizzazione del SIS, al fine di individuare le esigenze operative ed i vincoli/opportunità per una loro migliore definizione e integrazione.

Tale sperimentazione si doveva concludere, orientativamente, entro 18 mesi dall'approvazione del Piano. Ma nell'estate del 2003 il lavoro di avvio della progettazione del SIS e la sperimentazione non risultano ancora attivati.

### **La spesa sociale**

---

Il Piano Socio-Assistenziale 2000-2002 sottolinea come le numerose leggi regionali che prevedono interventi finanziari di sostegno e di promozione siano scarsamente collegate fra loro e perseguano obiettivi di tipo settoriale, senza tenere conto di un disegno unitario riferito al territorio.

Il Piano sottolinea la necessità, accanto all'incremento della spesa, della sua razionalizzazione, qualificazione e riorganizzazione nell'ambito di un unico Fondo Sociale Regionale.

Tenendo conto della necessità di far confluire il complesso degli stanziamenti storici (previsti dalle varie leggi di settore) in un unico Fondo Sociale Regionale, i finanziamenti regionali saranno gradualmente riordinati nel modo seguente:





48

- A. per le *attività consolidate*;
- B. per i *livelli minimi di servizio*;
- C. per i *Piani di Zona*: sotto questo profilo, la politica della spesa costituisce non solo strumento per promuovere un elevato livello qualitativo dei Piani di Zona, ma anche per sostenerne l'operatività. A tal fine saranno premiati gli ambiti di zona i cui Comuni investono risorse proprie;
- D. per le *gestioni speciali regionali*: possono essere finanziate direttamente azioni di supporto e di promozione degli Enti Locali (formazione, sistema informativo, ricerca, sperimentazione), ovvero iniziative e servizi che, in quanto strumentali rispetto alle funzioni caratteristiche della Regione, possono costituire supporto per gli stessi Enti;
- E. per *settori specifici*: caratterizzati dall'eccezionalità, in considerazione dell'opportunità di perseguire obiettivi ritenuti prioritari o rispetto ai quali un diretto coinvolgimento della Regione si rivela necessario, o dalla straordinarietà oggettiva degli eventi e delle problematiche di riferimento.

L'entità finanziaria della manovra attraverso la quale il Piano può perseguire i propri obiettivi è determinata non solo da quote aggiuntive messe a disposizione agli Enti Locali dall'amministrazione regionale, ma anche da risorse finanziarie liberate attraverso la razionalizzazione della spesa storica e il ridimensionamento di alcuni flussi tradizionali di finanziamento.

Il riequilibrio dei servizi sul territorio ed il loro miglioramento qualitativo rappresentano obiettivi centrali del Piano Sociale Regionale, difficilmente perseguibili solo attraverso la messa a disposizione di risorse aggiuntive a carico del bilancio regionale. Si renderà necessario procedere, in alcuni casi, anche a riduzioni delle linee di finanziamento, agendo prioritariamente su quelle per le quali sia mancato un effettivo ed appropriato utilizzo delle risorse e dei servizi correlati da parte dei destinatari, su quelle rispetto alle quali i destinatari non siano disponibili a fornire riscontri valutativi adeguati e su quelle rivolte alla soddisfazione di bisogni non considerati prioritari dal Piano.

Il Fondo comprende risorse vincolate a specifici interventi e risorse non vincolate. Per la parte relativa alle risorse non vincolate, è suddiviso in quote percentuali distinte in relazione alle seguenti aree di intervento:

- per servizi e prestazioni sociali e socio-assistenziali, di cui il 45% destinato a servizi e interventi in favore delle persone anziane, prioritariamente a copertura dei costi relativi alle prestazioni sociali e socio-assistenziali dei progetti-obiettivo tutela della salute degli anziani, ovvero dei programmi ADI;

- ad integrazione dei trasferimenti statali per interventi sociali e socio-assistenziali previsti dalla legge 5.2.1992, n. 104 e successive modificazioni a sostegno dei soggetti portatori di handicap;
- per l'attuazione di progetti sperimentali diretti a favorire l'inserimento sociale e lavorativo delle persone in situazioni di svantaggio;
- a progetti di formazione e aggiornamento degli operatori;
- per interventi a sostegno dell'infanzia e dell'adolescenza;
- per riconversione dei presidi residenziali, semi-residenziali e centri diurni;
- per la promozione della cittadinanza attiva e solidale;
- per la creazione di nuove unità di offerta.

Le aree di intervento sono collocate nel quadro di una classificazione generale che distingue i fondi di parte corrente per il mantenimento e lo sviluppo dei servizi<sup>1</sup> dai fondi per gli investimenti<sup>2</sup>.

Il Fondo, decurtato della quota riservata alla gestione speciale pari al 5%, nonché delle quote destinate a finanziare leggi regionali a carattere specifico, è ripartito annualmente dal Consiglio Regionale tra i Comuni singoli che presentano alla Regione, entro 30 giorni dalla scadenza fissata per la presentazione dei Piani di Zona, il programma delle attività sociali e socio-assisten-



<sup>1</sup> Sono finanziamenti per il mantenimento e lo sviluppo dei servizi quelli destinati:

- agli asili nido
- ai centri sociali
- ai centri di aggregazione giovanile
- ai centri diurni e/o socio educativi
- a tipologie di servizi di nuova istituzione
- a interventi conseguenti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile
- a interventi socio-assistenziali per la lotta contro la tossicodipendenza
- all'assistenza domiciliare non integrata
- all'istituzione dei servizi sociali comunali
- alle strutture residenziali
- all'aggiornamento degli operatori
- all'assistenza economica

<sup>2</sup> Sono finanziamenti per gli investimenti quelli destinati:

(Investimenti strutturali)

- a progetti di riconversione dei presidi residenziali
- a progetti di adeguamento strutturale dei presidi residenziali (investimenti sociali)
- a progetti per l'inserimento lavorativo di portatori di handicap fisici e psichici e di altri soggetti svantaggiati
- a progetti di assistenza domiciliare integrata
- a progetti di promozione e sviluppo della cittadinanza attiva e solidale
- a progetti di promozione e prevenzione in area materno-infantile e in area minori
- a progetti finalizzati a promuovere la partecipazione attiva e produttiva delle persone anziane ad attività locali di interesse generale in area socioculturale.
- a progetti finalizzati alla prevenzione della violenza e al sostegno delle donne che hanno subito e/o sono a rischio di violenza.

ziali, e tra i Comuni associati che presentano il Piano di Zona da realizzare nel triennio successivo.

Il 70% del fondo è destinato a finanziare gli interventi di cui agli accordi di programma stipulati in attuazione dei Piani di Zona: i Comuni associati, nella previsione di spesa del Piano di Zona, individuano le risorse messe a disposizione, per ciascun progetto o programma di intervento, dai Comuni o da altri soggetti pubblici o privati e l'entità delle eventuali risorse regionali aggiuntive necessarie alla completa realizzazione dello stesso progetto.

Il 30% è riservato alle attività svolte in forma singola.

La ripartizione del Fondo destinato a finanziare sia i Piano di Zona, sia le attività svolte in forma singola avverrà secondo i seguenti criteri e modalità:

1. per la quota di fondo relativa alle risorse non vincolate sulla base dei seguenti parametri di incidenza:
  - A) popolazione residente: 15%
  - B) popolazione ultrasessantacinquenne residente: 30% (indicatore: indice di invecchiamento)
  - C) popolazione residente 0-17 anni: 25% (indicatore: percentuale della popolazione 0-17 anni sul totale della popolazione)
  - D) quota di spesa prevista a carico dei Comuni: 30% (indicatore: percentuale della spesa prevista a proprio carico sul totale della spesa).

In via transitoria, nelle more della definizione e approvazione dei Piani di Zona, per il primo semestre del 2002 sarà assegnata ai singoli Comuni, un'anticipazione pari al 50% del fondo sulla base dei criteri di cui ai punti A, B, C.

Con l'entrata in vigore della L. 328/2000, la ripartizione delle risorse avviene contestualmente all'approvazione dei Piano di Zona da parte della Giunta Regionale, sulla base di criteri che rispondono alla duplice esigenza di tenere conto dei settori di intervento e delle aree territoriali, dei bisogni complessivi delle diverse realtà geografiche e degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione regionale e locale.

A titolo di esempio si presentano le tavole della programmazione finanziaria per il 2000.



**Fondo socio-assistenziale 1999 e modalità di ripartizione**

<b>Voce</b>	<b>Importo (miliardi di lire)</b>	<b>Modalità di riparto</b>
– Nefropatici e talassemici ed altre malattie del sangue – Provvidenze di cui alla L.R. 5/92 (interventi in favore di trapianti d'organo in Italia, interventi particolari su motivate proposte degli Enti)	5	La somma è assegnata e liquidata sulla base delle richieste dei Comuni. Il rimborso agli accompagnatori dei trapiantati di organi è liquidato alla Ausl.
– Minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria	3	La somma è assegnata e liquidata sulla base delle richieste dei Comuni.
– Gestione di servizi socio-assistenziali	6,75	Somma assegnata ai Comuni in rapporto alla popolazione residente. Il parametro è di lire 10.000 per ogni abitante. Il residuo derivante dallo scarto tra popolazione regionale residente e somma disponibile è attribuito ai Comuni per altri interventi di natura socio-assistenziale
– Assistenza sanitaria integrativa agli invalidi di guerra (art. 57 L. 833/78)	0,35	
– Contributi straordinari ai sensi dell'art. 61 DCR 443/83	0,9	– 0,45 per interventi in favore di anziani – 0,39 assistenza ai minori e contributi agli Istituti educativo-assistenziali e ad Enti che svolgono attività in favore di minori, giovani e cittadini in stato di bisogno – 0,06 interventi di assistenza estiva a minori, giovani e handicappati
<b>Totale</b>	<b>16</b>	

**Assegnazioni previste in Bilancio di previsione 1999 e non ricomprese nel Fondo socio-assistenziale**

<b>Voce</b>	<b>Importo (mld di lit)</b>
Ristrutturazione, sistemazione, ampliamento di edifici destinati a Case di riposo, centri sociali, case albergo e strutture in favore degli anziani (L.R. 3/81 e 7/86)	0,5
Contributi agli Asili nido per spese di funzionamento e di gestione	0,8
Contributi per la realizzazione di interventi di promozione dei diritti dell'infanzia e adolescenza (fondi 1998)	4,83
Incentivi a favore delle Cooperative Sociali (L.R. 39/93)	0,03
Fondo per l'attuazione legge quadro sul volontariato e della relativa normativa regionale (L.R. 38/93)	0,15
Istituzione e funzionamento dei consultori familiari	0,1



Voce	Importo (mld di lit)
Contributo per interventi in favore di persone con handicap grave L. 104/92 e art. 3 L. 162/98	0,32
Interventi in favore di cittadini portatori di handicap (L.R. 38/84)	0,7
Trasferimenti agli Enti Locali per interventi relativi alla protezione e assistenza della maternità ed all'infanzia (L.698/75)	0,2
Fondo Nazionale Lotta alla Droga (stanziamento anni 97-98-99)	4,19
<b>Totale</b>	<b>11,82</b>

### Ipotesi di manovra primo anno in coerenza alle linee di Piano

Interventi	Caratteristica della manovra	Azioni nel triennio
a) Nefropatici e talassemici		
b) Minori soggetti a provvedimenti dell'A.G.	Diminuzione	Riduzione per effetto dei finanziamenti derivanti dal Fondo L. 285/1997. Disponibilità destinata a gestione speciale.
c) Gestione di servizi socio-assistenziali	Aumento	Incremento delle risorse derivate dal rientro di eventuali fondi non spesi da parte degli Enti gestori.
d) Assistenza sanitaria integrativa agli invalidi di guerra ai sensi dell'art. 57 L. 833/78	Confermato	
e) Contributi straordinari ai sensi dell'art. 61 della DCR 443 dell'11.3.83	Abrogazione	Finanziamento di progetti-obiettivo di riconversione delle Case di riposo e altri presidi semi-residenziali e diurni
f) Provvidenze di cui alla L.R. 5/92 relativa agli interventi in favore di trapianti d'organo in Italia, nonché per interventi particolari su motivate proposte degli Enti	Confermato	
g) Cooperazione sociale	Finanziamento della L. 39/93	1 50.000.000 (in lire)
h) Volontariato	Finanziamento della L. 38/93 e successive	250.000.000 (in lire)
i) La L. n. 3 del 20.3.81 va modificata secondo le linee di Piano relative alla riconversione delle Case di riposo e al riadeguamento strutturale e funzionale degli altri presidi semi-residenziali. La legge deve prevedere apposite direttive attuative.	Integrazione con fondi ex DCR 443	Finanziamento di progetti-obiettivo di riconversione delle Case di riposo e altri presidi semi-residenziali

<b>Interventi</b>	<b>Caratteristica della manovra</b>	<b>Azioni del triennio</b>
l) Fondo L. 285/1997	Confermato	Il 5% da destinare alla formazione degli operatori. La somma rimanente da destinare ai Comuni sulla base delle modalità di ripartizione definite dalla Regione: 55% in relazione alla popolazione minorile; 25% in relazione ai minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria; 10% in relazione al numero dei contribuenti con reddito fino a 10 milioni; 10% in relazione al peso delle aree montane. Il Fondo L. 285/1997 ammonta nel periodo 1998-1999 a complessive lire 9.767.364.000
m) Consulenza per la realizzazione di progetti-obiettivo e per la realizzazione del Piano Socio-Assistenziale	Integrazione	Per funzionamento Staff di Piano e Osservatorio Regionale politiche sociali. Gestione speciale
n) Fondo per l'integrazione degli interventi in favore dei cittadini handicappati (L. 104/92 e 162/98)	Trasferimento fondi a finanziamento della legge sull'handicap	
o) Trasferimenti agli Enti Locali per interventi relativi alla protezione e assistenza della maternità ed all'infanzia (L. 23.12.75 n 698)	Eventuale integrazione	
p) Interventi in favore di cittadini portatori di handicap (L.R. 38/84)	Integrazione Nuova legge sull'handicap	Riserva di una quota di budget gestione servizi socio-assistenziali oltre ai finanziamenti statali previsti dalla L. 162/1998
q) Fondo Nazionale Lotta alla Droga	Aumento	Finanziamento di progetti speciali di investimento per il consolidamento dei Serf e per la creazione di nuove unità di offerta di servizi di prevenzione e di attività per l'inserimento lavorativo, da parte dei soggetti sociali
r) Istituzione e funzionamento dei consultori familiari	Integrazione	Contributi a programmi integrati di promozione del ruolo genitoriale
s) Contributi agli Asili nido per spese di funzionamento e di gestione	Integrazione	Contributi a programmi innovativi di ampliamento dell'offerta di servizi e di utilizzo delle strutture





A seguito dell'attivazione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali alla Regione Basilicata è stata attribuita una quota del fondo per il 2001 pari a 17,817 miliardi di lire, così suddivisa:

- risorse finalizzate: 7,555 miliardi di lire
- ulteriori finalizzazioni: 242 milioni di lire
- risorse indistinte: 10,020 miliardi di lire.

Accanto a tali risorse sono disponibili quelle assegnate alla Regione in relazione alla L. 285/1997 che per gli anni 2000 e 2001 ammontano rispettivamente a 4,385 miliardi di lire e 4,034 miliardi di lire. (5% da destinare ad iniziative di formazione ecc.)

Inoltre sono disponibili le risorse della legge regionale in materia di handicap (38/84) per un importo di lire 700 milioni.

Le risorse nazionali complessivamente a disposizione per i Piani di Zona ammontano pertanto a 20,425 miliardi di lire.







## Il sistema normativo

---

La Regione Calabria ha iniziato il riordino dell'organizzazione dei servizi socio-assistenziali con la L.R. n. 5/1987 *“Riordino e programmazione delle funzioni socio-assistenziali”* successivamente aggiornata e modificata dalla L.R. n. 13/94.

Si è tratta di una normativa c.d. organizzativa – procedurale che, in assenza delle legge quadro statale, ha ordinato le norme in materia sulla base del nuovo assetto organizzativo delle USL e delle competenze previste per gli Enti Locali, singoli o associati. (D.P.R. 616/77).

In materia di gestione dei servizi, le funzioni vengono ripartite tra Comuni e le ASL, ciascuno per le proprie competenze, nell'ambito territoriale coincidente con i Distretti sanitari.

La L.R. n. 7/2001 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2001 e pluriennale 2001/2003 della Regione Calabria – Legge Finanziaria”* prevede all'art 17 bis che, in attesa della Legge Regionale di riordino della normativa in materia di servizi sociali, la Regione Calabria impronti la propria attività e gli interventi in materia, ai principi ed alle norme di cui alla L. 328/2000. In tale quadro sono “autorizzati attività e programmi sperimentali per assicurare un adeguato sistema di interventi e servizi sociali”.

Con DGR n. 941/2001 è stato approvato un protocollo d'intesa con il Forum degli Assessorati per l'assistenza tecnica, la consulenza e la progettazione al fine di attuare i Piani e gli interventi previsti dalla L. 328/2000.

Con DPGR n. 64/2002 si è provveduto a modificare la struttura del Settore Servizi Sociali all'interno dall'Assessorato agli Affari Sociali e ad istituire unità operative decentrate presso tutti i Comuni capoluoghi di Provincia.

Con DGR n. 212/2002 *“Realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi sociali”* la Regione ha provveduto ad elaborare una proposta di legge per l'attuazione della L. 328/2000, che è attualmente all'analisi del Consiglio Regionale.



## La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale

La Regione Calabria intende assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali volti “a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, a prevenire le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivante da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia”.

Promuove “la partecipazione attiva dei cittadini e il contributo delle associazioni sindacali e delle associazioni sociali, “assumendo la concertazione come metodo di relazione”.

Sottolinea poi come il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità e si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita.

Afferma inoltre che la programmazione e l'organizzazione dei servizi sociali è ispirata ai principi di “sussidiarietà e cooperazione, economicità, efficacia ed efficienza, di omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, di responsabilità ed unicità della amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali”. Essa si attua attraverso “il metodo della concertazione e cooperazione tra diversi soggetti istituzionali e sindacali”.

## Gli assetti istituzionali

Il disegno di legge affida alla Regione (art. 10) le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo del sistema di servizi integrato e in particolare determina gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale e gli ambiti territoriali.

Inoltre:

- prevede incentivi a favore dell'esercizio associato o consorziato delle funzioni sociali;
- programma gli interventi ricorrendo a procedure di raccordo e concertazione permanente con gli Enti Locali (a tal fine è preposto un gruppo di lavoro permanente, istituito presso l'Assessorato ai Servizi Sociali, composto dall'Assessore Regionale ai Servizi sociali, dal presidente regionale dell'ANCI e da cinque amministratori comunali);
- gestisce i finanziamenti previste da singole leggi regionali in materia di servizi sociali;

- provvede alla concertazione dei soggetti e degli organismi che operano nel terzo settore, dei cittadini, dei sindacati e delle associazioni sociali, nonché delle IPAB;
- regola i rapporti tra Enti Locali e terzo settore, privilegiando il sistema dell'appalto concorso che valorizza le competenze progettuali dello stesso;
- disciplina sulla base dei principi della legge quadro di riforma dell'assistenza, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato.



Alle Province (art. 11) è affidato il ruolo di collaborare alla programmazione del sistema di servizi integrato, alla definizione e attuazione dei Piani di Zona. La Provincia è inoltre tenuta a raccogliere dati e elaborare conoscenze quantitative e qualitative sui bisogni sociali, analizzare i dati dell'offerta assistenziale in ambito provinciale, promuovere interventi e iniziative di formazione professionale

I Comuni (art. 12) sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale e concorrono alla programmazione regionale e alla definizione degli ambiti territoriali. A loro spettano in forma associata, consorzziata o singola, mediante gestione diretta o delegata, la programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete; il coordinamento di attività e programmazione in ambito territoriale con il comparto sanitario, l'erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche e dei titoli per l'acquisto di servizi sociali, l'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale.

La dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi (art. 16) è individuata nel territorio di competenza di ciascuna ASL e nei relativi Distretti sanitari.

La Regione Calabria adotta il metodo della programmazione degli interventi sociali in linea con le indicazioni della legislazione nazionale secondo i principi di sussidiarietà, coordinamento e integrazione con il settore sanitario e quello educativo, di concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e sociali.

Il Piano Regionale viene adottato dalla Giunta d'intesa con i Comuni e realizzato attraverso la concertazione con tutti i soggetti riconosciuti come attori del sistema.

Il Piano deve contenere:

- gli obiettivi, le priorità e i criteri per la realizzazione degli interventi, nonché le modalità del loro coordinamento e la loro integrazione con il settore sanitario e gli altri settori riguardanti le politiche sociali;
- le caratteristiche e il fabbisogno dei servizi da garantire per ottenere livelli uniformi ed essenziali di assistenza;



- le Linee Guida per la definizione dei Piani di Zona; le modalità per la gestione dei servizi offerti dal terzo settore;
- gli ambiti di formazione e di riqualificazione degli operatori sociali e socio-sanitari.

I Comuni associati negli ambiti territoriali, d'intesa con le ASL provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, a definire i Piani di Zona che vengono adottati mediante Accordo di programma a seguito di processi di concertazione con i soggetti istituzionali e sociali.

Il Piano di Zona individua gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento, le modalità organizzative, le risorse, i requisiti di qualità, le forme di rilevazione dei dati che confluiranno nel sistema informativo dei servizi sociali, le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni, le modalità per il coordinamento con le altre amministrazioni, le modalità di collaborazione con gli altri servizi territoriali e le forme di concertazione con le ASL e il terzo settore.

I Piani sono sottoposti all'approvazione della Giunta Regionale che individua anche gli strumenti per la verifica degli obiettivi previsti e l'utilizzo delle risorse.

Per ogni ambito territoriale deve essere prevista l'erogazione delle seguenti prestazioni essenziali:

- servizio sociale
- assistenza domiciliare
- strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali
- centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

### Il ruolo del terzo settore

---

L'art. 13 definisce il ruolo del terzo settore e i suoi rapporti con i soggetti istituzionali.

La Regione "riconosce e promuove il ruolo del terzo settore nella programmazione, progettazione e realizzazione del sistema integrato dei servizi" e provvede ad emanare uno specifico Atto di indirizzo sull'affidamento dei servizi alla persona per disciplinare le modalità dell'acquisto degli stessi da parte dei Comuni, i criteri per la selezione, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi. La Regione definisce inoltre adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi più rappresentativi.

Anche le IPAB (art. 14) vengono riconosciute come soggetti attivi nel sistema di servizi che la Regione intende costruire.

## I livelli di assistenza

I livelli essenziali delle prestazioni sociali dovranno essere definiti nel Piano Regionale e, in linea con quanto disposto dal legislatore nazionale, costituiscono il livello essenziale delle prestazioni erogabili sotto forma di beni e servizi, secondo le caratteristiche fissate dalla pianificazione regionale e zonale.

In via prioritaria, sempre dal disegno di legge, si evince che essi saranno così definiti:

- le misure di contrasto alla povertà
- le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti
- 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 alle donne in difficoltà
- gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili
- gli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio
- le prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare la dipendenza da droghe, alcool e farmaci
- l'informazione e la consulenza a persone e alle famiglie per favorire e promuovere iniziative di auto-aiuto
- i servizi di mediazione per l'inserimento lavorativo di persone e fasce socialmente fragili e vulnerabili
- le iniziative di strada per favorire l'accesso ai servizi di persone in particolare situazione di disagio
- le attività di prevenzione sociale con soggetti a rischio di coinvolgimento in gruppi criminali o in situazioni di degrado
- le iniziative di promozione sociale di gruppi sociali, quartieri e comunità locali
- i progetti sociali connessi con l'economia civile e le imprese sociali.

L'art. 8 afferma che la Regione disciplina il sistema integrato di servizi in modo che essi siano equamente distribuiti su tutto il territorio e possano essere garantiti in ogni ambito territoriale.



Le tipologie di servizi si connotano in termini di segretariato sociale; accoglienza, affido, aiuto familiare; telesoccorso; aiuto domiciliare; centri diurni; servizi semi-residenziali; centri educativi; servizi di animazione e aggregazione; servizi di accoglienza residenziali e semi-residenziali; alloggi assistiti; comunità alloggio; servizi per l'inclusione sociale.



---



## **REGIONE CAMPANIA**

**63**





## Il sistema normativo

---

La Regione Campania ha dato avvio alla riforma prevista dalla L. 328/2000 con DGR 4 maggio 2001 n. 1824 “*Legge 8 novembre 2000 n. 328 – Determinazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete*” e con DGR 4 maggio 2001 n. 1826 “*Legge 8 novembre 2000 n. 328 – Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali*”.

La scelta attuata è stata quindi quella di considerare le Linee Regionali come uno strumento programmatico per avviare riflessioni e azioni con l’idea di arrivare alla stesura del Piano Regionale alla fine di un percorso volutamente induttivo ed esperienziale.

Nel luglio 2001 vi è stata la sottoscrizione del Protocollo di intesa tra i Comuni dell’Ambito con l’individuazione del Comune capofila e la prima definizione dell’Ufficio di Piano.

Entro il terzo trimestre 2003 sarà completata la stesura della prima legge organica sui servizi sociali in Campania.

### DM 308/2001 – Autorizzazione strutture

Ad agosto 2002 la Regione ha avviato il percorso per la definizione degli atti e degli strumenti per l’autorizzazione delle strutture e dei soggetti erogatori di servizi.

È stata emanata il 27 dicembre 2002 la DGR n. 6317 per le strutture residenziali e semi-residenziali per i minori.

### DLgs 207/2001 IPAB

La Regione sta provvedendo al censimento delle IPAB per arrivare successivamente alla nuova normativa.

## DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari

Con DGR n. 3767 del 30 luglio 2001 viene costituita una Commissione Regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

Sono state emanate (il 15 marzo 2002 n. 1082, 2 agosto 2002 n. 3890 e il 30 dicembre 2002 n. 6447) tre delibere della Giunta regionale che definiscono la costruzione dell'integrazione socio-sanitaria e la disciplina dei LEA socio-sanitari.

I Piani di Zona per il 2003 hanno previsto come obbligatori accordi tra Comuni e ASL per la compartecipazione finanziaria dei LEA.

## DPCM del 2001 sull'affidamento dei servizi

Con DGR n. 1079 del 15 marzo 2002 sono stati formulati gli indirizzi per i criteri di selezione dei soggetti cui affidare i servizi e gli interventi sociali previsti nel Piano di Zona. Con questa delibera la Giunta Regionale fornisce una interpretazione del DPCM in materia di affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore e chiarisce la differenza di ruoli riconosciuta sul territorio regionali ai soggetti del volontariato e alle imprese sociali. Solo le imprese sociali possono essere affidatarie di servizi, mentre il volontariato contribuisce alla realizzazione della rete.

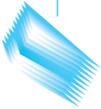
## La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale

Le politiche sociali regionali, in linea con gli indirizzi nazionali della L. 328/2000, si propongono obiettivi di benessere sociale e di tutela della salute nella sua più globale accezione.

Il sistema integrato di interventi e servizi si basa sulla promozione della solidarietà sociale, attraverso la valorizzazione delle iniziative individuali, familiari, delle forme di autoaiuto e di reciprocità nonché della solidarietà organizzata.

La costituzione di un sistema integrato di servizi e interventi si realizza attraverso lo sviluppo di un "welfare delle responsabilità", perché sorretto da responsabilità condivise e costruito su un sistema allargato di Governo che coinvolge tutti i soggetti, istituzionali e del terzo settore, impegnati nella programmazione e gestione delle politiche sociali".

Sono obiettivi regionali la costruzione di un sistema territoriale che, articolato per ciascun ambito, realizzi un'organizzazione di servizi e interventi interdisciplinare e intersettoriale capace di utilizzare una modalità progettuale nelle diverse fasi del lavoro sociale; la riduzione dei disequilibri nell'offerta



di servizi sul territorio regionale attraverso la realizzazione, in ciascun ambito territoriale, di una rete di servizi essenziali.

### Gli assetti istituzionali



67

Le linee di programmazione regionale, approvate con DGR 1826/01, attribuiscono alla Regione le seguenti competenze:

- determina gli ambiti territoriali e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema dei servizi;
- promuove e coordina l'assistenza tecnica necessaria agli Enti Locali per l'istituzione e la gestione;
- promuove la sperimentazione di modelli innovativi di servizi per coordinare le risorse umane e finanziarie locali;
- predispone strumenti per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza e per la verifica dei risultati raggiunti dai servizi;
- definisce i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture e servizi;
- definisce gli standard e i criteri di qualità dei servizi (organizzativi, assistenziali e di costo);
- istituisce, in base alla definizione di indicatori di qualità, registri dei soggetti autorizzati ad erogare servizi;
- definisce i criteri per la concessione dei titoli da parte dei Comuni;
- regola il trasferimento agli Enti Locali delle risorse umane e finanziarie necessarie;
- determina i criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati.

Ai Comuni sono, invece, attribuite le seguenti competenze:

- concorrono alla progettazione regionale e alla definizione degli ambiti territoriali;
- convocano i tavoli di concertazione territoriale per la costituzione del gruppo di piano;
- definiscono per ciascun ambito un comune capofila;
- programmano l'integrazione degli interventi sociali a livello locale;
- promuovono le risorse locali e coordinano le attività;
- erogano i servizi;
- definiscono i parametri per valutare le condizioni che consentono l'accesso prioritario ai servizi;
- definiscono i criteri per l'affidamento dei servizi al terzo settore.



La Provincia ha, infine, le seguenti competenze:

- concorre, d'intesa con i Comuni, alla progettazione regionale e alla definizione degli ambiti territoriali;
- raccoglie i dati sui bisogni e le risorse dei Comuni e degli altri soggetti istituzionali per favorire l'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;
- analizza l'offerta assistenziale per approfondire i fenomeni sociali e le problematiche rilevanti in ambito provinciale;
- promuove d'intesa con i Comuni, iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;
- concorre all'attuazione dei Piani di Zona.

### **Aspetti organizzativi per le politiche sociali**

---

Il Settore Assistenza Sociale dell'Area Politiche Sociali, Cultura e Spettacolo della Regione Campania è organizzato per Servizi (Anziani e Minori, Disabilità, Osservatorio Politiche Sociali, ma anche gli Affari Generali e il Personale, gli Affari economici), a ciascuno dei quali è preposto un dirigente.

Per la nuova annualità (2003) è prevista una ulteriore revisione dell'assetto organizzativo, per arrivare alla formalizzazione di un Settore Assistenza Sociale che abbia in posizione di staff un Ufficio di Piano, composto da risorse interne, e sia articolato per Servizi corrispondenti alle aree prioritarie di intervento individuate nel Piano Sociale Nazionale e nelle Linee Guida di programmazione sociale regionale.

### **Gli ambiti territoriali**

---

Il territorio della Regione è stato suddiviso in 42 ambiti territoriali coincidenti o multipli dei Distretti sanitari (DGR 4 maggio 2001 n. 1824 "*Legge 8 novembre 2000 n. 328 – Determinazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete*"). In occasione dell'avvio della seconda annualità del periodo di programmazione la Regione ha deliberato la nascita di 43 ambiti territoriali, per tenere conto delle istanze più significative provenienti dal territorio ed in particolare da un'area.

La Regione Campania attribuisce un'importanza strategica alla determinazione degli ambiti territoriali.

La determinazione degli ambiti territoriali impostata sul modello della distrettualizzazione sanitaria, "diventa un'esigenza imprescindibile del contesto locale,

nel quale l'approccio multidisciplinare (lavoro in èquipe, gruppi di progettazione integrata etc.) e l'azione integrata si rivelano come una vera risorsa aggiuntiva”.

L'orientamento che la Regione intende seguire, dunque, rimane quello dell'aggregazione distrettuale multipla, con un adeguato bacino di utenza territorialmente contiguo, su cui è possibile impostare equilibrati Piani di Zona, che garantiscono un'azione capillare e livelli omogenei di trattamento a tutti i cittadini residenti.

Gli ambiti territoriali sono così articolati in livelli di Governo del processo di programmazione e di attuazione del Piano di Zona:

- Coordinamento Istituzionale e Comune Capofila
- Ufficio di Piano
- Responsabile dell'Ufficio di Piano
- Servizi Sociali di ciascun Comune.

L'Ufficio di Piano, stando alla prima rilevazione effettuata nel mese di giugno 2002, non è un Ufficio che sovrintende alla gestione in forma associata di tutti i servizi, dal momento che è preposto in genere alla fase di programmazione e nel maggior numero di casi al raccordo tra i diversi Comuni per la definizione di procedure di bandi, che però, molto più spesso, restano in capo appunto ai singoli Comuni.

Nessun Ufficio di Piano ha avviato l'attuazione dei servizi di Ambito (es. Segretariato Sociale, Ufficio di Cittadinanza o Sportello Sociale, ecc.) in attesa di avere la disponibilità effettiva nel proprio bilancio delle risorse stanziolate dalla Regione per l'ambito stesso.

Solo in rari casi, come ad esempio quello del Comune di Lioni (AV), è stata avviata anche l'attuazione dei progetti sovracomunali e di ambito, perché il Comune ha dato la disponibilità di anticipazione delle risorse necessarie. Questa esperienza, peraltro, è anche quella dell'unico raggruppamento di Comuni che in Campania ha dato luogo, a circa un anno dalla sottoscrizione dell'accordo di programma, alla costituzione di un Consorzio tra Comuni per la gestione dei servizi sociali di ambito, assumendo precisi impegni rispetto alla gestione unitaria del Piano, con tutti i servizi previsti e la dotazione di risorse finanziarie assegnate dalla Regione oppure conferite dai singoli Comuni.

## La programmazione

---

La Regione Campania ha dato avvio alla riforma prevista dalla L. 328/2000 con DGR 4 maggio 2001 n. 1826 “*Legge 8 novembre 2000 n. 328 – Linee di*



*programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali”.*

La scelta attuata è stata quella di considerare le linee regionali come uno strumento programmatico per avviare riflessioni e azioni con l’idea di arrivare alla stesura del Piano Regionale alla fine di un percorso volutamente induttivo ed esperienziale.

70

Le linee regionali di programmazione sociale, in attuazione di quanto previsto dalla L. 328/2000 e dal Piano Nazionale degli interventi e servizi, contengono alcuni orientamenti e indicazioni per avviare e/o sostenere, coordinandole e integrandole, azioni che concorrano allo sviluppo e alla promozione delle comunità locali, all’integrazione dei cittadini svantaggiati all’inclusione e alla cittadinanza attiva.

In attesa del pieno espletamento dell’iter nazionale di applicazione della L. 328/2000 e soprattutto in attesa della adozione di una nuova legge regionale di riordino del settore dei servizi sociali, per esercitare le competenze attribuite alla Regione dalla riforma del Titolo V della Costituzione, le Linee Guida rappresentano solo un aspetto del più complessivo lavoro di riorganizzazione dello stato sociale in Campania, che va gradualmente predisponendo le condizioni per la realizzazione di un sistema organico di interventi e servizi a partire da un assetto socio-assistenziale che sconta non pochi ritardi.

Le linee d’indirizzo offrono una guida alla stesura dei Piano di Zona locali, allo scopo di favorire la costruzione di un sistema omogeneo di interventi e servizi capace di garantire livelli essenziali di assistenza, favorire la sperimentazione, la comparazione, la valutazione, pur valorizzando l’autonomia e la capacità progettuale delle comunità locali.

La Regione Campania, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali, ha avviato la stesura del Piano Regionale a partire dalla rilevazione e analisi di bisogni e risorse (lo stato dei servizi, delle strutture, degli interventi, dei progetti ecc.) presenti sul territorio.

L’intero percorso di lavoro è stato sostenuto da convinte esperienze di concertazione, che hanno preso avvio con DPGR n. 865/2001 che ha nominato la Commissione Regionale per l’attuazione della L. 328/2000, composta da rappresentanti degli Assessorati Politiche Sociali, Sanità ed Enti Locali, da rappresentanti delle Province e da esperti esterni.

È stato costituito un tavolo di consultazione permanente delle Amministrazioni provinciali e una Consulta, dei sindacati e di tutti i soggetti del terzo settore, con i quali vi sono permanentemente incontri di consultazione e confronto.

Tra i funzionari distribuiti nei diversi servizi è stato inoltre costituito un gruppo di lavoro composto da funzionari referenti per ambiti territoriali, che sovrintendono, in modo trasversale rispetto ai settori di intervento, ai rapporti con gli ambiti territoriali per la stesura e l'attuazione dei Piani di Zona, in collaborazione con gli esperti componenti della Unità Tecnica Operativa, composta da risorse esterne selezionate ed addestrate nell'ambito di un Programma di assistenza formativa e tecnica che la Regione Campania ha affidato al Foromez per supportare il percorso di attuazione della riforma del welfare locale a livello regionale e a livello di ambiti territoriali.

Si è voluto creare una forte sinergia con le risorse del POR, destinando la misura 5.3 proprio al processo di programmazione regionale, sia finanziando i Gruppi tecnici che hanno scritto i Piani di Zona per ciascun ambito territoriale, sia contribuendo al finanziamento della costituzione degli Uffici di Piano, ma anche finanziando azioni mirate quali una azione regionale sui profili professionali sociali e le azioni di formazione del personale di competenza delle cinque Province campane.

Entro il 30/11/2001 sono stati sottoscritti negli ambiti gli accordi di programma con approvazione di una prima formulazione dei Piani di Zona.

Il 28 febbraio 2002 sono stati presentati in versione compiuta i Piani Sociali di Zona che, dopo essere stati valutati, sono stati approvati con DGR n. 1874 del 10 maggio 2002.

Con il successivo trasferimento dei fondi agli ambiti territoriali si è avviato, nell'aprile 2002, il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Sono state emanate con ulteriore delibera di G.R. il 31 gennaio 2003 le Linee Guida per la programmazione sociale della seconda annualità (2003) del triennio ed entro agosto 2003 sono risultati approvati 38 Piani di Zona per la seconda annualità.

A settembre 2002 è stata avviato un monitoraggio sull'elaborazione e implementazione dei Piani di Zona e degli Uffici di Piano. A fine novembre è stata elaborata una prima valutazione complessiva dell'esperienza in corso per la successiva definizione delle Linee Guida per i Piani di Zona del 2003.

## Il Piano di Zona

I Piani di Zona sono lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, associati negli ambiti territoriali, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e ser-



vizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare, di norma attraverso l'accordo di programma.

La stesura del Piano prevede:

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

Le Linee Guida regionali hanno definito una procedura per la adozione dei Piani di Zona.

I Sindaci dei Comuni di uno stesso ambito territoriale, entro 30 giorni dalla pubblicazione delle linee di programmazione sociale regionali, istituiscono un coordinamento istituzionale per la definizione del Piano di Zona sociale costituito dai Sindaci dei Comuni, dal Presidente della Provincia (e della Comunità Montana ove esistente) e dal Direttore Generale dell'ASL di riferimento.

Nella predisposizione dei Piani di Zona le Amministrazioni Provinciali hanno un ruolo di affiancamento e tutoraggio.

Il coordinamento istituzionale, convocato per la prima volta dal Sindaco del Comune con il maggior numero di abitanti, definisce in particolare:

- il Comune capofila con funzioni di coordinamento;



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



Al termine di questa prima fase, il coordinamento istituzionale sottoscrive quanto concordato in un apposito protocollo d'intesa, ivi inclusa la volontà espressa di tutti i sottoscrittori di dare corso alla procedura di definizione del Piano di Zona Sociale secondo quanto indicato nelle linee regionali di indirizzo e la delega al Comune capofila per gli adempimenti consequenziali.

Quindi, ciascun ente sottoscrittore effettua la presa d'atto del protocollo d'intesa, con delibera di Giunta, e ne trasmette copia al Comune capofila. Il Comune capofila trasmette copia del protocollo d'intesa alla Regione Campania/Assessorato alle Politiche Sociali, comunicando, in tal modo l'avvio delle procedure.

Le Province presentano un programma di interventi inerenti alla lettura del territorio, la rilevazione dei bisogni sociali e la promozione di attività formative connesse alle necessità rilevate.

La Regione, verifica la congruenza con quanto previsto dalle Linee Guida, ed eroga un iniziale contributo alle Province e ai Comuni.

Il Coordinamento istituzionale, attraverso il Comune capofila, può promuovere la costituzione di un gruppo di piano quale strumento operativo della programmazione locale.

Il Gruppo di Piano, oltre che rappresentativo della realtà territoriale, è uno strumento agile, in grado di operare con efficienza, favorendo l'analisi e la partecipazione delle diverse realtà locali nella programmazione degli interventi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzabili e alle risorse da attivare. È importante tuttavia che ciascun ambito terri-



74

toriale, qualunque siano le forme operative prescelte, preveda modalità organizzative e metodologie di coinvolgimento e comunicazione tali da favorire e realizzare una funzionante rete territoriale fra i diversi soggetti del territorio, con la Provincia e con la Regione, sia nella fase di analisi e di progettazione che di gestione degli interventi e servizi.

Nella stesura dei Piani di Zona, la progettazione sociale deve tener conto delle seguenti prioritarie aree d'intervento:

- responsabilità familiari
- diritti dei minori
- persone anziane
- contrasto della povertà
- disabili
- droghe
- immigrati.

In riferimento alle aree d'intervento previste dalla L. 328/2000 e allo specifico del territorio regionale, la Regione Campania ha individuato alcuni servizi e interventi a cui i Piani Sociali di Zona devono riferirsi nella loro programmazione, pur nel rispetto della specificità delle problematiche, dei bisogni e delle risorse del territorio.

I servizi e gli interventi indicati saranno suscettibili d'integrazioni e modifiche in relazione ai risultati dell'analisi del fabbisogno sociale e dello stato di servizi.

Saranno inoltre successivamente elaborate schede di supporto alla progettazione con l'indicazione di requisiti minimi di criteri e di qualità.

Gli obiettivi che i servizi e gli interventi devono conseguire sono a sostegno delle responsabilità familiari:

- promuovere e sostenere la libera assunzione di responsabilità;
- sostenere e valorizzare le capacità genitoriali;
- sostenere le pari opportunità e la condivisione delle responsabilità tra uomini e donne.

I servizi per sostenere e valorizzare le capacità genitoriali prevedono:

- servizi scolastici integrati;
- incentivi e cooperazione con imprese per "orari amichevoli";
- servizi di cura per i bambini (ludoteche, spazi gioco per i bambini anche cogestiti dalle mamme, asili leggeri ecc.);
- servizi di accompagnamento e sostegno per la riduzione del rischio sul luogo di lavoro;
- iniziative per l'educazione alla legalità e sicurezza dei cittadini.

- iniziative di supporto e garanzia alla sicurezza delle donne (es. centri anti-violenza, linee telefoniche deputate ecc.).

Per agevolare e sostenere economicamente le famiglie con figli si può pensare a:

- politiche tariffarie per accesso ai servizi
- agevolazione affitti
- interventi di sostegno al reddito a famiglie in condizioni di difficoltà economica, o con particolari carichi di cura.

Al fine di promuovere e sostenere le famiglie quali protagoniste di politiche attive di accoglienza e auto-aiuto, si possono prevedere:

- interventi di sensibilizzazione ed informazione per l'incentivazione dell'affidamento di minori;
- servizi di sostegno alle famiglie affidatarie;
- tutor dell'affido;
- interventi di informazione e sostegno sull'adozione nazionale ed internazionale (campagna informativa, iniziative di sensibilizzazione e formazione etc.);
- servizi di sostegno alle famiglie adottive;
- costituzione di agenzie multidisciplinari ed intersettoriali di territorio per l'accompagnamento della coppia nel processo "adozione"; per la realizzazione di una rete integrata negli interventi anche con il Tribunale e con centri accreditati.

All'interno delle politiche di sostegno alle responsabilità familiari, specifica attenzione deve essere dedicata alla creazione di:

- centri per la famiglia
- consultori pedagogici
- gruppi di aiuto e mutuo-aiuto.

Per i nuclei familiari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti sono da prevedere interventi di prevenzione primaria ed a forte integrazione sociosanitaria, con:

- centri donne in difficoltà
- affidamenti temporanei
- mediazione familiare
- servizio domiciliare di accompagnamento per la madre ed il bambino appena nato.





La progettazione degli interventi per i minori deve tener conto delle Linee Guida regionali per la L. 285/1997, e deve far riferimento alle esperienze già avviate, consolidandone gli obiettivi e la metodologia, e perfezionando la qualità degli interventi, anche attraverso la conoscenza e la valutazione delle sperimentazioni effettuate.

Tra i servizi che devono prioritariamente essere garantiti sul territorio figurano:

- strutture di accoglienza per minori a carattere familiare, una per ciascun ambito territoriale;
- servizi di tipo prescolastico a completamento della rete di scuole per l'infanzia, gestiti con la partecipazione dei genitori;
- servizi per la prima infanzia attraverso lo sviluppo e la qualificazione di nidi di infanzia e di servizi ad essi integrativi;
- spazi di gioco di libero accesso per i bambini da 0 a 3 anni, con genitori, nonni etc., anche con la presenza di operatori di supporto alle funzioni genitoriali;
- luogo di gioco "guidato";
- attivazione interventi di "tutoraggio" tra soggetti di diverse fasce di età;
- servizi di cura e recupero psicosociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze, anche sessuali, attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;
- servizi di sostegno per i minori sottoposti ad abusi;
- servizi di supporto per gli studenti con difficoltà di apprendimento;
- spazi adolescenti e luoghi di ascolto;
- percorsi sperimentali di formazione ed inserimento lavorativo;
- gruppi appartamento per adolescenti anche non ancora maggiorenni;
- centri di aggregazione adolescenti;
- centri giovanili;
- iniziative per favorire il "protagonismo" giovanile;
- azioni di "cittadinanza attiva" da parte di adolescenti.

Nell'ambito delle misure di contrasto alla povertà il "reddito minimo di inserimento" rappresenta lo strumento di base per poter predisporre in favore di soggetti non in possesso di risorse personali o opportunità necessarie per essere economicamente autonomi, piani di interventi globali di crescita e di integrazione sociale, privilegiando in tal senso la definizione e percorsi di sviluppo locale, delle politiche attive del lavoro e di quelle formative.

Tali misure vanno oltre il nero sostegno al reddito ed assumono valenza di "progetto globale della persona e del nucleo familiare". Pertanto è centrale

per l'erogazione dell'integrazione al reddito la redazione di "Piani di aiuto concordato individualizzati" stipulati tra i Servizi Sociali e le famiglie.

Per quanto concerne le politiche di sostegno ed incentivazione alla formazione per i giovani e d'orientamento e riqualificazione per gli adulti è possibile prevedere:

- avviamento a corsi di recupero della scuola dell'obbligo;
- avviamento a corsi di formazione professionale;
- iscrizione ai Centri dell'impiego e nelle liste di Agenzie di lavoro interinale;
- avviamento all'orientamento professionale: sperimentazione di "contratti di inserimento" tra i beneficiari di aiuto economico e le agenzie imprenditoriali presenti sul territorio;
- inserimento in via definitiva nel lavoro;
- inserimento scolastico di minori inadempienti;
- avvio di minori ad attività di sostegno didattico;
- avvio di minori ad attività ludico-sportive.

Per stimolare e favorire l'esercizio dei diritti "alla cittadinanza" nonché un più adeguato e consapevole utilizzo dei Servizi Sociali, Sanitari e Culturali pubblici e del percorso sociale, è possibile prevedere:

- azioni per favorire il rientro nella legalità (pagamento delle utenze, risoluzione stato di morosità, ecc.);
- attivazione di reti sociali – orientamento alle istituzioni;
- accesso agevolato ai servizi deputati alla prevenzione ed alla cura del "disagio" e della "malattia";
- miglioramento delle condizioni abitative.

Al fine di una maggiore efficacia della misura e nell'ottica dell'integrazione fra i vari interventi possibili e dell'attivazione delle risorse istituzionali (monetarie e di servizio) è auspicabile:

- l'avvio di una razionalizzazione delle varie forme di sostegno al reddito esistenti;
- la sperimentazione di forme di erogazioni di "pacchetti integrati di risorse" alle famiglie e agli individui in condizioni di povertà.

Per i soggetti senza fissa dimora l'obiettivo principale dovrà tendere a realizzare un accompagnamento finalizzato al recupero o alla riduzione del "danno".

Vanno, operativamente, previste le seguenti misure:

- istituzioni di servizi di bassa soglia: unità mobili, "sportelli di strada, piego di operatori di contatto etc.
- attivazione centro diurno di aggregazione.





78

- servizi di erogazione di prestazioni sanitarie e parasanitarie specialistiche;
- centro di prima accoglienza per la cura e l'igiene della persona, ed offerta di vestiario;
- strutturazione di spazi per adibire a dormitori pubblici;
- istituzioni di "mense" presso gli spazi maggiormente frequentati dai senza dimora ed articolazione di "mense itineranti";
- attivazione in concerto con il terzo settore, di un servizio di consulenza e di patrocinio legale in materia civilista, del lavoro e penale.

I servizi sociali in favore dell'autonomia della persona anziana dovranno prevedere 3 livelli d'intervento:

- 1) prevenzione sociosanitaria dell'invecchiamento patologico;
- 2) prevenzione sociosanitaria delle condizioni ad alto rischio di perdita di autonomia;
- 3) miglioramento della qualità della vita dell'anziano disabile.

I servizi previsti per le persone anziane sono i seguenti:

*A – Prevenzione sociosanitaria dell'invecchiamento patologico (Servizi di sollievo):*

- centri diurni polifunzionali di livello (anziani autonomi o parzialmente autonomi inseriti nel proprio nucleo familiare o soli ma integrati nella rete sociale);
- luoghi di riferimento per l'anziano dove possa conoscere e accettare gli aspetti dell'invecchiamento, scoprire e potenziare gli aspetti positivi e contrastare quelli negativi;
- centri aperti al territorio (Scuole, Chiese, Case alloggio, R.S.A., Centri diurni e altre realtà presenti) e alle diverse generazioni;
- luoghi dove possano realizzarsi diverse attività anche in collaborazione con le ASL;
- attività di tempo libero (sale di lettura, sale gioco, cineforum, ecc.);
- attività di cura personale (pasti completi, servizi di lavanderia, ecc.);
- assistenza domiciliare anziani servizi a sostegno della domiciliarità (mini-alloggi per anziani da poter essere usati periodicamente in alternativa alla propria abitazione, centri residenziali per ospitalità temporanea da 1 giorno a max. 3 mesi);
- istituzione del servizio civile (anziani e giovani);
- affidamento a famiglie selezionate;
- soggiorni marini;
- mini alloggi.

*B – Prevenzione socio sanitaria delle condizioni ad alto rischio di perdita di autonomia (anziani temporaneamente non autonomi):*

- assistenza domiciliare integrata
- case protette
- case albergo
- comunità alloggio

*C – Migliorare la qualità della vita dell'anziano disabile:*

- servizi di assistenza
- RSA anziani.

Nell'ambito delle politiche sociali per l'immigrazione, si possono prevedere due distinte aree di intervento, e specificatamente:

- interventi a supporto delle pari opportunità di accesso ai servizi e alle prestazioni di carattere socio-assistenziale;
- azioni specificatamente rivolte ai cittadini e alle cittadine straniere; in particolare, rivolte alla prevenzione, al riassorbimento e al superamento delle condizioni di disagio, marginalità e a rischio di devianza.

La Regione ha chiesto la predisposizione dei Piani di Zona in due tempi:

- entro il 20 novembre gli ambiti dovevano predisporre l'analisi del sistema di bisogni e dell'offerta territoriale e definire le linee strategiche della programmazione sociale di ambito, nonché sottoscrivere l'accordo di programma;
- entro il 28 febbraio dovevano predisporre i Piani di Zona in formato definitivo, ivi inclusa tutta la progettazione di dettaglio per gli interventi e i servizi previsti nei Piani di Zona.

I Piani di Zona sono stati approvati entro il mese di aprile 2002, con i decreti di finanziamento approvati nei due mesi successivi. Alla presentazione del Piano di Zona non è stato rifatto alcun atto di associazione tra i Comuni, avendo gli stessi sottoscritto l'accordo di programma del 30 novembre 2001.

### **I livelli di assistenza**

In conformità con quanto previsto dalla L. 328/2000 sono ritenuti servizi essenziali nelle Linee Guida regionali:

- segretariato sociale e *antenne sociali*





- servizi di pronto intervento sociale
- assistenza domiciliare
- strutture residenziali e semi-residenziali
- centri di accoglienza residenziali o diurni.

La Regione Campania si prefigge di definire i LIVEAS entro l'avvio della terza annualità dei Piani di Zona.

### Il segretariato sociale

La funzione di segretariato sociale risponde all'esigenza primaria dei cittadini di avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi, conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono, che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita.

È quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni.

Sul piano organizzativo occorre istituire in ogni ambito territoriale, una "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi, tale da essere accogliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze e tecnicamente capace di assolvere le funzioni sopra indicate.

Nel Piano di Zona vanno individuate le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito del Distretto, tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria.

Per svolgere le funzioni di segretariato sociale è necessario disporre di professionalità idonee, dotate delle competenze necessarie per svolgere funzioni di accoglienza e orientamento della domanda, ma anche per riconoscere le ricadute organizzative e gestionali, nonché le implicazioni tecnico-professionali di quanto viene proposto al cittadino.

### Le antenne sociali

Gli ambiti territoriali caratterizzati da un'ampia superficie territoriale e/o dall'assenza di servizi sociali di base per garantire e potenziare le funzioni di accoglienza alla cittadinanza, possono prevedere sedi decentrate dello sportello con funzioni di orientamento e ascolto sul territorio chiamate antenne

sociali. Le figure previste sono qui assistenti sociali, educatori, mediatori culturali (laddove è forte la presenza d'immigrati).

## L'integrazione sociosanitaria



81

La scelta di far coincidere gli Ambiti territoriali con i Distretti e i multipli dei Distretti sanitari, risponde alla necessità di rafforzare la necessaria integrazione e di valorizzare, sul territorio, il ruolo delle ASL nella gestione degli interventi.

Alcune delle priorità a cui si riferiscono le linee di programmazione sociale regionale sono prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria che richiedono necessariamente una progettazione unitaria dell'offerta in ambito sociale e sanitario. Sono interventi definibili solo attraverso l'integrazione tra attività sociale e sanitaria, in quanto sia la componente sanitaria che la componente sociale sono presenti in misura variabile in relazione ai diversi livelli d'intensità assistenziale.

L'integrazione sociosanitaria va attuata, infatti, a livello istituzionale, gestionale, professionale.

A *livello istituzionale* vanno perseguite intese (es.gli accordi di programma per l'approvazione del Piano Sociale di Zona) per effettuare interventi coordinati nell'erogazione dei servizi.

A *livello gestionale* l'integrazione si esplica nel Distretto quale ambito pre-scetto per la gestione delle attività sociali a rilevanza sanitaria e delle attività socio-assistenziali.

A *livello professionale* l'integrazione si realizza tramite la costituzione di équipe di territorio che vedano il coinvolgimento di professionalità e operatori appartenenti ad enti diversi, nella progettazione di percorsi assistenziali e nella costituzione di unità valutative integrate che favoriscano approcci multidisciplinari ai problemi.

Con la DGR 6467/02 la Regione Campania ha emanato gli "Indirizzi regionali di programmazione a Comuni e ASL per un sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari".

Gli indirizzi regionali sottolineano l'importanza di gestire il Programma delle Attività Territoriali (piano di salute distrettuale) e il Piano di Zona all'interno di un'unica strategia programmatoria, attuata in modo collaborativo tra Azienda Sanitaria ed Enti Locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.

Di conseguenza i Distretti sanitari dovranno formulare coerentemente la programmazione sociosanitaria del Programma delle Attività Territoriali che

verrà presentato ai Sindaci del Coordinamento Istituzionale per acquisirne il “parere” sulla parte sanitaria e “l’intesa” sulla parte sociosanitaria.

A loro volta i Piani di Zona Sociali dovranno definire la programmazione sociosanitaria dell’Ambito Territoriale che, come già definito dalla delibera delle Linee Guida regionali per il sociale, dovrà essere approvato con accordo di programma sottoscritto dal Direttore Generale dell’ASL.

82

La parte sociosanitaria presente in entrambi i documenti, frutto di una “unica strategia programmatoria” che ne assicura la reciproca complementarità e coerenza, sarà così parte integrante della programmazione sia sociale che sanitaria, e andrà assunta integralmente in tutti i documenti e strumenti in cui essa si formalizza e si declina, come ad esempio i Patti per la Salute.

Essa dovrà prevedere, anche ai fini della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni sociosanitarie ai sensi del DPCM 14/02/01 e del DPCM 29/11/2001:

- la esatta descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale, nonché la eventuale loro implementazione;
- la previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall’analisi del bisogno effettuata sul territorio;
- la localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi e la tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi;
- la previsione di spesa e le quote di partecipazione alla spesa dei servizi di competenza dell’azienda, raccordata con quelle di competenza dei Comuni;
- la collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale;
- le modalità e le procedure per la esternalizzazione dei servizi ai privati secondo le normative vigenti nazionali e regionali.

Gli indirizzi regionali sottolineano come l’integrazione sociosanitaria richieda anche un adeguamento degli assetti organizzativi da parte sia delle Aziende che dei Comuni, tanto a livello centrale che territoriale.

È pertanto utile che gli Ufficio di Piano degli ambiti territoriali prevedano anche per i Comuni in esso associati apposite figure con funzioni di coordinamento per quel che riguarda la programmazione e la gestione degli interventi sociosanitari relativamente alle diverse aree di intervento. Tali figure dovranno porre particolare attenzione alla armonizzazione delle norme e dei regolamenti, alla gestione integrata dell’accesso, alla presa in carico integrata, e specificamente alla progettazione e gestione integrata degli interventi e dei servizi.

L'organizzazione di servizi congiuntamente gestiti e finanziati da Comuni e ASL, necessita di precise e concordate modalità di accesso. In sede programmatica è necessario definire le condizioni di accesso ai servizi, identificando le dimensioni ritenute rilevanti (patologia, età, reddito, situazione familiare, altro) ed è altresì necessario definire congiuntamente la composizione e le modalità operative di un organismo misto di valutazione.

Viene inoltre sottolineato come, per favorire l'efficacia e la correttezza delle prestazioni, bisogna promuovere l'erogazione dei servizi attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. Le ASL ed i Comuni dovranno pertanto procedere:

- alla definizione di Comuni protocolli operativi personalizzati (eleggibilità, valutazione del bisogno, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni);
- al coordinamento operativo tra le Unità Operative dei Distretti sanitari e i servizi sociali di zona dell'Ambito Territoriale.

Infine, nella fase di avvio della programmazione strategica delle attività sociosanitarie all'interno dei nuovi ambiti territoriali disegnati dalla DGRC 1824/01, è essenziale che ASL ed Ente Locale si attivino per declinare la programmazione sociosanitaria integrata di ambito e di Distretto anche nella dimensione economico-finanziaria.

Tanto il PAT che il PdZ devono pertanto contenere un Piano Finanziario che definisca la fonte e l'ammontare delle risorse impegnate e le quote di ripartizione della spesa in relazione alle aree di intervento e alle azioni e ai servizi che si intendono attivare (L. 328/2000, art. 19, c. 2c; DLgs 229/99, art. 3 quater, c. 3b). Tale definizione deve essere formulata nei due piani in termini di reciproca piena coerenza.

### **Integrazione della programmazione ex L. 328/2000 con altre esperienze di programmazione territoriale**

Esperienze di Patti Territoriali Sociali e di Patti Territoriali hanno costituito quasi sempre il terreno fertile per impostare e avviare la nuova programmazione sociale (Patto Napoli Nord-Est, Patto dell'Agro Nocerino-Sarnese).

Dal prossimo anno la L. 285/1997 verrà unificata nelle procedure di gestione al Piano Sociale di Zona.





Il POR Campania 2000-2006 riconosce al Piano Sociale di Zona lo status di Progetto Integrato Territoriale (PIT) e, come tale, meritevole di accedere alla erogazione dei contributi previsti da molte misure del POR, con particolare riferimento alle misure che riguardano il capitale umano (Asse III), i sistemi urbani e la qualità della vita (Asse V) e le politiche per lo sviluppo locale e la crescita delle dotazioni infrastrutturali, anche di infrastrutture sociali (Asse IV).

## Il sistema informativo

La Regione Campania, prevede nelle Linee Guida (linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali) come primo momento della programmazione delle politiche sociali locali, che ciascun ambito territoriale, insieme alle Province, conduca un'accurata analisi dei problemi e dei bisogni del territorio su cui agiranno gli interventi e i servizi previsti dal Piano di Zona. "Attivare sul territorio una circolarità programmatica (lettura dei bisogni, analisi dell'offerta di prestazioni, promozione della formazione, azione) è il perno della programmazione regionale, soprattutto per quel che riguarda l'azione di feed back e di reindirizzamento in itinere degli interventi e delle azioni sociali." Alle Province, riconoscendo loro un ruolo importante nella lettura del territorio e nella rilevazione sociale, è chiesto di condurre analisi quantitative e qualitative su scala provinciale finalizzate alla formulazione di indicazioni relative agli standard qualitativi e quantitativi dell'offerta assistenziale (definiti dalla Regione); di condurre ricerche e analisi mirate su particolari categorie di bisogni e problemi, di favorire fra gli ambiti del proprio territorio, occasioni formative. Mentre a ciascun ambito territoriale è richiesta l'analisi del territorio necessaria alla definizione del Piano Sociale, alle Province è affidato il compito di condurre su scala provinciale la ricerca e l'analisi (in continuità con le attività degli Osservatori Provinciali delle Politiche Sociali, in raccordo con l'Osservatorio regionale sull'infanzia e con il costituendo Osservatorio Regionale sulle Politiche Sociali) al fine di assicurare la definizione di una base conoscitiva comune a tutto il territorio regionale, propedeutica alla definizione di criteri di qualità e programmazione per le politiche sociali integrate e all'impostazione ed avvio del sistema informativo regionale.

La Regione, nel secondo semestre 2002 ha dato mandato all'Università di Napoli Federico II – Dipartimento di Sociologia, con il contributo di soggetti terzi, per la progettazione del sistema informativo sociale.



**REGIONE  
EMILIA-ROMAGNA**





## Il sistema normativo

---

Sin dai primi anni Ottanta, con l'approvazione della legge quadro sull'assistenza (L.R. n.2/85), la Regione Emilia-Romagna ha delineato un quadro di riferimento per lo sviluppo del sistema dei servizi sociali.

Con DGR 2621/2001 "*Progetto di Legge. Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" la Regione ha avviato il processo di riforma facendo propri i principi di "sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali" ispiratori della L. 328/2000.

Il progetto di legge di iniziativa della Giunta (DGR 2126/2001) prima richiamato, è stato approvato e trasformato in L.R. n. 3/2003 nel marzo di quest'anno.

Esso tratta tutte le materie della L. 328/2000 e si prefigge quindi di essere una sorta di legge quadro regionale con successivi decreti attuativi su aspetti specifici.

La legge, che è nata prima della riforma del Titolo V della Costituzione, doveva essere in origine una legge regionale attuativa della L. 328/2000.

Oggi si parla di una legge che si ispira alla legge quadro ma che non ha più bisogno di attuarla.

Con la DGR n. 329 del 11/03/2002 la Regione ha emanato le "*Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona*".

Il primo Piano di Zona in Emilia-Romagna ha carattere strategico e un orizzonte temporale biennale (2002 e 2003), e si declina in programmi attuativi annuali: il primo programma attuativo è da predisporre contestualmente al Piano di Zona da inoltrare in Regione entro il 15 giugno 2002, mentre il secondo programma attuativo dovrà essere predisposto entro i termini previsti per l'approvazione dei bilanci comunali per l'esercizio finanziario 2003.

Anche valorizzando le indicazioni emergenti dai Piani di Zona, la Regione predisporrà il Piano Sociale Regionale, in tempo utile per orientare la preparazione del secondo Piano di Zona, con orizzonte triennale 2004-2006.

### **DLgs 207/2001 IPAB**

88

La normativa sulle IPAB viene trattata nel progetto di legge.

### **DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari**

La Regione adotta il decreto nazionale sui LEA inserendo l'assegno di cura. Viene rimandata al 2003 la definizione della quota sanitaria e sociale nei LEA.

### **Gli assetti istituzionali**

---

Nella L.R. 3/2003 si definiscono il ruolo e le funzioni dei Comuni nell'ambito del sistema integrato e le modalità di gestione dei servizi; per incentivare l'esercizio associato delle funzioni e dei servizi è prevista una maggiorazione del contributo regionale finalizzato al concorso all'attuazione dei Piani di Zona (articolo 46, comma 1, lettera b) a favore delle forme associative di cui alla Legge Regionale n. 11 del 2001. I Comuni, per la gestione dei servizi e delle attività disciplinate dal PDL, si avvalgono delle forme indicate dal Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali, della delega alle ASL, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona.

All'articolo 21 sono definite le funzioni ed i compiti delle Province, in coerenza con quanto già previsto dalla Legge Regionale n. 3 del 1999; un compito nuovo, relativo alla realizzazione del sistema integrato di cui al PDL, è quello del coordinamento per la definizione dei Piani di Zona (articolo 28) e la loro partecipazione alla definizione ed attuazione degli stessi; è inoltre previsto che il Piano regionale individui ambiti di intervento che, per le caratteristiche presentate, richiedono la predisposizione di specifici Programmi di ambito provinciale le cui indicazioni e contenuti dovranno essere raccordati ed integrati nell'ambito dei Piani di Zona.

L'articolo 22 è dedicato alla definizione delle funzioni e dei compiti della Regione, partendo dai compiti di programmazione che devono essere esercitati in maniera integrata e coordinata nei diversi settori della vita sociale (politiche sociali, sanitarie, educative e formative, del lavoro, culturali, urbanistiche ed abitative); a tal fine è previsto che gli atti di programmazione regio-

nale di settore dovranno contenere una specifica valutazione di impatto della programmazione stessa sui soggetti socialmente più deboli.

Gli articoli 23 e 24 sono dedicati ai soggetti privati che concorrono alla realizzazione del sistema; una particolare attenzione è dedicata al terzo settore, in quanto espressione di auto-organizzazione della società.

Alla Regione sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo, così come previsto dalla L. 328/2000.



## Il ruolo del terzo settore

Particolare attenzione è dedicata al terzo settore cui è riconosciuto un ruolo specifico nella progettazione, realizzazione ed erogazione degli interventi del sistema locale in quanto espressione di auto-organizzazione della società (artt. 23 e 24 della di legge).

## La programmazione

Gli strumenti della programmazione sociale previsti sono:

- il Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 26) a cui è assegnato il compito di definire gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema integrato. In particolare dovrà definire gli obiettivi di benessere da perseguire, i fattori di rischio da contrastare, le caratteristiche ed il fabbisogno da garantire dei servizi e degli interventi compresi nei livelli essenziali, nel rispetto della compatibilità delle risorse;
- il Piano di Zona (art. 28) a cui è assegnato il compito di definire i sistemi locali dei servizi sociali a rete che garantiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali; i Piani di Zona possono integrare, nel rispetto della compatibilità delle risorse, i livelli essenziali previsti a livello regionale.

A differenza delle altre Regioni, l'Emilia-Romagna ha deciso di far precedere la sperimentazione dei Piani di Zona alla costruzione del Piano Regionale, intendendo così promuovere un percorso di programmazione che valorizzi un'elaborazione a partire dal basso, facendo emergere le specificità e le peculiarità presenti nei diversi ambiti territoriali.

Il Piano di Zona è il documento che contiene decisioni, strategie e strumenti per la programmazione integrata dei servizi e degli interventi e per il governo complessivo del sistema.



90

L'Accordo di Programma è lo strumento con il quale le diverse amministrazioni interessate all'attuazione del Piano coordinano i rispettivi interventi per il raggiungimento degli obiettivi Comuni, determinando il ruolo e gli impegni di ogni soggetto, i sistemi di regolazione interna delle relazioni reciproche, i tempi, il finanziamento e gli adempimenti necessari alla realizzazione degli obiettivi.

L'Accordo di Programma viene sottoscritto dai soggetti istituzionali del territorio – Comuni, Aziende sanitarie e Province.

Altri soggetti istituzionali – quali Provveditorati agli Studi, Centri per la giustizia minorile, ecc. – possono essere individuati nei diversi ambiti territoriali a seconda delle specificità degli obiettivi e degli interventi e servizi programmati nell'ambito del PdZ.

Per quanto riguarda i soggetti non istituzionali, ferma restando la necessità di coinvolgere e favorire l'apporto di tutti i soggetti attivi nella progettazione e comunque in grado di dare apporti in tal senso, si prevede la loro adesione all'Accordo in qualità di soggetti che aderiscono agli obiettivi del Piano di Zona e dichiarano la propria volontà di concorrere alla loro realizzazione. Questi ultimi saranno quindi i soggetti che, a livello locale, saranno prioritariamente coinvolti nei processi di valutazione e verifica della realizzazione degli obiettivi.

Si distinguerà quindi tra soggetto sottoscrittore dell'Accordo e soggetto aderente all'Accordo, per sottolineare la responsabilità dei soggetti istituzionali nella realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, e la necessaria valorizzazione e coinvolgimento dei soggetti del terzo settore e degli altri soggetti interessati alla costruzione del sistema, fin dalla fase della programmazione.

Data la complessità della prima sperimentazione del Piano di Zona la funzione di governo del processo impegna più livelli istituzionali:

- il livello regionale con produzione di regole, distribuzione di risorse e azioni di orientamento (Linee Guida), sostegno, monitoraggio e valutazione;
- il livello provinciale con iniziative di promozione, accompagnamento, coordinamento, con consulenze e interventi formativi, e, nel caso, anche azioni di supplenza funzionali a favorire l'attivazione e lo sviluppo del processo, sia durante la fase di programmazione che in quella della implementazione del sistema;
- il livello comunale e di zona che impegna risorse ed energie dei Comuni appartenenti a ciascun ambito distrettuale, in una funzione di produzione, regia e gestione del Piano in una dimensione effettivamente zonale e integrata che, superando localismi e settorialismi, consenta di farlo divenire strumento efficace e dinamico per la programmazione sociale.

La delibera di Consiglio Regionale 246/2001 che ha approvato il Programma degli interventi ed individuazione dei criteri di ripartizione del Fondo regionale socio-assistenziale e del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2001, individua come prima fase metodologica per la predisposizione dei Piano di Zona sperimentali "l'attivazione della procedura prevedendo il coinvolgimento e la definizione dei ruoli di tutti i soggetti interessati". Le azioni per realizzare questa fase dovranno tenere in conto tre passaggi essenziali:

- l'attivazione di organismi politici e tecnici a livello di ambito distrettuale per l'elaborazione e la gestione dei Piano di Zona;
- l'individuazione ed il coinvolgimento dei soggetti che parteciperanno in forme diverse al Piano di Zona; si sottolinea l'importanza, così come d'altra parte previsto nel Programma regionale citato, di attivare azioni per il coinvolgimento in particolare dei soggetti del terzo settore fin da questa primissima fase di avvio;
- l'attivazione della rete dei soggetti chiamati alla gestione integrata degli interventi e dei servizi.

Con la DGR n. 329 del 11.03.2002 la Regione ha emanato le "*Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona*".

Il primo Piano di Zona in Emilia-Romagna ha carattere strategico e un orizzonte temporale biennale (2002 e 2003), e si declina in programmi attuativi annuali: il primo programma attuativo è da predisporre contestualmente al Piano di Zona da inoltrare in Regione entro il 15 giugno 2002, mentre il secondo programma attuativo dovrà essere predisposto entro i termini previsti per l'approvazione dei bilanci comunali per l'esercizio finanziario 2003.

Il Piano di Zona raccoglie l'eredità di precedenti esperienze programmatiche realizzate con il coordinamento tra più soggetti, quali quelle già realizzate in campo sociale in base alla L. 285/1997, alla L. 286/98, alla L. 45/99, alla L.R. 1/2000.

Anche valorizzando le indicazioni emergenti dai Piani di Zona, la Regione predisporrà il Piano Sociale Regionale, in tempo utile per orientare la preparazione del secondo Piano di Zona, con orizzonte triennale 2004-2006.

Con le Linee Guida, la Regione ha fornito alle Province ed ai territori uno strumento operativo per facilitare i processi in corso. In questa fase transitoria le Province hanno avuto un ruolo di particolare rilevanza non solo come raccordo e sintesi nei confronti della Regione, ma anche come supporto informativo e tecnico nei confronti dei soggetti locali.

Tutti i Piani di Zona sono stati consegnati entro il termine previsto (15 giugno 2002) e approvati dalla Regione.





Si è inoltre conclusa una prima analisi della conformità dei documenti di piano con le Linee Guida regionali e del processo di costruzione dei piani sperimentali. La Regione ha così inteso realizzare prime valutazioni utili a fornire alla Province feedback su quanto è avvenuto e sta avvenendo nei loro territori, da rielaborare in termini di suggerimenti per meglio svolgere i propri compiti di accompagnamento e coordinamento dei processi di pianificazione. Regione e Province restituiranno agli ambiti quanto elaborato nella valutazione. La valutazione sarà inoltre utile alla Regione per indirizzare i piani attuativi 2003 e per trarre indicazioni per il Piano Regionale.

### **I livelli di assistenza**

---

L'art. 8 della legge regionale disciplina i livelli essenziali delle prestazioni sociali; si tratta di un aspetto nodale per la realizzazione degli obiettivi generali della nuova normativa, nella direzione di garantire diritti ed equità.

Qui per la prima volta viene introdotto il tema del finanziamento del sistema, poi sviluppato nel Titolo VI (articoli 44 e seguenti).

La legge indica le prestazioni ed i servizi ricompresi nei livelli essenziali, assegnando al Piano Regionale degli interventi e dei Servizi Sociali il compito di definire le caratteristiche ed il fabbisogno da garantire dei servizi e degli interventi che costituiscono livelli essenziali delle prestazioni sociali.

### **L'accesso al sistema locale dei servizi a rete**

---

L'art. 9 della legge disciplina l'accesso al sistema locale, prevedendo in particolare che i Comuni attivino, in raccordo con l'ASL, lo sportello unico per l'accesso al sistema locale dei servizi socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.

Si tratta di uno strumento importante del sistema, teso a facilitare i cittadini, a fornire informazioni e orientamento sui diritti, le opportunità sociali e le risorse.

Lo sportello svolge quindi funzioni di ascolto, informazione e orientamento attivando poi i competenti servizi per la presa in carico e la predisposizione, per bisogni complessi, di un programma assistenziale individualizzato, con il quale vengono valutati i bisogni assistenziali e definite le relative risposte. L'articolo in esame prevede poi che la Giunta Regionale, acquisito il

parere della Conferenza Regione-Autonomie Locali e della competente Commissione consiliare, definisca, con propria direttiva, indirizzi per l'attivazione degli sportelli unici, per la definizione degli strumenti tecnici di valutazione e controllo dei programmi assistenziali e delle modalità di individuazione del responsabile del caso.

La legge regionale affronta anche il tema della promozione sociale indicando alcuni ambiti privilegiati quali:

- a) la mediazione culturale e sociale come strumento per promuovere e favorire la convivenza, l'integrazione sociale e la soluzione dei conflitti individuali e sociali;
- b) il contrasto al disagio e la prevenzione delle cause di esclusione sociale;
- c) la conciliazione e l'armonizzazione dei tempi di cura e di lavoro per permettere alle donne e agli uomini di assolvere gli impegni di cura senza rinunciare all'attività lavorativa, promuovendo attività di mutualità per lo sviluppo della solidarietà e il miglioramento dei rapporti tra le generazioni.

### L'integrazione sociosanitaria

Le attività ad elevata integrazione sociosanitaria sono volte a soddisfare in modo integrato le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, di inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato.

Le prestazioni sociosanitarie si distinguono in:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, comprensive di quelle connotate da elevata integrazione sanitaria, assicurate dalle ASL;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, assicurate dai Comuni.

La Regione attua quanto previsto dall'articolo 3-septies del DLgs n. 502 del 1992 e dal DPCM 14 febbraio 2001 in materia di prestazioni sociosanitarie, individuando con proprie direttive, tenuto conto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, le prestazioni da ricondurre alle tipologie previste.

La Conferenza territoriale sociale e sanitaria promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione sociosanitaria in coerenza con le direttive regionali tenuto conto delle indicazioni del Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la Salute previsti dal Piano Sanitario Regionale e con i Programmi per le Attività Territoriali.



## L'assegno di cura

L'art. 15 della legge introduce l'assegno di cura come intervento sociosanitario a favore di anziani, disabili ed altre persone in condizione di non autosufficienza in quanto affette da gravi patologie in fase terminale o irreversibile.

94

L'assegno è previsto a favore delle famiglie dei destinatari dell'intervento che garantiscono attività sociali e sanitarie a rilevanza sociale previste nel programma individualizzato, permettendo o dando continuità alle condizioni di domiciliarietà.

Viene quindi ampliata la platea dei destinatari dell'assegno di cura, finora previsto solo per gli anziani non autosufficienti, per riconoscere e valorizzare il lavoro di cura particolarmente gravoso che le famiglie sostengono.

L'assegno è previsto a favore non solo dei familiari conviventi, ma anche nel caso di congiunti con conviventi o altre persone non legate da vincoli di parentela ma con relazioni significative con la persona da assistere; anche qui con l'obiettivo di promuovere la solidarietà sociale e la mutualità.

L'assegno è previsto, inoltre, a favore delle famiglie e dei singoli che accolgono minori in affidamento familiare.

## L'autorizzazione e la vigilanza sulle strutture

La L.R. 3/2003 disciplina l'autorizzazione al funzionamento di servizi e strutture socio-assistenziali e sociosanitari, sia pubblici che privati, tenuto conto di quanto previsto in materia dalla legge quadro nazionale.

L'autorizzazione al funzionamento di strutture è già prevista dalla legislazione regionale (Legge Regionale n. 34 del 1998), mentre l'autorizzazione dei servizi rappresenta una novità.

Le funzioni amministrative in materia di vigilanza sulle strutture e sui servizi sono attribuite, ferme restando le funzioni di vigilanza delle ASL, ai Comuni; per l'esercizio delle funzioni di vigilanza i Comuni si avvalgono dell'organismo tecnico già previsto per l'esercizio delle funzioni in materia di autorizzazione al funzionamento. La legge prevede inoltre che gli organismi tecnici trasmettano annualmente ai Comuni interessati, alle Province ed alla Regione, una relazione sull'attività di vigilanza svolta.

## L'accreditamento

L'art. 37 della legge introduce nel comparto socio-assistenziale l'accreditamento, come strumento per promuovere lo sviluppo della qualità delle prestazioni e facilitare i rapporti tra soggetti erogatori di servizi e cittadini.

Le funzioni amministrative in materia di accreditamento sono attribuite ai Comuni, che le esercitano acquisendo il parere di appositi organismi tecnici, la cui composizione e modalità di funzionamento sarà stabilita con la direttiva in materia di requisiti per l'accreditamento.

È previsto infine, in considerazione della necessità che gli organismi tecnici di supporto delle attività in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento siano qualificati ed orientati alle necessità del sistema delineato dalla riforma, e che la Regione individui ed organizzi azioni formative rivolte ai suoi componenti.

L'introduzione del sistema di accreditamento comporta la possibilità che gli Enti Locali scelgano di garantire le prestazioni ed i servizi compresi nei livelli essenziali delle prestazioni sociali, mediante la concessione ai destinatari di titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali.

Il possessore del titolo, nel quale sono indicate le prestazioni ed i servizi che devono essere erogati, le caratteristiche e le modalità della fruizione, si rivolge ad uno dei soggetti inseriti nell'elenco dei fornitori di servizi accreditati, che erogano le prestazioni secondo tariffe predeterminate concordate con l'Ente locale che lo ha rilasciato. Il titolo è quindi lo strumento che permette al cittadino di scegliere, tra quelli accreditati, il fornitore a cui rivolgersi per ottenere le prestazioni ed i servizi, che saranno remunerate allo stesso dall'Ente locale sulla base di tariffe predeterminate.

Il Piano Regionale degli Interventi e dei Servizi Sociali deve disciplinare i criteri e le modalità per la concessione dei titoli, individuare i servizi e le prestazioni che possono essere fruite attraverso l'utilizzo degli stessi e le relative procedure, nonché definire indirizzi volti a garantire i diritti dei cittadini nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi, con particolare attenzione ai casi in cui l'Ente locale eroghi le stesse unicamente attraverso i titoli stessi.

Nella legge regionale viene affrontata anche la materia degli affidamenti e degli acquisti di servizi e prestazioni da parte degli Enti Locali; viene indicata come modalità privilegiata, laddove possibile tenuto conto della disciplina statale e comunitaria vigente in materia di procedure di affidamento dei servizi socio-assistenziali, sociosanitari e socio-educativi da parte della pubblica amministrazione, quella delle procedure di affidamento ristrette e negoziate; ciò sul presupposto che le stesse permettano di valorizzare l'ap-





96

porto dei soggetti del terzo settore e la loro capacità progettuale. Le ulteriori indicazioni riguardano le forme e le modalità per la verifica periodica degli adempimenti oggetto dei contratti e la valutazione delle offerte, che deve avvenire secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, considerando il fattore prezzo con un peso inferiore al cinquanta per cento del peso complessivo.

In considerazione della rilevanza e delicatezza del tema degli affidamenti e degli acquisti di servizi e prestazioni nell'ambito della realizzazione degli obiettivi del sistema integrato, è previsto che la Giunta Regionale definisca con direttiva i requisiti generali per la partecipazione alle gare ed i criteri per la valutazione della qualità delle offerte, in attuazione di quanto già previsto dalla L.R. 7/1994.

Sono previste espressamente le istruttorie pubbliche per la progettazione comune; si tratta di uno strumento per valorizzare e coinvolgere i soggetti del terzo settore nell'affrontare specifiche problematiche sociali, mediante la co-progettazione dei relativi interventi. Alle istruttorie pubbliche partecipano i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali, le associazioni di tutela degli utenti attivi nel territorio di riferimento ed i cittadini interessati; le istruttorie si concludono con l'individuazione di progetti di intervento innovativi e sperimentali e la definizione da parte degli Enti Locali delle forme e modalità della collaborazione con i soggetti del terzo settore che dichiarano la propria disponibilità a collaborare.

L'apporto del volontariato alla realizzazione del sistema locale (articolo 42) si realizza in particolare mediante la stipula di convenzioni, ai sensi della L.R. 37/1996, per l'erogazione di prestazioni ed attività, anche di carattere promozionale, compatibili con la natura e le finalità del volontariato; con ciò si è voluto rimarcare, in coerenza con le indicazioni della legge quadro nazionale e regionale e con le recenti affermazioni della giurisprudenza, che l'apporto del volontariato deve avvenire nel rispetto delle caratteristiche fondanti dello stesso, distinguendolo chiaramente dall'apporto di altri soggetti del terzo settore caratterizzati come impresa sociale.

### **Compartecipazione al costo dei servizi**

L'ultimo articolo del titolo V della L.R. 3/2003 tratta il tema della compartecipazione al costo dei servizi da parte dei fruitori; lo strumento principale in materia è l'indicatore delle situazione economica (ISEE), definito dal DLgs n. 109 del 1998 e successive modificazioni ed integrazioni. Le leg-

ge prevede che la Regione definisca i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, tenuto conto delle indicazioni del Piano nazionale e dei principi stabiliti dal DLgs n. 109 del 1998.

## Il sistema informativo

La Regione e le Province istituiscono il sistema informativo dei servizi sociali nell'ambito del sistema informativo previsto dall'art. 21 della L. 328/2000.

Il sistema informativo dei servizi sociali assicura la disponibilità dei dati significativi relativi allo stato dei servizi e all'analisi dei bisogni necessari alla programmazione, alla valutazione delle politiche sociali e ad un corretto utilizzo delle risorse, nonché per la promozione ed attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie e formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

## Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali

La formazione degli operatori rappresenta il primo aspetto da considerare per costruire un sistema caratterizzato da qualità ed efficacia degli interventi, nel rispetto dei principi a cui deve ispirarsi l'intervento sociale, sia dal punto di vista organizzativo e gestionale che della relazione operatore-cittadino.

Al tema della formazione è dedicato l'art. 38 che, accanto al riconoscimento del suo ruolo strategico, prevede la promozione della formazione degli operatori sociali e dell'area sociosanitaria, tenendo conto dell'esigenza di raccordare i percorsi formativi e di integrazione delle diverse professionalità, e la promozione di iniziative formative e di sostegno alla qualificazione delle attività dei soggetti del terzo settore.

La programmazione, progettazione e realizzazione delle attività formative avviene secondo le norme di cui alla L.R. n. 19 del 1979 "*Riordino, programmazione e deleghe della formazione alle professioni*" e all'articolo 205 della L.R. n. 3 del 1999. In considerazione della centralità che il tema della formazione riveste nella realizzazione del sistema integrato, è previsto che il Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali indichi gli ambiti di formazione e riqualificazione degli operatori sociali e sociosanitari.



## La spesa sociale

La L.R. 2/85 “*Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale*” istituisce il Fondo Socio Assistenziale Regionale e ne prevede i criteri di ripartizione sia per quanto attiene le risorse correnti, sia in merito agli investimenti.

A tali risorse vanno sommate quelle derivanti da leggi nazionali e regionali di settore.

Le risorse indistinte del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali assegnate alla Regione Emilia-Romagna ammontavano, per il 2001, a 33.745.587,48 euro e sono state finalizzate come indicato nella tabella seguente:<sup>1</sup>

Voce	Importo
Iniziative promozionali e attività di rilievo regionale, attività connesse alla predisposizione e aggiornamento del Piano Socio-Assistenziale regionale e dei piani territoriali (L.R. 2/1985 e L. 328/2000)	L. 3.050.000.000 (pari a 1.575.193,54 €)
Predisposizione dei Piani socio-assistenziali territoriali (L.R. n. 2/1985 – L. 328/2000)	L. 2.300.000.000 (pari a 1.187.850,87 €)
Assegnazioni correnti ai Comuni singoli o associati e alle Province per assicurare la continuità degli interventi e avviare il riequilibrio territoriale nei livelli di erogazione dei servizi (art. 41, comma 1, lett. B) L.R. n. 2/1985 – L. 328/2000)	L. 36.000.000.000 (pari a 18.592.448,37 €)
Assegnazioni correnti ai Comuni singoli o associati per il finanziamento di progetti di intervento, anche sperimentali (art. 41, comma 1, lett. C) L.R. 2/85 – L. 328/2000)	L. 5.480.000.000 (pari a 2.830.183,81 €)
Contributi per la attuazione di interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema (art. 28 L. 328/2000)	L. 2.000.000.000 (pari a 1.032.913,80 €)
Assegnazione alle Amministrazioni Provinciali per la gestione, la qualificazione e la sperimentazione di servizi educativi per l'infanzia (art. 14, comma 2, lett. b) e c) L.R. 1/2000 – L. 328/2000)	L. 7.000.000.000 (pari a 3.615.198,29 €)
Istituzione e finanziamento delle attività dei centri per le famiglie (artt. 11 e 12, L.R. 14 agosto 1989, n.27; L. 8 novembre 2000, n.328)	L. 300.000.000 (pari a 154.937,07 €)
Interventi per la realizzazione dei piani di intervento territoriali e per la realizzazione di programmi interregionali di scambio e di formazione in materia di servizi per l'infanzia (L. 285/1997)	L. 1.050.000.000 (pari a 542.279,74 €)
Contributi in capitale a Comuni singoli o associati, a istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ad associazioni, fondazioni e istituzioni private anche a carattere cooperativo e ad organizzazioni di volontariato per l'attivazione, l'adeguamento e il potenziamento di strutture socio-assistenziali, a norma dell'art. 42 della L.R. 12 gennaio 1985, n. 2 (L. 8 novembre 2000, n.328)	L. 8.160.568.665 (pari a 4.214.581,99 €)

<sup>1</sup> Fonte: Delibera del Consiglio Regionale 25/09/2001 n.246: “*Programma degli interventi ed individuazione dei criteri di ripartizione del fondo regionale socio-assistenziale e del fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2001 – L.R. 2/1985 e L. 328/2000*”.

Accanto a tali risorse erano disponibili per lo stesso anno circa 11 milioni di euro del Fondo regionale relativo al finanziamento delle spese di gestione dei servizi (art. 41 L.R. 2/1985).

Il finanziamento proprio della Regione, come evidenziato in tabella, è rimasto sostanzialmente invariato tra il 2000 ed il 2001.



Quota del Fondo Sociale Regionale	Importo 2001	Importo 2000
Finanziamento di iniziative promozionali e attività di rilievo regionale, nonché delle attività connesse alla predisposizione e aggiornamento del Piano Socio-Assistenziale regionale e dei piani territoriali, a norma dell'art. 41, comma 1, lett. A), della L.R. 2/1985	Lire 950.000.000 (pari a 490.634,05 €)	Lire 719.000.000 (pari a 371.332,51 €)
Predisposizione dei Piani Socio-Assistenziali territoriali (art. 39, L.R. 2/1985)	Lire 200.000.000 (pari a 103.291,38 €)	Lire 100.000.000 (pari a 103.291,38 €)
Assegnazioni correnti ai Comuni singoli o associati e alle Province per assicurare la continuità degli interventi e avviare il riequilibrio territoriale nei livelli di erogazione dei servizi, a norma dell'art. 41, comma 1, lett. B), della L.R. 2/1985	Lire 16.000.000.000 (pari a 8.263.310,39 €)	Lire 16.000.000.000 (pari a 8.263.310,39 €)
Assegnazioni correnti ai Comuni singoli o associati per il finanziamento di progetti di intervento, anche sperimentali, a norma dell'art. 41, comma 1, lett. C), della L.R. 2/1985	Lire 4.850.000.000 (pari a 2.504.815,96 €)	Lire 3.098.741,39 (pari a 2.504.815,96 €)
<b>TOTALE Fondo Sociale Regionale</b>	<b>Lire 22.000.000.000</b> <b>(pari a 11.362.051,78 €)</b>	<b>Lire 22.819.000.000</b> <b>(pari a 11.785.029,98 €)</b>

Le risorse indistinte complessivamente disponibili e destinate alla realizzazione del piano erano per l'anno 2001:

- 22.000.000.000 di lire (risorse regionali)
  - 46.830.000.000 di lire (risorse statali)
- per un totale di 66.830.000.000 lire (pari a 35.547.728,36 euro).

La destinazione di tali risorse è la seguente:

Finalizzazione	Importo 2001	Criteri di riparto 2001	Importo 2000
Avvio della riforma e iniziative promozionali	4 mld	Spesa diretta della Regione e concessione di finanziamenti a iniziative specifiche in alcune aree (di cui 300.000.000 destinati al programma a favore degli immigrati)	Lire 719.000.000 (pari a 371.332,51 €)



100

Finalizzazione	Importo 2001	Criteri di riparto 2001	Importo 2000
Finanziamento delle Province per la promozione, il coordinamento ed il supporto alla programmazione locale	2,5 mld	in base alla popolazione residente in ciascuna provincia	Lire 100.000.000 (pari a 51.645,69 €)
Continuità degli interventi a favore di cittadini già assistiti dall'ONPI e dall'ENS	0		Lire 115.704.000 (pari a 59.756,13 €)
Finanziamento ai Comuni per la predisposizione e l'attuazione dei Piani di Zona	52 mld	<p>a) 70% della somma disponibile sulla base della popolazione residente al 31/12/2000, per fasce di età secondo lo schema seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 2 valore 1</li> <li>• 3 – 17 valore 1,5</li> <li>• 18 – 64 valore 1</li> <li>• 65 – 74 valore 2</li> <li>• &gt; 75 valore 3</li> </ul> <p>b) 20% della somma disponibile soltanto fra i Comuni appartenenti alle Comunità Montane (L.R. n. 22/1997 e L.R. n. 11/2001) e gli altri Comuni con popolazione inferiore a 10.000 abitanti, in base alla popolazione residente al 31/12/2000, nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comuni montani valore 2</li> <li>– Comuni valore 1</li> </ul> <p>c) 10% della somma disponibile in base al numero di utenti dei servizi dei Comuni rivolti ad anziani, disabili, minori, immigrati e nomadi, rilevati dal Sistema informativo delle Politiche sociali regionale riferiti all'anno 1999. L'erogazione dei finanziamenti così determinati avverrà nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 70% ad avvenuta esecutività del relativo atto di concessione;</li> <li>– 30% a seguito di presentazione da parte dei Comuni dei Piani di Zona, con le modalità e nei termini individuati nell'atto di concessione dei finanziamenti stessi.</li> </ul>	Lire 928.265.000 (pari a 479.408,86 €) e Lire 15 mld circa (pari a 7.724.145,39 €)

<b>Finalizzazione</b>	<b>Importo 2001</b>	<b>Criteri di riparto 2001</b>	<b>Importo 2000</b>
Sviluppo dei servizi – programmi di intervento di iniziativa regionale	10,3 mld	Cofinanziamento al 70% di progetti in base a criteri stabiliti per ciascuna delle seguenti aree: <ul style="list-style-type: none"> <li>– anziani e disabili</li> <li>– immigrazione</li> <li>– detenuti</li> <li>– prostituzione</li> <li>– famiglie – prestiti sull'onore</li> <li>– donne in difficoltà</li> </ul>	6.000.000.000 (pari a 3.098.741,39 €)
<b>Totale</b>	<b>66,8 mld</b>		<b>22,8 mld</b>







**REGIONE  
FRIULI-VENEZIA GIULIA**

**103**





## Il sistema normativo

La Regione Friuli-Venezia Giulia ha autonomamente provveduto a impostare nel corso degli anni un assetto normativo ed organizzativo conforme alle indicazioni della legge di riforma dell'assistenza, anticipandone i contenuti soprattutto per quanto riguarda la gestione associata delle funzioni socio-assistenziali e l'integrazione sociosanitaria.

Il Piano Sociale Regionale approvato con L.R. del 19 maggio 1988, n. 33 definisce obiettivi, criteri e modalità per la programmazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi socio-assistenziali nel territorio determinando: assetto istituzionale ed organizzativo, livelli e standard qualitativi e quantitativi di prestazione, funzionalità dei presidi e dei servizi, politica per l'uso delle risorse, procedure di attuazione e verifica (art. 2).

Con la L.R. del 30 agosto 1994, n. 12 venivano inoltre già definiti gli ambiti sociali, poi fatti coincidere successivamente con i Distretti sanitari (si è arrivati a 19 Ambiti/Distretti di circa 40.000 abitanti).

Con la L.R. del 9 settembre 1997 n. 32 *“Modifica dell’assetto del dipartimento dei servizi sociali”* istituisce la Direzione regionale della Sanità e delle Politiche sociali, individuando precisi ambiti di pianificazione ed operatività integrata tra i due comparti e delinea l'organizzazione ed i compiti del servizio sociale dei Comuni e i raccordi tra questi e le Aziende per i servizi sanitari.

La L.R. del 15 febbraio 1999, n. 4 *“Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale delle Regione”* ha istituito il Fondo Sociale Regionale che ha previsto l'accorpamento di più capitoli di spesa, contribuendo ad una maggiore unitarietà dell'intervento finanziario regionale.

In tale contesto di adeguamento alle riforme nazionali la Regione ha poi emanato con DGR 534/2000 le *“Linee guida per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali”* per definire i criteri, le modalità, i contenuti della gestione associata del Servizio sociale di base.



Le Linee Guida sono finalizzate ad indirizzare gli Enti Locali nella regolamentazione:

- dell'accesso ai servizi ed alle prestazioni socio-assistenziali;
- del livello minimo di soddisfazione delle esigenze fondamentali;
- della compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza;
- della compartecipazione alla spesa da parte delle persone tenute al mantenimento.

Vengono inoltre indicate le tipologie dei servizi e delle prestazioni socio-assistenziali:

- Servizi a valenza generale
  1. segretariato sociale,
  2. attività consultoriale,
  3. centro sociale,
  4. centro di aggregazione giovanile.
- Servizi specifici
  1. sostegno alla persona e al nucleo familiare
  2. sostituzione del nucleo familiare.
- Interventi di rete
- Interventi di servizio sociale professionale

La DGR 534/2000 le “*Linee guida per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali*” è stata sospesa con DGR 1613/2001.

Allo stato dell'arte, con DGR n. 1891 del 28 maggio 2002, la Direzione Regionale delle Politiche Sociali ha previsto, come primo recepimento della legge di riforma, un “Programma per la prima attuazione della L. 328/2000”. La Regione, considerato il completamento degli assetti istituzionali e territoriali per la gestione integrata dei servizi, intende avviare la riforma del welfare regionale nello spirito della L. 328/2000 attraverso la definizione delle priorità e degli adempimenti regionali e dei criteri di ripartizione del Fondo statale per l'attuazione della riforma.

La Regione ha programmato le seguenti fasi di lavoro:

- predisporre un testo unico per le politiche sociali
- emanare entro fine 2002 le Linee Guida per il Piano Regionale da attuare nel 2003.
- definire le priorità strategiche dei Piani di Zona.

L'intenzione del legislatore è quella di partire dai Piani di Zona per delineare successivamente il contenuto di una legge quadro regionale.

## DM 308/2001 – autorizzazione strutture

L'autorizzazione viene data dai Comuni in base ai requisiti previsti dalla DGR 83 del 1990 che andrebbe rivista tenendo conto delle nuove forme di offerta di servizi residenziali.

## DLgs 207/2001 IPAB

La Regione non ha ancora regolamentato la materia.

## DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari

Il recepimento dei LEA non è ancora stato disciplinato. Il Friuli è anche fuori dal gruppo di lavoro delle Regioni per i LEA e LIVEAS. Dovrà essere sviluppata una riflessione in Regione su questi istituti.

## Assegno di cura

Il Friuli si è orientato verso l'assegno di cura stanziando 29 miliardi di vecchie lire, 15 sul fondo sociale 2000, 5 finalizzati sul fondo 2001, 10 miliardi circa più o meno con fondi indistinti statali. L'assegno viene dato alla famiglia. L'Assemblea dei Sindaci fissa il quantum con l'Unità di Valutazione Distrettuale che fa un progetto ad personam. È un fondo finalizzato dal progetto ma non è ancora un voucher; non è alternativo ai servizi.

## La spesa sociale

Il Fondo Sociale Regionale è stato istituito nel 1999<sup>1</sup> per il finanziamento delle spese relative alla gestione dei servizi socio-assistenziali di competenza dei Comuni singoli o associati.

Per il primo anno il Fondo Sociale Regionale è stato destinato al finanziamento delle spese per:

- servizi ed interventi socio-assistenziali (L.R.51/93)
- iniziative ed azioni positive in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane (L.R.10/98, artt.18,19,32)

<sup>1</sup> Legge n. 4/1999 Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione (legge finanziaria 1999), art. 4 c.4 e ss.





- progetti pilota nell'ambito delle pari opportunità (L.R. 23/90)
- sostegno socio-assistenziale scolastico
- gestione manutenzione ordinaria degli asili nido
- trattamenti incentivanti ai responsabili e coordinatori sociali dei Comuni.

Solo in seguito ha assorbito tutte le risorse destinate alla realizzazione degli interventi e servizi sociali.

È dal 1° gennaio 2002 che il Fondo copre le spese relative alla generalità delle funzioni di assistenza sociale: da questa data, infatti, affluiscono al fondo tutte le risorse finanziarie destinate dalla vigente legislazione al finanziamento della gestione dei servizi socio-assistenziali.

Il Fondo Sociale Regionale è ripartito in conformità ai seguenti principi:

- a) individuazione dei Comuni singoli e degli Enti gestori del Servizio sociale dei Comuni quali unici destinatari delle risorse in quanto titolari delle funzioni di assistenza sociale;
- b) ripartizione delle risorse sulla base del parametro della popolazione residente pesata per fasce d'età, tenendo altresì conto delle caratteristiche del territorio e del bisogno assistenziale e riservando una quota del Fondo di cui alla lettera a) al mantenimento e al riequilibrio dei servizi mediante finanziamento differenziato, al fine di eliminare differenze di trattamento per gli assistiti dai servizi di assistenza sociale di Comuni diversi;
- c) regolazione fra i Comuni singoli o gli Enti gestori delle spese per le prestazioni erogate a favore di cittadini non residenti negli ambiti territoriali nei quali usufruiscono delle prestazioni.

Per l'anno 1999 la ripartizione del Fondo è effettuata in conformità ai principi generali, assicurando comunque i finanziamenti necessari a garantire prioritariamente il mantenimento dei servizi già assicurati.

Il Fondo è in parte dedicato al finanziamento di progetti finalizzati (circa l'8% della dotazione complessiva).

La quota più consistente (l'80% circa) è destinata al mantenimento dei servizi consolidati, con specifiche ulteriori finalizzazioni per particolari aree di interventi e servizi.

Il criterio di riparto tra i Comuni è effettuato sulla base dei seguenti parametri, distinti per "categorie di Comuni".

	<b>Territorio</b>	<b>Pop. Inf. 18 anni</b>	<b>Pop. Sup. 65 anni</b>	<b>Irpef</b>	<b>Popolazione</b>
Comuni Capoluogo	1%	9%	35%	5%	50%
Comuni con popolazione superiore a 5000 ab.	6%	9%	35%	5%	45%
Comuni montani con popolazione inferiore a 5000 ab. e superiore a 1000 ab.	15%	9%	35%	5%	36%
Comuni montani con popolazione inferiore a 1000 ab.	15%	9%	35%	5%	36%
Comuni non montani con popolazione inferiore a 5000 ab.	6%	9%	35%	5%	45%



La restante quota del Fondo relativo all'anno 1999, finalizzata a favore degli interventi per la popolazione anziana, è stata ripartita sulla base della popolazione ultrasessantacinquenne residente in ciascun Comune.

Nell'anno 2000 una quota non superiore al 20% del Fondo viene prioritariamente destinata a interventi essenziali i cui costi sono da considerarsi aggiuntivi rispetto a quelli sostenuti dalla generalità dei Comuni a fronte di una ripartizione "a parametro". Tale quota viene a sua volta suddivisa sulla base di specifici interventi settoriali.

La restante disponibilità del Fondo viene così suddivisa:

- a) a favore dei Comuni singoli per sostenere il costo dei servizi, degli interventi e delle prestazioni di loro competenza (tra il 40% ed il 45%);
- b) a favore degli enti gestori del servizio sociale su delega dei Comuni (tra il 35% ed il 40%);
- c) a favore degli Enti gestori del servizio sociale dei Comuni per l'attuazione della L.R. 10/98 (tra il 18% ed il 23%).

L'assegnazione risultante dall'applicazione dei criteri parametrici non poteva essere inferiore a quella dell'anno precedente.

Per assicurare il mantenimento dei Servizi per l'anno 2001 la ripartizione delle risorse a favore dei Comuni per i costi dei Servizi, degli interventi e delle prestazioni di loro competenza, e a favore degli enti gestori del Servizio Sociale dei Comuni per i servizi, gli interventi e le prestazioni la cui gestione è affidata o delegata dai Comuni singoli sulla base di specifiche previsioni normative avviene assegnando ad ogni destinatario lo stesso importo dell'an-

no 2000 – già effettuato sulla base di parametri demografici e tenuto conto delle caratteristiche del territorio – maggiorato del 2,5%.

La residua disponibilità del Fondo viene destinata a interventi essenziali i cui costi sono da considerarsi aggiuntivi rispetto a quelli sostenuti dalla generalità dei Comuni e dagli enti gestori del Servizio Sociale dei Comuni a fronte della summenzionata ripartizione parametrica.

**110**

La decisione in merito alla ripartizione dei fondi relativi al 2002 è avvenuta nell'ottobre dello stesso anno.

---

**REGIONE LAZIO**



**111**





## Il sistema normativo

---

La Regione Lazio ha provveduto al riordino del servizio socio assistenziale con la L.R. 9 settembre 1996, n. 38 *“Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio assistenziali”*.

In conformità con la produzione normativa regionale dello stesso periodo, la legge di riordino delinea il nuovo sistema di competenze e funzioni socio assistenziali per la Regione.

Sulla base dei principi del decentramento territoriale e dell’omogeneizzazione dei livelli di prestazioni su tutto il territorio, assegna le funzioni socio-assistenziali a Regione, Province, Comuni, Città metropolitane e Comunità Montane (art. 9) con la partecipazione delle Usl e delinea un sistema in cui la gestione dei servizi viene affidata separatamente ai Comuni e alle Usl. Determina inoltre gli ambiti territoriali (art. 38) coincidenti con il Distretto sanitario (definiti con la legge di riordino della sanità regionale L.R. 16 giugno 1994, n. 18).

Con la successiva L.R. 6 agosto 1999 n. 14 *“Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo”* in attuazione DLgs 112/98, vengono precisate le ripartizioni delle competenze istituzionali e completato il quadro della riforma per il decentramento amministrativo.

La Regione ha poi approvato il primo Piano Socio-Assistenziale per il triennio 1999-2001 con DCR n. 591 del 1° dicembre 1999, avviando così il processo programmatico di sua competenza e delineando nel territorio regionale un sistema di interventi e servizi sociali che risulta coerente alle indicazioni della legge di riforma.

La DGR 860/2001 *“Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione del fondo per l’attuazione del primo piano socio assistenziale 2001”* contiene in allegato le *“Linee guida ai Comuni l’esercizio delle funzioni sociali”*.

### **DM 308/2001 – autorizzazione strutture**

Ad un gruppo di lavoro è stata affidata la stesura di una proposta normativa ora in fase avanzata di elaborazione.

### **DLgs 207/2001 IPAB**

114

Si è proceduto ad un censimento delle attività socio-assistenziali svolte da IPAB della Regione ed è stata elaborata una bozza di normativa.

### **DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari**

Il decreto sul socio-sanitario verrà realizzato dalla Sanità. Attualmente a tale progetto sta lavorando un gruppo di lavoro misto.

### **DPCM del 2001 sull'affidamento dei servizi**

Attualmente è attivo un gruppo di lavoro. Da alcuni anni, circolari regionali hanno adottato il divieto relativo all'impiego del criterio del massimo ribasso e hanno definito delle convenzioni tipo per l'affidamento dei servizi.

Nella delibera 471/2002 vengono introdotti i LIVEAS, che riprendono quelli contenuti nei documenti via via elaborati dal tavolo tecnico fra le Regioni, approvato in sede di Conferenza. Attualmente un gruppo misto (proveniente dal sociale e dal sanitario) sta lavorando a livello regionale in merito ai LEA socio-sanitari, cercando di definirli e di disciplinare i criteri per la compartecipazione finanziaria.

La Regione Lazio non pensa ad una legge di recepimento della L. 328/2000 (era già presente la legge quadro regionale del 1996 che anticipava i compiti dei Comuni) anche perché il primo Piano Sociale Regionale è nato contemporaneamente alla discussione sulla L. 328/2000.

### **La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale**

La normativa regionale, dalla legge di riordino al primo piano socio-assistenziale, intende come obiettivo prioritario realizzare un sistema di servizi ed interventi che garantiscano livelli minimi di assistenza sociale a tutti i cittadini e permettano l'avvio di forme innovative di intervento su problemati-

che riguardano le comunità locali, “innescando così un processo di cambiamento culturale e di mentalità”.

Finalità essenziale dovrà essere il miglioramento della qualità della vita dei cittadini e l’effettivo esercizio dei diritti da parte di quanti ne sono titolari.

La programmazione degli interventi e della rete dei servizi dovrà non solo essere “pensata e gestita” dagli organismi pubblici ma “condivisa” con i partner del terzo settore e soprattutto con i cittadini, “in una logica di politica di comunità” avviando processi di integrazione e strategie collaborative.



### Gli assetti istituzionali

La Regione svolge le seguenti funzioni in materia socio-assistenziale:

- a) emana atti di indirizzo e coordinamento attinenti ad esigenze di carattere unitario nel territorio regionale;
- b) concorre alla determinazione degli obiettivi e degli strumenti della programmazione nazionale dei servizi socio-assistenziali;
- c) adotta, con il concorso degli Enti Locali e degli altri enti operanti in materia, il piano socio-assistenziale regionale, secondo i criteri fissati dal programma regionale di sviluppo ed in coerenza con gli obiettivi e le linee determinati dal programma stesso e dal relativo quadro di riferimento territoriale, e ne verifica l’attuazione;
- d) determina nell’ambito del piano socio-assistenziale regionale gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi socio-assistenziali, sentiti i Comuni e previo parere delle provincie e della città metropolitana, e promuove forme associative e di cooperazione fra gli Enti Locali interessati;
- e) cura la tenuta dei registri regionali degli enti privati che prestano assistenza sociale, disciplinando le modalità e le procedure per l’iscrizione e la cancellazione;
- f) predisporre gli schemi-tipo di regolamento dei servizi di assistenza sociale e di accordi di programma per l’integrazione di tali servizi con gli altri servizi territoriali, nonché gli schemi-tipo di convenzione tra i Comuni e gli enti privati o le organizzazioni di volontariato iscritti nei registri regionali;
- g) indica i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali dei servizi socio-assistenziali e provvede al rilascio, alla sospensione ed alla revoca dell’autorizzazione all’apertura ed al funzionamento dei servizi stessi, previo parere degli Enti Locali istituzionalmente competenti per territorio nel caso in cui i servizi non siano gestiti direttamente dai Comuni o dalle comunità montane;



- h) promuove l'impiego coordinato di tutte le risorse destinate ai fini socio-assistenziali e ripartisce tra gli Enti Locali il Fondo Unico Regionale;
- i) individua, in attuazione degli obiettivi del piano socio-assistenziale regionale, nell'ambito del piano regionale di formazione professionale, gli interventi di formazione, riqualificazione ed aggiornamento del personale adibito ad attività di assistenza sociale, ivi compreso quello volontario;
- l) definisce, in collaborazione con gli Enti Locali, i criteri e gli standard dell'informatizzazione dei servizi socio-assistenziali anche al fine di consentire alla Regione la raccolta e l'elaborazione delle informazioni necessarie alla programmazione regionale;
- m) definisce le modalità e i criteri della vigilanza sui servizi e sulle attività svolte dagli enti privati e dalle associazioni di volontariato;
- n) attua forme di verifica idonee a migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema socio-assistenziale.

Per le Province e le Città metropolitane sono invece previste le seguenti funzioni:

- a) concorrono alla determinazione degli obiettivi contenuti nei piani e programmi nazionali e della Regione nell'area socio-assistenziale;
- b) provvedono alla specificazione ed attuazione nell'ambito del proprio territorio degli obiettivi del piano socio-assistenziale regionale ed adottano a tal fine, con il concorso dei Comuni e degli altri enti operanti in materia, il proprio piano socio-assistenziale, in coerenza con il rispettivo programma socio-economico e con il relativo piano territoriale di coordinamento;
- c) provvedono a localizzare, nell'ambito del proprio piano socio-assistenziale, i presidi assistenziali e ad esprimere il parere sulla determinazione da parte della Regione degli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi socio-assistenziali;
- d) esercitano, in regime di convenzione con i Comuni, le funzioni socio-assistenziali già di competenza provinciale alla data di entrata in vigore della L. n. 142/1990;
- e) espletano, i compiti connessi alla formazione, alla riqualificazione e all'aggiornamento del personale adibito ad attività di assistenza sociale.

Le Province concorrono inoltre a:

- individuare, in collaborazione con le ASL i servizi di dimensione sovradistrettuale;

- svolgere una funzione di coordinamento e di sostegno ai Comuni dei rispettivi territori, ad eccezione del comune di Roma che si rapporta direttamente con la Regione;
- promuovere la partecipazione degli Enti del terzo settore alla programmazione;
- svolgere una funzione di monitoraggio degli interventi;
- coordinare la rilevazione dei dati sui servizi anche al fine di realizzare il sistema informativo sociale regionale.



I Comuni, concorrono alla determinazione degli obiettivi contenuti nei piani e nei programmi dello Stato, della Regione e della Provincia o della Città metropolitana nell'area socio-assistenziale e provvedono alla loro specificazione ed attuazione nell'ambito del proprio territorio.

A quest'ultimo fine adottano, in conformità alle previsioni del piano socio-assistenziale provinciale o metropolitano, propri atti programmatori di interventi socio-assistenziali. In qualità di enti esponenziali della comunità locale, esercitano tutte le altre funzioni amministrative in materia socio-assistenziale, ad eccezione di quelle espressamente attribuite alla Regione, alle Province ed alla città metropolitana dalla normativa statale e regionale. In particolare provvedono:

- a) alla prevenzione di situazioni individuali e collettive di disagio ed emarginazione sociale attraverso l'individuazione precoce delle cause che le determinano e all'attivazione degli interventi volti al superamento delle cause stesse;
- b) al sostegno della famiglia, alla protezione della maternità, all'assistenza e tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva;
- c) al sostegno ed all'integrazione sociale dei cittadini anziani e di quelli disabili, soggetti a rischio di emarginazione;
- d) all'informazione, rivolta sia alla collettività sia a gruppi omogenei per interessi e problemi, su tematiche generali e specifiche, al fine di promuovere una diffusa coscienza sociale ed attivare iniziative di sostegno e solidarietà;
- e) ad esprimere parere sui provvedimenti regionali relativi al rilascio, alla sospensione ed alla revoca dei servizi socio-assistenziali non gestiti direttamente dai Comuni stessi o dalle comunità montane nonché a vigilare su tali servizi e sull'attività degli enti privati e delle organizzazioni di volontariato che prestano assistenza sociale;
- f) a determinare la percentuale e definire le modalità del concorso degli utenti o delle persone tenute al loro mantenimento al costo delle prestazioni socio-assistenziali.



Il legislatore regionale individua come migliore forma per la realizzazione di un sistema di interventi e di servizi omogeneo su tutto il territorio il decentramento e la forma associativa e di cooperazione tra Comuni e con la Provincia o la Città metropolitana. Le Comunità Montane, provvedono all'esercizio delle funzioni comunali se esse devono essere svolte in forma associata, oppure nel caso di specifica delega da parte dei Comuni. Le Aziende sanitarie locali esercitano in via ordinaria la gestione delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario con imputazione dei relativi oneri sul fondo sanitario regionale. Svolgono le attività socio-assistenziali ad esse eventualmente delegate dagli Enti Locali con oneri a totale carico degli stessi.

### **Gli assetti organizzativi per le politiche sociali**

Attualmente vi sono in Regione Lazio due Assessorati distinti. È prevista una nuova organizzazione, già deliberata, in base alla quale gli attuali 12 dipartimenti, diventati direzioni regionali, saranno accorpati in quattro nuovi dipartimenti. Sanità, Servizi sociali e Scuola confluiranno in un unico dipartimento: il Dipartimento Sociale.

### **Avvio della riforma**

L'avvio della riforma nella Regione Lazio si è concretizzato con una prima fase di sperimentazione volta a realizzare, attraverso un processo di cambiamento organizzativo e funzionale, l'integrazione dei servizi sociali e di quelli sanitari in ambiti distrettuali (con la DGR n. 6879/98 ha individuato 7 Distretti da cui iniziare la sperimentazione).

In particolar modo si è inteso:

- razionalizzare il contesto organizzativo;
- innovare i rapporti interistituzionali tramite gli strumenti delle Convenzioni e degli Accordi di Programma, insieme ad intese specifiche anche con i soggetti del terzo settore;
- innovare nelle modalità la gestione dei servizi da parte dei Comuni attraverso lo strumento della programmazione locale integrata e la predisposizione dei Piani di Zona;
- avviare forme di coprogettazione con il no-profit;
- costituire un fondo sociale unico a livello di Distretto.

## La programmazione

### Il Piano Socio-Assistenziale

Il Piano evidenzia la situazione di contesto alla sua approvazione, non ancora matura dal punto di vista finanziario e delle strutture amministrative: il sistema definito con la legge di riordino non si è ancora armonizzato con le riforme istituzionali sul decentramento amministrativo.

Gli obiettivi principali del Piano sono rivolti a strutturare il sistema organizzativo dei servizi a livello di ambito distrettuale, concentrando le risorse sull'integrazione tra i due comparti sociale e sanitario, integrazione iniziata con una prima fase di sperimentazione in 7 Distretti.

Come priorità il Piano prevede cinque questioni afferenti alle politiche sociali regionali:

- promozione delle comunità locale;
- integrazione con il comparto sanitario a livello di servizi territoriali;
- inserimento sociale e riabilitazione dei soggetti in situazione di disagio sociale;
- attuazione dell'iter previsto per la sperimentazione nei Distretti;
- promozione di nuovi strumenti gestionali rivolti a favorire il decentramento amministrativo.

### Il Piano di Zona

In attesa di provvedimenti regionali attuativi delle norme statali, la Regione ha provveduto a emanare le "Linee guida per l'esercizio da parte dei Comuni della funzioni in materia di servizi sociali" e ha assegnato un contributo integrativo per l'anno 2001 ai Comuni capofila dei Distretti in cui era stata avviata la sperimentazione: essi hanno provveduto a presentare un programma di servizi intercomunali (prime linee del Piano di Zona) integrato con gli interventi di competenza delle ASL.

La sperimentazione è stata ulteriormente sviluppata con l'avvio di Accordi di programma in altri 14 Distretti.

Secondo le nuove Linee Guida predisposte dalla Regione (DGR n. 471 del 19 aprile 2002), tutti i Comuni dei Distretti sono tenuti ad elaborare i Piani di Zona (entro l'8 luglio 2002 tutti i 51 Distretti dovevano presentare l'accordo di programma fra tutti i Comuni e la ASL, l'indicazione del Comune capofila, il Piano di Zona, la presentazione di progetti sulla base del *budget di Distretto*).





Il legislatore regionale intende così concludere la fase di sperimentazione e iniziare un percorso di consolidamento che verrà perfezionato con il nuovo Piano Socio-Assistenziale, rendendo così uniforme su tutto il territorio regionale la costruzione della rete di servizi.

Le ultime Linee Guida regionali contengono specifiche indicazioni per gli Enti Locali riguardanti la predisposizione dei Piani di Zona, vincolando all'attuazione degli stessi il conferimento delle risorse dal Fondo Unico Regionale e dando piena attuazione alla legge di riforma dell'assistenza.

Nel prossimo Piano Sociale, la Regione prevede di inserire un allegato con la descrizione di ciascun Distretto (la mappatura dei bisogni): ad ogni Distretto saranno fornite le informazioni statistiche sulle varie forme di disagio, non solo a livello di Distretto ma a livello comunale. Tutto ciò rappresenta il primo passo per riuscire a registrare informazioni e mappare il territorio.

Il Piano di Zona è “lo strumento fondamentale attraverso cui i Comuni del Distretto associati tra di loro e di intesa con le ASL, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare”.

I requisiti preliminari da verificare sul territorio perché tutti i Comuni, attraverso forme associative, possano predisporre il “Piano delle politiche sociali di zona” sono:

- realizzazione di strumenti atti a formalizzare forme di intesa con le Aziende Sanitarie Locali;
- individuazione delle risorse disponibili, di carattere finanziario e umano, pubbliche e accreditate (terzo settore, privato, ecc.) nonché l'apporto del volontariato e dell'associazionismo e delle organizzazioni non lucrative;
- esistenza di obiettivi e priorità regionali di riferimento che i Piani di Zona devono riprendere, per localizzarli nel territorio di competenza.

Gli obiettivi, anche operativi, che un Piano di Zona deve perseguire saranno:

- favorire la formazione dei sistemi sociali integrati, promuovendo risorse di solidarietà e di auto aiuto;
- responsabilizzare i cittadini e le strutture nella programmazione, nella progettazione e nella verifica dei servizi;
- qualificare la spesa con un impiego coerente delle risorse finanziarie e con l'adozione di procedure efficienti di spesa e di controllo della stessa;
- promuovere iniziative di formazione e altre azioni di sistema, per consentire la crescita delle competenze professionali delle risorse umane impegnate

nella promozione e nell'attuazione del Piano di Zona, ma anche per supportare la costituzione di una struttura organizzativa, coerente con il complesso di azioni da realizzare, ivi compreso l'avvio del sistema informativo sociale.

I contenuti del Piano di Zona vengono così individuati:

- raccolta di dati relativi all'area distrettuale concernenti: gli aspetti geomorfologici, analisi dei bisogni, strutture sociali e sociosanitarie pubbliche e private esistenti sul territorio riferite alle macro aree precedentemente individuate, servizi ed interventi attivati a livello territoriale, quantificazione delle risorse finanziarie disponibili, risorse umane, soggetti del privato sociale;
- obiettivi strategici per ogni macro area di intervento;
- programma di intervento e relative priorità per il raggiungimento degli obiettivi;
- mezzi e strumenti per la realizzazione degli interventi, con specifico riferimento alle risorse finanziarie, strutturali, umane e professionali disponibili;
- quantificazione del complesso delle risorse finanziarie destinate a realizzare gli obiettivi – budget di Distretto – con l'analitica indicazione dei fondi e delle relativi fonti di provenienza;
- modalità organizzative dei servizi per l'attuazione degli interventi previsti, anche al fine di promuovere modelli organizzativi innovativi, procedure semplificate, metodi di lavoro più rispondenti alle esigenze ed ai bisogni dei cittadini;
- modalità per garantire l'integrazione tra i servizi e prestazioni sia a livello gestionale (rete dei servizi) sia a livello professionale (équipe multidisciplinari, unità valutative integrate ecc.), modalità organizzativa che riguarda sia il settore socio assistenziale al suo interno che il settore sociale con quello sanitario;
- modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia nonché con le istituzioni scolastiche;
- modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- forme di concertazione ed integrazione con la ASL;
- modalità di concertazione e partecipazione non solo dei soggetti pubblici ma anche dei soggetti del terzo settore e altre istanze di solidarietà sociale;
- individuazione dei tempi di attuazione del programma di intervento;
- definizione del sistema dei controlli, del monitoraggio e della verifica dei risultati raggiunti;





- ogni altro utile elemento volto a valutare la conformità del Piano alla programmazione regionale (relazioni, rapporti di ricerca, studi ed analisi del territorio, verifica della qualità dei servizi ecc.).

Le Linee Guida regionali predispongono un possibile percorso per l'avvio del Piano di Zona stesso (si tratta di indicazioni provvisorie che troveranno una formulazione definitiva nell'ambito del secondo Piano Socio-Assistenziale regionale).

Tali indicazioni sono già attuate nei Distretti dove è stata avviata la sperimentazione.

Il percorso prevede che nell'ambito del Distretto, i Sindaci, attraverso un coordinamento istituzionale (Comitato dei Sindaci) individuino:

- il Comune capofila con funzioni di coordinamento
- i fabbisogni e le domande di natura socio assistenziale dei gruppi sociali e delle comunità presenti sul territorio – privato sociale e volontariato
- gli obiettivi strategici da perseguire e le linee prioritarie di intervento.

Una volta definite le linee generali di programmazione, i Sindaci di tutti i Comuni del Distretto e la ASL competente per territorio sottoscrivono l'accordo di programma al fine di assicurare il coordinamento delle azioni e per individuare gli adempimenti e le modalità delle azioni stesse. Nell'ambito di detto accordo, occorre prevedere anche l'impegno dei sottoscrittori a dare corso alle procedure per la definizione del Piano di Zona, le modalità per l'approvazione del Piano stesso e le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti.

In sede di formulazione dell'accordo di programma, occorre prevedere la partecipazione dei soggetti del terzo settore, attraverso l'attivazione di idonee forme di consultazione.

Le Comunità Montane possono intervenire nel coordinamento istituzionale e nell'accordo di programma in rappresentanza dei Comuni del Distretto da cui hanno ricevuto specifica delega.

Il Comune di Roma rappresenta, in ambito regionale una specificità, in quanto gli Ambiti territoriali o Distretti nella quasi totalità dei casi coincidono con una municipalità mentre la capitale ha una dimensione sovradi-strettuale.

Il Comune di Roma – Assessorato alle Politiche Sociali e alla Promozione della salute – invia alla Regione il Piano di Zona comunale (Piano regolatore sociale) dove confluiscono i singoli Piano di Zona distrettuali (Piano di Zona cittadini) e relativi progetti operativi.

La Regione esamina il Piano di Zona comunale ed i singoli Piani distrettuali, valuta i singoli progetti operativi in relazione al Piano di Zona, verificandone la conformità alla programmazione regionale e alle Linee guida e adotta i provvedimenti per l'erogazione del contributo totale o parziale in relazione all'ammissibilità dei singoli progetti operativi.



## I livelli di assistenza

Le Linee Guida regionali indicano, inoltre, i servizi, gli interventi e le prestazioni che devono comunque essere assicurati a livello territoriale e che costituiscono i livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS):

- segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- servizio sociale professionale. Le prestazioni si coordinano ed integrano con prestazioni educative, mediche, psicologiche, nonché con le attività dei settori per le politiche formative e del lavoro;
- servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare. Le prestazioni sono finalizzate a prendere in carico e rimuovere le situazioni di emergenza dovute a fragilità sociali e ad accompagnare la persona o la famiglia a fruire delle prestazioni offerte dalla rete di servizi appropriate al bisogno;
- assistenza domiciliare;
- strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali. Le prestazioni sono finalizzate a fornire assistenza diurna e residenziale alle fasce di popolazione fragili, con particolare riferimento ad anziani, disabili, persone dipendenti e persone minacciate o vittime di violenza (minori e donne) e si integrano con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative;
- centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario. Le prestazioni sono finalizzate a fornire assistenza diurna e residenziale a persone e famiglie a rischio di emarginazione sociale.

## L'integrazione sociosanitaria

Come indicato nella DGR n. 860 del 28 giugno 2001, obiettivo prioritario della programmazione regionale è l'integrazione sociosanitaria, da realizzare

attraverso l'attivazione ai vari livelli istituzionali, di strategie, programmi e modelli organizzativi coerenti e funzionali.

Nelle Linee Guida regionali vengono indicati i servizi integrati da realizzare prioritariamente, in ambito distrettuale, a favore di fasce deboli della popolazione:

- assistenza domiciliare integrata per soggetti anziani, disabili e minori, compresa l'assistenza domiciliare autogestita;
- centri diurni socio-riabilitativi per disabili;
- interventi di assistenza 24 ore su 24 rivolti ai disabili;
- residenze sanitarie assistenziali, per soggetti disabili ed anziani non curabili a domicilio;
- assistenza sanitaria domiciliare in favore di persone parzialmente non autosufficienti assistite nelle case di riposo pubbliche e private;
- affidi di minori;
- affidamento familiare, adozioni nazionali ed internazionali;
- interventi per disagiati psichici;
- servizi attuati in base ai progetti finanziati dalla L. 285/1997.

124

### Il sistema di qualità sociale

Alla Regione spetta in via prioritaria il compito di definire criteri e standard per garantire che il servizio sociale sia improntato a principi di qualità, a tutela delle persone che ne usufruiscono.

In attesa della definizione di un sistema di valutazione della qualità dei servizi (del quale la Regione stessa si impegna all'adozione a breve termine) le Linee Guida regionali sottolineano comunque agli Enti Locali la necessità di adottare ogni iniziativa volta a:

- individuare le tipologie dei servizi da includere nel sistema per la qualità sociale;
- promuovere sedi di concertazione sui principi generali ispiratori della qualità dei diversi interventi e servizi sociali, invitando tutti i soggetti interessati al sistema, enti pubblici, produttori privati, professionisti del sociale e rappresentanti dei cittadini fruitori dei servizi;
- attuare idonee azioni di vigilanza e controllo sulle strutture residenziali socio assistenziali, a ciclo diurno e continuativo;
- assicurare attività di formazione e aggiornamento professionale del personale operante nei servizi.

## Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali

È in atto una collaborazione con l'Assessorato, per la formazione della figura dell'operatore sociosanitario. Molti finanziamenti sono stati indirizzati all'avvio di tale corso di formazione di 1000 ore per la figura dell'operatore sociosanitario.

Attualmente è stato finanziato anche un corso di formazione per i referenti del sistema informativo statistico, assieme a quelli del SIR (referenti statistici comunali e Province) e a tutti i referenti della L. 285/1997 comunali, distrettuali, provinciali. L'esperienza della L. 285/1997 verrà estesa alla applicazione della L. 328/2000.



## La spesa sociale

Il piano di riparto delle risorse relative all'anno 2001 ha previsto due diverse assegnazioni a favore dei Comuni: una relativa alle risorse regionali ed una relativa alle risorse nazionali.

Le risorse regionali<sup>1</sup>, sono state destinate in parte ai Comuni, in parte trattenute dalla Regione per la realizzazione di iniziative di interesse regionale ed in parte impegnate per incentivare l'associazionismo tra Comuni, secondo in seguenti criteri:

- a) una quota pari al 65% del fondo regionale è stata destinata al singolo comune e ripartita sulla base dei seguenti parametri:
  - a.1) 95% in base alla popolazione residente;
  - a.2) 5% in base alla superficie territoriale;
- b) una quota, pari al 15% è stata finalizzata:
  - b.1) ad attività di sperimentazione e ricerca promosse dalla Regione;
  - b.2) al finanziamento di progetti comunali recanti interventi di interesse regionale e/o di rilevante interesse sociale;
- c) la restante quota del 20%, è stata destinata al finanziamento di servizi intercomunali a livello distrettuale e subdistrettuale, ad incentivo delle forme associate ed integrate di gestione dei servizi.

Le risorse statali sono invece state oggetto di un riparto sulla base di diversi criteri. In particolare la quota parte del fondo statale relativa a risorse non finalizzate, assegnata alla Regione, è stata ripartita tra i Comuni del La-

<sup>1</sup> Delibera della Giunta Regionale. n. 860 del 28 giugno 2001 "Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione del fondo per l'attuazione del primo Piano Socio-Assistenziale 2001".



zio, attribuendo un budget ad ogni Distretto sociosanitario, quantificato sulla base di indicatori demografici e dei livelli di reddito e occupazionali della popolazione.

A ciascun Distretto, la Regione attribuisce una quota dei finanziamenti provenienti dal Fondo Nazionale per le politiche sociali, quantificata secondo due direttrici: per macro aree di intervento e sulla base di parametri demografici e di indicatori di disagio sociale.

Il finanziamento è stato così effettuato:

<b>Aree di intervento</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Peso%</b>
Responsabilità familiari	Popolazione residente	15
Diritti dei minori	Popolazione <18anni	5
	Popolazione < 4 anni	5
Persone anziane	Popolazione >65 anni	30
	Popolazione >75 anni	30
Contrasto povertà	Disagio socio economico – rapporto CENSIS 2002	7
Disabili	Numero delle pensioni di invalidità	7
Avvio della riforma	Popolazione residente	1

Il riparto prevedeva inoltre quote di risorse specificamente destinate a:

- incentivare l'associazionismo degli Enti Locali, in particolare dei Comuni, anche tenuto conto dell'inadeguatezza della dimensione comunale per una efficiente organizzazione di molti servizi e programmi di intervento;
- sostenere l'integrazione fra programmi di intervento e fra Enti Locali ed ASL, favorendo la realizzazione della rete dei servizi.

Sono state previste misure volte a garantire che gli stanziamenti a favore degli Enti Locali costituissero quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi, attraverso l'adozione di strumenti di analisi, valutazione e verifica delle risorse impiegate, dei programmi svolti e dei risultati raggiunti. Veniva inoltre prevista la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari.

I Piani di Zona, infatti, dovevano contenere la quantificazione del complesso delle risorse finanziarie destinate a realizzare gli obiettivi – budget di Distretto – con l'analitica indicazione dei fondi propri dei Comuni, dei fondi regionali provenienti dal Fondo Unico, dalle leggi di settore, delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali assegnato dalla Regione al Distretto, nonché dei fondi socio sanitari di competenza della ASL e di quelli destinati alla formazione, fatta salva la possibilità, per il primo anno di attuazione, di

accedere ad una procedura semplificata nel caso i Distretti non fossero in grado di redigere ed approvare compiutamente il Piano.

La Regione, verificata la conformità dei piani alla programmazione regionale procedeva all'erogazione del contributo. Il Comune capofila, in qualità di destinatario delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, assegnate al Distretto a sostegno dei progetti approvati con il Piano di Zona, è tenuto alla rendicontazione della spesa. Nella documentazione allegata alla rendicontazione devono essere illustrati i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi indicati nei progetti.

Per l'anno 2002 è previsto che il riparto avvenga, a differenza dell'anno precedente, sulla base di un unico provvedimento che riunisce le risorse finanziarie statali e regionali, e così per gli anni successivi.





---

**REGIONE LIGURIA**



**129**





## Il sistema normativo

La Regione Liguria ha disegnato il sistema dei Servizi Sociali nel 1998 con la L.R. n. 30: *“Riordino e programmazione dei servizi sociali e modifiche alla Legge Regionale 8 agosto 1994, n. 42 in materia di organizzazione e funzionamento delle Unità Sanitarie Locali”*.

La legge individua il Comune (singolo o associato) come soggetto attuatore del sistema, articola la territorializzazione e l'apparato organizzativo in Zone e Distretti sociali, individua, oltre al sistema pubblico, anche l'apporto di soggetti privati no-profit e privati e disciplina le modalità di riparto per popolazione, reddito e criteri geomorfologici.

Successivamente il Piano Triennale dei Servizi Sociali per gli anni 1999/2001, approvato ai sensi dell'articolo 22 della L.R. 30/1998, ha ulteriormente precisato:

- il sistema organizzativo territoriale: Zone e Distretti sociali;
- gli organismi politico gestionali: Conferenza di Zona e Conferenza dei Sindaci;
- altri soggetti istituzionali: IPAB e terzo settore;
- criteri per il riparto dei fondi, sia per la parte corrente sia per il conto capitale;
- requisiti minimi per alcune strutture sociali per l'infanzia e per gli anziani;
- sistema informativo sociale e qualificazione delle risorse umane e professionali dei servizi;
- otto Progetti Obiettivo riguardanti l'infanzia, gli anziani, i portatori di handicap, il disadattamento l'esclusione sociale, le azioni per il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, le fasce fragili e l'immigrazione, che vengono riconfermati come “Linee Guida” per i progetti di settore.

Il Piano Triennale dei Servizi Sociali 2002-2004, adottato con DCR 65/2001 (*“Piano triennale dei Servizi Sociali 2002/2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona”*) ha inteso integrare ed arricchire il precedente



Piano nel rispetto della L. 328/2000 sottolineando il ruolo strategico delle politiche sociali secondo il principio di sussidiarietà, l'associazionismo intercomunale e il ruolo degli organismi intercomunali (conferenze dei sindaci e di zona) per la programmazione sociale e sociosanitaria.

La disciplina di molti aspetti attuativi della L. 328/2000, quali il rapporto con il terzo settore, i LEA, le IPAB e le autorizzazioni, è solo parzialmente affrontata nella DCR n. 65/2001, ma troverà una più puntuale trattazione in un testo unico delle norme sui servizi sociali e sociosanitari in Liguria, in corso di preparazione

### L'assegno servizi

Con DGR 1555/00 e DGR 1317/01, la Regione ha predisposto la sperimentazione di titoli di acquisto dei servizi a favore di persone non autosufficienti per favorire la loro permanenza nel nucleo familiare.

La sperimentazione è stata avviata per definire compiutamente l'utilizzo di tale strumento, avrà durata biennale (2002/2003) e verrà realizzata nei quattro Comuni capoluogo e in due Distretti sociali.

L'assegno è una misura aggiuntiva, rispetto alle prestazioni in vigore, elaborata per rispondere a tutti i cittadini, e non solo a coloro che versano in stato di povertà e comunque con limitato reddito.

L'assegno, in quanto strumento di una strategia di potenziamento degli interventi domiciliari, si propone di offrire anche una risposta alternativa a forme di assistenza residenziale.

Le prestazioni che possono essere acquistate con l'assegno servizi da parte del cittadino sono:

- a) aiuto domestico familiare: l'operatore di riferimento è l'assistente familiare. Scopo della prestazione è il governo della casa (inteso in maniera più ampia dei semplici lavori domestici e come aiuto alla persona);
- b) assistenza tutelare per non autosufficiente (prestazioni sociali a rilievo sanitario e sanitarie a rilievo sociale): l'operatore di riferimento è l'operatore sociosanitario (O.S.S.). Scopo della prestazione: assistenza tutelare all'anziano o disabile, igiene personale, cura dell'alimentazione, cure semplici di decubiti, mobilitazione, etc.;
- c) assistenza educativa: operatori di riferimento sono l'assistente familiare o baby sitter (o personale di sostegno all'azione educativa); si può ipotizzare, nel caso di bambini molto piccoli, anche l'educatore dei nidi. Scopo della prestazione è la tutela educativo-assistenziale di minori o il governo

della casa, in particolari condizioni di impedimento all'accudimento familiare, specie materno.

### **Gli assetti istituzionali**

---

La Regione provvede al compito di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, in particolare definendo gli ambiti territoriali per la realizzazione della rete integrata di interventi e servizi sociali e la erogazione dei livelli essenziali di assistenza, indirizzando i Piani di Zona e disciplinando le politiche per la salute e le modalità di integrazione tra i due sistemi, individuando in entrambe le pianificazioni il duplice ruolo (sociale e sociosanitario) degli organismi rappresentativi dei Comuni (Conferenze dei Sindaci e di Zona).

Le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato dei servizi sociali e alla formulazione e attuazione dei Piani di Zona. Affiancano inoltre i Comuni con un sostegno tecnico alla raccolta di dati, fornendo indicazioni di carattere demografico e socio-economico.

I Comuni, titolari delle funzioni d'offerta di servizi sociali, sono protagonisti della programmazione e realizzazione delle politiche sociali in ambito locale, attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni economiche e le attività di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti erogatori.

Concorrono inoltre alla programmazione regionale e partecipano al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali. Ai Comuni, in forma singola o associata, è affidata la "regia" della rete di protezione sociale in un'ottica di condivisione degli obiettivi con i cittadini e gli attori sociali presenti nel territorio di competenza.

Le Comunità Montane svolgono anch'esse un ruolo primario laddove i Comuni associati conferiscano con delega, tra le altre competenze, la gestione dei servizi sociali.

Particolare attenzione la Regione Liguria ripone all'associazionismo intercomunale, con la diffusione di uno schema di regolamento e la realizzazione di attività di accompagnamento mirate.

### **Gli ambiti territoriali**

---

La concertazione tra Regioni e Comuni ha portato all'individuazione di ambiti territoriali per la programmazione e la gestione dei servizi sociali (Zone e Distretti Sociali), nonché la coincidenza della Zona Sociale con il Distretto Sanitario.





Si è ritenuto quindi di raggruppare i Comuni in aree intercomunali delle Conferenze dei Sindaci (ambiti ASL) anche per una valutazione delle esigenze socio-sanitarie.

Importante sottolineare che il Piano Sociale Regionale individua anche le specifiche competenze da porre in capo ai Distretti Sociali, la cui dimensione dovrebbe essere connessa alla distribuzione della popolazione sul territorio, con almeno un Distretto per 4.000 abitanti. In particolare al Distretto Sociale è affidato il compito di organizzare uno dei principali servizi del welfare d'accesso, cioè gli Uffici di Segretariato Sociale.

Proprio in relazione a questo e per superare le difficoltà connesse alla affermazione dell'associazionismo intercomunale per la gestione unitaria dei servizi previsti nei Piani di Zona, la Regione Liguria con delibera di Giunta Regionale ha approvato nel dicembre 2002 un Regolamento per l'Associazionismo Intercomunale, che è posto al centro di molte delle attività di indirizzo e coordinamento del territorio nel 2003.

## **Gli assetti organizzativi per le politiche sociali**

---

### **La Conferenza socio-sanitaria regionale delle autonomie locali**

Nominata dal Presidente della Giunta Regionale è presieduta dagli Assessori Regionali alla Sanità e ai Servizi alla Persona, ed è composta dai Presidenti delle Province, dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci, dai Direttori ASL e una rappresentanza dell'ANCI.

La Conferenza esprime parere su:

- Piano socio-sanitario regionale;
- Piano triennale degli interventi e servizi sociali;
- criteri generali per la ripartizione delle risorse riguardanti il finanziamento delle politiche sociali;
- atti regionali per l'integrazione degli interventi sanitari e sociali;
- eventuali indirizzi emanati dalla Regione per l'elaborazione dei piani attuativi locali;
- relazione annuale sullo stato sanitario della Liguria.

La Conferenza, in sede di programmazione degli interventi socio-sanitari esprime pareri e proposte sugli obiettivi, le funzioni e i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento.

## La Conferenza dei Sindaci

La Conferenza è composta dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna ASL. Deve provvedere alle macro linee del Piano Sociale e al piano di salute dell'ASL compresi i servizi sociosanitari.

I seguenti atti aziendali sono adottati previa intesa con la Conferenza dei Sindaci:

- piano strategico triennale;
- bilancio pluriennale di previsione, bilancio di previsione economica annuale, bilancio consuntivo di esercizio;
- piano attuativo locale.

La Conferenza provvede altresì a:

- determinare, d'intesa con il Direttore generale dell'ASL, i Distretti sanitari che coincidono con le zone sociali;
- verificare l'andamento generale dell'attività;
- esprimere alla Regione il parere per la conferma del Direttore generale dell'ASL, richiederne la revoca ovvero di non disporre la conferma;
- adottare linee di indirizzo per l'integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con gli interventi sociali, promuovendo forme di coordinamento e di intesa;
- garantire che gli accordi per l'esercizio delle attività sociosanitarie abbiano copertura economica per la quota parte rispettivamente a carico dei Comuni e dell'ASL.

La Conferenza dei Sindaci, che con la pianificazione sociosanitaria assume le caratteristiche del soggetto politico territoriale per le macro scelte di politica della salute e di politica sociale, si articola nelle Conferenze di Zona che, data la coincidenza geografica con i Distretti sanitari, possono esercitare anche le funzioni di Comitato dei Sindaci di Distretto sanitario, quale organismo politico che riassume in sé le funzioni programmatiche per l'intervento sociale e sociosanitario con la elaborazione dei Piani di Zona (PdZ) e del Piano delle Attività Territoriali (PAT), con omogeneità di intenti e di indirizzi, sia per le azioni di piano che per gli aspetti finanziari da concordarsi tra Conferenze e Direttore dell'ASL e del Distretto sanitario.

Le Zone individuano i Distretti Sociali, formulano i Piani Sociali di Zona e individuano l'allocazione dei servizi sociali complessi (sovradistrettuali e sovracomunali). Devono poter formulare anche i Piani Sociosanitari del Distretto sanitario in accordo con l'ASL.





Il Piano delle Attività Territoriali è approvato dal Direttore Generale previa intesa con la Conferenza; a tal fine, la Conferenza esprime il proprio assenso entro 45 giorni dal ricevimento della proposta di Programma. Nel caso in cui entro tale termine non sia raggiunta l'intesa, il Direttore Generale approva con atto motivato il Programma delle attività territoriali limitatamente alle attività e ai servizi sanitari e sociosanitari a totale carico dell'ASL.

### Associazione intercomunale di Distretto

È l'elemento portante per consentire la realizzazione della rete assistenziale. Per i Distretti Sociali e per le Zone, è regolamentato da indirizzi e Linee Guida da emanarsi, da parte della Giunta Regionale, entro 120 giorni dall'approvazione del Piano Regionale.

I responsabili dei Distretti sociali, attraverso la segreteria tecnica allargata partecipano alla programmazione sociale e sociosanitaria dei Piani di Zona e dei PAT.

Per lo svolgimento della materia sociale la forma associativa più idonea è "l'esercizio associato di funzioni e servizi", che può essere utilizzata per associazione distrettuale e per la zona; le convenzioni possono essere utilizzate dal Comune capofila per la fruizione di servizi da parte di altri Comuni e gli accordi di programma ed i protocolli di intesa (per i progetti sovracomunali e distrettuali con il Comune capofila e per i piani integrati con le ASL o altri Enti).

### La programmazione

---

Il Piano indica preliminarmente gli atti e i documenti di riferimento per la pianificazione sociale individuandoli nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali, negli Atti di indirizzo nazionali relativi ai rapporti con il terzo settore ed i requisiti minimi delle strutture residenziali, nel Piano Regionale 2002/2004 comprendente gli indirizzi ai Piani di Zona, e nei Piani di Zona relativi ai comprensori intercomunali di zona e raccordati per l'integrazione sociosanitaria con i PAT.

I servizi essenziali, individuati dalla L.R. 30/1998 e dall'art. 22 L.328/2000, coordinati con le priorità dei Piani, devono costituire per il Piano di Zona i punti di riferimento per offrire ai cittadini liguri un sistema sociale che sostenga e promuova le responsabilità familiari e risponda ai bisogni delle fasce fragili.

Si precisa inoltre come la programmazione dei servizi deve corrispondere a sostenibilità della spesa. Il principio ha valore anche per gli interventi integrati sociosanitari in cui la Conferenza di Zona, che provvede anche come Conferenza di Distretto sanitario, deve individuare le priorità a cui attendere in tema di integrazione e di spesa sociale a rilievo sanitario, sanitaria a rilievo sociale e ai livelli essenziali di assistenza.

I presupposti per la realizzazione del Piano di Zona sono la costituzione dell'associazione intercomunale, l'intesa con le ASL, l'individuazione delle risorse, l'esistenza di obiettivi e di priorità e la promozione della partecipazione.

Il Piano individua tra gli obiettivi del Piano di Zona quelli di favorire la formazione dei sistemi sociali integrati, di responsabilizzare i cittadini e le strutture nella programmazione, nella co-progettazione e nella verifica dei servizi, di qualificare la spesa con un impegno coerente di risorse finanziarie, di consolidare i rapporti istituzionali fra Comuni, ASL scuola e terzo settore, di programmare servizi polifunzionali, secondo una tipologia di carattere sovracomunale che presenta aspetti di complessità, innovazione ed eccellenza e di consolidare e stabilizzare le esperienze innovative.

Il Piano elenca successivamente i contenuti del Piano di Zona: rilevazione dei dati, obiettivi strategici, priorità di intervento, modalità organizzative, risorse finanziarie, modalità di integrazione, modalità di collaborazione fra i servizi pubblici, terzo settore e istanze di solidarietà sociale, accordi con l'ASL, modalità di partecipazione all'accordo di programma.

Il Piano sottolinea inoltre come il processo di programmazione del Piano di Zona deve prendere l'avvio da una serie di analisi che riguardano, tra le altre, quelle del contesto socio economico, delle ipotesi da realizzare, del piano finanziario, degli indicatori di risultato, degli strumenti di verifica, dei livelli di qualità e delle forme di partecipazione dei soggetti sociali.

Si pone in evidenza la necessità di riorganizzare l'offerta "attraverso una concreta architettura di rete che preveda" alcuni servizi essenziali:

- servizi per la cittadinanza, flessibili e finalizzati a sostenere le persone, la famiglia e le condizioni di fragilità diffusi in maniera omogenea sul territorio regionale;
- incentivi economici per le zone disagiate e montane;
- sostegno alla domiciliarità, con forme di welfare leggero e complesso, anche mettendo in atto interventi innovativi di "acquisto dei servizi";
- promozione diffusa della reciprocità tra cittadini, mutuo-auto aiuto, attenzione e apertura al mercato delle reti solidali già attivate dalla società civile e dalle organizzazioni no-profit;
- residenzialità protetta per i cittadini più fragili.





138

All'interno della rete i Comuni singoli e associati, in relazione alle loro dimensioni territoriali e in base a quanto previsto dall'articolo 22 della L. 328/2000 devono prevedere un'offerta di prestazioni che risponde alle seguenti aree prioritarie:

1. sostegno all'associazionismo intercomunale e all'assetto organizzativo dei servizi
2. sostegno alle responsabilità familiari e diritti dei minori e degli adolescenti
3. tutela delle persone anziane
4. tutela sociale dei disabili (particolarmente i gravi)
5. garantire efficaci forme di contrasto della povertà
6. incentivare la prevenzione e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti e degli emarginati
7. promuovere con le politiche attive del lavoro, l'inserimento e il reinserimento nel sistema produttivo di inoccupati e disoccupati di lungo periodo.

Per ciascuna delle aree i Piani indicano i principi, gli interventi e gli obiettivi che devono supportare l'elaborazione dei Piani di Zona.

### I livelli di assistenza

---

Il Piano Regionale intende consolidare e perfezionare le scelte effettuate con la L.R. 30/1998 e con gli indirizzi del piano triennale 1999/2001, focalizzando per il triennio 2002/2004, l'attenzione:

1. sul consolidamento del ruolo dei Comuni nel sistema organizzativo distrettuale e di zona per assicurare i livelli essenziali di assistenza e l'esercizio del diritto soggettivo da parte dei cittadini per tali livelli;
2. sulla sussidiarietà per la costruzione della rete di servizi sociali, confermando oltre al ruolo di regia dei Comuni, anche un ruolo di partecipazione da parte dei soggetti della società civile: dalla famiglia, alle forme organizzate di mutuo-auto-aiuto, al volontariato, al privato no-profit e profit.

Per assicurare anche agli abitanti dei piccoli Comuni prestazioni sociali di qualità, si richiedono scelte organizzative intercomunali (infracomunali solo per alcuni grandi Comuni), già definite in precedenti piani distrettuali sociali di almeno 4.000 abitanti, incentivando finanziariamente i Comuni inferiori a 1.000 abitanti ad associarsi per assicurare i livelli essenziali di assistenza, definiti prestazioni di base o a carattere distrettuale (sub-zona-

le), mentre le prestazioni più complesse assumono il carattere sovradistrettuale o di zona.

Sono definiti servizi di base, o distrettuali, le seguenti attività:

- informazione e comunicazione ai cittadini alle famiglie e alle organizzazioni sociali;
- consulenza sociale e orientamento sui problemi;
- promozione dell'assistenza domiciliare in termini di aiuto domestico familiare, per le fasce fragili (anziani, disabili, minori, etc) e attivazione delle risorse sanitarie integrate, anche attraverso il rapporto con il medico di medicina generale (di seguito definito: MMG) e il pediatra di libera scelta;
- promozione degli interventi di affidamento e di sostegno familiare per i minori in difficoltà;
- ricoveri in strutture diurne e residenziali per minori e altri soggetti delle fasce fragili con problemi sociali che ne impediscono la permanenza a domicilio;
- promozione della solidarietà locale attraverso "servizi di prossimità e reciprocità" tra persone e nuclei familiari, volontariato, associazionismo, espresse con forme di auto-mutuo aiuto.

Per la distribuzione capillare dell'informazione sia sociale sia sanitaria, il Distretto Sociale attiva lo Sportello di Cittadinanza, con la funzione di informazione/orientamento e consulenza ai cittadini.

Ai servizi di base si aggiungono i servizi sovradistrettuali o complessi di zona, complementari sul piano della più ampia disponibilità di risorse (integrazione con altri comparti), che intervengono sul piano delle funzioni integrate con la sanità relative a:

- responsabilità familiari e problemi minorili e adolescenziali;
- disabilità grave e lungo-assistenza;
- residenzialità sociosanitaria diurna e a ciclo continuativo per anziani, disabili e minori con limitazione temporanea permanente dell'autonomia;
- emarginazioni e povertà estreme;
- emergenze sociali.

Si individuano tra i servizi di zona (e Distretto sanitario) i piani per l'infanzia, per gli adolescenti, l'adozione, anche quella internazionale, i servizi consultoriali per i minori, adolescenti e politiche per i giovani, i disabili, i tossicodipendenti e gli anziani non autosufficienti (ADI e Ospedalizzazione territoriale).





I servizi sovradistrettuali o complessi sono individuati dal Piano di Zona, che ne definisce la localizzazione, l'estensione territoriale (più Distretti o zona), il Comune capofila, le modalità organizzative, di accesso e di finanziamento e sono gestiti dal Comune capofila.

Il Piano sottolinea infine come il Servizio Sociale Professionale (segretariato sociale, case manager) e l'intervento psicologico assumano un ruolo importante ed essenziale nel nuovo assetto normativo ed organizzativo dei servizi sociali.

La presenza qualificata e specifica di psicologi all'interno dei servizi stessi, accanto agli altri operatori sociali, può permettere di realizzare in modo efficace, attraverso l'integrazione delle differenti professionalità, i fini e gli obiettivi stabiliti dalla L. 328/2000 con riferimento ai singoli, alle famiglie, alle istituzioni, ai gruppi ed alla comunità.

### L'integrazione sociosanitaria

La Regione nel piano sociale e sociosanitario definisce gli indirizzi per la programmazione sociosanitaria.

Tale programmazione, prevista sia nel Piano di Zona, sia nel Programma delle Attività Territoriali di Distretto sanitario, viene svolta in maniera congiunta dalla Conferenza di Zona e dal Distretto Sanitario e va a coincidere.

Il Piano indica come punto di riferimento delle strategie di integrazione l'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'integrazione sociosanitaria e ribadisce la tipologia delle prestazioni (prestazioni sanitarie a rilievo sociale, prestazioni sociali a rilievo sanitario).

L'Atto di indirizzo fissa anche i criteri di spesa: sono a carico delle ASL le prestazioni sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, in quanto ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

Le ASL individuano, in accordo con il Comitato dei Sindaci di Distretto, nella quota capitaria le aliquote da dedicare nel PAT alle prestazioni sociosanitarie.

Sono a carico dei Comuni le prestazioni sociali a rilievo sanitario che, analogamente alle ASL, individuano una quota capitaria all'interno dei Piani di Zona.

I raccordi operativi tra servizi sociali di base e complessi ed i servizi sanitari e sociosanitari avvengono secondo il seguente schema:

- raccordi operativi relativi al coordinamento di servizi sociali di base e servizi sanitari, in relazione ad un singolo utente, avverranno a livello di Distret-

- to sociale e sanitario, attraverso il contatto diretto tra operatori sociali e operatori sanitari – medico di medicina generale e/o il pediatra di libera scelta;
- per l’attivazione e la gestione di servizi complessi di tipo sociosanitario, il collegamento tra Distretti sociali e servizi territoriali dell’ASL avviene nell’ambito delle Unità di valutazione multidisciplinari, così come previsto all’articolo 21 comma 2 e 3 L.R. 30/1998;
  - la processualità dell’integrazione vede come “regole” la progettualità condivisa tra operatori, utenti, caregiver ed erogatori, attraverso l’individuazione dell’operatore referente del caso, a garanzia della responsabilità progettuale, ma anche a sostegno delle potenzialità di chi fruisce del processo assistenziale. Il referente del caso (case manager), si raccorda con gli altri operatori e soggetti della rete per la elaborazione del piano assistenziale e per favorire verso l’utente l’acquisto delle prestazioni più utili e meno costose per la soluzione e rimozione dei problemi;
  - protocolli di cura e assistenza per le diverse patologie garantiscono l’adesione a regole di appropriatezza e adeguatezza dei percorsi di cura e riabilitazione;
  - la Programmazione sociosanitaria indica attraverso il PAT la dislocazione dei servizi sociosanitari e le sedi di integrazione con il sistema sociale.



## Il sistema informativo

Il Piano Triennale dei Servizi Sociali 1999/2001 confermava la necessità di costruire uno strumento informativo che garantisse la funzione di gestione, controllo e programmazione da parte dei diversi livelli istituzionali, innalzando la capacità analitica a diversi livelli decisionali, al fine di conferire alla Regione un ruolo programmatico con capacità di monitorare e valutare i servizi e le politiche sociali.

Nella prima fase di avvio del sistema informativo sociale si è proceduto innanzitutto all’esame delle rilevazioni esistenti nei singoli Distretti e della documentazione a livello nazionale e regionale, alla quale hanno fatto seguito gli incontri con le segreterie tecniche di zona per definire una processualità condivisa e concordata.

Per la gestione del sistema informativo è stata predisposta una semplice procedura per l’informatizzazione dei dati.

I dati sono raccolti dai Distretti su supporto cartaceo, oppure inseriti direttamente su supporto informatico. Le Segreterie Tecniche di Zona svolgono un ruolo di coordinamento per quanto riguarda la raccolta e l’invio dei dati dai Distretti alla Regione.



Sono stati effettuati corsi e seminari per gli operatori addetti alla raccolta dei dati, promossi dalla Regione.

La fase successiva di messa a punto del sistema informativo, dovrà prendere in considerazione il completamento delle schede con maggiore dettaglio per altre categorie di utenti (anziani, disabili, tossicodipendenti, immigrati), il perfezionamento della mappa dei servizi che dovrà raccordarsi con quella in campo sociosanitario, il miglioramento, l'affidabilità, la completezza e l'omogeneità dei dati raccolti, il miglioramento nella rendicontazione economica da parte degli Enti Locali e, in particolare, la raccolta delle informazioni sulla spesa e le attività sociali, sia a livello di Comune che di Distretto e di Zona.

### **L'Osservatorio Sociale Regionale**

---

L'Osservatorio Sociale Regionale, previsto dall'articolo 7 della L.R. 30/1998 quale strumento di analisi e di previsione dei fenomeni sociali, di diffusione delle conoscenze e delle elaborazioni in materia sociale, è funzionalmente collegato al sistema informativo sociale.

Particolare attenzione sarà posta al coordinamento e all'integrazione del sistema informativo con le altre iniziative finalizzate alla produzione e alla diffusione di informazioni in campo socio-economico, nonché con gli osservatori nell'ambito dei diversi settori della programmazione regionale quali quelli del mercato del lavoro, del volontariato, della sanità.

### **Azioni di sistema a supporto dell'autonomie locali**

---

Il decreto 2940/2001 ha previsto "interventi informativi, formativi e formazione continua per gli operatori territoriali". In particolare, a seguito della approvazione del Piano Sociale Regionale, la Regione Liguria ha affidato al Formez l'incarico di realizzare un percorso integrato di attività di formazione e di affiancamento consulenziale a supporto del consolidamento del sistema di welfare ligure, per gli Uffici regionali e per le Segreterie Tecniche delle Zone sociali, per il 2002 e il 2003.

È stato inoltre realizzato un progetto di assistenza formativa per la programmazione delle politiche sociali e sono stati fatti seminari che hanno in particolar modo riguardato:

- il Piano Sociale e le linee di programmazione per i Piani di Zona;

- la riforma Bassanini e la riforma del Titolo V della Costituzione;
- la progettualità integrata di zona;
- il bilancio sociale come strumento di gestione.

## La spesa sociale

La L.R. 30/98, all'articolo 31, in armonia con la L. 328/2000, prevede che il finanziamento regionale sia finalizzato agli obiettivi del piano regionale ed in particolare a sostenere il riequilibrio dei Servizi Sociali tra le Zone, le forme associative intercomunali, l'assistenza domiciliare e l'integrazione sociale di disabili e anziani, lo sviluppo di progetti sperimentali e azioni pilota, il potenziamento dell'Osservatorio Sociale anche per valutare la spesa dei Comuni e l'utilizzo dei finanziamenti regionali.

Il Fondo Nazionale e Regionale sono ugualmente finalizzati a finanziare i livelli di assistenza, le priorità di piano e la struttura organizzativa che sostiene la rete dei servizi sociali, come risorse finanziarie sussidiarie ai fondi già stanziati dai Comuni e con lo scopo di potenziare gli interventi in atto in ogni Distretto sociale ed in ogni Zona, attivando inoltre politiche sociali innovative.

Il riparto delle risorse si fonda sui seguenti principi:

- a) considerare in termini unitari le risorse provenienti dal bilancio regionale e dai trasferimenti statali;
- b) sostenere con le risorse regionali l'associazionismo intercomunale e l'organizzazione dei servizi per erogare prestazioni sociali ricomprese nei livelli essenziali e nelle priorità del piano nazionale e regionale;
- c) trasferire le risorse finanziarie, individuando un budget di zona, che consenta il potenziamento dei servizi distrettuali e sovradistrettuali;
- d) offrire ai Comuni un quadro preventivo triennale delle risorse per consentire i Piani di Zona;
- e) impegnare i Comuni negli stanziamenti di bilancio in rapporto alle potenzialità delle entrate fiscali, per potenziare l'offerta sociale;
- f) individuare sperimentazioni realmente innovative a valenza regionale, quali i titoli di acquisto dei servizi.





144

### Il quadro delle risorse regionali 2001/2003, comprensive dei trasferimenti nazionali

	2001	2002	2003
<b>Finanziamenti regionali</b> di cui:	<b>17.507.889,00</b>	<b>17.507.889,00</b>	<b>17.507.889,00</b>
– Fondo L.R 30/98	16.474.975,00	16.474.975,00	16.474.975,00
– Progetti sperimentali	1.032.914,00	1.032.914,00	1.032.914,00
<b>Trasferimenti statali</b> di cui:	<b>19.477.842,75</b>	<b>22.091.586,46</b>	<b>22.091.586,46</b>
Risorse finalizzate	7.115.322,00	7.115.322,00	7.115.322,00
Risorse indistinte	12.362.521	14.976.264,46	14.976.264,46
<b>Totale risorse correnti</b>	<b>36.985.731,75</b>	<b>39.599.475,46</b>	<b>39.599.475,46</b>

\* Al netto delle risorse in conto capitale espresse in euro.

I fondi di parte corrente regionali (comprensivi dei trasferimenti nazionali) sono ripartiti secondo un budget di zona e assegnati al comune capofila di Distretto per garantire i livelli essenziali di assistenza e le priorità di piano, secondo quanto indicato nei Piani di Zona per:

1. garantire un sostegno all'associazionismo intercomunale e all'assetto organizzativo dei servizi;
2. sostenere le responsabilità familiari e i diritti dei minori e degli adolescenti
3. sostenere la tutela delle persone anziane
4. sostenere la tutela sociale dei disabili
5. garantire efficaci forme di contrasto alla povertà
6. incentivare la prevenzione ed il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti e degli emarginati
7. promuovere, con le politiche attive del lavoro, l'utilizzo dei contributi UE per l'inserimento e reinserimento al lavoro.

Nei parametri di riparto si assegna un elevato valore alla struttura demografica (popolazione totale e popolazione obiettivo). Valori più contenuti sono assegnati alla potenzialità delle entrate fiscali, valutando i dati per ciascun Comune. Un ulteriore valore è assegnato alla densità di popolazione a favore delle zone montane meno densamente popolate.

Il riparto per il 2001, considerato anno di transizione rispetto alla pianificazione in atto, viene effettuato sulla base di criteri differenziati in relazione alla finalizzazione delle risorse, secondo quanto illustrato nella tabella seguente.

## Criteria di riparto del Fondo Sociale Regionale, anno 2001

Priorità	Tipologia di attività	Dotazione finanziaria	Modalità di riparto
Sostegno associazionismo intercomunale e assetto organizzativo dei servizi sociali	Sostegno alla struttura professionale dei servizi di Distretto (sportello di cittadinanza e segretario sociale)	L.1.857.000.000 (L. 328/2000)	I Comuni associati sono ripartiti in due fasce: 1ª fascia: 4.000- 10.000 abitanti: L.15.000.000 2ª fascia: 10.001-40.000 abitanti: L.25.000.000 Per i Comuni oltre i 40.000 abitanti compresa l'area metropolitana, è incentivato il decentramento con una quota di 38 milioni per Distretto (min. 20.000, max 60.000 abitanti).
	Sostegno all'organizzazione della zona	L.1.710.000.000 (L. 328/2000)	Assegnazione a ciascuna zona di un budget di L.90.000.000 per consolidamento segreteria tecnica di zona e dotazione di esperto sociale alla Conferenza dei Sindaci. Quota forfettaria alle zone del Comune di Genova. Quota parte è assegnata ai Comuni presenti nelle zone in cui vi è parte del Comune di Genova.
Responsabilità familiari e diritti minori e adolescenti	Servizi di sostegno ai nuclei familiari	L.4.500.000.000 (L. 328/2000)	60% in base al criterio demografico 40% in base al numero di nuclei familiari
	L. 285/1997 – minori	L.3.086.418.778	80% popolazione minori, 15% totale del Distretto, 5% estensione territoriale
	L.388/2000 abuso sessuale	L.402.322.767	Da accorpate alla L. 285/1997 con espressa indicazione di progetti in materia.
Tutela delle persone anziane	L.388/2000 informazione per le famiglie e telefonia anziani	L.563.756.227+ L.92.592.593	Budget per Conferenza dei Sindaci con predisposizione progetti da parte delle Zone
	Assistenza domiciliare	L.5.000.000.000 (L. 328/2000)	80% in base al criterio demografico-anziani, 10% in base al criterio della densità e 10% in base al criterio delle entrate fiscali (ICI)
	Potenziamento centri diurni	L.3.000.000.000 (L. 328/2000)	Ripartiti come sopra





146

Priorità	Tipologia di attività	Dotazione finanziaria	Modalità di riparto
	Progetti sperimentali e innovativi (assegno servizi)	L.2.000.000.000 (L.R. 30/1998) L.4.000.000.000 (L. 328/2000)	Finanziamento ripartito per numero stimato di casi, nelle sei sedi di sperimentazione (Genova, Savona, La Spezia, Imperia e Distretti sociali di Lavagna e Loano)
Tutela sociale dei disabili	Progetto sperimentale integrato sociosanitario	L.1.000.000.000 (L. 328/2000)	Riparto effettuato su casistica stimata per Zone. Progetto regionale per il supporto domiciliare/familiare ai cerebrolesivi gravi.
	L.104/1992 e L.162/1998-handicap	L.1.638.888.889	80% popolazione disabili: secondo indicatore ministeriale (6 per mille popolazione residente) 20% estensione territoriale
	L.284/97 – ciechi	L.338.253.736	Progetto nazionale, seconda quota (Istituto Chiossonne)
Prevenzione e reinserimento sociale soggetti dipendenti e emarginati	DLgs 286/98 – politiche migratorie	L. 1.720.093.951	Popolazione extracomunitaria residente al 31.12.1998
	L. 45/1999 lotta alle tossicodipendenze e progetti di recupero	L.5.447.711.570	Riparto per Conferenza dei Sindaci e articolazione in zone in relazione a numero tossicodipendenti. Progetti elaborati d'intesa con il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL e gli Enti ausiliari accreditati
Attività di interesse regionale	Studio e supporto al sistema dei servizi sociali; SISS; attività assistenziali di rilievo e progetti di eccellenza	L.1.357.323.731 (L. 328/2000)	
Soggetti no-profit operanti nel campo dei disabili	Riorganizzazione e adeguamenti strutturali	L. 800.000.000	Riparto in base alla presentazione di progetti e alla dimensione del servizio svolto dai soggetti richiedenti.

Fonte: Piano triennale Regione Liguria 2002-2004, elaborazioni Formez.

Per il triennio 2002/2004 il riparto dei finanziamenti derivati dalla L.R. 30/1998 e dai trasferimenti nazionali della L. 328/2000, si articolerà in “quote capitarie” pesate, da ripartire ai Distretti per le attività già individuate per l’esercizio 2001, secondo i Piani di Zona.

Per attività di studio e programmi a rilievo regionale è accantonata una quota pari al 2,5% della dotazione finanziaria complessiva. La quota capitaria è sussidiaria rispetto agli stanziamenti comunali ed è costruita, come da richiesta delle Zone, come segue:

- a) 60% fondi nazionale e regionale, ripartiti per zona in base al numero degli abitanti;
- b) 10% in base alla popolazione ultrasettantacinquenne;
- c) 15% in base a un indice inversamente proporzionale alle potenzialità fiscali rilevate dai dati ISTAT per l'annualità più recente disponibile;
- d) 15% in base ad un indice inversamente proporzionale alla densità di popolazione (per premiare i Distretti dei Comuni montani con minore densità di popolazione).











## Il sistema normativo

---

La prima definizione programmatica del modello a rete dei servizi socio-sanitari integrati in Lombardia risale al “*Piano Socio Assistenziale 88-90*” approvato con DCR 871/87.

Il processo di riordino dei servizi sociali avviene con la L.R. 31/97 “*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*”.

È invece più recente la definizione del quadro legislativo di riferimento che – in attuazione delle leggi Bassanini – ha distinto all’interno del “*Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia*”, approvato con la L.R. 1/2000, i ruoli e le competenze delle ASL, dai ruoli e dalle competenze dei Comuni, completando l’assetto funzionale con l’integrazione istituzionale.

Con la DCR 13/03/2002, n. VII/462 la Regione ha approvato il “*Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004*”.

Con DGR VII/7069 del 23/11/2001 vengono ripartite le risorse indistinte del fondo nazionale per le politiche sociali ed assegnate alle ASL e, per la parte di competenza al Comune di Milano, le risorse dei finanziamenti destinati agli ambiti distrettuali anno 2001”.

La circolare n. 7 del 29 aprile 2002 della Direzione Famiglia e solidarietà sociale “*Linee guida esplicative della DGR 11 novembre 2001, n. VII/7069*” fornisce indicazioni relative alle modalità di utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali attraverso la predisposizione ed attuazione dei Piani di Zona previsti dall’art. 19 della L. 328/2000.

La circolare prevede inoltre l’approvazione dei Piani triennali di Zona entro il 30/6/2002. Tutti i Piani sono stati consegnati a fine 2002 e la maggior parte sono stati accettati dalla ASL.

## Gli assetti istituzionali

Il Piano Sociosanitario Regionale si colloca in un contesto di graduale federalismo improntato alla sussidiarietà orizzontale intesa come partecipazione estesa di altri soggetti nella gestione dei servizi e non solo come decentramento di poteri dal centro alla periferia.

152

In tal senso rappresenta un passo significativo l'accordo siglato fra Stato e Regioni in data 8 agosto 2001 che prevede, fra l'altro:

- l'impegno del Governo a riconoscere alle Regioni la potestà autorizzatoria in materia di sperimentazioni gestionali;
- l'attribuzione alle Regioni della potestà di riconoscimento ai presidi ospedalieri dello status di azienda ospedaliera;
- l'impegno ad attribuire alle Regioni piena autonomia nel settore dell'organizzazione della sanità, congiuntamente con la piena responsabilizzazione sulla spesa sanitaria.

Partendo dal presupposto di realizzare la piena devoluzione al Governo regionale in materia sociosanitaria con il conseguente completo controllo dei fattori produttivi è necessario ripensare il ruolo regionale all'interno del sistema di welfare, anche al fine di evitare il rischio di sostituire al centralismo del Governo nazionale quello del Governo regionale.

In questa ottica la Regione, confermando il proprio impegno e la propria diretta responsabilità nel garantire la tutela della salute dei propri cittadini in attuazione del principio sancito dall'articolo 32 della Costituzione e secondo il modello di servizio sociosanitario regionale stabilito con la L.R. n. 31/1997 reputa opportuno rafforzare da un lato il ruolo di Governo del sistema attraverso più puntuali e condivise norme di programmazione, indirizzo e controllo e dall'altro potenziare il ruolo autonomo e le responsabilità gestionali delle aziende sanitarie pubbliche, particolarmente le Aziende ospedaliere, sviluppando le più efficaci ed avanzate tecniche direzionali e di management anche al fine del raggiungimento di una effettiva integrazione e parificazione fra strutture erogatrici pubbliche e private.

Il ruolo della Regione è quello di regolatore e controllore super partes del sistema sociosanitario e si estrinseca in modo molto rilevante nella funzione di valutazione del sistema nel suo complesso.

La L.R. 1/2000 all'art 4 riconosce che:

- “tutte le funzioni progettuali e gestionali dei servizi sociali sono esercitate dai Comuni” (comma 49);

- “le funzioni sono esercitate dai Comuni adottando a livello territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa, ed al rapporto con i cittadini, anche tramite associazioni intercomunali secondo le modalità previste dalle leggi 142/90, 59/97 e dal DLgs 112/98”;
- “i Comuni determinano autonomamente le forme per la gestione associata ai sensi della legislazione vigente” (comma 53).



Le ASL hanno funzioni di integrazione dei servizi sociali e sanitari (DLgs 229/99: Prestazioni Sociosanitarie: “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”).

Il Dipartimento Assistenza si occupa dell’integrazione sociosanitaria (la riabilitazione extraospedaliera; la tutela delle persone anziane; la prevenzione, cura, ricovero e riabilitazione dei disabili; la prevenzione e cura nell’area materno-infantile; l’area delle tossicodipendenza e alcooldipendenza; le attività di reinserimento sociale nell’area della salute mentale).

Il Dipartimento ha funzioni di programmazione, integrazione, coordinamento territoriale, gestione dei servizi, vigilanza e controllo relativamente alle attività sociosanitarie e anche sociali. L’ASL, sentita la Conferenza dei Sindaci pianifica le attività sociali.

Il regolamento del Dipartimento Assistenza stabilisce tra l’altro le modalità di accesso ai servizi sociosanitari, le procedure per l’attuazione degli interventi e l’erogazione delle prestazioni, le modalità di tutela degli utenti e di partecipazione alla spesa.

La Regione affida quindi all’ASL un ruolo che non è quello previsto dalla normativa nazionale che al contrario prevede una co-programmazione in campo sociosanitario di ASL e Comuni. Le ASL diventano così enti strumentali della Regione che declinano e gestiscono sul territorio la programmazione e le regole, accettando, monitorando e controllando i Piani di Zona.

## Il ruolo del terzo settore

La Regione promuove il riconoscimento e il coinvolgimento da parte dei Comuni associati dell’associazionismo, del volontariato e della cooperazione sociale presenti sul territorio, nelle attività di programmazione locale e nella predisposizione e adozione dei Piani di Zona.



In coerenza con gli obiettivi indicati nello stesso Piano Regolatore di Sviluppo rimane prioritaria per il corretto sviluppo della politica regionale in materia di terzo settore l'istituzione del Tavolo Permanente, destinato a costituire la sede stabile di raccordo tra la Regione e gli organismi sociali rappresentativi del comparto in questione.

## Il Distretto sociosanitario

Il Piano sottolinea che le ASL hanno la responsabilità della garanzia assistenziale e della tutela della salute di popolazioni definite, con impegno di risorse predeterminato per garantire servizi corretti, adeguati, appropriati, uniformi, e in relazione ai risultati di salute da garantire.

In tale contesto il Distretto sociosanitario si configura come “area sistema” grazie ai tre momenti specifici:

- sanitario;
- socio sanitario;
- sociale.

L'ambito territoriale per l'offerta dei servizi, quindi, coincide con i Distretti.

Il Distretto è l'articolazione gestionale per governare processi integrati e assume la funzione di organismo di governo del budget distrettuale. La dimensione ottimale è di 100.000 abitanti.

La missione strategica del Distretto:

- sviluppo nell'informazione, nell'educazione, della guida delle scelte del cittadino,
- corretto utilizzo degli strumenti informativi;
- definizione ed incentivazione di azioni per obiettivi e presa in carico per problemi;
- coinvolgimento dei MMG nella lettura dei fatti sanitari;
- erogazione integrata delle prestazioni fra i diversi livelli;
- supporto alla definizione dei contratti con le strutture erogatrici;
- sperimentazione del budget come strumento operativo di programmazione e controllo della medicina territoriale.

Nell'ambito del Distretto rientrano tutte quelle opportunità che garantiscono, fra gli altri, alla persona anziana con gravi limitazioni nell'autosufficienza, i seguenti servizi ed interventi;

- a regime domiciliare: cure domiciliari di natura sanitaria e sociale, buono sanitario e voucher, telesoccorso;
- a regime semi-residenziale: centri diurni;
- a regime residenziale: per interventi temporanei o a tempo determinato.



### **La riforma dei servizi sociali in Lombardia: attuazione della L. 328/2000**

155

Il Piano Sociosanitario Regionale (PSSR) “conferma ed esalta ulteriormente l’organicità sistemica che da tempo identifica e rende originale il welfare della Regione”.

Nel far ciò, il PSSR realizza una collocazione ottimale tra la specificità del suo sistema e le recenti trasformazioni introdotte nel quadro normativo nazionale:

- la riforma istituzionale che rende possibile aumentare ulteriormente il tasso di federalismo del welfare lombardo collocandolo in una prospettiva di concreta devoluzione;
- la riforma sociale recentemente promulgata che ha creato le precondizioni essenziali per la “*realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”, non a caso titolo e finalità principale della legge quadro.

Per il Piano la relazione con la riforma sociale è essenziale:

- sia per il ruolo che tale relazione assume rispetto alla sussidiarietà istituzionale ed al rapporto Regione/comune;
- sia per i maggiori gradi di libertà che consente e che risultano praticabili.

Nel Piano trovano la loro collocazione naturale gli adempimenti che la riforma sociale ha posto in capo alla Regione e che saranno tradotti in provvedimenti attuativi.

Si pone pertanto la necessità che lo sviluppo e la razionalizzazione del sistema di welfare lombardo, articolato nei suoi due sottosistemi, sociale e sanitario, trovino una concreta attuazione, in maniera coerente, nella definizione univoca dei criteri di autorizzazione, accreditamento, remunerazione, qualità e controllo delle unità d’offerta.

Tali criteri devono basarsi su indicatori che siano in grado di identificare le caratteristiche specifiche di ciascuna tipologia di unità d’offerta.

Non ultimo, in ossequio alle recenti disposizioni legislative del DPCM 14 febbraio 2001 entrato in vigore il giugno scorso, vanno definite le modalità di ri-



partizione degli oneri gestionali che prevedono un grado variabile di copertura da parte del bilancio regionale dei costi di ciascuna unità, all'interno di un ventaglio di disponibilità che, per il cittadino fruitore e/o il suo comune di residenza, può passare dalla totale gratuità, alla semigratuità, alla completa onerosità.

## La programmazione

---

### Il Piano Sociosanitario

Il Piano Sociosanitario, quale strumento di programmazione “unico ed integrato”, definisce le linee di sviluppo del sistema sociosanitario per i prossimi tre anni e contiene i seguenti elementi essenziali:

- orientamento allo sviluppo del sistema sociosanitario con il cittadino quale punto di riferimento di tutta l'azione organizzativa, rendendo sempre più flessibile e disponibile la pubblica amministrazione e superando una gestione burocratica e formalistica;
- individuazione di obiettivi prioritari sui quali impegnare e coinvolgere tutti gli attori del servizio sociosanitario e sociale regionale, attraverso un'opera costante di condivisione delle finalità da perseguire, delle risorse da destinare e dei criteri di valutazione dei risultati raggiunti e della qualità delle prestazioni erogate;
- forte responsabilizzazione di tutti gli attori alla realizzazione di obiettivi che il Consiglio Regionale individua, promuovendo una coesione sulle finalità;
- sviluppo e articolazione dei livelli di governo del sistema, dando piena attuazione alla sussidiarietà verticale ed orizzontale;
- orientamento allo sviluppo dei servizi coniugando integrazione e competizione in una logica di “rete” tenendo conto della complessità del sistema;
- proposte e sperimentazioni di modelli operativo gestionali che perseguano la compatibilità tra “i bisogni” e “le risorse”, all'insegna di uno “sviluppo sostenibile”;
- promozione di progetti a forte valenza innovativa sotto il profilo istituzionale ed organizzativo in un'ottica di evoluzione.

Il Piano Sociosanitario lombardo, in coerenza con l'impostazione finora assunta e ribadita sia nel programma di Giunta, sia nel Programma Regionale di Sviluppo è uno strumento entro il quale trovano spazio, e si incontrano, sia la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi sia la libertà di scelta del cittadino. Infatti la libertà di azione delle strutture e la

responsabilizzazione aziendale è elemento caratterizzante per dare efficaci ed efficienti risposte ai bisogni sociosanitari.

In essa vanno definiti tutti gli stimoli utili perché:

- da una parte, le strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, sia pubbliche che private possano migliorare la propria efficienza, migliorare la qualità delle prestazioni, ricercare le modalità per rispondere ai bisogni sociosanitari e sociali, ricercare la soddisfazione del cittadino, promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori, contribuire allo sviluppo della ricerca scientifica, concorrere all'attuazione dei programmi di prevenzione e di educazione alla salute, accrescere la capacità di comunicare con i cittadini, ridurre i costi di produzione;
- dall'altra, l'utente possa trovare le modalità più adeguate per dare soluzione ai propri bisogni, anche in termini di "autosoddisfacimento".

Il Piano si suddivide in due parti:

- la prima riporta il quadro entro cui la progettazione si realizza, le linee di sviluppo unitamente ad obiettivi strategici di medio e lungo termine, gli impegni per la Giunta e per le Direzioni Generali competenti;
- la seconda esplicita le linee di intervento nei particolari settori di attività, con gli obiettivi da raggiungersi nel triennio.

La prima parte si apre collocando il sistema sociosanitario e sociale nel contesto lombardo, italiano ed europeo, entro il quale il PSSR si va ad inserire: la progressiva devoluzione in materia sanitaria e sociale, il ruolo della Regione giocato sempre più sul fronte di regolatore del sistema e sempre meno su quello della gestione e della proprietà della rete delle strutture ospedaliere pubbliche, l'individuazione di strumenti che permettano una puntuale valutazione del sistema e delle aziende, la riforma dei servizi sociali in atto, la definizione dei livelli di assistenza, il ruolo dei professionisti, dei cittadini e della famiglia. Alla famiglia, centro del sistema socio-assistenziale e sanitario, viene riconosciuta una duplice funzione sociale in quanto *sensore* privilegiato di bisogni e *produttore* solidale di risorse.

La realizzazione di una politica per la famiglia è intesa nel Piano come promozione della crescita del suo ruolo e valorizzazione come risorsa primaria, come bene comune e come soggetto sociale titolare di diritti e non solo come aiuto in momenti di debolezza e difficoltà.

Le politiche sociosanitarie e di assistenza alla famiglia ed ai suoi componenti devono essere realizzate attraverso un approccio centrato sul nucleo familiare, in accordo con il sistema dei servizi.





L'indicazione delle linee di sviluppo sono esposte principalmente nelle sezioni dedicate a:

- la domanda di salute, in considerazione della quale si sviluppa il ruolo dell'ASL quale garante del cittadino e acquirente delle prestazioni con la necessità di rafforzare la funzione di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni sociosanitarie e di avviare la graduale esternalizzazione delle gestioni dirette;
- l'offerta dei servizi sociosanitari, con l'adozione del modello di sviluppo delle strutture in una logica di rete integrata, con la possibilità dei soggetti erogatori di farsi carico dell'assistenza nelle diverse forme di intensità assistenziale (dalla cura delle patologie in fase acuta, alla riabilitazione, alla lungodegenza e lungoassistenza in RSA e in RSH);
- le regole di governo del sistema, con l'indicazione delle risorse a disposizione nel prossimo triennio e la declinazione dei criteri per l'allocazione delle stesse.

### La rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni e il Piano di Zona

Per i servizi sociali è completa ed esclusiva la competenza “progettuale e gestionale” dei Comuni.

A riguardo però di tale titolarità comunale va tenuto presente che una delle principali innovazioni introdotte dalla legge quadro è costituita dalla obbligatoria riconduzione delle attività comunali di programmazione e gestione della rete dei servizi sociali al Piano di Zona prescritto dall'art. 19 della L. 328/2000.

Il PdZ è l'espressione programmatica, assunta con la forma giuridica dell'accordo di programma, attraverso la quale si esprime un soggetto nuovo del welfare.

La riconduzione del “*sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*” agli “*ambiti territoriali*” – definiti dalla Regione ma comunque sovramunicipali – individua un soggetto più adeguato per la programmazione, lo sviluppo e la gestione dei servizi sociali: il gruppo dei “Comuni aggregati nell'ambito” che adotterà la forma più opportuna per esercitare il suo ruolo scegliendo la più consona delle modalità offerte dalla legislazione vigente (*costituzione di unioni, associazioni, consorzi, aziende dei servizi alla persona*).

Con ciò è stata creata la prima delle precondizioni all'integrazione tra reti comunali e reti regionali in quanto viene superata innanzitutto la barriera dimensionale che fino ad oggi – *soprattutto in Regioni come la Lombardia ad elevata frammentazione municipalistica* – ha di fatto vanificato la reale inte-

grazione tra competenze comunali e competenze ASL imponendo tre strade obbligate: la delega delle proprie funzioni da parte dei piccoli Comuni alle ASL, la ricerca esasperata dell'autonomia da parte delle città, la conflittualità e la sovrapposizione delle funzioni esercitate da entrambi (vedi SAD ed ADI).

Nel febbraio 2003 la Regione Lombardia ha approvato la L.R. n. 1 del 13.02.2003 di riforma delle IPAB, prima Regione italiana ad adottare un atto legislativo organico di riordino.



### Integrazione sociosanitaria

Nell'ottica di integrazione si andrà ad intervenire su tutta l'offerta espressa nell'ambito del settore sociosanitario e socioassistenziale con l'obiettivo preciso di riorganizzare la rete sia omogeneizzando con il settore sanitario, laddove è possibile, le regole ed i modelli gestionali sia attraverso forme innovative di sostegno finanziario all'autosoddisfacimento quali:

- il buono socio sanitario che è una provvidenza economica a favore dell'utente nel caso in cui l'assistenza possa essere prestata da un care-giver sia esso familiare che appartenente alle reti di solidarietà (vicinato-associazioni);
- il voucher che è una provvidenza economica a favore dell'utente, utilizzabile solo in caso di prestazioni erogate da care-giver professionali.<sup>1</sup>

Ambedue le modalità prevedono come obiettivo primario il favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio dell'utente che necessita di prestazioni di lungoassistenza, consentendogli di soddisfare i propri bisogni attraverso la libera scelta delle modalità di assistenza e degli erogatori di prestazione.

Ulteriori obiettivi raggiungibili con l'erogazione di tali contributi sono:

- assicurare tutte le prestazioni dell'assistenza domiciliare sia domestica che integrata;
- sostenere lo sviluppo di erogatori pubblici e privati nell'area di assistenza domiciliare;
- favorire tra gli erogatori pubblici e privati accreditati una competizione regolata esclusivamente dall'utente;
- ridefinire il ruolo dell'ASL assegnandole progressivamente unicamente funzioni:
  - di autorizzazione e di accreditamento degli erogatori

<sup>1</sup> L.R.1/2000 in attuazione del DLgs112/98.

- di distribuzione dei voucher e di controllo delle prestazioni;
- associare i Comuni nella distribuzione del buono sociosanitario.



## I livelli di assistenza

160

I livelli essenziali di assistenza sono lo strumento utilizzato per rendere esplicite le garanzie offerte ai cittadini, attraverso la definizione delle prestazioni e dei servizi garantiti. In un'ottica di federalismo socio sanitario la Lombardia ritiene sarebbe più appropriato parlare di livelli necessari garantiti o addirittura di livelli di assistenza definiti a livello nazionale e ulteriori livelli garantiti/finanziati a livello regionale.

È questa una delle questioni cruciali da affrontare: il sistema deve essere sostenibile in termini di costo, garantire l'accessibilità ai servizi, l'equità e l'universalità, valorizzando la centralità del cittadino.

Vengono ipotizzati due scenari:

1. continuare a garantire tutto a tutti, come avviene oggi, non individuando in modo puntuale i livelli essenziali di assistenza, ma incrementando in modo consistente le risorse pubbliche dedicate alla sanità;
2. ridurre il livello di garanzia assistenziale, rendendolo compatibile con le risorse disponibili. Questo significa definire a livello nazionale le prestazioni socio sanitarie che si possono offrire in modo uniforme sul territorio italiano, stimolando l'intervento di forme integrative di finanziamento.

Il processo di definizione dei livelli di assistenza dal livello centrale a quello "periferico" (regionale, provinciale e locale) non deve scadere nell'esercizio di giustificare i costi ad oggi sostenuti dal SSN.

La definizione dei livelli di assistenza si connota come razionamento esplicito con tutte le conseguenze che ciò comporta sia a livello etico che a livello sociale. Per questo motivo, usare l'espressione "livelli garantiti" è più corretto anche se il limite della garanzia è definito soprattutto in base alle risorse disponibili.

Si tratta quindi di affiancare ai livelli di assistenza definiti centralmente, sulla base dell'Accordo Stato- Regioni dell'8/8/2001 (LEA), l'individuazione di soluzioni che consentano di fornire livelli di assistenza non ricompresi nei LEA, attraverso due iniziative distinte:

- a) individuare le modalità di sostegno e diffusione di fondi integrativi regionali di carattere sanitario, anche intercategoriali e alimentati da forme di partecipazione a carico dei singoli, sostenuti attraverso l'eventuale attivazione di fondi di garanzia pubblici;

b) studiare un sistema assicurativo-mutualistico obbligatorio, finalizzato alla tutela e salvaguardia delle fasce più deboli della popolazione, ed alla distribuzione solidaristica dei costi delle attività assistenziali, che garantisca in futuro la copertura del rischio legato alle condizioni di cronicità per alcune categorie di assistiti come cronici, disabili, anziani non autosufficienti.

L'introduzione di tale sistema dovrà essere necessariamente collegato armonicamente allo sviluppo del sistema istituzionale e organizzativo e monitorato attraverso l'individuazione di specifici indicatori che tengano in considerazione i differenti aspetti: economico e sociale.

In coerenza con tale previsione la Giunta regionale determinerà, con proprio provvedimento, le modalità ed i tempi di sperimentazione di livelli di offerta, ulteriori rispetto a quelli definiti a livello nazionale, attraverso l'assistenza integrativa da sottoporre ad approvazione del Consiglio regionale.

Naturalmente il cittadino potrà provvedere ad assicurarsi per livelli opzionali erogativi, giudicati non necessari dal Consiglio Regionale. L'ambito territoriale della sperimentazione dovrà essere individuato sulla scorta di indicatori di consumo per ridurre la forbice tra risorse e domanda.

### **L'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità**

Di fondamentale importanza per la sempre maggiore qualificazione del servizio sociosanitario, risulta l'ulteriore implementazione dei percorsi di definizione delle regole per:

- l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie, attraverso la messa a punto di un sistema autorizzativo volto a costituire un reale momento di garanzia e sicurezza per i cittadini;
- l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale, attraverso la definizione di ulteriori requisiti di accreditamento istituzionale.

Finora, il progetto di autorizzazione e accreditamento compiuto dalla Regione Lombardia ha riguardato prevalentemente l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Si tratta, ora, di estendere il progetto ai restanti ambiti delle attività sanitarie e sociosanitarie.

Parallelamente al percorso di accreditamento istituzionale, sempre maggiore dovrà essere l'impegno nell'implementazione del sistema qualità aziendale che dovrà trovare coerenza rispetto agli ambiti di sviluppo ap-





profonditi in questi anni. Tale percorso dovrà salvaguardare l'ottica di strumento aziendale di qualificazione delle attività, tenendo conto dell'ambito competitivo in cui operano oggi le strutture e del fondamentale punto di vista degli operatori.

Infine, sempre maggiore peso dovrà assumere il punto di vista dei cittadini con un'analisi approfondita e strutturata della qualità percepita dagli stessi, favorendo l'accessibilità ai servizi e promuovendo azioni di miglioramento mirate su aspetti fortemente sentiti dai cittadini. Uno sforzo aggiuntivo è richiesto al fine di collegare la qualità percepita alla qualità di vita dei cittadini in rapporto alle cure e ai trattamenti effettuati.

### La spesa sociale

---

Il Fondo Regionale per le politiche sociali è stato istituito in Lombardia con l'approvazione della L. 1/1986 di riordino delle funzioni socio-assistenziali. A partire dall'anno 2000 il fondo sociale di parte corrente è disciplinato per quanto riguarda la sua finalizzazione e modalità di riparto dalla legge di riordino del sistema delle autonomie in Lombardia<sup>2</sup>. Essendo assegnata alle Aziende sanitarie locali la competenza programmatica e di finanziamento delle attività socio-assistenziali gestite dai Comuni sono loro le prime a ricevere quote del Fondo Sociale Regionale da distribuire successivamente ai Comuni per il cofinanziamento dei servizi sociali.

Il Fondo è finalizzato al mantenimento ed allo sviluppo di servizi nell'area dei minori, degli anziani e dei disabili. Alle risorse disponibili per tali interventi si sommano quelle relative alle leggi di settore nazionali ed alle leggi regionali specifiche, come nel caso della legge sulla famiglia (L.R.23/99).

Il riparto fra le ASL delle risorse da distribuire ai Comuni per il sostegno ai servizi sociali è avvenuto nell'anno 2000 combinando due criteri: il fabbisogno economico per il mantenimento dei servizi in essere e le caratteristiche sociodemografiche della popolazione residente in ciascuna area territoriale. Infatti a partire dal livello di finanziamento erogato nell'anno precedente si sono applicati dei correttivi basati sulla popolazione residente "pesata" in relazione all'età. Progressivamente questo metodo dovrebbe condurre ad un riequilibrio della spesa nel territorio.

Nel 2001, con la disponibilità aggiuntiva delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali, la Giunta regionale ha adottato due separati atti per il

---

<sup>2</sup> D.G.R. 4464/01.

riparto dei fondi alle ASL, uno relativo alle risorse del Fondo Sociale Regionale ed uno relativo alle risorse indistinte del Fondo Nazionale.

Per quanto riguarda il Fondo Regionale sono state applicati criteri analoghi a quelli utilizzati l'anno precedente per il riparto dello stesso tipo di risorse.<sup>3</sup>

L'assegnazione delle quote delle risorse indistinte del fondo nazionale è invece stata oggetto di apposita decisione.<sup>4</sup> Le risorse di competenza dei singoli Distretti sono state trasferite alle ASL di riferimento in attesa dell'approvazione dei Piani di Zona.

Il 2% di tale somma è riservato agli adempimenti connessi all'avvio della riforma di cui alla L. 328/2000.

In sede di prima attuazione della L. 328/2000, la Regione ha inoltre individuato le finalizzazioni delle risorse del fondo nazionale nell'ambito dei Piani di Zona:

- 1) una percentuale che tenda – nel triennio – al 70% della quota assegnata deve essere destinata allo sviluppo di interventi volti al mantenimento al domicilio dei soggetti fragili, da realizzarsi attraverso l'erogazione di “titoli sociali” quali “buoni” e “voucher”.<sup>5</sup>
- 2) la restante percentuale che tenda – nel triennio – al 30% della quota assegnata deve essere destinata alla razionalizzazione e al potenziamento dei servizi indicati ai commi 2, 3, 4, dell'art. 20 L. 328/2000 con particolare riguardo al servizio di pronto intervento sociale, ai ricoveri di sollievo, e al riconoscimento degli oneri per il potenziamento dei servizi non cofinanziati con risorse autonome regionali.

La Regione considera legittimi nella pianificazione territoriali all'interno delle singole annualità di vigenza del Piano di Zona eventuali scostamenti dalla ripartizione percentuale indicata in delibera. Tuttavia si raccomanda di non prevedere nelle singole annualità scostamenti eccessivi rispetto alle percentuali indicate.

<sup>3</sup> D.G.R. 4464/01.

<sup>4</sup> D.G.R. 7069/01

<sup>5</sup> La Circolare n. 7 del 29 aprile 2002 della Direzione Famiglia e solidarietà sociale (“Linee guida esplicative della d.g.r. 11 novembre 2001, n. VII/7069”) definisce così i due strumenti:  
 – il buono è un titolo per mezzo del quale si riconosce e sostiene, prioritariamente, l'impegno diretto dei care-giver familiari o appartenenti alle reti di solidarietà nell'accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizione di fragilità. Lo stesso, inoltre, può essere orientato a soddisfare i bisogni di altri soggetti in condizioni di fragilità sociale nell'ambito di progetti individualizzati definiti con i servizi sociali dei Comuni;  
 – il voucher è un titolo per mezzo del quale è possibile acquistare pacchetti di prestazioni sociali erogate da parte di care-giver professionali (es. assistenza domiciliare, pasti a domicilio, servizi di lavanderia ecc).





Le quote di finanziamento del Fondo Nazionale per le politiche sociali (risorse indistinte) non possono, in alcun modo, essere considerate sostitutive dei fondi autonomi comunali; ciascun Comune è quindi tenuto a confermare almeno gli impegni finanziari già in atto precedentemente all'assegnazione delle risorse in oggetto.

In tale contesto la Regione ha predisposto degli strumenti di rilevazione della spesa sociale che evidenziano gli apporti economico finanziari di ciascun soggetto.

Nell'anno 2001 la ripartizione agli Enti Locali di risorse regionali per un importo complessivo pari a 213 miliardi lire, non ha visto sostanziali variazioni rispetto all'anno precedente. D'altro canto è stata prevista la distribuzione agli ambiti territoriali attraverso le Aziende sanitarie locali delle risorse indistinte statali, previa approvazione del Piano di Zona.

#### Ripartizione risorse indistinte e risorse proprie regionali, anni 2000 e 2001 (valori in lire)

	2000	2001
<b>Risorse proprie regionali</b>		
Assegnazione alle ASL sulla base dei criteri anni precedenti (con riequilibrio rispetto a quote capitarie pesate per anziani, minori e disabili)	<b>214.525.000.000</b>	<b>213.200.000.000</b>
<b>Risorse statali indistinte</b>		
contributi previsti per le attività svolte dalle Province in accordo con i Comuni in merito ai minori ex ONMI		3.700.000.000
fondo di riequilibrio tra gli ambiti territoriali		6.025.000.000
fondo per la montagna		361.500.000
risorse indistinte ripartite per ambito distrettuale		114.113.976.950
<b>Totale risorse statali indistinte</b>		<b>124.200.476.950</b>

Fonte: Del. 235/2000; Del. 4464/2001; Del. 7069/2001

---

## REGIONE MARCHE



165





## Il sistema normativo

---

La Regione Marche ha iniziato a definire le sue politiche sociali a partire dalla seconda metà degli anni '80: la L.R. n. 43/88 "*Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei Comuni per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella Regione*", pur affidando molte delle competenze alla Regione, ha previsto l'utilizzo del Piano Socio-Assistenziale per l'elaborazione del quale sono coinvolti i Comuni e le Province.

Con delibera amministrativa n. 306 del 1° marzo 2000 la Regione ha approvato il "*Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali*", definito "Piano processo per gestire la trasformazione".

L'avvio della riforma ha visto l'istituzione di un Comitato Tecnico Permanente (DGR n. 957 del 9.5.2000) e la nomina dei suoi componenti (DGR n. 2223 del 24.10.2000).

Contestualmente è stato avviato il processo di individuazione degli ambiti territoriali.

La Regione ha inizialmente istituito 29 ambiti territoriali (DGR n. 337 del 13.02.2001), riducendoli successivamente a 24 (DGR n. 592 del 19.03.2002).

Le "*Linee Guida per l'attuazione del Piano Regionale*", approvate con delibera n. 1670/2001, chiariscono alcuni nodi lasciati aperti dal Piano ed intervergono su alcuni elementi di novità quali quello relativo al Comitato dei Sindaci, al ruolo e alle funzioni del Coordinatore di Ambito e alle modalità di costruzione del Piano di Zona.

In seguito al ripensamento dell'articolazione degli ambiti territoriali, il termine di presentazione del Piano annuale a stralcio per l'anno 2002, nelle more del Piano triennale, fissato al 31/03/2002 dalle Linee Guida è stato sospeso per una nuova definizione con ulteriore atto deliberativo della Giunta Regionale in base ad accordi che verranno presi a breve con gli amministratori locali.



### **DM 308/2001 – autorizzazione strutture**

Da alcuni mesi sono stati avviati gruppi di lavoro per la produzione di manuali in merito sia all'autorizzazione che all'accreditamento di strutture residenziali e semi-residenziali.

Attualmente esistono un testo di legge già inviato in Commissione e una serie di regolamenti per le autorizzazioni alle strutture rivolte a minori, anziani, soggetti disabili e ad altre forme di disagio.

Entro la fine dell'anno dovrebbero essere presentati in Consiglio per l'approvazione.

### **DLgs 207/2001 IPAB**

La materia è in attesa di disciplina regionale.

### **DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari**

È stato istituito un gruppo di lavoro per l'integrazione socio-sanitaria all'interno dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

Per il recepimento dei LEA, la Sanità ha trasmesso una circolare alle ASL per segnalare la necessità di cautela nella definizione degli accordi.

Per i LIVEAS, la Regione sta attendendo il decreto nazionale e contemporaneamente sta lavorando con gli ambiti territoriali per una loro definizione, che muova dalla offerta esistente di servizi.

### **DPCM del 2001 sull'affidamento dei servizi**

Non vi è un atto specifico sull'affidamento dei servizi sociali.

La Regione si era però già dotata tramite la legge di recepimento della 381/91 (la L.R. 50/98 e delibera seguente) di una regolazione che proibiva il criterio del massimo ribasso e indicava criteri specifici per la valutazione delle domande in caso di gara per l'affidamento dei servizi sociali.

La Regione sta lavorando ad un aggiornamento della L.R. 50/98 con nuovi decreti, che dovranno affrontare anche la tematica dell'affidamento dei servizi.

La Regione non ha ritenuto opportuno elaborare un testo unico di legge per recepire le indicazioni della L. 328/2000, ma si è piuttosto impegnata nella stesura di norme specifiche o atti di indirizzo attuativi delle indicazioni espresse dalla legge nazionale.

Un ulteriore motivo per la mancata elaborazione di un testo unico di recepimento è dipeso dalla necessità di prevedere nei prossimi mesi un testo unico che tenga conto anche dell'iter nazionale di alcune leggi (ad es. la normativa sugli asili nido aziendali inserita nella legge finanziaria per il 2003, la nuova legge sull'immigrazione etc.).



## **Assetti organizzativi per le politiche sociali**

Attualmente esistono due Assessorati regionali, uno alla Sanità e l'altro ai Servizi Sociali.

Dopo un periodo in cui i Servizi Sociali hanno avuto una propria dirigenza, sono tornati all'interno del più generale Dipartimento della Sanità.

## **La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale**

Il Piano nasce all'insegna della "sussidiarietà verticale interistituzionale" in cui "i Comuni occupano il centro della scena come responsabili della rete e della programmazione dal basso".

La Regione, che fissa la regola e i principali obiettivi strategici e i cui compiti sono quelli di programmazione, indirizzo e coordinamento, "rimane totalmente estranea alla costruzione della rete dei servizi su scala locale, salvo stimolare l'associazionismo tra i Comuni, l'innovazione progettuale oltre ad attivare i processi di elaborazione dei Piani Territoriali, intervenendo presso i soggetti attuatori dove se ne renda necessario".

Alle Province sono riconosciute dal Piano le stesse funzioni previste dalla L. 328/2000 ovvero quelle di promozione e coordinamento nel territorio provinciale al fine della programmazione, la titolarità della formazione professionale, la funzione di osservatorio, analisi e diffusione sui bisogni.

Obiettivo del Piano – "i cui assi portanti sono da identificarsi nell'approccio universalistico, nell'enfasi promozionale (più che riparativa), nell'ottica del riequilibrio territoriale e dell'equità sociale" – è la costruzione di un sistema integrato di interventi sociali e servizi alla persona che trova realizzazione negli ambiti territoriali definiti "il livello di governo locale delle politiche sociali".

È il bilancio sociale di area che dà sostanza gestionale alla realizzazione di sistemi integrati di governo locale "senza preconstituire soluzioni di formalizzazione limitanti dell'autonomia degli enti e dei soggetti locali". Convenzioni, accordi di programma e Consorzi tra Comuni sono indicati dal Piano come



strumenti che consentono la predisposizione del bilancio sociale di area. Viene inoltre più volte ribadito come la concertazione sia “un processo cardine del nuovo modello di servizi, che consente da un lato di superare la rigidità degli assetti istituzionali e dall’altro di mobilitare tutte le risorse che possono concorrere proficuamente alla formazione di decisioni condivise (...)”

## Il ruolo del terzo settore

Il Piano definisce il terzo settore come “un attore fondamentale nel sistema dei servizi” e sottolinea come oggi “all’ordine del giorno ci sia il problema delle regole con cui far crescere le forme di collaborazione fra soggetti pubblici e soggetti no-profit e non già la scelta se favorire o meno il rapporto collaborativo”.

Tavoli misti pubblico-privato vanno quindi incentivati e promossi a livello dell’ambito territoriale, tramite un’azione di promozione e sensibilizzazione capillari.

Gli enti pubblici, dovranno “promuovere azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa, nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano a tali soggetti la piena espressione della propria progettualità”.

Dovrà essere data massima informazione su appalti, gare, affidamenti, convenzioni, accordi di programma, intese diverse allo scopo di favorire, anche da questo punto di vista, processi di imprenditoria sociale.

È necessario, inoltre, che i patrimoni finanziari e di competenza delle IPAB siano compiutamente finalizzati, nel rispetto della volontà dei fondatori, alla produzione di servizi di qualità, all’interno della rete locale di interventi e servizi sociali.

Un’attenzione particolare va poi dedicata alle politiche del credito nei confronti dei soggetti del terzo settore: va sviluppato un rapporto privilegiato con la Banca Etica.

## La programmazione

### L’avvio della riforma

L’avvio della riforma ha visto l’istituzione di un Comitato Tecnico Permanente (DGR n. 957 del 9.5.2000) e la nomina dei suoi componenti (DGR n.

2223 del 24.10.2000), rappresentativi di servizi interni alla Regione e di realtà pubbliche e private territoriali, così come previsto dal Piano al fine di garantire “la necessaria integrazione tra le strutture regionali ed un raccordo interistituzionale organico e continuativo con gli Enti Locali” e il coordinamento di tutte le attività finalizzate all’attuazione del Piano.

Contestualmente è stato avviato il processo di individuazione degli ambiti territoriali (il Piano affida questo compito alle Conferenze dei Sindaci della ASL che, attraverso un percorso concertativo che vede la partecipazione di tutti gli attori rilevanti sul territorio, li propongono alla Giunta Regionale che li istituisce con proprio atto deliberativo).

I 29 ambiti territoriali (DGR n. 337 del 13/02/2001) inizialmente individuati, sono in seguito stati ridotti a 24 (DGR n. 592 del 19.03.2002) compresi di norma entro i 100mila abitanti e corrispondenti ai Distretti sanitari o ai loro multipli fino a coincidere, in alcuni casi, con l’intero territorio dell’ASL.

Il Piano assegna agli ambiti territoriali le funzioni di raccordo tra la Regione e i Comuni ai fini della programmazione degli interventi, di coordinamento e di collaborazione tra i Comuni e tra questi e gli altri soggetti pubblici e di attuazione e verifica degli indirizzi della programmazione regionale (adozione del piano territoriale annuale e dei piani annuali di attuazione).

L’ambito territoriale è inoltre “il livello rispetto al quale ripartire il Fondo Sociale Regionale” e “il livello di integrazione tra servizi socio-assistenziali e servizi sanitari”.

Le Linee Guida per l’attuazione del Piano Regionale, approvate con delibera n. 1670 del 17.07.2001, chiariscono alcuni nodi lasciati aperti dal Piano ed intervengono su alcuni elementi di novità appena accennati, quali quello relativo al Comitato dei Sindaci, al ruolo e alle funzioni del Coordinatore di Ambito e alle modalità di costruzione del Piano di Zona.

Ogni ambito territoriale provvede alla costituzione del Comitato dei Sindaci (se l’ambito coincide con il Distretto sanitario il Comitato coinciderà con quello dei Sindaci di Distretto, se corrisponde a multipli di Distretto coinciderà con i Sindaci dei Comitati di Distretto e in caso di corrispondenza con la ASL coinciderà con la Conferenza dei Sindaci della ASL) e alla nomina del Presidente.

Il Comitato è il soggetto politico di riferimento dell’ambito cui compete:

- definire le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più adatte;
- individuare l’Ente Locale capofila;
- nominare il Coordinatore di Ambito e istituire l’Ufficio di Piano;
- definire le forme di collaborazione tra Comuni e ASL;





- elaborare e approvare il Piano di Zona istituendo l'apposito "tavolo di concertazione";
- approvare il bilancio sociale;
- approvare il programma delle attività territoriali del Distretto per la parte relativa all'integrazione sociosanitaria.

172

Al Comitato dei Sindaci di ogni ambito territoriale, si affianca un Coordinatore di Ambito, che costituisce l'elemento chiave per l'avvio e il funzionamento dell'ambito stesso garantendo, attraverso l'ufficio di Piano "una programmazione condivisa ed una regolamentazione omogenea della rete dei servizi sociali".

Il compito di nominare il Coordinatore di Ambito è affidato ai Comitati dei Sindaci che devono però individuarlo all'interno di un apposito elenco istituito dalla Regione.

Con il DGR n. 1674 del 17/07/2001 e con il DGR n. 2564 del 30.10.2001 la Regione ha fissato criteri e modalità per l'iscrizione all'Elenco Regionale dei Coordinatori di Ambito e ha approvato l'elenco nominativo degli aspiranti al ruolo, prevedendo inoltre che i Presidenti dei Comitati dei Sindaci comunicassero, ai fini dell'acquisizione di un parere della Giunta Regionale che compartecipa alla spesa, una "rosa" di candidati individuati per l'attribuzione dell'incarico.

Con DGR n. 614 del 27.03.2002 la Giunta Regionale ha espresso parere favorevole in ordine alla legittimità delle proposte pervenute specificando che il comitato dei Sindaci entro e non oltre 15 giorni dovrà provvedere alla nomina del Coordinatore e che in caso di omissioni ingiustificate la Regione provvederà di propria iniziativa. La Regione provvederà inoltre ad istituire la Conferenza Permanente dei Coordinatori di Ambito, coordinata dal servizio Servizi Sociali della Regione.

## I Piani di Zona

Le Linee Guida definiscono i Piani di Zona "lo strumento di programmazione a disposizione dei Comuni per avviare nei diversi ambiti territoriali la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi e interventi sociali".

Il Comitato dei Sindaci di ogni Ambito definisce un proprio percorso di coinvolgimento delle realtà locali pubbliche o private che concorrono alla progettazione e alla realizzazione concertata degli interventi e definisce le sedi per garantire la partecipazione dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti.

Nell'ambito della costruzione del Piano di Zona è necessario definire prioritariamente:

- le forme di concertazione con l'ASL e le modalità di integrazione sociosanitaria e di armonizzazione e raccordo con il PAT (Programma delle Attività Territoriali di Distretto) e con il Piano Strategico Aziendale;
- i termini e le forme di collaborazione con altri soggetti istituzionali (Province, Autonomie Scolastiche, i Centri per l'Impiego, le Università, etc.);
- le forme di collaborazione con altri ambiti territoriali per determinati servizi o progetti o interventi comuni;
- le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- le forme di collaborazione con i soggetti del terzo settore, superando la concezione della "delega" per adottare le modalità della co-progettazione;
- le risorse finanziarie complessivamente impegnate che contribuiscono a costituire il Bilancio Sociale (fondi dei Comuni, Fondo Unico Regionale, Fondo Unico Nazionale, budget dei Distretti sanitari, fonti di finanziamento nazionali ed europei, risorse dei privati).

È inoltre indispensabile che il Piano di Zona garantisca i seguenti contenuti:

- bisogni e risorse disponibili;
- obiettivi strategici di promozione sociale e qualità della vita;
- organizzazione dei servizi e della rete dei servizi essenziali;
- modalità di costituzione dell'Ufficio di Promozione Sociale;
- individuazione dei servizi a livello sovracomunale.

Il Piano di Zona viene adottato attraverso l'Accordo di Programma in cui devono essere specificati:

- i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune, della ASL e degli altri soggetti firmatari;
- l'individuazione di risorse vincolate per particolari obiettivi;
- le modalità di utilizzo qualificato della spesa in rapporto agli obiettivi prefissati;
- le iniziative di formazione e aggiornamento;
- la composizione del collegio di vigilanza.

Il Piano di Zona è trasmesso alla Giunta Regionale entro sei mesi dalla data di costituzione degli Ambiti territoriali, ha validità triennale e deve prevedere Piani annuali di attuazione.



## La gestione dei servizi

La gestione dei servizi può essere svolta dal Comune o dai Comuni in forma associata, direttamente o avvalendosi delle soluzioni gestionali previste dal DLgs 267/2000 o può essere delegata alle ASL.

Il Piano sottolinea come ci siano una serie di compiti che i Comuni non possono delegare, ma debbono invece attuare direttamente, sia pure tramite pratiche concertative” (conoscere i bisogni, programmare gli interventi indispensabili, valutare i risultati, promuovere un reale processo di partecipazione).

Il Consiglio Regionale, entro 6 mesi dalla data di approvazione del Piano, individua le tipologie delle strutture socio-assistenziali e socio-educative soggette all'autorizzazione e costituisce presso il Servizio Servizi Sociali una commissione permanente per il monitoraggio costante delle problematiche connesse all'autorizzazione.

In attesa che vengano definiti i requisiti regionali, i Comuni rilasciano per i servizi di nuova istituzione autorizzazioni provvisorie sulla base di normative vigenti, nel termine di tre anni dalla loro fissazione e provvedono inoltre a rilasciare autorizzazioni provvisorie per servizi nuovi sperimentali.

Si rende necessario un riesame da parte dei Comuni delle autorizzazioni rilasciate, una volta che siano stati fissati nuovi requisiti nazionali e regionali: il tempo per l'adeguamento deve essere congruo, 5 anni.

In mancanza di una normativa e di una regolamentazione specifica sugli standard di servizio, la Regione procede ad una ricognizione di “quello che si sta facendo” allo scopo di individuare profili, tipologie di servizi e unità operative, coinvolgere, tramite gruppi di lavoro operanti presso la Regione, professionisti e operatori per la costruzione degli standard su base regionale.

La Regione definisce, inoltre, i criteri per l'accreditamento delle strutture e dei servizi.

I Comuni provvedono all'accreditamento degli erogatori dei servizi sociali con riferimento alle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale.

Per il primo triennio di vigenza del Piano, la Regione esercita la funzione dell'accreditamento, avviando percorsi di sperimentazione in taluni tipi di servizi e attivando momenti formativi per gli operatori.

È in discussione il PdL “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociali a ciclo residenziale e semi-residenziale”: il testo affronta per il momento solo la questione dell'autorizzazione, mentre sull'accreditamento si sta lavorando in termini di definizione del concetto di qualità nei servizi.

## I livelli di assistenza

Il Piano prevede che la rete assicuri direttamente i livelli minimi di servizi, di prestazioni e di attività che saranno definiti con apposito atto della Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente.

L'organizzazione della rete dei servizi riconosce quattro livelli funzionali: comunitario, di emergenza, di sostegno alla persona, di sostegno alle famiglie.

Il Piano elenca inoltre i luoghi, definiti "regimi", in cui vengono organizzati i servizi e gli interventi (ufficio/sportello, domicilio, spazi diurni, residenziale) e identifica le cinque aree organizzative delle prestazioni, di seguito dettagliate.

- a) Ufficio di promozione sociale: l'Ufficio, che trova un omologo significativo nello sportello della salute previsto dal Piano Sanitario e con il quale deve sviluppare relazioni privilegiate ai fini dell'integrazione, svolge una funzione di raccordo tra la popolazione e la rete dei servizi. Presente nel rapporto di 1 ogni 10-15.000 abitanti, deve avere una dotazione di personale, reperito sulla base di intese ed accordi, pari almeno ad un assistente sociale ed un operatore sociale di supporto. Spetterà al Coordinatore di Ambito, di concerto con l'Ufficio di Piano e con i responsabili dei Distretti Sanitari di riferimento, curare le modalità organizzative degli Uffici.
- b) I servizi a domicilio: si accede alle prestazioni attraverso l'Ufficio di Promozione Sociale.
- c) Servizi semi-residenziali: una serie di prestazioni possono essere convenientemente organizzate avvalendosi di strutture di ospitalità diurna (asili nido, luoghi di incontro/agggregazione...). Ogni ambito deve disporre di almeno una sede per attività diurne.
- d) Servizi residenziali: alloggi temporanei (per accoglienza di non autosufficienti totali o parziali per periodi di tempo limitati; il dimensionamento deve essere valutato sulla base di caratteristiche demografiche, geografiche, ecc.); residenze protette (per non autosufficienti totali o parziali); case famiglia, alloggi autogestiti (per queste due strutture nulla viene specificato).
- e) Interventi per l'emergenza: per necessità economiche straordinarie, tutela ed assistenza a minori o non autosufficienti provvisti di assistenza familiare, per persone improvvisamente prive del loro alloggio.





Sono in corso di elaborazione ulteriori Linee Guida, in particolare per quanto riguarda gli Uffici di Promozione Sociale, che daranno indicazioni operative ai singoli ambiti territoriali, invitandoli a procedere nella logica della concertazione con tutte le realtà informative presenti sul territorio.

## L'integrazione sociosanitaria

Il Piano evidenzia le difficoltà a definire i campi dell'integrazione e la precarietà di qualsiasi classificazione ed indica, senza esaurire assolutamente i campi creditori di integrazione, alcune "categorie di problematiche sicuramente bisognose di integrazione sociosanitaria" (assistenza e riabilitazione dei disabili e dei portatori di handicap, assistenza agli anziani parzialmente e totalmente non autosufficienti, assistenza psicosociale alla maternità, all'infanzia e all'età evolutiva, recupero psicofisico e risocializzazione dei malati mentali, dei tossicodipendenti).

Altrettanto convenzionali devono inoltre essere considerate le correnti classificazioni per gli interventi operativi socio-assistenziali, sanitari e sociosanitari.

L'integrazione deve essere perseguita:

- a livello istituzionale obbligatoriamente nel quadro di accordi di programma, direttamente dal Comune singolo o in forma associata o tramite delega alle ASL;
- a livello gestionale nel Distretto come ambito ottimale per la gestione delle attività sociosanitarie e socio assistenziali eventualmente delegate dai Comuni, organizzando interventi e servizi in base a criteri di flessibilità, interprofessionalità e coordinamento funzionale;
- a livello professionale attraverso la costituzione di Unità Valutative Integrate che favoriscano gli approcci multidisciplinari per l'individuazione di situazioni ad alta problematicità e l'elaborazione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento.

È compito del Consiglio Regionale determinare, su proposta della Giunta Regionale, Linee Guida nei diversi campi dell'integrazione sociosanitaria e di individuare "livelli minimi" di integrazione che ogni ambito territoriale deve attuare.

La Regione ha già attivato il processo per la definizione degli atti di indirizzo (indicazioni di carattere organizzativo, finanziario e gestionale, inclusi gli standard minimi quantitativi e qualitativi) costituendo un gruppo di lavo-

ro congiunto tra il Servizio Servizi Sociali e il Servizio Sanità, con la collaborazione dell'Agazia Regionale Sanitaria.

La Regione promuoverà inoltre l'adozione di strumenti organizzativi che garantiscano processi assistenziali integrati per i cittadini, quali:

- protocolli operativi che definiscano le modalità tecnico-organizzative con le quali servizi sanitari e socio-assistenziali, svolgano in modo coordinato e unitario compiti dedicati a problemi di comune competenza;
- unità multidisciplinari, intese come équipes di lavoro composte da professionalità differenti ed appartenenti a servizi diversi, come sede operativa nella quale si adottano i progetti di intervento su utenti con bisogni che richiedono interventi coordinati;
- modalità di interscambio delle informazioni tra servizi sanitari e socio-assistenziali, nonché di raccordo dei sistemi informativi sanitario e sociale ai diversi livelli, da quello territoriale a quello regionale;
- percorsi di aggiornamento e di formazione comune per operatori dei servizi sanitari e di quelli socio-assistenziali, finalizzati a promuovere metodi di analisi ed intervento sempre più condivisi.



## Il sistema informativo

Il Servizio Servizi Sociali della Regione ha istituito (agosto 2000) l'Osservatorio Regionale per le Politiche sociali, e successivamente il Gruppo tecnico per l'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali (DGR n.1477 del 26/06/2001).

In questa fase l'Osservatorio si trova ad affrontare un processo di costruzione del sistema informativo sociale che si sta sviluppando attraverso analisi dei bisogni sociali, analisi organizzative e dei flussi periodici (informatizzati) dell'offerta di servizi e prestazioni sul territorio regionale.

L'Osservatorio Regionale si pone inoltre come elemento di raccordo del Centro Regionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza e del Centro Regionale di Ricerca e documentazione Handicap nonché delle altre attività già in corso in merito all'analisi organizzativa e monitoraggio delle realtà dei Consultori.

## Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali

Fra il 2000 e il 2001 è stato svolto un corso per circa 700 operatori pubblici e privati sul PSR e la L. 328/2000, in 15 città marchigiane e articolato in tre incontri informativi/formativi.



È stato svolto un corso per i coordinatori di ambito in tema di Piani di Zona che si è trasformato in corso propositivo per ulteriori Linee Guida, visto il livello di preparazione dei partecipanti. Il corso per i coordinatori di ambito è fatto con formatori esterni ed interni alla Regione.

È stato inoltre chiesto al Centro Servizio per il Volontariato Marche di organizzare momenti formativi rispetto alle suddette tematiche specificatamente per il mondo del volontariato.

Per la redazione del PSR è stata costituita una équipe di esperti esterni.

Attualmente sono presenti esperti esterni per curare aspetti specifici del PSR. Inoltre parte dell'attività di formazione per l'attuazione del PSR è realizzata tramite una organizzazione di formazione no-profit.

### La spesa sociale

---

La 43/88 (legge regionale sull'assistenza) prevedeva come criteri di riparto delle risorse per i servizi sociali agli Enti Locali il numero di abitanti e l'ampiezza del territorio.

Nel "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000-2002"<sup>1</sup> si afferma che l'elevato numero di leggi di settore ed ancor più l'eccessivo numero dei capitoli di spesa cui afferiscono le risorse proprie del bilancio regionale o per trasferimenti dallo Stato, impongono una rivisitazione generale dell'impianto normativo e quindi dell'assetto finanziario che conduca ad una razionalizzazione, sul piano dei contenuti, ma anche della forma, del sistema amministrativo marchigiano nel campo sociale.

La frammentazione ancora in atto impedisce un'attendibile quantificazione della spesa complessiva sostenuta e quindi una valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi posti in essere. Vi è quindi la necessità di ricondurre l'elevato numero di capitoli di spesa a pochi "Fondi Unici Regionali" differenziati in specifici interventi per tipologia di prestazioni anziché per tipologia di utenza.

Questa la strutturazione dei Fondi Regionali:

1. Fondo Unico Regionale ai Comuni per il cofinanziamento dei servizi sociali (L.R. 43/88);
2. fondi provenienti dalle leggi regionali di settore e per categoria (Minori: L.R. 8/98; Asili nido: L.R. 30/79; volontariato L.R. 48/95; cooperative so-

---

<sup>1</sup> Bollettino ufficiale della Regione Marche del 30 marzo 2000, n.15 suppl.

ciali: L.R. 50/95; Politiche giovanili: L.R. 46/95; Immigrati: L.R. 2/98; Emigrati L.R.: 39/97; Associazioni combattentistiche: L.R. 29/91; Associazioni di tutela delle categorie e fasce deboli: L.R. 24/85; portatori di handicap: L.R. 19/96; Famiglie: L.R. 30/97);

3. Fondo Regionale per il cofinanziamento degli interventi strutturali (L.R. 49/97);
4. Fondo per le attività regionali in campo sociale (art. 10, L.R. 43/88);
5. Fondo Nazionale per l'handicap (L. 104/94; L. 162/98; L. 284/97);
6. Fondo Nazionale per la lotta alla tossicodipendenza (L. 5/1999; DPR. 309/1990);
7. Fondo Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/1997 e L. 451/1997);
8. Fondo Nazionale per le politiche migratorie (L. 40/1998)

Il Fondo Unico Regionale ai Comuni è assegnato e ripartito tenuto conto della popolazione residente e della superficie del territorio di ciascun Comune, intesi quali indicatori sociali di base.

Con il Piano 2000-2002 viene istituito il Fondo Sociale Regionale per gli interventi e servizi sociali nel quale confluiscono:

- gli stanziamenti relativi alle norme regionali di settore abrogate;
- le assegnazioni statali non derivanti da specifiche leggi di settore;
- le risorse comunitarie dei fondi strutturali relative agli obiettivi 2 e 3;
- le ulteriori risorse attribuite in presenza di normative statali o regionali di settore;
- risorse proprie di bilancio per il finanziamento del fondo annuo incentivante per i servizi innovativi o di nuova istituzione, entro il limite del 20% del fondo unico regionale consolidato;
- contributi, donazioni, ecc.

Si ipotizzano 5 diversi capitoli del Fondo:

- per la Regione
- per le Province
- per i Comuni
- fondo incentivante
- fondo per la sperimentazione.

Con l'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza, come previsto dal Piano, il Fondo unico regionale è stato integrato con il fondo indistinto nazionale.

La Regione ha provveduto a liquidare sia il Fondo unico per i servizi sociali a tutti i Comuni degli ambiti sia il fondo che la Regione ha ritenuto di dover impegnare per sostenere l'avvio della riforma.



I criteri di riparto per il 2001 sono stati quelli proposti dalla L. 328/2000 e dal Piano Sociale Nazionale. È stata aggiunta una percentuale riservata ai Comuni delle zone montane data la loro specifica difficoltà.

Nella ripartizione dei fondi relativi all'anno 2001 è stata attribuita ai Comuni capofila una somma per sostenere le spese di organizzazione della riforma corrispondenti ad una quota pari a 50 milioni di lire per partecipare ai costi del coordinatore di ambito e ad una altra quota, calcolata in base al numero di abitanti dell'ambito, destinata allo staff del coordinatore e all'avvio degli uffici di promozione sociale.

I fondi delle leggi regionali di settore sono invece rimasti esclusi dal Fondo Unico ed il loro riparto è avvenuto sulla base delle regole specifiche precedentemente in essere.



---

## REGIONE MOLISE







## Il sistema normativo

---

Con la L.R. 1/2000 *“Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza”*, la Regione Molise ha inteso realizzare un organico sistema di protezione sociale, in conformità ai principi di sussidiarietà, efficienza, economicità ed adeguatezza, conferendo ai Comuni ed agli Enti Locali i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali.

Il Molise appare in una situazione di sostanziale attesa rispetto alle tematiche previste dalla L. 328/2000 non tanto sotto il profilo della filosofia generale di intervento, visto che in questo senso esiste la legge regionale del 2000, di poco precedente la L. 328/2000, che ha risentito della discussione nazionale in tal senso, quanto soprattutto in tema di effettiva applicazione degli elementi più innovativi previsti dalla normativa nazionale (Piani di Zona, co-progettazione, etc.). Fra le cause di tale situazione si può rilevare anche la paralisi politico-amministrativa, che ha bloccato l’operatività della Giunta e del Consiglio Regionale per oltre un anno e mezzo.

Manca pertanto l’attivazione di riflessioni mirate su tematiche quali le autorizzazioni, le IPAB, i rapporti con il terzo settore l’integrazione socio-sanitaria.

### DPCM del 2001 sull’affidamento dei servizi

Recepito indirettamente e parzialmente con DGR n. 881 del 17 giugno 2002, in attuazione della L. 17/2000 *“Norme attuazione e sviluppo cooperazione sociale”* e con la stessa delibera sono stati adottati un bando tipo e una convenzione tipo fra ente e fornitore. Viene proibito il massimo ribasso.

## La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale



Il sistema di assistenza sociale è finalizzato a realizzare una rete di opportunità e di garanzie orientate allo sviluppo umano ed al benessere della comunità, al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie, all'esercizio di una cittadinanza attiva, favorendo al massimo la permanenza dei cittadini fragili nel proprio ambiente di vita.

184

L'ordinamento dei servizi sociali si informa, in via prioritaria, ai principi di universalità degli interventi diretti alle generalità della popolazione; della centralità dell'azione promozionale volta a sviluppare l'autonomia sociale dei singoli e della comunità; della valorizzazione e sostegno delle reti sociali primarie, in primo luogo la famiglia, quale ambito di relazioni significative per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona; della valorizzazione delle risorse promosse dalla solidarietà sociale e dall'autorganizzazione dei cittadini e delle loro forme associative.

## Gli assetti istituzionali (artt. 14, 15 e 16)

Il Comune è titolare delle funzioni in materia di assistenza sociale e concorre alla formazione degli atti di programmazione regionale in materia socio-assistenziale e sociosanitaria, promuove l'attivazione ed il raccordo di tutte le risorse pubbliche, private, del privato sociale, del volontariato e di mutuo aiuto, per la realizzazione di un sistema articolato e flessibile di prestazioni e servizi, quale emanazione territoriale della "rete" di protezione sociale organizzata in favore della comunità.

I Comuni provvedono alla gestione tecnica ed amministrativa delle attività socio-assistenziali dotandosi di apposita "struttura organizzativa" e di personale qualificato con professionalità adeguata. In mancanza di proprie dotazioni organiche e/o in attesa di costituirle, i Comuni provvedono alla gestione tecnica delle attività socio-assistenziali, utilizzando, tramite apposite intese quadro disciplinate dalla Giunta Regionale, il personale di servizio sociale delle Aziende Sanitarie, di altri Enti Pubblici e degli Enti di utilità sociale.

Qualora si tratti di Comuni inferiori ai 1000 abitanti e/o di Comuni montani, le attività socio-assistenziali, per favorire una miglior efficacia-efficienza e compatibilità di spesa, sono gestite utilizzando le forme associative tra i Comuni.

La Regione, nell'ambito degli indirizzi e degli obiettivi generali della programmazione e con il concorso dei Comuni, delle Province, di altre istituzio-

ni pubbliche, quali l'Università, e dei soggetti privati, adotta il Piano Socio-Assistenziale regionale a carattere triennale, comprendente piani annuali di attuazione.

La Regione provvede inoltre:

- a ripartire le risorse del Fondo Sociale Regionale secondo le modalità previste all'articolo 27 della presente legge;
- a verificare l'attuazione del Piano, da parte dei soggetti pubblici e privati, con riferimento agli obiettivi, alle priorità, allo stato dei servizi, alla qualità degli interventi, al sistema informativo, alla ricerca ed ai progetti sperimentali;
- a curare l'assistenza tecnica agli enti gestori;
- ad emanare atti di indirizzo e di coordinamento e Linee Guida, per esigenze di omogeneità all'intero territorio regionale. Gli atti di indirizzo e le Linee Guida sono particolarmente utilizzate per la definizione degli assetti organizzativi e di gestione della materia socio-assistenziale, nonché per la definizione degli "ambiti territoriali" ottimali alla gestione dei servizi domiciliari e residenziali di carattere sociosanitario.

La Regione provvede ad un riassetto dell'Assessorato "Sanità e Sicurezza Sociale" riorganizzando, in particolare, le competenze sanitarie e socio-assistenziali in due aree di attività: "Pianificazione ed interventi socio-assistenziali" ed "Organizzazione e programmazione sociosanitaria".

La Provincia concorre alla elaborazione del Piano regionale socio-assistenziale triennale.

Le Province, d'intesa con la Regione, i Comuni e le Comunità Montane, promuovono forme di assistenza tecnica e di collaborazione con i medesimi Enti Locali, particolarmente per le attività trasferite.

### **Aspetti organizzativi per le politiche sociali**

Esiste un unico assessorato. Non vi è un dipartimento. Nella direzione generale in questo momento manca il direttore generale: sanità e sicurezza sociale fanno parte di una direzione unica. In teoria vi è una legge di riorganizzazione, la L.R. 7 del 1997, che dovrebbe suddividere le attività per settori: in pratica tale riorganizzazione non è stata ancora fatta.

A livello locale i Comuni gestiscono dando in affidamento i servizi ai privati e non si sono registrate quasi mai forme di delega alla ASL.





## Gli ambiti territoriali

Gli ambiti territoriali, definiti Distretti, corrispondono ai Distretti sanitari o alle Comunità Montane. Nel caso il Distretto sanitario ricomprenda più Comuni di quelli che intendono associarsi per la gestione della materia sociale, possono costituirsi, all'interno dello stesso Distretto sanitario, più "unità distrettuali sociali".

## La programmazione

### Il Piano triennale Socio-Assistenziale

Il Piano triennale Socio-Assistenziale regionale è lo strumento di programmazione e di Governo del sistema dei servizi e della rete di protezione sociale.

La Regione tramite il Piano provvede a definire gli indirizzi, gli obiettivi e le priorità sociali, nonché i criteri di attuazione degli interventi sociali e le modalità di finanziamento.

Il Piano individua i principali fattori di sviluppo e di rischio come elementi di orientamento per gli interventi dei piani settoriali nelle materie di competenza regionale. Il Piano regionale è articolato in indirizzi generali per l'organizzazione e la gestione delle funzioni sociali, progetti obiettivo e azioni programmatiche, con particolare riferimento a sperimentazioni e innovazioni, sia nei modelli gestionali che nell'introduzione di nuovi servizi.

Il Piano triennale è articolato in piani annuali in cui si prevedono obiettivi e azioni da portare a termine in tempi ravvicinati.

Nel Piano annuale, in relazione alle verifiche effettuate, possono essere previsti aggiustamenti e integrazioni al Piano triennale.

Il Piano triennale individua criteri ed indicatori volti a favorire la promozione ed il controllo dell'efficacia e della qualità degli interventi.

È stata approntata una bozza di Piano Sociale Regionale che riprende il Piano Sociale Nazionale e la L. 328/2000.

### Gli interventi socio-assistenziali

Gli interventi socio-assistenziali hanno natura solidaristica e sono rivolti a persone, famiglie ed aree interessate dai processi di emarginazione ed esclusione sociale, mediante azioni di supporto integrative e/o sostitutive di funzioni proprie della rete sociale primaria.

Gli interventi socio-assistenziali in particolare comprendono: i servizi domiciliari, gli interventi di sostegno economico, i servizi per l'alloggio, i servizi semi-residenziali e residenziali, gli interventi di accoglienza, sostegno e tutela sociale dei minori, degli anziani, dei portatori di handicap e dei soggetti con disagio e svantaggio sociale.

Le attività ed i servizi sono realizzati attraverso una distribuzione in rete, che integra i livelli di offerta da parte di istituzioni pubbliche ed organizzazioni di utilità sociale, che contribuiscono alle finalità della presente legge e attraverso la predisposizione di un progetto personalizzato che contemperi prestazioni locali con emolumenti economici erogati dallo Stato in percorsi assistenziali integrati.

Gli interventi di diritto allo studio hanno lo scopo di facilitare la frequenza delle scuole di ogni ordine e grado attraverso la rimozione di cause economiche e ambientali, nonché di integrare le attività scolastiche con azioni promozionali nel campo educativo, del recupero didattico, dell'orientamento professionale e dell'avviamento al lavoro.

Per favorire il diritto allo studio la Regione, per quanto di competenza, i Comuni e gli Organi della scuola attivano tutti i collegamenti necessari con gli interventi sociali e con le attività sanitarie e sociosanitarie di carattere medico, psicologico e pedagogico.

I Servizi domiciliari si configurano come sistema coordinato di prestazioni socio-assistenziali, socio-educativi e sanitarie finalizzate all'aiuto alla persona, rese nell'ambiente di vita e di lavoro. Sono prioritariamente effettuati a favore di persone che vivono in condizione di dipendenza e di famiglie o nuclei di convivenza che provvedono all'assistenza e alla cura di soggetti non autosufficienti.

Gli interventi di sostegno economico sono diretti a persone, famiglie e nuclei di convivenza sprovvisti delle risorse necessarie a soddisfare i bisogni fondamentali della vita quotidiana e comprendono contributi economici continuativi, contributi economici straordinari per situazioni di emergenza individuale o familiare, contributi per il diritto allo studio.

Possono essere altresì concesse anticipazioni e "prestiti d'onore" senza interessi, in favore di famiglie, con o senza figli, in gravi e temporanee difficoltà finanziarie o che intendono provvedere ad interventi straordinari per l'abitazione.

Per ciò che riguarda i Servizi per l'alloggio, i Comuni, per far fronte a stati di bisogno abitativo di soggetti cui siano accertate particolari condizioni di disagio e svantaggio sociale con riferimento all'età, alle condizioni di salute, sociali ed economiche, all'esistenza di reti familiari, provvedono ad inter-





venti di manutenzione e di adeguamento di alloggi, alla concessione di contributi per l'installazione di servizi ad uso domestico, all'integrazione parziale o totale dei canoni di locazione, alla stipula di convenzioni anche tramite gli Istituti Autonomi Case Popolari (IACP) con soggetti privati proprietari di immobili da destinare ad abitazioni.

Secondo i criteri previsti dalla vigente normativa possono essere costituite da più Enti (Comuni, Comunità Montane, Istituti Autonomi Case Popolari) "società miste" per effettuare le opere di manutenzione ordinaria e straordinaria degli alloggi e delle strutture socio-assistenziali e sociosanitarie residenziali.

I Servizi residenziali comprendono attività assistenziali, parzialmente tutelari, di promozione e socializzazione, dirette a persone con parziale o totale dipendenza, per cicli diurni o a tempo pieno. Detti servizi, in relazione alle caratteristiche dell'utenza, possono integrare gli interventi di assistenza domiciliare, essere luogo di cura, socializzazione e di promozione culturale della persona.

In relazione alle prestazioni offerte, alla tipologia degli ospiti ed al personale addetto alle attività assistenziali, i servizi residenziali si classificano come segue:

- a) centro diurno
- b) comunità alloggio
- c) residenza socio-assistenziale
- d) residenza protetta
- e) residenza sanitaria assistenziale

I servizi di cui alle lettere d) e), unitamente alle prestazioni sociali, offrono anche prestazioni sanitarie tramite proprio personale o con personale messo a disposizione dalle Aziende Sanitarie, attraverso specifiche intese con le stesse stipulate.

Le modalità di accesso degli ospiti alle strutture residenziali, le tariffe dalle stesse praticate, il concorso alla spesa da parte degli ospiti, gli standard di personale, i requisiti organizzativi, edilizi e tecnologici sono stabiliti da apposita direttiva del Consiglio regionale da emanarsi entro 120 giorni dalla data di approvazione della presente legge.

Sono definite prestazioni di "emergenza assistenziale" le attività finalizzate ad offrire sostegno domiciliare ed immediata accoglienza, tramite strutture e/o risorse di tipo residenziale, a persone che per qualsiasi motivo ne abbiano necessità. In particolare tali interventi sono rivolti: ai minori per i quali si deve disporre un immediato allontanamento dall'ambiente familiare, agli adulti, ai minori ed ai genitori in situazioni di grave difficoltà sociale, ivi compreso gli ex detenuti degli istituti penitenziari e alle

donne sole e con figli, vittime di maltrattamenti, violenza ed abuso sessuale o comunque necessitanti di protezione abitativa.

I Comuni provvedono agli interventi di tutela sociale in favore dei minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, per non-idoneità temporanea della famiglia e per situazioni di abbandono materiale e morale.

Gli interventi consistono nell'appoggio personale e nell'affido familiare e/o a strutture di accoglienza per garantire al minore la protezione ed il sostentamento quotidiano e vengono illustrati in apposito progetto personalizzato alla cui redazione provvede il personale di assistenza sociale dei Comuni, in collaborazione con lo psicologo ed il personale medico dell'Azienda Sanitaria, coinvolgendo nelle scelte il minore stesso.

I Comuni, d'intesa con i servizi di recupero e di riabilitazione delle Aziende Sanitarie Locali, assicurano attività di sostegno e di appoggio familiare ai disabili provvedendo a forme di integrazione tra attività socio-assistenziali e sanitarie. Il Piano Sociale Regionale indica gli obiettivi prioritari di intervento nei confronti dei disabili ed individua i settori dell'integrazione sociale con particolare riferimento a:

- a) inserimento scolastico e formazione professionale;
- b) inserimento al lavoro, anche con forme protette di mediazione economica e tecnica concretizzate in interventi di "tutoraggio" per agevolare l'addestramento professionale ed il collocamento al lavoro;
- c) mobilità sul territorio intesa, tra l'altro, come possibilità di fruizione dei mezzi pubblici o utilizzazione di forme di trasporto agevolate.

### **Autorizzazione ed accreditamento**

L'autorizzazione al funzionamento dei servizi socio-assistenziali, gestiti da Enti e da organismi di utilità sociale o da soggetti privati, è rilasciata dal Comune in cui hanno sede le attività. Nel caso le stesse siano realizzate nel territorio di più Comuni, provvede il Comune in cui è ubicata la sede legale dell'organismo o del soggetto privato, sentiti i Comuni interessati.

L'accreditamento è procedura aggiuntiva all'autorizzazione e consiste nel possesso di requisiti superiori ai requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione, nonché nell'accettazione dei principi di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Per l'autorizzazione e l'accreditamento la Regione provvede ad apposite Commissioni, composte da professionalità sociali, esperti del campo educativo e pedagogico, professionalità mediche e dell'area psicologica, infermieri-



stica e della riabilitazione. Le Commissioni, per le attività autorizzative, di verifica e controllo, si avvalgono di appositi strumenti di valutazione.



## Integrazione sociosanitaria

190

L'integrazione delle prestazioni socio-assistenziali con le attività sanitarie si effettua in maniera prevalente per gli interventi nelle aree "materno infantile", "handicap e salute mentale", "dipendenti da droghe, alcool o sostanze psicotrope" e "anziani.

In termini di produttività, efficacia e funzionalità, l'ambito territoriale ottimale per effettuare l'integrazione sociosanitaria è il Distretto.

Qualora i Distretti sanitari individuati dal Piano sanitario siano territorialmente più estesi di quelli sociali, possono confluire nel Distretto sociosanitario anche più unità distrettuali sociali.

Le forme di gestione integrata possono effettuarsi:

- a) tramite l'adozione di accordi di programma, tra i Comuni e le Aziende Sanitarie, stabilendo procedure operative e protocolli assistenziali integrati, in cui sono definite, per ciascun Ente, le prestazioni offerte e gli oneri a proprio carico, nonché le modalità di erogazione della prestazione da parte delle diverse figure professionali e la verifica congiunta sulla qualità e sugli esiti. Nelle procedure e/o nel protocollo assistenziale, deve essere individuato il responsabile del procedimento;
- b) con la costituzione di istituzioni o di società miste di gestione tra Azienda Sanitaria e Comuni;
- c) tramite delega delle attività socio-assistenziali dai Comuni alle Aziende Sanitarie, con oneri a carico dei Comuni, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione di tali attività da parte dell'Azienda Sanitaria che assume la gestione delle attività sociali dopo l'acquisizione delle disponibilità finanziarie dai Comuni.

Sono ritenute più funzionali e di garanzia per la salvaguardia del profilo delle attività sociali le forme di gestione sociosanitaria indicate alle lettere a) e b).

## L'Osservatorio Sociale Regionale

È istituito con il concorso dell'Università, degli Enti pubblici, di Enti ed organizzazioni di utilità sociale a cui è affidata la rete dei servizi socio-assistenziali, nonché di altri organismi di ricerca, istituzioni culturali e sociali, un

Osservatorio regionale dei fenomeni sociali, per offrire dati quantitativi e qualitativi sui problemi sociali della Regione.

L'Osservatorio provvede alla elaborazione di indicatori sui bisogni della Regione con particolare riferimento alla povertà, ai problemi della famiglia e dei minori, alla scolarità, all'integrazione sociale dei portatori di handicap, di patologie psichiatriche, all'emarginazione ed al disagio sociale. Tali indicatori sono utilizzati come base documentale e statistica per la costruzione e la definizione del Piano Socio-Assistenziale.

Tenuto conto del rapporto tra bisogni e attività della rete di protezione sociale, ivi compresa la valutazione costi/benefici, l'Osservatorio si avvale anche della collaborazione dei Comuni, delle Comunità Montane e delle Province, provvedendo, d'intesa con la Regione, ad attività formative per gli operatori di tali Enti.

La Giunta Regionale, con specifico provvedimento, provvede alla costituzione dell'Osservatorio dei fenomeni sociali indicando le modalità di integrazione dello stesso con strutture analoghe già funzionanti, particolarmente con l'Osservatorio epidemiologico e con il Sistema Informativo Sanitario.

### **Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali**

---

La Regione sta facendo ora "piani stralcio" che dovranno confluire nel Piano Sociale, per garantire il supporto tecnico e formativo per gli Enti Locali.

I piani stralcio fanno riferimento a singoli tipi di politiche: ad esempio la L. 285/1997 dovrà confluire nel Piano Sociale: per ora, avendo completato il primo triennio relativo a tale legge ed avendo già finanziamenti specifici, si è deciso, pur attenendosi alla L. 328/2000, di promulgare una delibera per un anno sperando poi che il nuovo PSR permetta il finanziamento complessivo per gli ulteriori anni del triennio (gli ambiti sono le due province).

Lo stesso è stato fatto con un bando per la L. 104/1992 (handicap) e per la L. 162/1996. Lo stralcio è fatto per mandare avanti i servizi di più urgente necessità.

Il Piano sanitario non è ancora pienamente attuato: non vi sono ancora Distretti sanitari (vi sono solo le 4 ASL) e quindi l'idea di correlare Ambiti territoriali con Distretti è abbozzata nel PSR e nella legge del gennaio 2000, pensando a 8 Distretti, ma i funzionari regionali non sono ancora sicuri se passerà tale impostazione.



## La spesa sociale

---

La ricostruzione delle risorse complessivamente disponibili per le politiche sociali regionali risulta assai complessa e le uniche informazioni disponibili sono le seguenti:

- esiste un apposito finanziamento contabilizzato a parte relativo alle leggi di settore, sia regionali sia statali;
- in relazione alla L. 285/1997 la Regione ha ricevuto uno stanziamento di circa 4.650.000 euro (9 miliardi di lire) per il primo triennio ed altrettanti per il secondo;
- in relazione alla L. 328/2000 la Regione ha ricevuto un finanziamento aggiuntivo di circa 12 miliardi di lire annui.

---

## REGIONE PIEMONTE



193





## Il sistema normativo

Il primo provvedimento con cui la Regione Piemonte ha dato avvio alla fase di attuazione della L. 328/2000 è il disegno di legge n. 348 “*Nuovo ordinamento del servizio sanitario: il modello del Piemonte. Piano Sociosanitario Regionale per il triennio 2002-2004*”, che si pone come obiettivi la delegificazione e la semplificazione normativa in una materia estremamente parcellizzata.

Nel provvedimento, da cui emergono poche indicazioni inerenti il sociale, si delineano i principi e gli assetti di carattere generale, rinviando a provvedimenti amministrativi l’applicazione degli interventi di esecuzione.

L’art. 1 afferma che “l’organizzazione e la gestione del servizio sanitario e dei servizi sociosanitari integrati viene realizzata nel rispetto del principio della sussidiarietà che comporta la partecipazione al processo di sviluppo delle attività sanitarie e sociosanitarie integrate da parte degli Enti Locali, delle università, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale che operano nel settore della sanità e dell’assistenza, del volontariato, degli enti gestori delle strutture accreditate pubbliche e private, delle organizzazioni sindacali, degli operatori pubblici e privati”.

Il Piano di Zona viene citato all’art. 34 e l’art. 37 indica le convenzioni con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali quale strumento di regolazione delle attività integrate.

Il 25 maggio la Giunta Regionale ha approvato la Bozza 27/12/2001, proposta di disegno di legge “*Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali*”. Tale disegno di legge solo alla fine del 2002 ha intravisto la conclusione del suo percorso nell’aula consiliare del Consiglio Regionale Piemontese, assumendo anche pesanti modificazioni rispetto alla prima bozza approvata dalla Giunta Regionale, soprattutto in materia di ripartizione delle competenze tra Comuni ed ASL.



Non sono ancora stati definiti gli ambiti (coincideranno probabilmente con i Distretti sociosanitari) e non sono state date indicazioni né termini per i Piani di Zona.

Non vi è stato alcun recepimento degli atti di indirizzo emanati a seguito della L. 328/2000.

### **La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale**

L'art. 2 afferma che “il sistema integrato degli interventi e servizi sociali nella Regione Piemonte viene programmato e organizzato secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia ed efficienza, omogeneità territoriale, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali, nell'ambito dei principi generali e delle finalità del sistema integrato di interventi e di servizi sociali stabiliti dalla legge nazionale”.

### **Gli assetti istituzionali**

L'art. 4 afferma che, nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica, sono di competenza della Regione la definizione degli ambiti territoriali, la realizzazione del sistema informativo regionale dei servizi sociali, l'adozione del Piano regionale e degli atti di indirizzo e coordinamento, la definizione, sulla base dei requisiti minimi definiti dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali a gestione pubblica o privata. Inoltre la Regione, al fine di assicurare una risposta completa e adeguata al raggiungimento del benessere complessivo dei cittadini, attua l'integrazione sociosanitaria determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri e le modalità di erogazione dei servizi, compresi quelli di finanziamento, nell'ambito della normativa nazionale vigente.

Le Province, Enti intermedi che concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e soggetti di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio, sono attribuite le funzioni previste dalla legislazione nazionale.

L'art. 6, afferma che i Comuni sono titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale, concorrono alla programmazione regionale, anche mediante l'elaborazione di proposte per la definizione del Piano Regionale ed in particolare programmano e realizzano il sistema locale de-

gli interventi sociali a rete, stabilendone le forme di organizzazione e di coordinamento, i criteri gestionali e le modalità operative, elaborano ed adottano, mediante un accordo di programma, i Piani di Zona.

### **Gli ambiti territoriali**

---

Al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari, la legge individua, in linea generale, gli ambiti territoriali dei Distretti sanitari o di multipli degli stessi quale ambito ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi vengono definiti tramite forme di concertazione tra la Regione e gli Enti Locali con le medesime modalità previste per la predisposizione del Piano Regionale e in raccordo con le ASL.

### **La programmazione**

---

La Regione, le Province e i Comuni adottano come metodo della programmazione la concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4 L. 328/2000, e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale; particolare rilevanza assume la concertazione con le aziende sanitarie locali per le prestazioni sociosanitarie integrate, specialmente per quelle ad alta integrazione.

### **Il Piano Regionale**

In relazione alle indicazioni del Piano Nazionale, la Regione elabora il piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali. Il Piano Regionale è integrato con il Piano Sanitario Regionale e con il piano regionale di sviluppo e viene predisposto utilizzando i metodi della programmazione di cui all'art. 14.

Il Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali indica le aree e le azioni prioritarie d'intervento, al fine di realizzare una rete integrata di interventi sociali, nonché i criteri per la loro verifica e valutazione e formula gli indirizzi e i criteri per la destinazione e il riparto del Fondo Regionale per la gestione del sistema integrato.





## Il Piano di Zona

“I Comuni singoli o associati d’intesa con le ASL interessate per quanto attiene alle attività a rilievo sanitario, provvedono a definire il Piano di Zona, che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza”. Il Piano di Zona, definito in coerenza con quanto previsto dal Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, viene approvato tramite accordo di programma.

La Giunta Regionale individua Linee Guida di carattere procedurale per la predisposizione del Piano di Zona. Il Piano dei servizi sociali è integrato nel più generale quadro delle politiche della sanità, dell’ambiente, dell’istruzione, della formazione, del lavoro, della casa, dei servizi del tempo libero, dei trasporti e comunicazioni.

## La gestione dei servizi

La Regione individua nella gestione associata la forma più idonea a garantire l’efficacia e l’efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei Comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell’esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali.

Per la gestione associata delle funzioni i Comuni adottano le forme associative previste dalla legislazione vigente che ritengono più idonee ad assicurare una ottimale realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali compresa la gestione associata tramite delega all’ASL nel caso che questo rappresenti la soluzione ottimale per il territorio interessato e le cui modalità gestionali vengono definite con l’atto di delega.

## I livelli di assistenza

Le prestazioni e i servizi essenziali indispensabili ad assicurare risposte adeguate sono il servizio sociale professionale e segretariato sociale, l’assistenza domiciliare ed educativa territoriale, l’assistenza economica i servizi residenziali e semi-residenziali e servizi per l’affidamento e le adozioni e il pronto intervento sociale

“Tali prestazioni e servizi sono gli strumenti per rendere esplicite le garanzie offerte ai cittadini e per garantire in maniera integrata la presa in carico complessiva della persona e della comunità locale”(art. 18).

Nel successivo articolo 19 si afferma che i livelli sulla base di quanto previsto dalla normativa nazionale in materia, vengono recepiti con apposito provvedimento dalla Giunta Regionale previa concertazione con i Comuni e con gli altri soggetti interessati tenendo conto dei bisogni della popolazione, della necessità di una distribuzione omogenea sul territorio in relazione alle sue caratteristiche socio-economiche, degli indicatori di risultato individuati dal piano regionale e delle risorse necessarie disponibili.

Tali livelli costituiscono la risposta minima ed omogenea che gli enti gestori sono tenuti a garantire e sono finalizzati alla promozione del benessere sociale e alla prevenzione del disagio, all'inclusione sociale e allo sviluppo della cittadinanza attiva, alla valorizzazione delle capacità individuali attraverso progetti personalizzati, tesi allo sviluppo dell'autonomia sociale ed economica.

### **L'integrazione sociosanitaria**

---

La Regione Piemonte “al fine di assicurare una risposta completa e adeguata al raggiungimento del benessere complessivo dei cittadini, attua l'integrazione sociosanitaria determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri e le modalità di erogazione, compresi quelli di finanziamento, nell'ambito della normativa nazionale vigente” (art. 4).

La Giunta Regionale, di concerto con la Conferenza Regionale permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria con propria deliberazione individua le prestazioni essenziali ad integrazione sociosanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento. Le attività sociosanitarie integrate, da realizzarsi a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale, sono regolate dall'accordo di programma.

Le attività sono realizzate con modalità condivise dai settori sanitario e sociale e, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi, viene nominato il responsabile del caso.

Infine l'art. 18 afferma che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati; la Giunta Regionale emana indirizzi e protocolli volti a rendere omogenei sul territorio i criteri di valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato.





L'art. 15 sottolinea che la parte dei Piani di Zona relativa alle attività di integrazione socio sanitaria dovrà trovare obbligatoria corrispondenza nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei piani attuativi delle ASL per garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure.

### **Il sistema informativo**

---

L'art. 15 afferma che il Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) risponde alle esigenze della programmazione, della gestione, della verifica e della valutazione delle politiche sociali. La Giunta Regionale individua Linee Guida e modelli organizzativi del SISS con particolare riferimento alle:

- modalità di raccordo e integrazione delle informazioni relative ai servizi sociali con quelle di altri settori regionali e di altri settori di servizi;
- modalità di adeguamento del SISS regionale e compatibilità con i sistemi informativi di altri Enti Locali;
- modalità di raccordo con il livello nazionale e con altre Regioni;
- modalità di coordinamento, a livello regionale, dei dati raccolti dalle Province e delle relative elaborazioni;
- definizione di protocolli per il raccordo e lo scambio di dati tra i diversi soggetti che realizzano il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

### **La spesa sociale**

---

La L.R. 37/90 stabilisce che la ripartizione del Fondo socio-assistenziale, nelle sue varie componenti, venga effettuata tenendo conto dei seguenti elementi:

- la popolazione
- le caratteristiche del territorio (considerando la densità della popolazione)
- la valutazione dei servizi in atto nelle singole zone e l'esame dei programmi di sicura attuazione nel corso dell'anno
- il riequilibrio nell'erogazione delle risorse regionali, in rapporto al risultato di gestione rilevato nell'anno precedente
- l'incentivazione per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali e la valutazione delle risorse impiegate dai Comuni associati nel finanziamento dei servizi socio-assistenziali.

Nell'anno 2000 vengono complessivamente ridefiniti i criteri di riparto che negli anni precedenti hanno trovato applicazione "interpretando" le disposizioni contenute nella legge prima citata<sup>1</sup>.

Viene confermato il principio generale di continuità e sicurezza negli stanziamenti.

Il finanziamento a favore di ciascun destinatario non potrà discostarsi eccessivamente da quello dell'anno precedente, fatto salvo il mantenimento del livello di servizi precedentemente garantito.

Una percentuale variabile tra il 40% ed il 50% del Fondo è distribuita sulla base del criterio demografico, secondo i seguenti parametri:

- popolazione complessiva (82%)
- densità (8%)
- anziani e minori (5%)
- disoccupazione (5%)

Una quota del Fondo è distribuita tenendo conto dell'impegno finanziario degli Enti Locali, sulla base dei dati di spesa disponibili.

Ulteriori quote del Fondo sono distribuite in base alla valutazione dei programmi degli enti gestori ed alle tipologie gestionali di servizi e degli interventi e dell'ambito territoriale di riferimento.

Una quota del Fondo di riparto non inferiore al 2% viene riservata al completamento del finanziamento dei corsi di formazione del personale socio-assistenziale

Una parte del Fondo è destinata al riequilibrio territoriale dei servizi.

Infine, ulteriori finalizzazioni sono previste per interventi di innovazione gestionale, informatizzazione e così via.

Dal DPEF 2000-2004 della Regione Piemonte risulta che la parte più consistente della spesa regionale per le politiche sociali è rappresentata dal Fondo Regionale per le attività socio-assistenziali, che viene ripartito tra i Comuni singoli o associati gestori delle attività medesime. Si ritiene che il Fondo possa assestarsi per il periodo 2002-2004 sui 110 miliardi di lire annui, che raggiungono i 165 miliardi annui aggiungendo gli "altri interventi promozionali" di competenza della Regione.

---

<sup>1</sup> Delibera del Consiglio Regionale 29-2-2000 n. 624 "Criteri per il riparto del fondo per la gestione delle attività socio-assistenziali di cui alla Legge Regionale 13 aprile 1995, n. 62 (Norme per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali)".





---

**REGIONE PUGLIA**



**203**





## Il sistema normativo

Per la definizione del nuovo sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari, la Regione Puglia ha approvato con DGR n. 2087/2001 il Piano Sociosanitario Regionale, redatto dall'ARES – Agenzia Regionale Sanitaria che ha definito il quadro dei principi per il riordino del sistema sanitario, con riferimento alla sanità ospedaliera e alla sanità territoriale.

All'interno del Piano Sanitario vi sono pochi e generali riferimenti all'integrazione sociosanitaria.

Il Piano definisce inoltre i criteri per la definizione dei Distretti sociosanitari, che era stati definiti, ma non di fatto istituiti con L.R. 18/94, ed i criteri per la redazione del Piano di Riordino della Rete Ospedaliera, adottato con DGR 1087/2002.

Con la L.R. 12 luglio 2002 n. 13 *“Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali”*, la Regione Puglia intende dare il via alla riforma del sistema socio-assistenziale così come previsto dalla L.328/2000.

La legge stabilisce tra gli altri punti i seguenti:

- (art. 1) la realizzazione dei servizi e della gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete avverrà a livello di ambito territoriale, che coincide con il Distretto sociosanitario da definire ai sensi dell'art. 3 quater del DLgs n. 502/92;
- (art. 2) obbligatoria la gestione associata per i Comuni di piccole dimensioni (rinvio al Piano Sociale Regionale) con due alternative possibili delineate dalla Regione come prioritarie pur se non obbligatorie: attribuzione dell'esercizio di funzioni ad una eventuale IPAB presente in quel territorio oppure ad una istituzione dotata di autonomia gestionale ai sensi dell'art. 114 del DLgs n. 267/2000; fissato anche il potere sostitutivo della Regione per definire la forma di gestione scaduti i termini;



- (art. 2) per i Comuni non di piccole dimensioni, è lasciata alla rispettiva autonomia la scelta della forma gestionale per la gestione associata;
- (art. 7) per sostenere gli oneri derivanti dall'attuazione della riforma è messa a disposizione del Settore Servizi Sociali della Regione una quota non superiore al 2% del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali assegnato alla Puglia.

206

Non viene più definito, all'interno della L. 13/2002 il ruolo delle amministrazioni provinciali, per le quali in un primo disegno di legge era prevista una specifica funzione di raccordo delle programmazioni sociali di ambito territoriale, che poi è stata omessa nella versione finale della legge.

È in corso di redazione, a cura del Dirigente del Settore Servizi Sociali, un disegno di legge complessivo di riordino del sistema dei servizi sociali a rete, che recepirà i principi fondanti della L. 328, peraltro abrogando i contenuti della nuovissima L.R. 13/2002, rinviando al Piano Sociale Regionale per l'esplicitazione delle priorità programmatiche e per gli indirizzi da dare agli ambiti territoriali per la stesura dei Piani di Zona.

I tempi previsti per il percorso regionale di programmazione sociale sono:

- approvazione entro luglio 2003 della Legge Regionale sui Servizi Sociali;
- approvazione entro dicembre 2003 del Piano Sociale Regionale;
- presentazione successiva del primo Piano Sociale di Zona per ciascun ambito territoriale.

La L.R. n. 17/2003 rappresenta un importante punto di arrivo per la Puglia, che non si era mai dotata prima di un Piano Sociale Regionale e che non ha una legge organica sui servizi sociali. Peraltro si attendeva un atto normativo di distribuzione delle competenze amministrative, programmatiche e gestionali della Regione, delle Province e dei Comuni ed il recepimento complessivo della L. 328/2000 così come riletta a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione.

Con la legge regionale si intende dare piena attuazione alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, così come disegnato nei principi generali dalla L. 328/2000 e così come modellato dalle scelte di programmazione sociale che, dopo la riforma del Titolo V, sono di esclusiva competenza delle Regioni. Oltre a recepire i principi di sussidiarietà, integrazione e programmazione partecipata, la legge approvata dal Consiglio Regionale della Puglia sembra recepire e, per certi versi anticipare, i lavori in corso del Parlamento nazionale, soprattutto in materia di legislazione per la famiglia e di riconoscimento degli oratori. In particolare, le politiche per la famiglia, intesa come fulcro del sistema di welfare, sono al centro dell'azione regionale. All'art. 15,

comma 2, b), la legge riserva non meno del 10% della quota annuale del FNPS agli interventi a sostegno della famiglia, da definirsi con apposito provvedimento legislativo. Inoltre all'art. 1, la legge riconosce tra i soggetti le cui attività dovranno essere sostenute dal sistema integrato dei servizi sociali anche gli oratori, così come previsto in un disegno di legge in discussione in Parlamento.

Per il percorso di attuazione della legge, si istituisce la Commissione regionale per le politiche sociali, e si rinvia ad un ampio regolamento regionale per la disciplina dei tanti aspetti operativi che devono ancora essere affrontati. Inoltre si dà avvio all'iter per la predisposizione del Piano Sociale Regionale, che dovrà esplicitare anche i criteri di riparto delle risorse tra i Comuni e le priorità di intervento. Si deve segnalare, tuttavia, che tutte le tipologie di servizi essenziali riconosciuti dal Governo Regionale sono già elencati e definiti nell'articolato della legge, salvo quanto potrà ulteriormente aggiungere e dettagliare il Piano Sociale Regionale.



### **Aspetti organizzativi per le politiche sociali**

---

All'interno del Settore Servizi Sociali le competenze tra i funzionari assegnati sono distribuite per aree di intervento.

Sono disarticolate per ciascuna area di intervento anche le relazioni tra Regione e singoli Comuni, tra Regione e ASL, tra Regione e soggetti del terzo settore.

Le competenze per l'immigrazione non sono attribuite all'Assessorato Servizi Sociali e Sanitari.

La Formazione e le Politiche per il Lavoro sono attribuite ad un altro Assessorato.

A fronte dell'unico Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali, figurano in Regione due distinte Direzioni.

### **Gli ambiti territoriali**

---

La definizione degli ambiti territoriali/Distretti sociosanitari porta alla articolazione delle 12 ASL pugliesi in 55 Distretti sociosanitari che, in numerosi casi, risultano molto diversi dai subambiti territoriali di riferimento per la gestione degli interventi per l'Infanzia e l'Adolescenza ex L. 285/1997.

La L.R. n. 17/2003 lascia tuttavia ai Comuni la possibilità di autodeterminarsi per riarticolazioni territoriali mirate.



## I Piani di Zona

In attesa della redazione del Piano Sociale Regionale non sono ancora state attivate le procedure per la predisposizione dei Piani Sociali di Zona da parte dei Comuni, che, peraltro, solo in rari casi stanno avviando laboratori territoriali per la programmazione partecipata, pur in assenza di indirizzi regionali.

La Regione si riserverà la competenza per le attività di monitoraggio e per la costruzione del sistema informativo sociale.

## Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali per l'attuazione della riforma

Il Settore Servizi Sociali intende utilizzare parte delle risorse accantonate per gli oneri derivanti dall'attuazione della riforma per realizzare un percorso di assistenza tecnica e formativa agli Uffici Regionali ed al sistema delle autonomie locali, che vada dall'affiancamento alla predisposizione del Piano Sociale Regione, ivi compresa la regia organizzativa del percorso di concertazione, e alla redazione degli indirizzi attuativi, fino alla formazione e alla assistenza tecnica agli ambiti territoriali per il recepimento degli indirizzi regionali, la stesura dei Piani di Zona e l'attuazione dei Piani stessi. Con DGR n. 1099/2003 è stata affidata al Formez la responsabilità di realizzare un Programma complessivo di assistenza.

## Il sistema informativo

Secondo quanto previsto nella L.R. n. 17/2003, la Regione Puglia definisce i compiti istituzionali per la realizzazione del sistema informativo.

Le Province, per il rispettivo territorio e con le modalità definite nel Piano Regionale socio-assistenziale, concorrono:

- alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai Comuni e da altri soggetti istituzionali ai fini dell'attuazione del sistema informativo.

## La spesa sociale

Prima della disponibilità delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali era istituito il Fondo Regionale Socio Assistenziale, con stanziamenti annuali in Bilancio Regionale, ripartito tra i Comuni ai sensi della L.R. 17/99, le cui risorse si sommavano ai trasferimenti nazionali delle leggi di settore.

Dopo l'entrata in vigore della L. 328/2000 e con l'approvazione della L.R. 17/2003 "Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali" il finanziamento avviene ancora secondo i preesistenti criteri: il Fondo globale per i servizi socio-assistenziali, istituito annualmente nel bilancio regionale, continua ad essere ripartito tra i Comuni secondo quanto previsto dalla legge regionale 17/99 (art. 15).

Le quote del Fondo nazionale per le politiche sociali confluiscono in apposito capitolo di entrata e di spesa vincolata e sono utilizzate per la realizzazione degli obiettivi fissati dal Piano Regionale Socio-Assistenziale. Tali risorse non risultano essere state ripartite e potranno essere assegnate ai Comuni entro la fine del 2003 (per le annualità 2001 e 2002) dopo avere definito i criteri di riparto, nell'ambito del Piano Sociale Regionale.

Per sostenere gli oneri derivanti dall'attuazione della riforma prevista dalla L. 328, ivi comprese le attività di informazione, è posta a disposizione del Settore Servizi Sociali della Regione una quota non superiore al 3% delle risorse assegnate dal Fondo nazionale per le politiche sociali per essere utilizzate secondo le direttive della Giunta Regionale. Per queste finalità i Comuni, singoli o associati, possono destinare una percentuale non superiore al 2% delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione.

Il Fondo regionale assistenziale, ammontava nell'anno 2000 a circa 15,4 milioni di euro e rappresentava il 62% delle risorse destinate dalla Regione alle politiche sociali. Negli anni successivi il fondo è rimasto sostanzialmente invariato in valore assoluto.

Le risorse indistinte statali, non ripartite, ammontano ad oltre 60 milioni di euro per gli anni 2001 e 2002, con un considerevole incremento complessivo delle risorse disponibili.<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Fonte: rilevazione ad hoc presso la Regione Puglia.









## Il sistema normativo

La Regione Sardegna inizia il riordino del sistema dei servizi socio-assistenziali con la L.R. n. 4/88 *“Riordino delle funzioni socio assistenziali”* e il regolamento di attuazione DPGR 14 febbraio 1989 n. 12 *“Regolamento di attuazione della legge regionale n. 4/1988”*.

La L.R. 26 febbraio 1999 n. 8 *“Disposizioni in materia di programmazione e finanziamenti per i servizi socio-assistenziali. Modifiche e integrazioni alla legge regionale 25 gennaio 1988, n. 4 “Riordino delle funzioni socio-assistenziali”* prevede che il piano socio-assistenziale per il triennio 1998/2000, approvato dal Consiglio Regionale in data 29 luglio 1998, assume quale riferimento e validità il triennio 1999/2001.

L'art. 27, comma 21 della L.R. 7/2002 *“Legge finanziaria per il 2002”*, proroga la validità del Piano Socio-assistenziale al 31/12/2002, in attesa del recepimento della legge quadro e dell'approvazione della legge regionale di modifica della L.R. 4/1988.

Con il *“Documento di programmazione economica e finanziaria 2002-2004”* (DCR 21.12.2001) la Regione Sardegna prevede di approvare uno strumento normativo di recepimento della legge quadro sull'assistenza e di formulare il nuovo Piano Socio-Assistenziale per il triennio successivo.

La delibera *“Adeguamento della L.R. n. 4/88 e predisposizione del Piano Regionale Socio-Assistenziale 2003-2005 alla luce delle indicazioni della L. 328/2000 e del Piano Sociale Nazionale”* recentemente approvata dall'Assessorato dell'Igiene Sanità e dell'Assistenza Sociale risponde all'esigenza di predisporre il nuovo Piano Regionale per il triennio 2003-2005 che da un lato aggiorna e recupera le previsioni e gli indirizzi che si considerano ancora validi del secondo Piano Regionale e dall'altro integri e adatti, all'esperienza e alla realtà regionale, gli obiettivi e le indicazioni del Piano Sociale Nazionale 2001-2003.



In relazione a questa esigenza, viene evidenziata la necessità di elaborare e predisporre i seguenti testi normativi e programmatici:

- 1) disegno di legge di adeguamento della L.R. n.4/1988 da predisporre avendo riguardo sia alla esperienza e alla riflessione maturata nelle istituzioni pubbliche e nelle organizzazioni del privato sociale sia alle indicazioni contenute nella L. 328/2000;
- 2) disegno di legge di revisione e armonizzazione della normativa regionale socio-assistenziale relativa a specifiche categorie di cittadini alla disciplina generale in materia sociale;
- 3) proposta di un nuovo regolamento dell'assistenza che adegui il DPGR n.12/1989 e successive modificazioni alle innovazioni normative che verranno introdotte nella nuova legislazione regionale;
- 4) predisposizione della proposta di Piano Sociale Regionale per il triennio 2003-2005.

### **La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale**

---

Gli assi portanti della filosofia della programmazione regionale vanno verso la “ricomposizione” delle politiche sociali garantendo maggiore unità e coerenza al complesso degli interventi “così da superare le frammentazioni e le stratificazioni sinora rilevabili nel contesto regionale”. Gli elementi di seguito esposti fanno riferimento al lavoro avviato per il disegno di legge regionale.

Le esigenze che emergono sono, in particolare, quelle di:

- comporre le strategie di intervento e competizione tra soggetti pubblici e privati da una parte, cooperazione e solidarietà sociale dall'altra, in una politica sociale “organica e articolata che affidi un ruolo ed una funzione adeguati al volontariato, rinsaldi un rapporto di collaborazione per la realizzazione di progetti Comuni, fra servizi gestiti direttamente dall'Ente Locale e i servizi affidati alle cooperative sociali e ne individui le possibilità collaborative sia con i servizi sanitari”;
- sviluppare un adeguato raccordo fra l'intervento sanitario e l'intervento socio-assistenziale;
- promuovere una distribuzione equilibrata delle risorse finanziarie;
- rafforzare il sistema socio-assistenziale incrementandone le capacità di avvicinare i servizi all'utenza, “così da costituire un preciso riferimento nei luoghi stessi in cui si sviluppano il conflitto e il disagio sociale”.

Gli obiettivi generali “orientano il complesso delle azioni e degli interventi e rappresentano il quadro di riferimento generale nell’ambito del quale si formulano e si perseguono gli obiettivi specifici”. Sono obiettivi generali del Piano:

- la valorizzazione della famiglia;
- la lotta alla povertà e all’esclusione sociale;
- la promozione di rapporti collaborativi fra le istituzioni e il terzo settore;
- la ricerca di sinergie fra i servizi e le istituzioni che concorrono al benessere collettivo, con particolare riferimento al coordinamento dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari, scolastici ed educativi.



### Gli assetti istituzionali

La Regione svolge le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo, predispone ed approva il Piano Regionale socio-assistenziale e valuta i programmi annuali d’intervento predisposti dai Comuni.

Determina gli indirizzi generali per l’individuazione dei servizi che possono essere gestiti in forma integrata dalle strutture sociali e sanitarie e predispone lo schema tipo delle relative convenzioni.

Favorisce e promuove la costituzione di associazioni fra più Comuni per la gestione congiunta degli interventi socio-assistenziali e ripartisce, tenuto conto delle indicazioni e delle proposte formulate dalle amministrazioni provinciali e comunali, il Fondo Regionale per gli interventi nel settore.

I Comuni sono titolari delle funzioni amministrative nel settore socio-assistenziale ed in particolare è loro affidata:

- la gestione degli asili nido;
- la gestione dei centri di aggregazione sociale e di pronto intervento;
- la gestione delle strutture residenziali e semi-residenziali;
- l’erogazione degli interventi economici;
- l’erogazione degli interventi socio-assistenziali a favore dei soggetti portatori di handicap;
- l’erogazione degli interventi socio-assistenziali a favore degli emigrati;
- l’erogazione degli interventi per soggiorni climatici;
- l’assistenza domiciliare.

Le Province possono affidare l’organizzazione e la gestione degli interventi loro attribuiti da leggi dello Stato nel settore socio-assistenziale ai Comuni, singoli o associati, regolamentando i reciproci rapporti mediante apposite convenzioni.



Alle ASL deve essere affidato l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali concernenti:

- la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenze ed alcolismo;
- l'assistenza sociale alla maternità, infanzia, età evolutiva ed alla famiglia;
- la riabilitazione dei soggetti portatori di handicap;
- la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei sofferenti mentali;
- l'assistenza familiare e la tutela psico- affettiva dei minori ricoverati nei presidi sanitari pubblici e privati convenzionati.

Le ASL svolgono le attività loro attribuite per mezzo di un apposito "Servizio psicosociale e ricercando l'integrazione e il coordinamento con i servizi socio-assistenziali dei Comuni. Il Servizio per le attività psicosociali può, in relazione ad esigenza di funzionalità, essere articolato in settori omogenei d'intervento".

Le ASL sono tenute a trasmettere ai Comuni ed all'Assessore Regionale competente una relazione sull'andamento della gestione delle funzioni socio-assistenziali, sui risultati ottenuti e sulle eventuali proposte innovative.

I Comuni possono in ogni momento procedere alla verifica delle concrete modalità attuative dei servizi, degli interventi e dei programmi, anche allo scopo di migliorarne i livelli qualitativi e quantitativi di erogazione.

### **Gli Ambiti territoriali**

---

Gli Ambiti territoriali coincidono con gli Ambiti territoriali dei Distretti sanitari delle ASL, secondo quanto dispone l'art. 16 della L.R. 5/95.

Il Piano Regionale conferma il sistema di competenze e funzioni delineato con la legge di riordino ed evidenzia la necessità di ricercare e favorire ogni possibile forma di collaborazione tra i soggetti titolari delle funzioni socio-assistenziali e sociosanitarie, promuovendone il coordinamento e la collaborazione.

Organo istituzionale è la Conferenza dei Sindaci che, come organo dei Comuni ed insieme organo formale dell'USL, si colloca in una posizione strategica per promuovere e implementare il coordinamento sia in campo sociale sia in campo sanitario.

L'esercizio delle funzioni programmatiche e delle conseguenti azioni di implementazione e gestione dei servizi a livello di ambito deve essere formalizzato attraverso l'accordo di programma.

## La programmazione

### Il Piano Regionale

La Regione provvede dal 1998 alla predisposizione di un Piano pluriennale degli interventi, articolato in progetti-obiettivo ed azioni programmatiche e coordinato con il Piano Regionale Sanitario.

I progetti-obiettivo sono rivolti agli adolescenti e agli anziani; le azioni programmatiche sono rivolte alle seguenti aree di intervento:

Il Piano Socio-Assistenziale prevede azioni programmatiche rivolte a specifiche aree di intervento:

- infanzia (in attuazione dei principi stabiliti dalla L. 285/1997)
- povertà
- esclusione sociale (sofferenti mentali, tossicodipendenti e portatori di handicap)
- giovani.

Il Piano Regionale deve obbligatoriamente contenere:

- la specificazione degli obiettivi generali e settoriali che si intendono realizzare e le aree socio-assistenziali oggetto di progetti-obiettivo e di azioni programmatiche;
- i riferimenti ai dati di carattere economico e sociale;
- l'analisi delle risorse finanziarie e del personale disponibili;
- l'analisi dei livelli di interazione e di integrazione con i programmi ed i progetti, regionali e locali, di altri settori di intervento;
- i criteri e gli indirizzi ai quali devono riferirsi i Comuni per la formulazione dei programmi annuali di intervento;
- la tipologia di ciascun servizio e la relativa metodologia di intervento;
- gli standard di funzionalità e di organizzazione dei servizi e delle strutture socio-assistenziali;
- l'ammontare delle risorse finanziarie destinate ad interventi nel settore, determinando le quote destinate al finanziamento dei progetti-obiettivo e delle azioni programmatiche e specificando le quote rispettivamente assegnate ai Comuni ed alle Unità sanitarie locali;
- gli indici e gli standard da assumere per la ripartizione del fondo socio-assistenziale individuati in relazione alle caratteristiche del territorio ed all'entità della popolazione residente e finalizzati al riequilibrio nella distribuzione delle risorse.





Il Piano Regionale Socio-Assistenziale deve inoltre specificare le forme e le modalità di coordinamento che si intendono realizzare con i servizi sanitari educativi, culturali, scolastici e con ogni altro servizio operante nel territorio della Regione.

### Programmi comunali d'intervento

I Comuni predispongono programmi triennali d'intervento in conformità agli indirizzi ed alle direttive del Piano Regionale socio-assistenziale.

Il programma triennale di intervento deve essere verificato e aggiornato entro il 30 novembre di ogni anno, al fine di adeguarlo alle eventuali nuove esigenze e di ricostruirne l'estensione temporale.

I programmi si articolano in progetti-obiettivo ed azioni programmatiche e indicano, per ciascuno di essi:

- dimensione e caratteristiche del bacino di utenza;
- individuazione delle risorse esistenti nel territorio in ordine alle strutture, al personale ed alle disponibilità finanziarie proprie, di altri enti nonché derivanti dalla contribuzione di cui al precedente articolo 10;
- individuazione dei servizi e degli interventi che si intendono attivare.

Per il coordinato esercizio delle funzioni regionali di programmazione, la Giunta Regionale, entro 120 giorni dalla ricezione dei programmi comunali, ne valuta la rispondenza con gli indirizzi e le direttive del Piano Regionale.

L'evoluzione futura del sistema dovrà prevedere che i Comuni lavorino in modo associato non più su progetti-obiettivo ma sui Piani di Zona sociali.

### La gestione dei servizi

La legge di riordino prevede i presidi e i servizi multizonali come forme di gestione a carattere sovracomunale.

Elementi costitutivi del presidio multizonale sono:

- una sede fisica dotata di adeguate attrezzature;
- un bacino d'utenza o ambito territoriale di riferimento esteso ad una pluralità di Comuni;
- una serie di attività o di prestazioni da svolgere;
- l'utenza reale (e potenziale) che beneficia delle prestazioni chiaramente individuata;

- il personale quantitativamente e qualitativamente adeguato al servizio offerto.

Il servizio multizonale presenta le stesse caratteristiche del presidio ma può essere privo di una struttura o sede fisica in quanto può svolgere le proprie funzioni sia all'interno di locali ad esse destinati o più genericamente nel territorio di riferimento con interventi domiciliari.

Entrambi i servizi vengono gestiti dal Comune nel cui territorio sono ubicati, avvalendosi della attiva collaborazione delle altre amministrazioni comunali.

Il Comune cui è stata affidata la gestione tiene uno specifico conto di gestione per ciascun servizio o presidio multizonale e adotta, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri direttivi del Piano Regionale, piani e programmi, nonché tutti gli atti concernenti l'organizzazione generale.

### L'Osservatorio Regionale per le politiche sociali

L'Osservatorio Regionale per le politiche sociali, costituito con L.R. 8/99, ha compiti di studio, ricerca, informazione e assistenza tecnica agli Enti pubblici e privati che lavorano nel settore.

Il sistema informativo socio-assistenziale costituisce una delle aree d'attività dell'Osservatorio.

Il sistema informativo era già stato definito nel primo Piano Regionale per il triennio 1991-1993 e veniva inteso come "l'insieme sistematico ed integrato di modalità, metodi, procedure e strumenti che hanno l'obiettivo di garantire la raccolta, l'elaborazione, l'interpretazione, l'archiviazione e la diffusione di specifici pacchetti informativi".

Il sistema informativo dovrà articolarsi su due livelli:

- il livello regionale per assolvere alle funzioni proprie di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo delle politiche sociali;
- il livello locale per assolvere alle funzioni di programmazione e di gestione degli interventi in aderenza ai bisogni espressi dal territorio.

Il sistema informativo socio-assistenziale dovrà inoltre:

- costituire una fonte di informazioni ufficiale utile a soggetti pubblici e privati per analizzare la domanda e l'offerta dei servizi sociali;
- favorire la diffusione delle informazioni all'interno e all'esterno dell'Amministrazione mediante rapide procedure di accesso al sistema e di consultazione automatica dei dati;





- rappresentare il supporto strategico per la elaborazione delle politiche socio assistenziali e la realizzazione coordinata degli interventi;
- creare le condizioni tecnologiche e procedurali per la razionalizzazione del settore socio assistenziale e per il perseguimento di economie di scala, nonché per la migliore distribuzione dei servizi nel territorio.

**220**

Altri ambiti informativi saranno realizzati in una fase successiva:

- osservatorio della cooperazione e dell'associazionismo
- osservatorio delle necessità formative e di aggiornamento del personale
- osservatorio dei servizi socio-assistenziali di base
- osservatorio dei presidi e dei servizi multizonali.







## Il sistema normativo

---

La L.R. 9 maggio 1986, n. 22 “*Norme per la gestione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia*” ha in parte anticipato alcuni aspetti innovativi della L. 328/2000 l’ispirazione al principio di prevenzione, il concetto di rete di servizi, la definizione di un piano triennale per i servizi socio-assistenziali comunali, l’esigenza di un collegamento fra le strutture e i servizi comunali e i presidi sociosanitari territoriali, l’indirizzo sulla formazione e l’aggiornamento degli operatori, la previsione di quote di partecipazione alla spesa dei servizi, il riferimento ad un livello distrettuale di coordinamento dei servizi socio-assistenziali.

“Il sistema sociale siciliano non deve, dunque, essere rifondato, ma consapevolmente adeguato affinché da socio-assistenziale definisca e compia la sua trasformazione in sistema sociosanitario, evidenziato e sostenuto nel quadro definitivo del Piano Regolatore Sociale, nel pieno rispetto delle prerogative che la Costituzione attribuisce alla Regione Siciliana”.

Il Piano Sociale “*Verso il Piano Regolatore Sociale della Regione Siciliana – Linee Guida di indirizzo ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona – Triennio 2001-2003*”, che definisce le linee di indirizzo per le politiche sociosanitarie e che per il primo triennio avrà carattere sperimentale, è stato adottato con D.G.R. nel luglio 2002.

Dopo il periodo di sperimentazione operativa sarà adottato il “Piano Regolatore Sociale”.

Non vi è stato alcun recepimento degli atti di indirizzo emanati a seguito della L. 328/2000, né sono stati disciplinati i LEA e i LIVEAS.

## La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale

---

Nell’ambito dei principi generali e delle finalità del sistema integrato stabiliti dalla legge nazionale, il Piano Sociale vuole essere “la base della discus-



sione e la proposta metodologica per avviare un percorso volto a definire le regole, gli indirizzi, i ruoli e le competenze proprie di un sistema integrato di servizi alla persona e alla famiglia che rappresenti per la Regione Siciliana non soltanto l'occasione del recepimento dei decreti attuativi relativi alla L. 328/2000, ma l'affermazione di una strategia operativa volta a definire e consolidare, in tempi e modalità certi, l'indirizzo sociosanitario come punto di coesione di una rete territoriale per il contrasto all'esclusione e per il sostegno allo sviluppo che sappia erigersi a livello di Piano Regolatore Sociale della Regione".

Un'architettura istituzionale che tende ad attuare un modello federalista solidale su scala regionale, aperto ai contributi e attento alla partecipazione di tutte le parti sociali, così come delle reti della solidarietà nazionali e comunitarie, garantendo allo stesso tempo la complessità e la univocità della dimensione regionale, rappresentata dal Sistema Integrato dei Servizi e delle Attività Sociali e le molteplici identità dei fabbisogni locali, protagonisti dei Piani di Zona Distrettuali.

I principi ispiratori del documento si ispirano a quelli della L. 328/2000.

### **Gli assetti istituzionali**

---

Il Piano ribadisce i principi enunciati dalla L. 328/2000 affermando che la Regione, attraverso la definizione del Piano Sociale Regionale, provvede al compito di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica dell'attuazione del sistema integrato nell'ambito territoriale di riferimento". In particolare definisce gli ambiti territoriali e disciplina le politiche per la salute e quindi le modalità di integrazione tra i due sistemi individuando in entrambe le pianificazioni il duplice ruolo (sociale e sociosanitario) degli organismi rappresentativi dei Comuni.

La Provincia, che ha un ruolo centrale e dinamico nella organizzazione di un moderno sistema dei servizi sociosanitari, "è il terminale territoriale della Regione nella esplicazione dei compiti di governo, di controllo e di promozione del territorio e rappresenta, nella dimensione locale, l'ente sovra-comunale in grado di trasferire il processo di integrazione oltre i confini del Distretto sociosanitario". Pertanto sono compiti peculiari della Provincia partecipare alla rilevazione e all'analisi dei bisogni, delle risorse e dell'offerta dei servizi nel territorio, contribuire all'individuazione e alla realizzazione di percorsi di formazione e di aggiornamento professionale e

sostenere i programmi di reintegrazione sociale e lavorativa dei soggetti fragili.

Ai Comuni vengono attribuite le funzioni previste dalla L. 328/2000 ed in particolare la titolarità “della generalità delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari”.

I Comuni svolgono queste funzioni in forma associata, in ambiti territoriali coincidenti, di norma, con i Distretti sanitari. I Comuni associati negli ambiti territoriali definiscono il Piano di Zona secondo quanto previsto dall’art. 19 della L. 328/2000. La Conferenza dei Sindaci individua, con riferimento al Piano di Zona, le modalità di attuazione della rete dei servizi sociosanitari, tenendo conto delle priorità territoriali in merito alla domanda dei bisogni e all’offerta dei servizi.

Il Comune, unità amministrativa e territoriale primaria, si trova al centro del processo di identificazione delle necessità e dei bisogni, nonché delle risposte possibili ma, allo stesso tempo, “cede una porzione dell’esercizio diretto delle proprie funzioni a favore dei soggetti privati che operano nella comunità locale”.

Il privato sociale è chiamato ad instaurare con l’ente locale un nuovo rapporto, non limitato ai profili meramente gestionali e remunerativi delle attività rese, ma esteso a momenti di partecipazione alla programmazione e alla valutazione del complesso degli interventi sociali.

La Regione Siciliana intende valorizzare l’apporto del privato sociale nella realizzazione del sistema integrato dei servizi e delle politiche sociali ribadendo la partecipazione del terzo settore alla progettazione e alla realizzazione degli interventi e dei servizi. Inoltre, in attuazione del principio di sussidiarietà, verrà istituito il Tavolo Permanente del terzo settore, quale organismo consultivo per la realizzazione concertata degli interventi in campo sociosanitario. Un’apposita commissione verrà istituita su proposta dell’Assessore Regionale agli Enti Locali con il compito di definirne i modi e i tempi di realizzazione.

Viene, inoltre, sottolineato come la Regione intenda valorizzare l’apporto dei soggetti di solidarietà sociale (cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e organizzazioni non lucrative di utilità sociale).

Le ASL, allo scopo di garantire l’integrazione sociosanitaria e la gestione unitaria dei servizi, assicurano le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, nonché le prestazioni sociosanitarie previste dal DL 502/1992.



## Aspetti organizzativi per le politiche sociali

Gli uffici che si occupano di servizi sociali sono interni all'Assessorato Enti Locali.

Vi è una situazione di organico estremamente ridotta e comunque poco qualificata rispetto alle esigenze del settore.

226

L'intero processo di avvio della riforma sarà, comunque, guidato da una struttura di staff, denominata Cabina di Regia, che avrà al suo interno rappresentanti dell'Assessorato Enti Locali, dell'Assessorato Sanità e della Presidenza (che rappresentano al momento tre anime diverse per il sistema di welfare siciliano) e soggetti esterni. Organo tecnico-operativo della Cabina di Regia è l'Ufficio di Piano Regionale.

## Gli ambiti territoriali

La distrettualizzazione territoriale prevista dalla L. 328/2000, già praticata in Sicilia per le prestazioni sanitarie, si è attuata con l'avvio del primo triennio della L. 285/1997, con la costituzione degli ambiti territoriali di intervento, a livello provinciale.

Nel corso del primo triennio, quindi, le nove Province Siciliane hanno dato un apporto significativo al difficile percorso delle aggregazioni dei Comuni, fin dal momento della predisposizione dei Piani Territoriali di Intervento. Infatti, sono stati individuati ben 75 sub ambiti con compiti di progettazione operativa e di gestione degli interventi.

Nell'applicazione del secondo triennio (2000/2002), alla luce delle esperienze portate avanti nel precedente, nel pieno riconoscimento del ruolo svolto dalle Province regionali nelle attività di promozione, coordinamento, monitoraggio e supporto tecnico, ma anche nel riconoscimento della titolarità dei Comuni in ambito di progettazione e di gestione coordinata degli interventi, dopo un percorso di concertazione, allargata ai soggetti sociali titolati, sono stati individuati quali ambiti territoriali di intervento le aggregazioni di Comuni, coincidenti in gran parte con i Distretti sanitari, con diverse deroghe, motivate da esigenze di omogeneità territoriale e operativa.

Pertanto, considerata positivamente l'esperienza della L. 285/1997 relativa al secondo triennio, in quanto la stessa ha rappresentato, di fatto, un ulteriore passaggio verso la scelta del Distretto come riferimento territoriale definitivo, con il contributo operativo dell'ANCI, dell'URPS e dei Sindacati si è deciso di definire l'ambito territoriale di riferimento del processo attuativo del-

la L. 328/2000, nei termini del Distretto sanitario attraverso un programma di supporto culturale ed organizzativo volto a rafforzarne l'identità sociosanitaria, intesa in una logica di integrazione.

Le Città Metropolitane, Palermo, Catania e Messina, determinano il proprio ambito quale Distretto Unico Socio Sanitario, per semplificare i processi di coordinamento e integrazione.

I Distretti Sociosanitari individuati per le finalità di cui alle “Linee Guida di Indirizzo” per la definizione del Piano Regolatore Sociale Regionale, sono 55.



## L'avvio della riforma

### La “Cabina di Regia” e il “Tavolo di Concertazione Regionale”

La Regione intende affrontare l'impegno triennale per giungere alla redazione del Piano Regolatore Sociale valorizzando il proprio ruolo di coordinatore centrale delle azioni e di ente di indirizzo, garantendo lo sviluppo di un welfare delle responsabilità ma anche proponendo un modello innovativo di “Governance”.

Reputa che il dialogo sociale e la concertazione siano strumenti imprescindibili di democrazia e che gli stessi, nell'ottica del raggiungimento di obiettivi che coinvolgono l'intera Comunità, vadano rafforzati attraverso strategie di rete e modalità di accesso e di governo che non possono lasciare nulla al caso. Pertanto ritiene opportuno promuovere la costituzione di una Cabina di Regia a livello regionale per garantire al processo di avviamento e di consolidamento dell'impianto progettuale, nel corso del triennio definito “sperimentale”, un indirizzo operativo e una costante verifica degli stati di avanzamento che permetta di valorizzare tutte le risorse disponibili.

La Cabina di Regia ha sede presso l'Assessorato Regionale Enti Locali ed è presieduta dall'Assessore; ne faranno parte funzionari e/o consulenti indicati dall'Assessore agli Enti Locali, funzionari indicati dall'Assessore alla Sanità e dalla Presidenza della Regione, nonché rappresentanti dell'ANCI, ANCI Federsanità e dell'URPS.

La Cabina di Regia organizza il Tavolo di Concertazione Regionale, che rappresenta il luogo di confronto e decisione sul piano politico-istituzionale con i diversi livelli istituzionali e i vari soggetti sociali e si avvale del supporto dell'Ufficio di Piano, che rappresenta la commissione tecnica per le attività di accompagnamento e assistenza.



La Cabina di Regia e la struttura tecnica di sostegno hanno durata triennale e, comunque, sono strettamente connessi alle fasi di avviamento che precedono la definizione del Piano Regolatore regionale.

## Il supporto all'avviamento

228

La struttura operativa di supporto alla fase di avviamento del Piano Regolatore Sociale e di sostegno alla redazione dei Piani di Zona, è coordinata dalla Cabina di Regia Regionale e si avvale a livello organizzativo territoriale dell'Ufficio di Piano (commissione Tecnica per l'accompagnamento e l'assistenza. Livello regionale) della Segreteria Tecnica (Tavolo di coordinamento provinciale, Livello provinciale e Città Metropolitane) e del Gruppo Piano (Tavolo di Coordinamento Distrettuale, Livello Ambiti territoriali/Distretti Sociosanitari).

L'attività di supporto si avvale di laboratori distrettuali di co-progettazione e di focus group con gruppi di operatori pubblici e soggetti del terzo settore.

La fase di orientamento al sistema integrato viene diretta in particolare verso i seguenti ambiti:

- l'integrazione sociosanitaria dei servizi e degli interventi;
- piani e budget di Distretto: la logica operativa sovra-comunale;
- l'informazione sociale;
- monitoraggio del sistema sociale territoriale;
- modalità del sistema di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ISE) e degli Enti Locali;
- la revisione dei profili professionali impegnati nel sociale;
- la ridefinizione del sistema organizzativo dei servizi sociali.

La Regione promuove progetti-obiettivo a carattere sperimentale e per il trasferimento delle buone pratiche secondo la logica dell'integrazione e della valorizzazione del sistema.

A seguito approvazione del piano di indirizzo “*Verso il Piano Regolatore Sociale*”, è istituito un Coordinamento permanente tra gli Assessorati Regionali Enti Locali e Sanità, attraverso la sottoscrizione di un Protocollo d'Intesa che garantirà l'assunzione di un processo permanente di cooperazione e condivisione di programmi operativi.

Questo livello dello strumento, a carattere politico, funge da “focal point” per ogni attività di promozione e verifica dell'indirizzo sociosanitario e coordinerà, di fatto, ogni organismo a carattere locale e territoriale che, nel quadro complessivo, si troverà a svolgere ruoli analoghi e competenze settoriali.

Lo stesso Protocollo dovrà definire un secondo livello di competenza, di tipo tecnico e con indirizzo operativo che, attraverso un regolamento procedurale attuativo avrà il compito di definire i tempi e i modi delle fasi organizzative e procedurali. In accordo con la Sanità, questo livello tecnico-operativo potrà essere ricoperto, con le necessarie integrazioni, dalla Conferenza Regionale Sociosanitaria.

La Commissione che provvederà alla redazione del protocollo e del regolamento procedurale sarà istituita con atto congiunto dagli Assessori Regionali agli Enti Locali e alla Sanità.

Per rafforzare i processi d'integrazione, sia a livello di strutture di governo e di indirizzo, che nella redazione dei Piani di Zona e per conferire alla progettazione e alla programmazione degli interventi una più puntuale identificazione con l'ambito del Distretto sociosanitario di competenza, fungendo da terminali territoriali di rete del "Coordinamento Regionale Enti Locali e Sanità", si costituiscono i "Comitati di Garanzia", con sede in ciascuna Provincia Regionale, formati dagli Assessori Provinciali ai Servizi Sociali e dai Direttori delle ASL.

Tali organismi opereranno in stretta connessione con le Conferenze dei Sindaci, previste dalla riforma sanitaria quale livello provinciale di competenza, oltre che dal DLgs n. 502/92 e con i Comitati dei Sindaci di Distretto.

Nell'ambito del regolamento procedurale attuativo relativo al Coordinamento Enti Locali e Sanità, verranno definite le modalità operative e organizzative del Comitato di Garanzia.

### **La gestione dei servizi**

---

La Conferenza dei Sindaci assume, con la pianificazione sociosanitaria la funzione di soggetto politico territoriale per le scelte di politica sociale e della salute e si articola nelle Conferenze di Zona che, data la loro coincidenza geografica con i Distretti sanitari, esercitano le funzioni di Comitato dei Sindaci del Distretto sociosanitario.

Il Comitato dei Sindaci del Distretto diventa l'organismo di governo in grado di sintetizzare le funzioni programmatiche per l'intervento sociale e sociosanitario, attraverso la redazione del Piano di Zona, facilitando l'integrazione fra intenti e indirizzi, sia per le azioni di Piano che per gli aspetti finanziari.





## Conferenza Regionale Sociosanitaria

Nominata dal Presidente della Giunta Regionale è presieduta dall'Assessore Regionale della Sanità.

Ne fanno parte i Presidenti delle Province, i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci, i Direttori Generali delle ASL e rappresentanza dell'ANCI e di Federsanità. Gli ambiti di intervento della Conferenza sono il Piano Sociosanitario Regionale, gli atti regionali per l'integrazione degli interventi sociosanitari, gli indirizzi regionali per la redazione di piani attuativi locali, la relazione annuale sullo stato sociosanitario della Regione.

Le modalità di funzionamento della Conferenza sono disciplinate dalla stessa sulla base di un regolamento approvato dalla Giunta Regionale.

Per favorire l'attuazione dei processi di integrazione tra Sanità e Servizi sociali, la Conferenza Regionale Sociosanitaria potrebbe rappresentare, con le adeguate integrazioni, lo strumento tecnico-operativo previsto dal Coordinamento Sociosanitario, definito dal Protocollo d'Intesa tra gli Assessorati Regionali Enti Locali e Sanità.

## Conferenza dei Sindaci

Ne fanno parte i Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna ASL e si occupa dei piani attuativi locali e degli atti di indirizzo, verifica e valutazione sulle attività e le competenze sociosanitarie locali.

Anche in questo caso, per favorire l'integrazione sociosanitaria, si potrebbe collegare l'attività delle Conferenze dei Sindaci con quelle dei Comitati di garanzia, previsti dal Piano Regolatore Sociale a livello provinciale.

## Comitato dei Sindaci di Distretto

Il Comitato dei Sindaci di Distretto rappresenta, nella conferma della coincidenza tra Distretto sanitario e "Distretto sociale", il "focal point" di un sistema di governance locale con un forte indirizzo sociosanitario; il luogo in cui si predispongono i piani triennali di intervento integrato, sanitario e sociale sul territorio, si analizzano i dati di ritorno delle esperienze promosse, si confrontano indirizzi e risultati all'interno e all'esterno del contesto territoriale.

Nelle Città Metropolitane (Palermo, Catania e Messina) è prevista la configurazione del Distretto Unico Sociosanitario, per cui in sede di Comitato, lo

stesso sarà composto dal Sindaco, dagli Assessori Comunali alla Sanità e ai Servizi Sociali e dal Direttore Generale della ASL.

Sarà compito della Regione attivare una Commissione, nell'ambito delle attività del Coordinamento regionale tra gli Assessorati Enti Locali e Sanità, che con il contributo dell'ANCI e dell'URPS predisponga, entro 180 giorni dalla sua costituzione, un piano organizzativo che ottimizzi le competenze e i ruoli dei soggetti locali e regionali e promuova un sistema organizzativo funzionale, con l'obiettivo di semplificare le procedure di Governo, di indirizzo oltre che amministrative di garantire l'equilibrio tra le competenze sanitarie e quelle sociali, di promuovere l'integrazione sociosanitaria a tutti i livelli di competenza e di agevolare una corretta informazione e la diffusione delle buone prassi.

Gli organi e le strutture di Governo locale delle attività e delle politiche sociosanitarie, nell'esercizio delle loro funzioni e nell'ambito di un sistema integrato, interagiscono con le strutture di supporto, nella fase di avviamento della riforma, quali le Segreterie tecniche e i Gruppi di Piano e, una volta definita, con l'Agenzia Sociosanitaria.

## La programmazione

---

### Il Piano Sociale Regionale

La Regione approva il Piano Sociale Regionale degli interventi e dei servizi alla persona e alla famiglia. Il Piano ha durata triennale e viene definito, nell'ambito delle risorse disponibili, attraverso programmi di concertazione tra l'Assessorato Regionale Enti Locali e le associazioni regionali di rappresentanza dei Comuni, delle Province, l'Assessorato regionale della Sanità, i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali nonché attraverso la collaborazione dei soggetti di cui all'art. 1, comma 6 della L. 328/2000. Il Piano definisce le linee di indirizzo per le politiche sociosanitarie e indica le aree e le azioni prioritarie d'intervento, i criteri di verifica, di monitoraggio e di valutazione, al fine di assicurare la qualità e la realizzabilità degli obiettivi indicati, nonché la costruzione di una rete integrata di interventi sociosanitari.

Il Piano Sociale, al termine del primo triennio di applicazione, di una fase, cioè, definita sperimentale per la necessità di condividere, secondo le regole della cooperazione e della concertazione, le esperienze e le analisi e di predisporre gli strumenti di verifica e di valutazione dei risultati e degli obiettivi



raggiunti, nel completare il quadro delle politiche e dei servizi sociosanitari regionali, prenderà il nome di Piano Regolatore Sociale della Regione Siciliana.

La Regione intende procedere verso la definizione del sistema integrato dei servizi e delle politiche sociali attraverso una fase di avviamento ad obiettivi intermedi, legata alla gestione triennale del Piano Sociale Regionale dei servizi sociosanitari.

232

Attraverso questa fase propedeutica, di analisi, di verifica, comunque fortemente operativa, una sorta di “work in progress”, partecipato da tutti gli organismi sociali, pubblici e privati, così come dai soggetti di cittadinanza attiva, sostenuta attraverso l'immediata disponibilità dei finanziamenti relativi al riparto dei fondi 2001 e 2002 della L. 328/2000, la Regione potrà verificare gli stati di avanzamento del processo di gestione organizzata del sistema ed effettuare le dovute correzioni *in itinere*.

In particolare la Regione dovrà definire gli obiettivi strategici (Linee Guida di indirizzo, riparto fondi 2001 e 2002, Piano Sociale Regionale 2001-2003, piano regolatore sociale della Regione Siciliana) e promuovere gli indirizzi innovativi (l'affermazione della cultura sociosanitaria, la pratica dell'integrazione come metodo operativo, la centralità della persona e della famiglia, la prevenzione come premessa e non come conseguenza, la partecipazione alla spesa per i servizi sociosanitari, secondo le possibilità economiche dei soggetti fruitori, la definizione delle politiche sociali come occasione di sviluppo, la qualità sociale come buona prassi da consolidare e trasferire, la concertazione come valore aggiunto delle dinamiche di partecipazione, l'occasione per ridisegnare le strategie della comunicazione sociale, il sostegno alla centralità del territorio).

### I Piani di Zona

La predisposizione del Piano di Zona assume un significato strategico ai fini della precisazione delle condizioni da garantire su tutto il territorio.

In tale contesto vanno valorizzate le esperienze realizzate sia in occasione dell'attuazione della L. 285/1997, sia nei casi di predisposizione di documenti analoghi, laddove previsti dalle normative regionali.

Dopo la emanazione delle Linee Guida è stato prodotto, a cura della Cabina di Regia, in particolare dell'Ufficio Piano, un “indice ragionato dei piani”, con indirizzo tecnico-operativo.

Sulla base di questo indice, i Comuni hanno cominciato ad elaborare e presentare i Piani di Zona alla Regione, anche se entro il luglio 2003 solo due Distretti avevano già presentato il proprio Piano per l'approvazione regionale.

Il processo di pianificazione non deve essere visto in termini meramente amministrativi (e di adempimento formale), ma deve prevedere l'attivazione di *azioni responsabilizzanti, concertative, comunicative* che coinvolgano tutti i soggetti in grado di dare apporti nelle diverse fasi progettuali.

L'attenzione va concentrata, in primo luogo, sui bisogni e sulle opportunità da garantire e, solo in secondo luogo, sul sistema di interventi e servizi da porre in essere. Devono essere valorizzati le risorse e i fattori propri e specifici di ogni comunità locale e di ogni ambito territoriale, al fine non solo di aumentare l'efficacia degli interventi, ma anche di favorire la crescita delle risorse presenti nelle singole realtà locali. Particolare attenzione deve essere riservata, sin dalle prime fasi della programmazione, alle condizioni tecniche e metodologiche che consentano di effettuare (successivamente) valutazioni di processo e di esito.

Vanno, infine, puntualmente definite le responsabilità, individuando, negli accordi di programma gli organi e le modalità di gestione ed esplicitando le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti.

Il Piano di Zona dei servizi alla persona viene adottato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'ASL coincida con quello del Comune, nel caso delle Città Metropolitane, o dal Sindaco del Comune capofila del Comitato dei Sindaci del Distretto Sociosanitario, sentiti gli enti pubblici interessati e i soggetti di cui ai comma 4 e 5, art. 1, L. 328/2000.

Nel Piano di Zona sono contenuti gli indirizzi programmatici relativi agli aspetti di rilevanza sociale per la formulazione del Piano attuativo locale dell'ASL.

Il Sindaco o il Comitato dei Sindaci approva il Piano di Zona dei servizi alla persona attraverso la forma dell'accordo di programma.

L'Assessorato agli Enti Locali, in caso di mancata definizione e presentazione, nei termini stabiliti dalla programmazione regionale, del Piano di Zona agli uffici regionali, nomina in via sostitutiva un commissario ad acta.

L'Assessorato agli Enti Locali, attraverso la valutazione dei Piani di Zona, esprime parere di congruità in ordine alla loro corrispondenza con la programmazione regionale.

## I livelli di assistenza

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono recepiti nel Piano Regionale dei servizi alla persona, che li caratterizza in termini di sistema di pre-



stazioni e servizi sociali, idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

Le misure, gli interventi e le prestazioni per l'erogazione dei livelli essenziali sono in via prioritaria:

- a) le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare;
- b) 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;
- c) le misure di sostegno alle responsabilità familiari;
- d) le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) le misure di tutela dei diritti del minore,
- f) le misure di sostegno alla donna in difficoltà;
- g) gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
- h) le misure a favore del reinserimento lavorativo di persone con disagio sociale;
- l) gli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio;
- m) le prestazioni integrate per contrastare le dipendenze patologiche;
- n) l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto.

I livelli delle prestazioni sociali sono definiti con riferimento ai seguenti criteri:

- a) le risorse finanziarie definite nei Piani di Zona dei servizi alla persona;
- b) gli standard di erogazione dei servizi sociali con riferimento ai bisogni della popolazione interessata;
- c) gli indicatori di esito e di benessere sociale individuati nel Piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona.

Vengono di seguito esplicitati i contenuti di alcuni dei servizi previsti.

- a) Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari: le prestazioni riguardano attività con valenza generale e sono finalizzate ad una prima valutazione ed orientamento della domanda/bisogno. Sono ricomprese le attività collegate ad osservatori, Servizi Sociali di accoglienza e segretariato, attività informative di ordine distrettuale.
- b) Servizio sociale professionale: le prestazioni riguardano attività con valenza generale e settoriale (minori, anziani, disabili ecc.) e sono finalizza-

te alla presa in carico e accompagnamento alla fruizione delle prestazioni offerte dalla rete di servizi. Le prestazioni si coordinano ed integrano con prestazioni educative, mediche, psicologiche, nonché con le attività dei settori per le politiche formative e del lavoro, prevedendo il reinserimento sociale e lavorativo. Sono ricomprese tutte le attività di carattere consultoriale di sostegno alla famiglia e ai minori, ai soggetti con disagio sociale comunque espletate.

- c) Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare: le prestazioni sono finalizzate a rimuovere e prendere in carico situazioni di emergenza per le fragilità sociali e ad accompagnare la persona o la famiglia a prestazioni offerte dalla rete di servizi appropriate al bisogno. Sono ricomprese tutte le azioni espletate a carico dei servizi sociali per contenere e rimuovere forme di disagio e di esclusione sociale: dall'accoglienza alla promozione di prestazioni diverse, comprese le opportunità per favorire l'inserimento al lavoro.
- d) Assistenza domiciliare: le prestazioni definite di carattere tutelare sono finalizzate a mantenere presso il domicilio persone e famiglie con fragilità sociale, con particolare riferimento ad anziani, disabili e minori e si integrano, nel caso di patologia in atto o di non autosufficienza, con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative. Sono ricomprese tutte le attività espletate per promuovere e sostenere la domiciliarità alle fasce fragili.
- e) Strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali: le prestazioni sono finalizzate a fornire assistenza diurna e residenziale alle fasce di popolazione fragili, con particolare riferimento ad anziani, disabili, persone dipendenti e persone minacciate o vittime di violenza (minori e donne) e si integrano con prestazioni mediche, psicologiche infermieristiche e riabilitative.
- f) Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario: le prestazioni sono finalizzate a fornire supporti a persone e famiglie, assistenza diurna e residenziale volte a contrastare a rischio di emarginazione sociale. Sono ricomprese tutte le attività espletate per rimuovere situazioni di emarginazione e isolamento sociale a favore di soggetti esclusi dal circuito sociale.



## L'integrazione sociosanitaria

L'integrazione degli interventi e dei servizi sociali deve prevedere:

- la rete dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL;
- la rete dei servizi di competenza dei Comuni.

Affinché venga realizzata la rete delle unità d'offerta ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL occorre:

- la ridefinizione dell'indice di fabbisogno;
- la liberalizzazione degli incrementi;
- l'introduzione del contratto (per rendere finanziariamente sostenibile la spesa sociosanitaria sono indispensabili forme contrattuali a livello centrale o decentrato in grado di governare le tariffe in rapporto ai volumi);
- la ridefinizione puntuale delle utenze proprie di ciascuna unità (riclassificazione delle "condizioni di fragilità"; ridefinizione dei contenuti delle prestazioni assistenziali; introduzione delle nuove modalità di remunerazione riferite ai tre parametri: fragilità, qualità delle prestazioni, risultato).

La rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni deve invece prevedere:

- standard gestionali;
- standard strutturali.

L'integrazione dovrà realizzarsi su diversi piani, riprendendo gli orientamenti più diffusi a livello nazionale:

- *istituzionale*. I diversi soggetti istituzionali si danno regole condivise e formalmente recepite con protocolli d'intesa, accordi di programma, convenzioni. Occorre prevedere un sistema di offerta, una rete comune di servizi condivisa e cofinanziata con l'individuazione di un sistema di responsabilità precise, individuando percorsi amministrativi facilitanti l'attuazione dei programmi: approvazione di un regolamento interno; approvazione di forme di verifica e valutazione periodica; specificazione delle fonti di risorse messe in campo da ciascun attore.
- *gestionale*. Funzionamento dei diversi centri di responsabilità. Previsione di un ufficio di piano. Modalità di organizzazione dei fattori produttivi interni ed esterni, in gestione diretta o delegata. Modalità di integrazione su base negoziale e contrattuale. Verifica del fatto che i diversi soggetti trovino risposte gestionali unitarie con un percorso unitario e un unico punto di accesso ai servizi, verificando anche se l'utenza percepisce la



globalità e l'unitarietà di quanto proposto o subisce la frammentazione delle risposte;

- *professionale*. Presenza e condivisione della metodologia di lavoro per progetti. Presenza di unità valutative multidisciplinari con la partecipazione di professionalità e di competenze diverse (in negativo il turn over eccessivo). Momenti formativi Comuni. Certezza delle procedure (ostacolo dato dalla presenza di diverse culture professionali).
- *comunitario*. Percorsi di coinvolgimento formale, dall'inizio, del privato Sociale e dei soggetti della Comunità nelle diverse fasi (progettuale, operativo, valutativo). Messa in comune delle risorse professionali.



### Il sistema informativo

Il sistema informativo permanente, oltre a raccogliere i dati statistici sulla realtà dello svantaggio nelle sue diverse articolazioni, darà spazio al vissuto, all'esperienza, alle analisi e alle proposte dei singoli e dei gruppi svantaggiati.

I punti di vista, le valutazioni e le strategie proposte dai beneficiari finali saranno oggetto di attenzione, almeno quanto quelli degli esperti.

Il Sistema Informativo Regionale si muoverà su due livelli di competenza, quello informatico, per le azioni di banca dati, rilevamento, monitoraggio e analisi dei risultati e quello di comunicazione sociale, per la diffusione e la condivisione delle informazioni.

La Regione intende promuovere la costituzione di una commissione specifica, che comprenda l'ISTAT Regionale e le Università della Regione per realizzare un sistema informativo compatibile con le esigenze del territorio e funzionale agli obiettivi indicati dalla Legge 328/2000.

### Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali

Una quota pari al 20% delle risorse indistinte del Fondo Nazionale Politiche Sociali attribuito alla Sicilia resta nella disponibilità dell'Assessorato agli Enti Locali Regionale per il finanziamento di sperimentazioni mirate a:

- consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura sociosanitaria;
- incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'im-



pegno finanziario degli Enti Locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei Piani di Zona;

- riequilibrare i Piani di Zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;
- realizzare un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle Province e delle Aree metropolitane, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;
- avviare la costruzione della rete a livello regionale e distrettuale;
- sensibilizzare e diffondere buone pratiche.

### La spesa sociale

Nelle Linee Guida di indirizzo ai Comuni per la redazione del Piano di Zona per il triennio 2001-2003 pubblicate nel giugno 2002 ("Verso il piano regolatore sociale della Regione siciliana") si fa riferimento al riparto dei Fondi per le politiche sociali come ad uno strumento per favorire:

- il riequilibrio territoriale dei servizi
- il superamento di modalità di finanziamento per gestione corrente, a favore di modalità a sostegno della progettualità ed alla promozione del benessere sociale
- l'attuazione del sistema di finanziamento per il raggiungimento di livelli essenziali di assistenza
- la responsabilizzazione degli Enti Locali e delle aziende sanitarie nell'uso delle risorse.

Obiettivo della Regione è pertanto il superamento del finanziamento per prestazioni consolidate e settoriali attraverso il finanziamento dei Piani di Zona e la promozione di azioni innovative.

Le risorse indistinte statali sono attribuite:

- per il 60% ai Distretti sociosanitari per il finanziamento dei Piano di Zona;
- il criterio di riparto utilizzato è quello della popolazione residente (con una quota dell'1% riservata alle isole);
- per il 20% ai Distretti sociosanitari per il finanziamento di progetti innovativi;
- per il 20% all'Assessorato Regionale agli Enti Locali, responsabile delle politiche sociali, per l'avvio della riforma e sperimentazioni mirate.

Le risorse statali distinte conservano la specifica finalizzazione ed i precedenti criteri di riparto.

Nel corso del biennio 2001-2002 sono stati ripartiti, ad esempio, agli Enti Locali con provvedimenti separati alcuni fondi settoriali statali quali:

- i fondi per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/1997) relativi al triennio 2000-2002<sup>1</sup>;
- i fondi a finanziamento di progetti a favore delle persone in estrema povertà e/o senza fissa dimora (L. 328/2000, art. 28) relativi all'esercizio finanziario 2001<sup>2</sup>;
- i fondi a sostegno di progetti per i servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane (art. 80, c.14, L.388/2000)<sup>3</sup>;
- i contributi finalizzati al cofinanziamento di iniziative sperimentali già promosse dagli Enti Locali per la realizzazione di specifici servizi di informazione sulle attività e sulla rete dei servizi attivati nel territorio in favore delle famiglie (art. 80, co.14, L.388/2000)<sup>4</sup>;
- i fondi a sostegno di progetti finalizzati all'apertura di nuove strutture di accoglienza destinate al mantenimento ed assistenza di soggetti con handicap grave privi di supporto familiare, (Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 13/12/2001, n. 470 – Progetto “Dopo di Noi”)<sup>5</sup>.



Infine vanno prese in considerazione le risorse proprie regionali collegate a leggi e programmi regionali di intervento nel settore sociale preesistenti. Anche in questo caso sono mantenute le precedenti finalizzazioni e i criteri di spesa diretta o le modalità di trasferimento agli Enti Locali.

Per garantire che i trasferimenti statali e regionali costituiscano un finanziamento aggiuntivo delle iniziative locali le Linee Guida stabiliscono una quota di cofinanziamento a carico degli Enti Locali pari ad almeno 3 euro per abitante.

Il bilancio di Distretto, che dovrà accompagnare l'accordo di programma di approvazione del Piano di Zona dovrà contenere il quadro complessivo delle risorse:

- messe a disposizione da Enti Locali ed ASL;
- indistinte del FNPS assegnate;
- provenienti dal bilancio regionale;
- assegnate da fondi europei.

<sup>1</sup> D.A. n.653 del 20/06/2001.

<sup>2</sup> D.A. n.966 del 10/04/2002.

<sup>3</sup> D.A. n. 2215 del 02/07/2002.

<sup>4</sup> D.A. n. 2216 del 02/07/2002.

<sup>5</sup> D.A. n. 2661 del 07/08/2002.



A partire dall'anno 2003 sarà istituito il Fondo regionale per le politiche sociali per garantire una migliore programmazione, gestione e controllo dei finanziamenti statali e regionali.

Il trasferimento delle risorse indistinte del Fondo nazionale per le politiche sociali ha comportato un notevole incremento della spesa regionale per le politiche sociali.

Infatti, su una dotazione complessiva di risorse correnti pari a 93,7 milioni di euro nel 2002, le risorse statali indistinte ne rappresentano ben il 45%, mentre le risorse proprie regionali raggiungono il 24% del totale.

Tipologia di risorse	2001		2002	
	Euro		Euro	%
risorse statali indistinte	43.133.806		42.498.760	45
risorse statali finalizzate	28.729.893		28.453.340	30
risorse proprie regionali	Nd		22.758.044	24
<b>Totale risorse correnti</b>	<b>Nd</b>		<b>93.710.144</b>	<b>100</b>

Fonte: "Verso il piano regolatore sociale della Regione siciliana"

Per quanto riguarda le spese correnti finanziate con mezzi propri della Regione, solo una piccola parte è destinata al finanziamento degli Enti Locali. Ne consegue che l'entrata in vigore della L. 328/2000 ha significato non solo un sostanziale incremento di risorse complessivamente disponibili, ma soprattutto un netto spostamento della spesa dal livello regionale a quello territoriale.

Risorse regionali (correnti)	2002
Spese per comunità alloggio per minori sottoposti a provvedimenti dell'AG e per disabili mentali (L.R.2/2002)	15.494.000
Fondo programmi straordinari per Comuni e IPAB; convenzioni per studi e ricerche per la predisposizione dei piani triennali (L.R.22/8; 33/88; 21/91; 6/97)	299.295
Sussidi straordinari a IPAB (L.R.65/53; 22/86; 10/99)	2.325.893
Sussidi straordinari ai vecchi lavoratori ed ai minorati psichici irrecuperabili (L.R.99/79; 6/86)	155.000
Interventi in materia di pubblica assistenza e beneficenza (L.R.65/53; 1/79; 36/86; 10/99)	3.032.614
Fondo da ripartire tra i Comuni per interventi nei settori socioassistenziali (L.R.22/86; 33/88; 7/96; 6/97)	1.451.242
<b>Totale</b>	<b>22.758.044</b>

Fonte: "Verso il piano regolatore sociale della Regione siciliana"

---

**REGIONE TOSCANA**



**241**





## Il sistema normativo

---

La Regione Toscana ha anticipato le linee di riforma della L. 328/2000 con la L.R. 72/97 *“Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati”* che regola l’esercizio delle funzioni programmatiche e amministrative da parte dei soggetti pubblici, prevedendo strumenti e procedure della programmazione sia regionale sia territoriale.

La Regione ha adottato un primo Piano Sociale per il triennio 1998-2000, e successivamente un Piano Sociale Integrato (PISR) con funzione transitoria per l’anno 2001.

I Piani di Zona, previsti già dalla legge di riordino del 1997 come piani Zonali di Assistenza Sociale, sono al secondo triennio di realizzazione.

Con DCR n. 60 del 9 aprile 2002 sono state approvate le *“Linee Guida per la formazione del Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004”*.

Con DCR 122/2002 è stato adottato il *“Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004”* che, in considerazione delle profonde trasformazioni di carattere normativo e istituzionale (la promulgazione della L. 328/2000 e l’approvazione delle modifiche al Titolo V della Costituzione) fissa il raggiungimento dei propri obiettivi, in particolare delle innovazioni indicate nel Dispositivo di Piano, alla conclusione del triennio della propria validità.

Il PISR apre una fase importante di riforma del sistema sociale toscano, che vedrà successivamente sviluppare le proposte di modifica della legge regionale 72/1997, quindi il primo aggiornamento del PISR per il 2003.

L’aggiornamento del PISR per il 2004 conterrà gli indirizzi relativi ai processi di valutazione conclusiva delle attività e degli interventi sperimentati nel triennio di validità e le indicazioni determinanti i tempi e i contenuti per la presentazione della Relazione sociale regionale, da tenere a base per la formazione del futuro Piano triennale 2005-2007. La Relazione sociale dovrà anche indicare gli esiti che s’intendono aggiungere nell’arco

del triennio a fronte degli investimenti e gli impatti sull'organizzazione dei servizi.

### **DM 308/2001 – autorizzazione strutture**

Si sta discutendo sul livello dell'accreditamento sociale. Ci sono delle sperimentazioni nella zona del senese e del grossetano.

L'accreditamento sanitario è in vigore dal 2001 ed è basato su criteri di qualità e non di certificazione.

### **DLgs 207/2001 IPAB**

La nuova disciplina delle IPAB sarà contenuta nella legge regionale sui servizi sociali, in corso di stesura.

### **DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari**

È previsto di definire i LIVEAS entro l'anno. I LEA sono previsti nel Piano Sanitario (allegato) e riprendono quelli nazionali con alcune modifiche.

### **DPCM del 2001 sull'affidamento dei servizi**

Con DCR del 31/12/2001 "Approvazione direttive transitorie per l'affidamento dei servizi alla persona", la Regione ha delineato le regole per un sistema improntato a livelli qualitativi che gli Enti sono tenuti a seguire.

### **La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale**

Nell'azione di governo che la Regione affronta attraverso le proprie strategie di programmazione, articolata per aree di problemi, le responsabilità in gioco sono molteplici: quelle regionali, quelle dei Comuni, delle aziende sanitarie, quelle degli altri soggetti istituzionali e sociali, chiamati a realizzare, in ambito locale, una programmazione integrata.

È grazie al governo di queste responsabilità, alla loro collaborazione, alla loro capacità di realizzare progetti unitari di intervento che si potrà:

- conseguire maggiori risultati di benessere;
- migliorare il sistema di offerta;
- ottimizzare l'uso delle risorse.

La determinazione dei livelli di assistenza nell'integrazione sociosanitaria, la individuazione delle prestazioni, la specificazione delle funzioni e degli oneri finanziari, costituiscono orientamento e guida per la concertazione interistituzionale.

La garanzia di attuazione e di accesso per il cittadino è affidata pertanto all'assunzione dei rispettivi impegni da parte dei soggetti della concertazione ed alla responsabilità condivisa per la realizzazione del percorso assistenziale, basato sulle dinamiche del piano individualizzato, condotto nella unitarietà dell'organizzazione funzionale, coincidente di norma nella zona-distretto.

Il criterio della unitarietà del servizio sociale, dei servizi e prestazioni sociali integrate con quelle sociosanitarie, socio-educative e delle politiche per l'alloggio, afferma il principio della pari dignità e visibilità nell'organizzazione funzionale di tali settori nella zona sociosanitaria.

Il PISR rappresenta un primo momento di definizione di questa strategia, nell'ottica di un approccio intersettoriale, in cui sono definiti il sistema delle responsabilità e le condizioni per affrontare, in modo nuovo, i problemi. A questo scopo individua condizioni per sperimentare nuove soluzioni alla domanda di integrazione istituzionale e operativa, che la comunità esprime in forme sempre più evidenti.

Nel PISR sono anche identificati i problemi che richiedono di qualificare le politiche sociali integrate, definendo e valorizzando le attività che possono garantirle:

- dando forte impulso alla programmazione integrata;
- prevedendo la sperimentazione di nuovi modelli di gestione unitaria di tutti gli interventi territoriali;
- definendo i livelli di assistenza e le condizioni per realizzarli in ogni zona sociosanitaria.

Attraverso lo stretto coordinamento e la tendenziale unificazione degli atti di programmazione regionale s'intende dare un unico riferimento alla programmazione locale, che è a sua volta chiamata a diventare momento di programmazione unitario per i diversi soggetti pubblici e sociali, che, a diverso titolo, partecipano alla definizione delle scelte, o che sono chiamati a collaborare per realizzarle.

L'iniziativa della Giunta regionale, in attuazione delle indicazioni del presente PISR e del Piano Sanitario Regionale, PISR 2002-2004, dovrà produrre atti non solo coordinati, ma anche unici per gli aspetti Comuni, che riguardano i principali strumenti attuativi della programmazione regionale. In particolare:





- l'elaborazione di apposite Linee Guida di supporto alle aziende sanitarie e alle amministrazioni locali per la definizione e l'attuazione di Piani Integrati finalizzati agli obiettivi di salute e di benessere delle comunità locali;
- l'individuazione delle modalità di integrazione sociosanitaria relativa alla identificazione dei servizi e alla definizione di criteri e parametri di ripartizione degli oneri riferiti al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, all'allegato 3 del Piano Sanitario Regionale 2002-2004, alla determinazione di livelli di assistenza in ambito sociale (LIVEAS);
- l'indicazione di percorsi unitari, relativi alla progettazione sperimentale di esperienze di mutualità integrativa, per le competenze afferenti al Servizio Sanitario e al Sistema dei Servizi Sociali Integrati.

La definizione di un'unica strategia di programmazione regionale va quindi vista come opportunità per cadenzare l'assunzione di decisioni, che comunque devono avere radici unitarie e che rappresenteranno, nel triennio, i criteri di riferimento per l'identificazione di un Piano regionale dei servizi alla persona (sanitario, sociale, sociosanitario, socio-educativo). Ad esso daranno continuità strategica le scelte locali, evidenziando come affrontare in modo integrato i fattori sanitari e sociali della salute.

Le risorse sanitarie e sociali dovranno essere progressivamente valutate e considerate a livello locale come un fondo unitario per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza, pur considerando la loro diversa origine.

Le sperimentazioni gestionali della Società della Salute, previste dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004, potranno meglio indicare le soluzioni attuative e organizzative e le proposte da sostenere e valicare per l'intero territorio regionale.

### **Gli assetti istituzionali**

---

Vengono ulteriormente riaffermati i compiti istituzionali degli Enti preposti alla programmazione e gestione dei servizi in linea con quanto stabilito dalla normativa regionale e dalle riforme Bassanini.

La Regione conferma il criterio di determinazione degli ambiti territoriali, coincidenti con le zone sanitarie e, ai sensi del PSR 2002-2004, con i Distretti, prevedendo incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali.

La Regione definisce inoltre, nel Piano Integrato Sociale Regionale, i criteri per l'autorizzazione e la vigilanza delle strutture e dei servizi e i requisiti di

qualità per la gestione degli stessi, per la definizione delle tariffe da corrispondere ai gestori, i criteri per la concessione dei titoli, quelli per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.

Le Province concorrono alla programmazione ed in particolare partecipano alla definizione dei Piani di Zona, svolgono funzioni di raccolta dei dati sui bisogni e sulle risorse in attuazione del sistema informativo dei servizi sociali, promuovono e realizzano interventi in materia di formazione professionale, inserimento lavorativo e coordinamento dei soggetti che operano nel terzo settore.

I Comuni hanno la titolarità amministrativa per la gestione dei servizi, indicano le priorità e i settori di innovazione, organizzano il sistema di erogazione dei servizi, provvedono alle autorizzazioni e alla vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, definiscono i parametri di valutazione ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi. Infine, in forma associata e di concerto con le ASL, provvedono a definire i Piani di Zona.

Alla Comunità Montana possono essere delegate le funzioni amministrative in materia di assistenza sociale: in tal caso spetta anche l'approvazione del Piano Zonale.

### **Gli ambiti territoriali**

---

Gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete coincidono con le zone sanitarie e, ai sensi del Piano sanitario regionale 2002-2004, con i Distretti. Sono previsti incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali.

Per le attività a valenza multizonale e per gli interventi d'interesse regionale la Regione individua gli ambiti territoriali più appropriati per la loro efficace attuazione.

### **La programmazione**

---

#### **Il Piano Integrato Sociale Regionale (PISR)**

Il Piano è adottato dalla Regione, attraverso forme di concertazione con i Comuni, gli altri Enti Locali, le parti sociali, promuovendo in particolare l'integrazione sociosanitaria in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Re-



gionale, nonché l'integrazione e il coordinamento con le politiche educative, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, abitative.

Nel Piano sono indicate le modalità di partecipazione delle IPAB che operano in campo socio assistenziale alla programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi.

La Regione promuove inoltre, di concerto con gli Enti Locali, la partecipazione in ambito locale dei soggetti sociali alla programmazione, alla attuazione degli interventi, alla verifica dei risultati, attivando anche forme stabili (Tavoli) di consultazione e concertazione tra i soggetti.

Infatti, pur riconoscendo al rapporto Regione-Enti Locali la primaria responsabilità della programmazione, un ruolo sostanziale è riconosciuto al terzo settore.

Risulta chiara la distinzione tra i diversi livelli di programmazione: quella istituzionale, cui spetta la titolarità della programmazione di Governo e quella partecipata, alla quale sono chiamate le IPAB, i soggetti del terzo settore e del privato sociale.

### Gli obiettivi strategici del PISR

Gli obiettivi strategici sono articolati su due livelli:

- 1) l'efficacia degli interventi sui bisogni dei cittadini
- 2) la qualificazione del sistema di offerta e il suo riequilibrio territoriale.

Per il primo livello sono individuati i seguenti obiettivi:

- lo sviluppo di azioni di prevenzione mirate ad intercettare bisogni individuali e familiari, prima che diventino motivi di disagio;
- lo sviluppo di azioni di contrasto contro la violenza sulle donne e minori anche in ambito domestico;
- la concreta attuazione del carattere di universalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali tramite la determinazione di livelli essenziali di prestazioni, estendendo, pertanto, la capacità di copertura rispetto ai bisogni manifestati;
- il sostegno agli interventi che favoriscono l'autonomia personale dei cittadini con disabilità e non autosufficienti;
- la promozione e il sostegno alle politiche di contrasto delle povertà, nuove ed estreme, e per l'inclusione sociale;
- la valorizzazione delle responsabilità familiari, tramite il sostegno ai processi di formazione delle famiglie, alla natalità e per l'affermazione dei diritti dei minori.

Per il secondo livello sono individuati i seguenti obiettivi:

- la qualificazione della rete dei servizi, come condizione basilare del rafforzamento del sistema dei diritti di cittadinanza;
- il consolidamento di forme organizzative idonee a riequilibrare l'offerta dei servizi e prestazioni, per garantire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza;
- la individuazione e la sperimentazione delle opportunità di soluzioni solidaristiche, per quanto attiene i fondi integrativi;
- il sostegno ad azioni che favoriscono la pluralità di offerta dei servizi, garantendo il diritto di scelta mediante anche l'utilizzo di "buoni servizio", spendibili verso strutture, servizi e soggetti, anche individuali, accreditati.

A questo scopo il PISR promuove il conseguimento dei traguardi indicati a livello europeo tramite:

- l'integrazione delle politiche dei diversi settori concorrenti alla qualificazione di un sistema sociale allargato;
- il rafforzamento dei meccanismi di solidarietà, socialità e relazionalità, anche con il sostegno dello specifico ruolo del terzo settore;
- la promozione della partecipazione dei cittadini, anche tramite lo sviluppo di strumenti di informazione e di comunicazione, e della mobilitazione degli attori del territorio.

### Gli obiettivi di settore

Con riferimento al perseguimento degli obiettivi strategici, il PISR individua le azioni che contengono specifici obiettivi e finalità da assumere nella redazione dei Piani zonali di assistenza sociale:

- responsabilità familiari (inclusi gli interventi sui tempi e gli spazi delle città);
- diritti dei minori;
- autonomia delle persone anziane;
- sostegno per i cittadini con disabilità (gravi in particolare);
- interventi per gli immigrati;
- interventi per il reinserimento sociale dei soggetti con dipendenze;
- azioni di contrasto della povertà;
- interventi per l'inclusione sociale di soggetti appartenenti a fasce deboli;
- azioni di sostegno per la tutela della salute mentale;
- interventi per soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, quando si rendono necessari interventi assistenziali.





Il PISR prevede inoltre, nel corso del triennio, di attivare ulteriori progetti speciali regionali relativi a:

- sostegno all'attività di cura domiciliare e di assistenza personale per anziani non autosufficienti e cittadini con disabilità, tramite il potenziamento e la riqualificazione delle attività, la sperimentazione di forme di servizi accreditati con erogazioni di titoli per l'acquisto di prestazione secondo tariffe determinate;
- iniziative finalizzate alla emersione e alla riqualificazione di operatori domiciliari, impiegati presso famiglie ed interessati da norme concernenti la concessione del permesso di soggiorno;
- determinazione di un sistema di prestazioni e provvidenze rivolte a sostenere la formazione dei nuclei familiari e la natalità, anche con l'integrazione di provvidenze già previste da normative statali.

Per l'attivazione dei progetti regionali, da realizzare con forme di partenariato con gli Enti Locali e le aziende unità sanitarie locali, già da questo anno è stato varato il Progetto di Toscana Sociale.

Nel periodo di validità del PISR saranno individuate risorse regionali, aggiuntive rispetto alle attuali, per sostenere lo sviluppo dei progetti regionali speciali.

## I Piani di Zona

La programmazione a livello locale è iniziata nel triennio 1998/2000, permettendo alla fase transitoria delineata dal Piano 2001, di inserirsi all'interno di una programmazione già avviata.

Con DGR 961/02 la Regione Toscana ha approvato "gli indirizzi operativi e gli strumenti per la redazione del Piano di Zona 2002-2004".

Le Linee Guida per la programmazione 2002/2004 confermano e intendono aggiornare il sistema già avviato: il Piano zonale di assistenza sociale è lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare.

Il Piano di Zona indica:

- le decisioni da assumere in merito alle modalità di gestione in forma associata del sistema di prestazioni e servizi individuati;
- l'assetto organizzativo riferito alla erogazione dei livelli essenziali di welfare, in particolare di quelli d'accesso (Sportello Sociale) e di quelli dell'emergenza (pronto intervento sociale).

Nel Piano di Zona sono indicati, per l'intero ambito territoriale e per l'insieme dei soggetti che partecipano alla definizione dell'atto di programmazione:

- gli obiettivi strategici e le priorità di intervento generali e per i diversi settori;
- i livelli essenziali di assistenza da assicurare ai cittadini e a tutte le persone regolarmente presenti nel territorio della Regione;
- le risorse finanziarie, strutturali e professionali rese disponibili dagli enti partecipanti per la realizzazione degli interventi e la qualificazione della spesa;
- le modalità di organizzazione dei servizi;
- le forme di coordinamento e di integrazione con gli interventi sanitari, dell'istruzione, nonché con le politiche attive di formazione, avviamento e reinserimento al lavoro, con quelle abitative;
- il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali (con particolare riferimento alla scuola, all'amministrazione penitenziaria e alla giustizia);
- le modalità con cui è favorita la formazione di un sistema locale di intervento fondato su servizi e prestazioni economiche complementari e flessibili;
- le forme di collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- le forme di responsabilizzazione dei cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- le iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi;
- le iniziative di comunicazione sociale a tutela del diritto dell'utente alla conoscenza delle opportunità presenti sul territorio.

Il Piano di Zona è triennale e viene aggiornato annualmente limitatamente agli aspetti finanziari e di integrazione e modifica del piano approvato. Sono indicati i processi di costruzione della programmazione, in particolare gli aspetti concertativi e partecipativi adottati, che assicurano il concorso dei soggetti economici e sociali, anche per registrarne il grado di convergenza verso gli obiettivi prioritari individuati.

Nel Piano l'attenzione va concentrata, in primo luogo, sui bisogni e sulle opportunità da garantire e vanno valorizzate le risorse e i fattori propri della comunità locale e dell'ambito territoriale, al fine di aumentare l'efficacia degli interventi e di favorire la crescita delle risorse presenti nelle singole realtà locali.





Il Piano di Zona dovrà inoltre definire i caratteri del sistema di interventi e servizi da realizzare, riservando particolare attenzione alle condizioni tecniche e metodologiche che consentiranno di effettuare valutazioni di processo e di esito, definendo puntualmente le responsabilità dei diversi soggetti, individuando all'interno dell'Accordo di programma gli organi e le modalità di gestione ed esplicitando le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti.

### La segreteria tecnica

La segreteria tecnica è una struttura tecnico-organizzativa di staff, a supporto della operatività dall'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci.

Opera nell'ambito della progettazione sociale e contribuisce a definire e gestire strumenti propositivi, progettuali, valutativi, di monitoraggio in attuazione delle scelte di livello strategico e politico.

È costituita come un team integrato, indipendente dalle dinamiche territoriali, nel senso che non ha il compito di rappresentare interessi locali particolari, ma solo di realizzare la progettazione socio-assistenziale, sociosanitaria ed educativa del territorio della zona e di interfacciare gli attori del sistema di riferimento.

Deve avere una autonomia operativa sufficiente da poter immediatamente assumere atteggiamenti e comportamenti funzionali ai processi che deve portare avanti.

Può essere adottato un modello organizzativo paritario con competenze e ruoli definiti, da ricoprire eventualmente anche a rotazione all'interno del gruppo proprio per favorire la condivisione delle conoscenze e l'intercambiabilità dei componenti.

### La gestione dei servizi

La zona sociosanitaria, di cui alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale), è individuata come ambito territoriale con riferimento al quale, a tutela dei diritti della popolazione, i Comuni realizzano, in forma necessariamente associata, la programmazione del sistema integrato di servizi e prestazioni sociali, d'intesa con l'azienda unità sanitarie locali, la Provincia di riferimento, gli altri Enti pubblici presenti.

La gestione associata è obbligatoria ai sensi della L.R. 72/1997 per la gestione di interventi definiti da progetti approvati dal Piano di Zona, per la gestione dell'attività di integrazione sociosanitaria, per le azioni innovative d'interesse regionale.

Relativamente alla disciplina per l'affidamento dei servizi, l'emanazione della DCR n. 31 ottobre 2001 concernente "Deliberazione n. 118 del 5 giugno 2001 – approvazione direttive transitorie per l'affidamento dei servizi alla persona", ha delineato le regole per un sistema improntato a criteri qualitativi che gli enti pubblici sono chiamati a rispettare.

Si deve perseguire la finalità di soddisfare la più ampia gamma di bisogni, con l'utilizzo di indicatori che consentono di misurare l'affidabilità dei soggetti e l'adeguatezza della proposta progettuale in termini tecnico-organizzativi e nei confronti della complessa realtà relazionale del soggetto in condizione di bisogno.

Si dovrà definirà l'insieme delle norme per l'accreditamento, attraverso una interrelazione fra Regione ed Enti Locali che si sosterrà in primo luogo sulla sperimentazione per consentire, attraverso verifiche e correzioni, il costante adeguamento del quadro delle prestazioni e degli elementi organizzativi.

Il PISR indicherà per i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale a gestione pubblica o privata, le modalità e i criteri di autorizzazione da parte dei Comuni, le modalità di istituzione dei registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività; per quelli già operanti i Comuni provvedono a confermare le autorizzazioni esistenti in forma provvisoria.

Resta sullo sfondo, allo stato attuale, la costituzione di Società della Salute per la gestione integrata a livello di zona dei servizi socioassistenziali e dei servizi sociosanitari tra Comuni ed ASL: il Piano Sanitario Regionale prevedeva che la Giunta Regionale dovesse emanare atti di indirizzo entro il giugno 2002, ma sei mesi dopo tali indirizzi non sono ancora stati emanati. La costituzione delle Società della Salute dovrebbe, tuttavia, per la prima annualità, riguardare solo alcuni casi di sperimentazione, per lo più riservati alla città metropolitana di Firenze e ad altri Comuni di grandi dimensioni.

### **I livelli di assistenza**

---

Viene specificato che "sono assicurate specifiche prestazioni in ambito territoriale con riferimento ai livelli essenziali di assistenza indicati in ambito nazionale".





La programmazione locale è chiamata a individuare e organizzare l'offerta in modo coerente nel territorio. Per fare questo è necessario definire almeno due livelli: quello del finanziamento e quello della erogazione.

Per il primo livello, le soluzioni individuate fanno leva sulla capacità delle amministrazioni coinvolte di ripartire la spesa, con riferimento a indici di carico sociale, coerenti con i bisogni della popolazione, e indici di natura epidemiologica, rappresentativi della distribuzione dei bisogni nel territorio.

Per il secondo livello, si tratta di definire criteri per organizzare le risposte su scala zonale e i rispettivi fattori di produzione, così da renderle valutabili rispetto alla loro capacità di efficacia e di sostenibilità.

Rispetto alle aree indicate dalla L. 328/2000, il PISR ha individuato le priorità regionali.

La definizione e attuazione dei livelli di cittadinanza sono realizzate sulla base di tre criteri:

- a) il finanziamento,
- b) le modalità di erogazione,
- c) gli indicatori di epidemiologia sociale, che documentano la effettiva tutela dei diritti di cittadinanza definiti nelle Carte di cittadinanza.

Nella Carta per la cittadinanza sociale vanno infatti definiti i percorsi e le opportunità sociali disponibili, la mappa delle risorse istituzionali e sociali, i livelli essenziali di assistenza previsti, le modalità di partecipazione dei cittadini, le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti più deboli, gli impegni e i programmi di miglioramento, le sanzioni da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla stessa.

Pertanto la definizione dei livelli essenziali richiede che sia precisata:

- a) la misura di finanziamento, su base pro-capite ponderata, da garantire in tutto il territorio regionale, negli ambiti di gestione associata per le prestazioni e i servizi sociali e socio-sanitari, un Fondo Sociale locale, utilizzando le risorse dei Comuni, il riparto del fondo nazionale di cui all'articolo 20 della L. 328/2000, la quota regionale trasferita quale parte indistinta;
- b) gli standard di erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari con riferimento alla popolazione assistita, ai bisogni della popolazione, tenendo conto che in ogni ambito territoriale vanno comunque garantite funzioni di accesso universalistico e di valutazione professionale del bisogno, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale, funzioni di intervento domiciliare, intermedio e residenziale;

- c) le soglie minime, definite su base regionale, di risposta efficace ai bisogni, verificabili con indicatori di salute e di benessere sociale, idonei a documentare l'efficacia delle azioni dei servizi.

L'individuazione dei livelli essenziali comporta anche:

- l'indicazione della modalità di accesso da parte dei cittadini alle prestazioni o servizi;
- i criteri e le modalità per la concessione dei titoli, con criteri omogenei a quelli applicati per la determinazione del concorso alla spesa;
- l'individuazione dei criteri per il percorso assistenziale attivo per l'integrazione sociale dei soggetti beneficiari;
- l'indicazione dei criteri per determinare le priorità di accesso ai servizi per i soggetti "deboli" del sistema.

L'attuazione zonale dei livelli è definita contestualmente alla predisposizione del Piano di Zona o del Piano integrato di salute (nel caso della Società della Salute), sulla base di misure di finanziamento, di erogazione e di esito.

In sede zonale deve essere individuato, da parte della Conferenza dei Sindaci, un responsabile unico della attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, quindi della organizzazione dei servizi corrispondenti agli standard determinati in sede di Piano di Zona e della erogazione delle appropriate prestazioni ai cittadini, per i quali sono riconosciute come diritto.

### L'integrazione sociosanitaria

L'azione di governo regionale affronta il tema della salute, attraverso una strategia programmatoria articolata per aree di problemi e divisa in interventi sanitari, sociosanitari e sociali integrati.

Il criterio di fondo che si evince dalla lettura delle Linee guida e del Piano Sanitario, sembra essere quello dell'unitarietà che si vuole raggiungere tra il comparto sociale e il comparto sanitario a livello di programmazione, gestione ed erogazione dei servizi, all'interno dell'ambito zonale di riferimento.

L'integrazione si attua con due principali linee di azione:

- a) il coordinamento delle azioni di Governo e delle politiche;
- b) il coordinamento dei fattori organizzativi ed operativi.

Il primo aspetto è definito attraverso gli indirizzi programmatici formulati dalle articolazioni zonali della Conferenza dei Sindaci e gli atti di recepimento nei Piani Attuativi Locali.





I contenuti degli indirizzi programmatici espressi, tradotti nel Piano di Zona e nei Piani Attuativi Locali o nei Piani Integrati di Salute, devono registrare una logica di reciproca corrispondenza.

Il secondo risultato si persegue con il concorso delle strutture organizzative, che presiedono alle funzioni operative dei servizi sociali propri dei Comuni e delle aziende unità sanitarie locali, e dei servizi sanitari, si concretizza nell'apporto delle prestazioni professionali, degli strumenti e delle strutture nelle rispettive sfere di competenza.

Poiché l'integrazione rappresenta la modalità di offerta più idonea sul piano dell'efficienza e dell'efficacia di fronte ai bisogni complessi e multifattoriali dei cittadini, deve poter contare su adeguate strutture organizzative dei servizi. Queste, da un lato, realizzano, in collaborazione organica e diretta con i Comuni, una specifica progettualità sociosanitaria capace di interagire con i settori delle politiche sociali più ampie, dall'altra rispondono nei confronti di Comuni e aziende unità sanitarie locali a criteri di controllo direzionali e gestionali, per pianificare, nel campo della salute e del ben-essere, un sistema di offerta misto con l'apporto non solo pubblico, ma anche del terzo settore e del privato.

Vanno a tal fine privilegiati modelli organizzativi flessibili, orientati al risultato, in modo da rendere possibile una gestione per processi, con relative fasi di controllo e valutazione, riducendo la centralità della prestazione, incentivando la gestione associata degli Enti Locali. Per un verso va tenuto conto dell'inadeguatezza di ambiti comunali per la gestione dei servizi sociali, per un altro della esigenza di una efficiente organizzazione di servizi e programmi di intervento e dell'omogeneità di livelli di assistenza per ambiti territoriali adeguati.

Tuttavia, perché l'integrazione non resti un mero principio, è necessario sviluppare un sistema di servizi sociali e sociosanitari, che sostituisca progressivamente il meccanismo della delega alla azienda unità sanitaria locale da parte dei Comuni, con modalità organizzative e gestionali di integrazione più efficaci e più affidabili, promuovendo la partecipazione attiva, responsabilizzata e consapevole sul piano degli impegni, delle risorse e delle verifiche da parte di Regione, Comuni, azienda unità sanitaria locale, sui risultati raggiunti.

Condizioni preliminari per questi obiettivi sono il rispetto di alcuni fondamentali requisiti.

A livello di zona /distretto:

- unitarietà del "soggetto" gestionale,
- unitarietà della direzione dei servizi sociali e socio sanitari in rapporto ai servizi sanitari,
- sistema unitario di accesso ai servizi per i cittadini,
- sistema di offerta di risposte unitarie (approccio della gestione del caso).

A livello di area territoriale della ASL:

- a) rafforzamento del ruolo di coordinamento delle funzioni di programmazione e di progettazione, tramite la partecipazione, anche articolata a livello di zona/distretto, agli organismi costituiti, con il compito di dirigere strategicamente la programmazione delle risorse e degli interventi per la realizzazione degli obiettivi di salute, definiti dai Comuni, nei settori:
  - della programmazione istituzionale,
  - dei processi di qualità e di esigibilità dei diritti,
  - del trattamento dell'informazione,
  - della promozione ed allocazione delle risorse,
  - del coordinamento a livello di macrosettori,
  - della connessione con i settori del sociale allargato.
- b) presenza di un coordinamento di tutte le attività ad alta integrazione socio sanitaria.

I due livelli di gestione e di organizzazione (zonale e aziendale) trovano sinergia fuori da uno schema di gerarchia, ma dentro un sistema funzionale di rapporti e di competenze:

- la struttura zonale/distrettuale, momento forte di direzione integrata dei servizi e delle risorse;
- la struttura aziendale, momento forte di direzione strategica della programmazione e di garanzia, dotata, a tal fine, di apposita struttura di staff.

La struttura organizzativa diretta dal Coordinatore dei servizi sociali, nella concezione del modello toscano così come definita anche dal PSR, si rapporta alla Conferenza dei Sindaci e per essa ai Comuni, in termini di impegno operativo, forte a tutti i livelli, in nome del ruolo di responsabilità che gli è conferito dalle norme, quale garanzia per il sociale delegato, per l'integrazione delle politiche sociali, per il rapporto tra il sociale ed il sanitario.

## Il sistema informativo

Con il PISR il Sistema Informativo Sociale Regionale si porrà come un insieme organizzato e coerente di tecniche e di procedure per conoscere, monitorare e governare il sistema dei servizi e delle opportunità per il benessere e l'inclusione sociale degli individui e delle famiglie, strutturando un processo di raccolta sistematica di informazioni, che aumenti le capacità decisionali dei diversi attori coinvolti nel processo di realizzazione dei servizi sociali e





che promuova l'insieme delle attività valutative esistenti all'interno di ogni processo decisionale.

La Regione dovrà orientare l'azione dell'Osservatorio Sociale Regionale e degli Osservatori Sociali Provinciali, che ne sono articolazione, per conseguire il duplice obiettivo di:

- progettare ed attivare un sistema di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni che fanno riferimento alla "Strategia sociale" individuata nel Piano Regionale di Sviluppo a supporto del processo di programmazione e in grado di interagire con le fasi dei processi decisionali (un modello di governance cooperativa può essere attivato solo se le informazioni e la conoscenza del sistema in cui si opera sono disponibili e trasparenti per tutti i soggetti coinvolti);
- sviluppare un Sistema Informativo Sociale Regionale capace di garantire lo stretto raccordo con il più ampio e articolato sistema informativo regionale (SIR) sia sul piano metodologico, sia sul piano della tipologia di dati e informazioni trattate, sia sul piano delle responsabilità e degli strumenti di gestione.

Il PISR dovrà quindi compiere un'azione di ridefinizione degli Osservatori, affinché questi ultimi possano diventare centri collaborativi e nevralgici per la produzione delle informazioni, rispetto ai punti della rete che avranno la responsabilità di fornire i dati.

Agli obiettivi della progettazione ed implementazione del SISR è orientato il Progetto Integrato Regionale "Valutazione Sociale" della Toscana che per il 2002 ha contribuito a finanziare un percorso di assistenza formativa e tecnica realizzato dal Formez per la predisposizione e la diffusione delle Linee Guida 2002-2004, per l'istruttoria dei Piani di Zona, per l'analisi dei dati quantitativi relativi ai Piani di Zona e per l'avvio di un Tavolo Tecnico Regionale per la progettazione di un sistema di monitoraggio e valutazione delle politiche sociali e dei Piani di Zona. Il Progetto Integrato Regionale "Valutazione Sociale" 2003 dovrà contribuire alla attivazione di una rete tra gli Osservatori Sociali Provinciali impegnati nella sperimentazione del sistema progettato, con il coordinamento dell'Osservatorio Sociale Regionale e del Formez.

### La spesa sociale

---

La dotazione del Fondo Regionale per l'assistenza sociale (FRAS) previsto dalla L.R.72/97 viene determinato annualmente con legge di bilancio. Una quota

del fondo, non superiore al 10%, è riservata alla Regione per il finanziamento di progetti o programmi innovativi e sperimentali di interesse regionale e di progetti i cui obiettivi sono sostenuti da fondi, programmi, bandi europei, nella logica del cofinanziamento, nonché per il finanziamento di studi e ricerche.

La restante quota del fondo è attribuita alle “zone” per la realizzazione di obiettivi prioritari, inseriti in progetti, azioni programmate, progetti-obiettivo e in progetti integrati di area, secondo gli indirizzi regionali definiti dal Piano Sociale Regionale ed il programma regionale di sviluppo in connessione con quelli del Piano Sanitario Regionale.

È il Piano Sociale Regionale a determinare i criteri per il riparto del fondo da assegnare ai Comuni, sulla base di parametri oggettivi volti a definire oltre alla dimensione degli interventi e dei servizi in atto, quella dei bisogni di assistenza sociale.

Con il primo “piano integrato sociale regionale” per il triennio 1998-2000 si sono individuati i criteri di riparto del fondo<sup>1</sup>.

Una quota delle risorse disponibili (sia di parte corrente sia in conto capitale) è ripartita “a parametro” ovvero sulla base di indicatori demografici che fanno riferimento a:

- popolazione totale
- fascia di età 0-6
- fascia di età 7-14
- fascia di età 65-74
- fascia di età > 74.

Ai Comuni insulari, interamente montani e parzialmente montani veniva assicurata una soglia minima di risorse a prescindere dall’impiego degli indicatori generalmente validi. Era infine previsto un contributo aggiuntivo per incentivare le gestioni associate dei servizi.

Un’ulteriore quota del fondo era invece destinata al finanziamento dei progetti dei Piani di Zona, sia per le spese di gestione sia per gli investimenti. Il 70% del budget di zona era costituito sulla base dell’ammontare complessivo dei finanziamenti dell’ultimo triennio. Per il restante 30% del budget si faceva riferimento agli indicatori impiegati per il finanziamento della quota “a parametro”.

Nel 2001, in occasione dell’approvazione del piano relativo<sup>2</sup>, le risorse del Piano nazionale per le politiche sociali vengono integrate nel Fondo Regionale Sociale assistenza sociale.

---

<sup>1</sup> Delibera del Consiglio Regionale n. 228 del 15/07/1998.

<sup>2</sup> Delibera del Consiglio Regionale n. 118 del 05/06/2001.





Il Fondo Regionale assistenza sociale è ripartito tenendo conto delle seguenti frazioni:

- risorse assegnate “a parametro”
- budget per il finanziamento dei progetti dei Piani di Zona
- incentivi per la gestione associata
- quota riservata alla Regione per finanziare progetti e azioni innovative e sperimentali di interesse regionale, progetti sostenuti da fondi, anche europei, per realizzare studi e ricerche
- quota riservata alla Regione ed utilizzata per finanziare progetti di investimento presentati dai Comuni e dai soggetti gestori.

Le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali sono suddivise in quattro quote:

- risorse attribuite alle zone sociosanitarie quale budget per il finanziamento di azioni previste nel Piano Sociale Nazionale, ed incluse nei Piano di Zona, ripartiti ed assegnati tramite uno specifico atto approvato dalla Giunta regionale sulla base della attivazione di specifici progetti che indicano i soggetti istituzionali gestori ed i soggetti attuatori;
- risorse attribuite ai Comuni delle aree individuate dal Piano, quale budget per il finanziamento di azioni relative ad interventi per il contrasto della povertà e di fenomeni specifici di disagio sociale ripartiti ed assegnati tramite uno specifico atto approvato dalla Giunta regionale;
- risorse riservate alla Regione ed utilizzati per lo sviluppo di interventi previsti dal Piano Nazionale per il “Governo della riforma” e per l’attuazione del sistema informativo dei servizi sociali (articolo 21, L. 328/2000);
- risorse riservati alla Regione ed utilizzate per finanziare progetti di interesse regionale e azioni innovative e sperimentali presentate dai Comuni e dai soggetti gestori sulla base dei criteri previsti dal PISR, con riferimento agli obiettivi prioritari indicati dal Piano Nazionale.

L’effettiva ripartizione del Fondo per l’anno 2001 ha visto le seguenti risorse distribuite agli Enti Locali<sup>3</sup>:

- € 50.754.862,54 (risorse FRAS e FNPS)
- € 680.000 (ai comuni capofila)
- € 1.020.000 (per la gestione associata)
- € 3.277.493,44 (per interventi di contrasto alla povertà).

---

<sup>3</sup> Delibera della Giunta Regionale n. 1219 del 12/11/2001.

Per garantire che le risorse ripartite non siano sostitutive di quelle già destinate dai singoli Enti Locali, viene introdotta la rilevazione della spesa sociale (per gli interventi ed i servizi di cui alla L. 328/2000) sostenuta dai Comuni, Province, Aziende Unità Sanitarie Locali, da assumere quale indicatore a valere per i successivi Piani regionali. In particolare viene assunto quale indicatore la percentuale della spesa sociale sul totale della spesa corrente.

È inoltre previsto l'accertamento che la quota relativa ai trasferimenti del Fondo Nazionale Politiche Sociali costituisca parte di cofinanziamento dei programmi degli Enti Locali e dei progetti per interventi attivati dai soggetti pubblici o privati.

Le modalità di ripartizione del Fondo sono ridefinite nel Piano triennale 2002-2004: a ciascun comune viene attribuita, quale quota indistinta finalizzata all'attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali una quota del Fondo Sociale sulla base di dati demografici e di indicatori di disagio.

Per quanto riguarda gli indicatori demografici fanno riferimento per il 40% alla popolazione complessiva del Comune e per il 60% alla popolazione in alcune fasce di età.

Inoltre, ai dati demografici è applicato un "indicatore di disagio sociale" che tiene conto di:

- tasso di disabilità
- tasso di non autosufficienza
- indice di carico dei bambini
- stranieri residenti
- disoccupati e inoccupati iscritti al collocamento.

Si applicano, invece, criteri di ripartizione specifici per garantire la soglia minima di risorse ai Comuni montani ed insulari e gli incentivi per la gestione associata tra tutti i Comuni di una stessa zona.

Accanto a queste risorse sono attribuite alle zone sociosanitarie le quote del fondo quale budget per il finanziamento dei progetti sulla base dei medesimi parametri demografici ed indicatori di disagio sociale.

Infine una quota delle risorse è riservata ad accordi territoriali per azioni innovative e per lo sviluppo di buone pratiche (Progetti *Toscana sociale*) promossi dalla Regione di concerto con gli Enti Locali, le Aziende Sanitarie ed eventualmente soggetti del terzo settore.





---

## REGIONE UMBRIA



263





## Il sistema normativo

---

In Umbria la riforma socio-assistenziale è iniziata con la L.R. 3/97 *“Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e di riordino delle funzioni socioassistenziali”* e con la L.R. 34/98 *“Criteri e modalità per il conferimento di funzioni amministrative agli Enti Locali e per l’organizzazione e l’esercizio delle stesse a livello locale”*.

Anticipando le linee di riforma della L. 328/2000, con la DCR n. 759 del 20 dicembre 1999 è stato emanato il primo *“Piano Sociale Regionale 2000-2002”* come previsto dall’art. 34 della L.R. 3/97.

Con la delibera n. 649 del 21 giugno 2000 sono state emanate le *“Indicazioni per la definizione dei Piani di Zona”* ed è stato prorogato il termine per la presentazione degli stessi al 30 settembre 2000.

Nel corso dell’anno 2000, in tutti gli Ambiti territoriali dell’Umbria sono stati portati a compimento i Piani di Zona, con presa d’atto da parte della Giunta Regionale n. 142 del 21 febbraio 2001.

### DM 308/2001 – autorizzazione strutture

Vi è un disegno di legge che riguarda l’autorizzazione al funzionamento per le strutture semi- e residenziali rivolte ad anziani e bisognosi di supporti assistenziali.

Sempre all’interno dello stesso disegno di legge vi una parte riguardante l’autorizzazione per strutture dedicate ai servizi per l’infanzia.

Complessivamente la scelta di fondo, già indicata nel PSR, è stata quella di privilegiare le strutture residenziali e semi-residenziali micro (*“superare casa di riposo”*), privilegiando servizi semi-residenziali (case di quartiere, centri accoglienza di giorno, etc.).

In tal senso si sono realizzate già alcune esperienze. Attualmente inoltre vi sono gruppi di lavoro che stanno lavorando sulla dimensione sociosanitaria, in relazione anche alla realizzazione del nuovo Piano Sanitario Regionale.

## DLgs 207/2001 IPAB

È stato costituito un gruppo di lavoro che sta elaborando una proposta normativa per la disciplina delle IPAB.

## DPCM del 2001 sui livelli essenziali socio-sanitari

Attualmente si sta recependo la disciplina dei LEA.

Fino ad ora la Regione ha adottato Linee Guida per quanto riguarda la fascia degli anziani non autosufficienti. Un percorso simile si sta realizzando in tema di disabilità.

In questa ottica, la Regione intende giungere ad una definizione in tema di residenzialità permanente e di centri semi-residenziali socio-riabilitativi. La dimensione socio-sanitaria in tema di anziani ha quindi un percorso di riflessione già più consolidato, che sarà pronto a breve e rappresenterà una parte del nuovo Piano Sanitario Regionale.

Per quanto riguarda i livelli essenziali, essi sono stati declinati con il PSR (i 5 livelli di welfare).

## La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale

Complessivamente la Regione ritiene che attualmente vi è solo la necessità di un riallineamento rispetto alla L. 328/2000, in quanto il Piano Sociale, i Piani di Zona e le altre esperienze concrete di attuazione delle disposizioni degli anni Novanta hanno di fatto modificato direttamente sul campo la 3/97 ed il sistema di relazioni istituzionali sul territorio". Anche per il Piano Sociale del 1999 vale ciò che è accaduto in Abruzzo: tale documento registra una profonda evoluzione rispetto alla legislazione precedente (la programmazione del territorio era configurata poco nella legge 3/97 mentre nel Piano Sociale si parla già di Piani di Zona, etc.) e risente della discussione nazionale sulla proposta di legge Signorino e del più generale dibattito sfociato nella L. 328/2000. Sulla predisposizione del primo Piano Sociale Regionale si è avuto un fenomeno di "circolarità" rispetto a livello nazionale: "noi abbiamo influito su quanto discusso a livello nazionale sulla L. 328/2000 (ad esempio l'art. 22 della L. 328/2000 riprende in parte l'idea dei cinque welfare del Piano Sociale umbro) e contemporaneamente abbiamo beneficiato di altre innovazioni proposte in quella sede a partire da altre esperienze regionali". Rispetto all'impostazione offerta dalla L. 328/2000, il

Piano Sociale umbro non ha bisogno di grandi integrazioni sotto il profilo culturale, piuttosto occorre rafforzarlo sotto il profilo degli strumenti della programmazione e di alcuni altri aspetti specifici (accreditamento, carta dei servizi, etc.), per i quali si richiedono aggiustamenti: “la L. 328/2000 chiedeva nella sostanza non un recepimento tramite nuove leggi, bensì tramite piani attuativi ... sotto tale profilo quindi noi siamo a posto”. Il fatto di avere già un Piano Sociale impostato secondo la filosofia della legge nazionale, ha creato un vantaggio temporale: “quando è uscita la L. 328/2000, noi eravamo già pronti con i Piani di Zona”.

Il Piano Sociale si muove lungo le direttrici già individuate dalla L.R. 3/97 in cui si afferma che “l’ordinamento dei servizi sociali si informa, in via prioritaria ai principi di universalità degli interventi, alla centralità dell’azione promozionale volta a sviluppare l’autonomia sociale dei singoli e della comunità, alla valorizzazione e sostegno delle reti sociali primarie, alla valorizzazione delle risorse solidali e di auto-organizzazione della società nella varietà delle sue libere articolazioni in un contesto di regole universali definite dal soggetto pubblico”.

Nel Piano Sociale viene inoltre definito come obiettivo primario “quello di mirare a un arricchimento e a un’ulteriore qualificazione/innovazione del sistema collettivo di protezione sociale, adottando un’ottica di sussidiarietà” intesa come “integrazione dei diversi soggetti, con ruoli distinti e non sovrapponibili, in un quadro di regole definite dal pubblico che esaltino il livello comunitario, potenziando le capacità dei singoli attori sociali”.

Il Piano inoltre respinge “ogni impostazione minimalista o assistenzialista, secondo cui i servizi socio-assistenziali vanno organizzati esclusivamente per fornire una risposta alle patologie sociali più evidenti o alle situazioni di non autosufficienza”.

### **Gli assetti istituzionali**

Il Piano pone a riferimento dell’organizzazione amministrativa dei servizi gli assetti istituzionali previsti dalla L.R. 3/1997 (artt. 28, 29, 30, 31) e dalla più generale riforma Bassanini (L.59/97, DLgs 112/98).

Alla Regione vengono attribuite le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento.

La programmazione regionale è quindi chiamata a definire gli ambiti territoriali di riferimento e i livelli essenziali dei servizi, a indicare le scelte prio-



ritarie sulla base dei bisogni che la comunità esprime, a mettere a disposizione risorse a integrazione di quelle locali.

Il Piano riafferma il ruolo della Provincia come il livello più idoneo per il supporto organizzativo alla realizzazione di interventi coordinati e per l'assistenza tecnica ai Comuni.

Le Province possono svolgere un ruolo di "parternariato" per progetti specifici attorno ai quali i Comuni ritengono di voler programmare gli interventi su una scala che coinvolge più Ambiti Territoriali.

Sedi e strumenti di concertazione locale dovranno inoltre coinvolgere le Province per le funzioni ad esse assegnate in materia di istruzione e formazione professionale, di servizi per l'impiego (con particolare riferimento all'inserimento lavorativo di fasce svantaggiate) e per il ruolo che esse svolgono in relazione alle politiche di promozione dello sviluppo locale.

Il Piano ribadisce in più contesti la centralità del Comune che riveste un ruolo di "regia" del sistema, come titolare delle funzioni in materia di assistenza sociale.

Il Comune concorre alla formazione degli atti di programmazione regionale in materia socio-assistenziale, "promuove l'attivazione ed il raccordo di tutte le risorse pubbliche, private, di privato sociale, di volontariato e di mutuo aiuto per la realizzazione di un sistema articolato e flessibile di attività e servizi sociali radicati nel proprio territorio e organizzati in favore della comunità".

### Il terzo settore

La promozione e il sostegno del terzo settore sono individuati dal Piano come azioni strategiche da attuarsi nel primo triennio di programmazione.

L'obiettivo è quello di definire un "nuovo quadro collaborativo" tra ente pubblico, volontariato e impresa sociale, rivolto a migliorare la regolazione dei rapporti, garantendo ai cittadini prestazioni di qualità elevata.

Gli strumenti che la Regione ha scelto di adottare sono stati finora rivolti a creare tavoli di concertazione di tipo bilaterale con ciascuno degli attori istituzionali e non (Regione/Autonomie Locali, Regione/Organizzazioni Sindacali, Regione/Forum del terzo settore) ma si auspica il superamento di questo primo passo, in un ottica di maggiore responsabilizzazione degli attori che possano partecipare al processo decisionale.

L'esperienza sul campo della programmazione territoriale ai sensi della L. 285/1997 costituisce un modello a cui riferirsi.

Il Piano sottolinea poi come sia necessario, ai fini dell'obiettivo primario di promuovere lo sviluppo di una "Cittadinanza Attiva", prevedere concretamente la partecipazione e il coinvolgimento dei cittadini utenti alla progettazione di servizi costruendo momenti periodici di consultazione e prevedendo la partecipazione dell'associazionismo ai tavoli di progettazione.

È stato infine predisposto un disegno di legge regionale per la regolazione dell'associazionismo e costituito un gruppo di lavoro per la revisione delle leggi regionali in materia (L.R. 12/93 sulla cooperazione sociale L.R. 15/94 sulle organizzazioni di volontariato).



### **Assetti organizzativi per le politiche sociali**

---

A livello regionale esistono due Assessorati, uno alla Sanità e l'altro alle Politiche Sociali (queste ultime accorpate assieme a formazione e lavoro). A livello di zona la situazione presenta molte differenze: in alcuni contesti (alta Umbria e orvietano) ancora è forte il ricorso alla delega alla ASL, in altre invece le deleghe sono in forte diminuzione, ed i Comuni scelgono di mantenere la titolarità dei servizi, eventualmente affidandone la gestione.

### **Gli Ambiti territoriali**

---

Gli Ambiti territoriali, definiti e approvati con il DCR n. 759/99, "sono la sede permanente di partecipazione e raccordo tra la Regione e i Comuni per la programmazione sociale regionale e il livello in cui si attua la programmazione territoriale dei Piani di Zona e la ripartizione del Fondo Sociale Regionale, nonché l'integrazione con la programmazione territoriale sanitaria".

La Regione ha suddiviso il territorio in 12 Ambiti, facendoli coincidere con i Distretti sanitari o con i loro multipli.

Gli ambiti sono dotati di una figura professionale denominata "Promotore Sociale", referente dei Comuni, in qualità di interlocutore tecnico (senza funzioni gestionali) nei confronti degli altri comparti dell'amministrazione pubblica che hanno rilevanza per il sociale.

## La programmazione

### I Piani di Zona

Il Piano Sociale individua come basilare per lo sviluppo dei servizi in una logica di rete, la programmazione “dal basso” attraverso lo strumento del Piano di Zona.

I Piani di Zona sono adottati mediante Accordo di Programma tra i Comuni interessati e sono trasmessi alla Giunta Regionale che gli esamina e li assume esclusivamente ai fini della ripartizione del Fondo. I Piani di Zona e gli aggiornamenti annuali saranno uno strumento utile anche per la Regione ai fini della successiva fase della programmazione regionale.

Con DGR n. 221 del 7 marzo 2001, la Giunta ha costituito un team di lavoro, denominato “team Piani di Zona”, con il compito di intraprendere un lavoro collettivo di analisi e comparazione dei diversi Piani di Zona finalizzato alla “sistematizzazione di progettualità, metodologie e identità che potessero configurare i caratteri della programmazione sociale di territorio condivisa”.

Il lavoro del team è stato portato a compimento con l’elaborazione del documento “Atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa” approvato con DGR n. 248 del 6 marzo 2002 che si propone come linea guida agli ambiti territoriali per l’aggiornamento/perfezionamento dei Piani di Zona previsto entro il 31 marzo 2002.

Nel documento vengono definiti i caratteri della programmazione sociale condivisa che consistono nella pratica della concertazione e condivisione allargata alle autonomie locali, nell’assumere a riferimento l’ambito territoriale come pluralità di realtà istituzionali e la dimensione “micro” come standard territoriale e organizzativi, nel considerare il sociale come una infrastruttura che tiene insieme gli altri comparti del welfare e nel rivisitare i modelli di erogazione distinguendo fra interventi sociali rivolti alla generalità dei cittadini per la generalità delle problematiche (welfare leggero) e interventi complessi che richiedono piani di aiuto alla persona, con l’impiego di équipe interdisciplinari.

Il Piano di Zona persegue due obiettivi, uno strumentale che consiste nel dotare il territorio dello standard di servizi costituito da cinque livelli di welfare (leggero, di supporto familiare, comunitario, residenziale, del sostegno all’emergenza) e uno strategico, che consiste nello sviluppare le competenze, i legami sociali e la reciprocità.

Le azioni sociali da sviluppare sono di promozione (tendenti a valorizzare, nell’ambito del servizio sociale professionale territoriale, le funzioni di orien-

tamento, mediazione, accompagnamento), di inclusione (dirette a disegnare percorsi integrati di accompagnamento per l'inserimento sociale, di integrazione (volte a costruire connessioni fra diverse aree di intervento fra comparti della stessa amministrazione e fra amministrazioni diverse).

La programmazione sociale di territorio condivisa, pone ai governi locali di adottare il metodo della programmazione a scala di ambito, l'esercizio associato delle funzioni, la gestione unitaria delle risorse, la costruzione di livelli essenziali di prestazioni sociali e di un sistema di rete dei servizi, di destinare, da parte dei Comuni, quote di cofinanziamento, di controllare la gestione delle risorse impegnate e dei risultati raggiunti.

Il documento indica poi gli assi strategici della programmazione territoriale: l'innovazione di processo e di servizio, la concertazione, la valutazione e l'integrazione delle risorse.

La programmazione sociale sollecita in primo luogo un cambiamento organizzativo secondo forme stabili di coordinamento politico istituzionale a livello di ambito mediante l'indicazione condivisa del Comune capofila, il "Tavolo degli Assessori" e il "Promotore Sociale".

Vengono inoltre indicati gli strumenti di supporto al processo programmatico di Ambito: l'Ufficio di Piano (deputato al coordinamento tecnico-istituzionale), il Tavolo alto della concertazione (rispondente ai principi della partecipazione e della programmazione condivisa), il Tavolo di coprogettazione (sedi per la definizione degli interventi sociali nei rispettivi territori) e gli Uffici della cittadinanza (si prevede l'avvio della sperimentazione del welfare leggero, nel corso del 2002, con l'attivazione in tutti gli ambiti territoriali di almeno un ufficio di cittadinanza).

Per concertazione si intende un processo decisionale all'interno di una interazione reciproca fra attori interdipendenti come campo organizzato di interessi diversificati, entro tempi stabiliti e certi. La concertazione non è contrattazione, ed è luogo di assunzione ed esercizio di responsabilità reciproche, nonché sede di composizione di istanze e punti di vista.

I soggetti della concertazione sono individuabili in soggetti istituzionali (Enti Locali, ASL, amministrazioni decentrate dello Stato, ecc.), soggetti sociali, organizzati e non, e soggetti del terzo settore.

I "luoghi" della concertazione sono il "Tavolo Alto della concertazione" a cui spetta la definizione degli obiettivi e delle finalità generali della programmazione di ambito che assumono valore di Linee Guida per la redazione, l'aggiornamento o la realizzazione di obiettivi specifici del Piano di Zona e i "Tavoli di coprogettazione" che costituiscono il livello di elaborazione concertata delle azioni progettuali di area sociale e a cui parteci-



pano tutti i soggetti del territorio che a vario titolo si occupano di quella specifica area.

Un ruolo centrale nel processo di programmazione lo esercita la valutazione. Si deve intendere una valutazione di congruità tesa a verificare il sistema di coerenze fra l'elaborazione del Piano di Zona e le linee di indirizzo contenute nel Piano Sociale Regionale. Dall'analisi comparata dei Piani di Zona sono emerse due aree di criticità che necessitano di ulteriori interventi: i servizi socio-assistenziali in delega all'ASL e il Governo dell'area integrata sociosanitaria e la qualificazione della spesa sociale. Viene quindi data indicazione agli Ambiti a tendere ad una programmazione unitaria al di là dei regimi gestionali adottati e ai Comuni di utilizzare lo strumento del Piano Economico Gestionale (PEG) nel settore socio-assistenziale.

Si sottolinea, inoltre, che le politiche sociali, nella concezione pubblica e privata, per lungo tempo sono state considerate ai margini del sistema economico, una voragine soprattutto nella logica del tradizionale welfare assistenziale, una spesa residuale nel paniere della spesa pubblica.

Pertanto la ricerca di fondi è fondamentale e ciò comporta per gli Enti Locali costruire e pianificare un bilancio sociale che contenga il ventaglio complessivo dei conti economici disponibili, adottare la strategia della coprogettazione, definire e individuare all'interno dei Comuni una task force progettuale, individuare propri cespiti economici in grado di cofinanziare fondi comunitari.

### La gestione dei servizi

---

Ai sensi dell'art. 28 della L.R. 3/97, la gestione dei servizi può essere svolta dal Comune o dai Comuni in forma associata direttamente o avvalendosi delle soluzioni gestionali previste dal DLgs 267/2000, oppure può essere delegata all'ASL.

Si ritiene opportuno il mantenimento di una funzione gestionale da parte del Comune o dei Comuni dell'Ambito Territoriale in alcuni punti di "eccellenza" che il PSR individua nei servizi dell'innovazione sociale, di cui al Titolo II della L.R. 3/97 (servizi domiciliari, interventi di sostegno economico, servizi residenziali e semi-residenziali, accoglienza e sostegno sociale, emergenza assistenziale, tutela sociale dei minori). In questo caso specifico il Comune, pur avvalendosi di risorse esterne all'Amministrazione, deve mantenere la funzione di coordinamento e la responsabilità del progetto di intervento o di servizio.

La gestione delegata trova, invece, la sua ragione d'essere in tutte quelle situazioni dove la natura dei problemi richiede un'elevata integrazione socio-

sanitaria e gli interventi sociali hanno piena efficacia solo se integrati con quelli sanitari, nell'ambito di un progetto unitario.

In particolare la delega alla ASL si ritiene opportuna nelle aree individuate dall'art. 31 della L.R. 3/97 (assistenza e riabilitazione dei disabili e dei portatori di handicap, recupero psico-fisico dei malati mentali, dei tossicodipendenti, assistenza agli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti), per le quali si richiede un'organizzazione di servizi su vasta scala.

Per conseguire un'integrazione progettuale ed operativa degli interventi nelle suddette aree sociali è comunque necessario che il Comune o i Comuni dell'Ambito territoriale stipulino Accordi di programma con l'ASL.

Lo strumento della delega, per coniugare economie di scala e qualità sociale, deve assumere il carattere di una delega solidale, pluriennale ed omogenea.

Il Piano prevede tre tipi di deleghe:

a) Delega solidale

Si tratta di predefinire, fra i Comuni di uno stesso Ambito territoriale il pacchetto individuale di risorse da gestire unitariamente per funzioni concordate.

b) Delega pluriennale

Si tratta di configurare deleghe di durata pluriennale, preferibilmente coincidenti con il mandato amministrativo, all'interno di Accordi di programma fra il Comune o i Comuni dell'Ambito territoriale e l'ASL, per favorire una credibile e realistica programmazione su obiettivi e la conseguente possibilità di valutazione degli esiti.

c) Delega omogenea

Si tratta di delegare pacchetti di servizi, non prestazioni, omogenei per area sociale e per ambito territoriale.

La costruzione di un "sistema a responsabilità condivise" che il PSR si prefigge come obiettivo, pone il problema di integrare l'azione degli Enti pubblici e l'azione del terzo settore e quindi il quadro delle regole delineato dal piano, ricomprende anche le diverse forme che possono avere i meccanismi di selezione dei soggetti fornitori.

## Il convenzionamento

Lo strumento della convenzione non dovrà più essere concepito come un atto che si limita ad affidare a terzi la fornitura del servizio, ma deve permettere il confronto permanente fra l'ente pubblico e il soggetto fornitore.





Le esperienze già effettuate, suggeriscono di migliorare regole e strumenti amministrativi che ridefiniscano la tipologia contrattuale del convenzionamento, al fine di abbandonare l'incidenza del fattore prezzo nella selezione del soggetto fornitore, eliminando il ricorso alla gara al massimo ribasso e di introdurre indicatori di qualità per la verifica e il monitoraggio dei servizi resi.

### L'autorizzazione

Nel quadro delle iniziative vigenti, l'autorizzazione al funzionamento fa riferimento agli standard di idoneità e di qualità a cui devono corrispondere i servizi a carattere residenziale, semi-residenziale, domiciliare, pubblici e privati con sede nel territorio regionale.

L'autorizzazione viene rilasciata dal Sindaco del Comune dove opera la struttura e la materia sarà regolata con un atto del Consiglio Regionale che disciplinerà le strutture soggette e quelle escluse dalla regolamentazione, le procedure per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, i requisiti funzionali e strutturali e gli standard di servizio considerati essenziali per ottenere l'autorizzazione al funzionamento.

Per i servizi sociali a rilievo sanitario, i cui standard sono definibili solo in sede congiunta dal comparto sanitario e dal comparto sociale dell'Amministrazione, il Piano rinvia ad appositi atti deliberativi della Giunta Regionale e al Piano Sanitario Regionale, approvato il 1° marzo 1999 con delibera del Consiglio Regionale n. 647.

È in corso d'opera un disegno di legge regionale per la disciplina delle autorizzazioni al funzionamento che declina tipologie e relativi standard già previsti nel Piano Sociale.

### L'accreditamento

L'accreditamento configura una procedura basata su un sistema di regole che attengono ai requisiti formali di funzionamento, di qualità dei processi di lavoro e ai requisiti di qualità aggiuntivi definiti da norme regionali e nazionali.

Il Piano considera il sistema dell'accreditamento suscettibile di un percorso di sperimentazione da concordare che abbia come punti fondamentali l'indicazione di un'Autorità Pubblica Regionale con il compito di selezionare i criteri di qualità e di verificarne periodicamente la loro applicazione, lo sviluppo di un metodo per monitorare i processi di lavoro e la soddisfazione degli utenti e la promozione di una cultura gestionale nuova nella pubblica Amministrazione.

## I livelli di assistenza

Il Piano individua cinque aree di welfare e attribuisce a ciascuna le relative tipologie di intervento o di servizio che vanno a costituire “la dotazione dei servizi essenziali per area di welfare e per ambito territoriale”.

Il “welfare leggero” è l’area che ricomprende i servizi sociali di primo livello, rivolti a tutta la cittadinanza. Servizi previsti: ufficio di cittadinanza, segretariato sociale, ufficio protezione minori.

Il “welfare domiciliare e di supporto familiare” è l’area costituita dall’insieme delle azioni sociali (interventi e servizi) rivolte all’ambito primario della vita delle persone. Servizi previsti: assistenza domiciliare, mediazione familiare e l’affidamento, interventi di sostegno economico.

Il “welfare comunitario” è l’area che ricomprende il ventaglio dei servizi rivolti al territorio-comunità articolati in servizi di prossimità, servizi di mutualità, servizi per la occupabilità, servizi per la microresidenzialità.

Il “welfare residenziale e semi-residenziale” è l’area costituita dall’insieme delle strutture residenziali e semi-residenziali destinate ad accogliere, in modo temporaneo o stabile, persone dipendenti adulte o in età minore che necessitano di cura e assistenza tutelare le cui esigenze di vita non possono trovare soluzione adeguata con gli altri interventi previsti dalla rete dei servizi essenziali.

Il “welfare del sostegno all’emergenza” ricomprende le attività e i servizi di pronto intervento e di pronta accoglienza a fronte di situazioni di rischio emergente che possono interessare i soggetti di cui all’art. 19 della L.R. 3/97: minori che devono essere allontanati, ai sensi di legge, dall’ambiente familiare, adulti e genitori con figli in situazione di grave difficoltà sociale, donne sole e con figli vittime di maltrattamenti, violenza, abuso sessuale.

## L’integrazione sociosanitaria

La normativa regionale in materia sociale e sanitaria riafferma, agli artt. 39 e 40 della L.R. 3/97 e all’art. 27 della L.R. 3/98, l’obiettivo di garantire e promuovere l’integrazione delle attività socio-assistenziali con quelle sanitarie.

L’integrazione sociosanitaria va attuata a livello istituzionale, gestionale e professionale.

A livello istituzionale, al di là della scelta gestionale, s’impone in ogni caso la ricerca d’intese per effettuare interventi coordinati nell’erogazione dei servizi.





276

In particolare nelle aree d'attività sociali a livello sanitario (art. 31 L.R. 3/97) l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari è perseguita su progetti nel quadro di Accordi di programma.

Il modello funzionale dell'integrazione sociosanitaria presuppone che l'integrazione si espliciti ai diversi livelli organizzativi delle Amministrazioni coinvolte.

A livello strategico mediante l'elaborazione di linee di indirizzo per l'individuazione delle modalità gestionali e delle azioni progettuali specifiche nelle attività sociali a rilievo sanitario.

In ogni ASL, al fine di consentire di definire i supporti e le competenze di carattere sociale da concordare con i Comuni, è prevista l'istituzione del servizio di assistenza sociale, ai sensi dell'art. 40 delle L.R. 3/97, con funzioni di coordinamento tecnico.

A livello gestionale l'integrazione si esplica a livello di Distretto quale ambito ottimale per la gestione delle attività sociali a rilievo sanitario e delle attività socio-assistenziali eventualmente delegate dai Comuni.

L'organizzazione degli interventi e dei servizi deve essere pertanto improntata a criteri di flessibilità, interprofessionalità e coordinamento funzionale.

Sul versante della programmazione, l'integrazione fra il comparto sociale e quello sanitario viene perseguita anche mediante l'individuazione, da parte dei Sindaci dei Comuni ricompresi in un unico Ambito territoriale, della figura di un coordinatore sociale che collabora con il coordinatore sanitario (art. 39 L.R. 3/97).

A livello professionale l'integrazione si realizza tramite la costituzione di unità valutative integrate, che favoriscano gli approcci multidisciplinari per l'individuazione di situazioni ad alta problematicità e l'elaborazione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento.

In caso di gestione delegata delle attività socio-assistenziali, i Comuni dovranno garantire le funzioni di indirizzo, controllo, verifica e valutazione in ordine alle attività e servizi delegati.

In particolare, dovranno definire le modalità di accesso ai servizi per la fruibilità delle prestazioni, realizzare un sistema informativo che consenta al Comune o ai Comuni delegatari la verifica sui risultati dell'attività socio-assistenziale, realizzare incontri periodici di verifica sull'attuazione del programma e sul conseguente utilizzo delle risorse stanziato, contribuire all'attivazione di équipe multiprofessionali (l'unità di valutazione geriatrica, l'unità multidisciplinare per la valutazione dei disabili) anche mettendo a disposizione apposite figure professionali.

## Il sistema informativo

Il sistema informativo regionale dovrà rispondere a esigenze conoscitive di base per ambito territoriale, relativamente al funzionamento dei servizi socio-assistenziali, alla domanda sociale, alla dotazione umana e strumentale e alla conoscenza dei fenomeni sociali e all'analisi dei costi.

Si prefigura così un sistema informativo finalizzato da una parte a produrre informazioni utili sia a livello gestionale proprio dei Comuni, sia a livello di programmazione e di governo proprio della Regione.

In attuazione della L.R. 3/97 alle Province vengono affidate, nell'ambito della rete del S.I. regionale, funzioni specifiche di documentazione, con particolare riferimento alla sedimentazione e alla diffusione delle esperienze maggiormente significative.

Nel triennio di validità del Piano si prevede una costruzione modulare del sistema informativo, individuando i vari stadi di costruzione in base alle priorità poste al livello locale e al livello regionale, in linea con gli obiettivi del Piano, realizzando nel tempo sottosistemi specifici per i diversi ambiti di analisi e/o inserendovi quelli già esistenti.

Anche relativamente alla raccolta dei dati sarà individuato un ordine di priorità e gli strumenti di rilevazione saranno definiti e raffinati nel tempo.

Al fine di garantire che il sistema informativo svolga le funzioni precedentemente individuate è necessario definire i bisogni informativi, costruire gli strumenti di rivelazione, in particolare della cartella sociale, adottare protocolli per la raccolta dei dati, costituire un gruppo tecnico interistituzionale a livello regionale per la predisposizione degli strumenti necessari al funzionamento del sistema stesso.

L'art. 37 della L.R. 3/97 prevede l'istituzione dell'Osservatorio Sociale Regionale quale strumento di supporto all'attività di programmazione e verifica degli interventi di politica sociale.

Allo stato attuale si sta lavorando su una specifica articolazione dell'Osservatorio che è quella dedicata ai problemi dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie.

## Azioni di sistema a supporto delle autonomie locali

La Regione sta investendo in formazione e lavorando con forme di sperimentazione che, a cascata, dovrebbero portare a redigere il piano annuale di formazione previsto dalla L. 328/2000. Ad esempio si sta partendo con una





formazione specifica per coloro che faranno parte dell'“ufficio di cittadinanza”, che rappresenta una struttura con maggiori funzioni del segretariato sociale previsto dalla L. 328/2000. Un'altra azione di sistema è quella dello sviluppo dei rapporti fra enti pubblici e terzo settore: per ora è in una fase di debolezza in assenza dei relativi atti di attuazione, anche se esistono già un buon rapporto ed una buona cultura. A tal riguardo l'Umbria è dotata di due leggi quadro regionali su volontariato e cooperazione sociale: l'attuale legislatura si è impegnata a rivedere queste leggi.

La Regione si è avvalsa di una consulenza tecnico-scientifica di riferimento per le principali riforme realizzate a partire dalla fine degli anni Novanta. Vi è comunque stata una forte valorizzazione delle risorse in loco (promotori e responsabili regionali) per consolidare la loro azione, anche tramite una azione di formazione continua. Questo tentativo di integrare una presenza esterna con un gruppo locale si presenta come una scelta differente da quella operata da altre Regioni che hanno optato per modelli di “Piani Sociali Regionali in mano”, in cui all'opera di consulenti esterni non si è accompagnata una sufficiente azione di sostegno alla crescita quali-quantitativa di risorse umane locali.

Il lavoro di assistenza del territorio era già proposto anche nel PSR. Si tratta fondamentalmente di formazione decentrata, usando risorse interne Regione e FNPS.

### La spesa sociale

---

Nel 1997 è stato istituito un unico Fondo Sociale Regionale. Le risorse del fondo venivano distribuite per il 60% sulla base di criteri sociodemografici, e per il restante 40% sulla base di criteri diversi quali la presentazione di progetti innovativi ed il sostegno ai servizi a gestione associata.

Per le risorse distribuite sulla base dei criteri sociodemografici è previsto il cofinanziamento dei Comuni per il 50% delle spese.

Il riparto dei fondi agli Enti Locali successivamente all'entrata in vigore della legge di riforma è avvenuta all'inizio del 2002<sup>1</sup>.

I criteri di riparto del Fondo sono diversi in relazione alla provenienza delle risorse.

Per quanto riguarda le risorse proprie regionali si è mantenuta la modalità di finanziamento precedentemente in vigore.

---

<sup>1</sup> DGR n. 142 del 20/2/2002.

Le risorse statali indistinte sono invece state suddivise tenendo conto dei criteri nazionali.

Per evitare l'uso inappropriato delle risorse derivanti dalla L. 328/2000 si è introdotto il vincolo previsto dalla stessa normativa nazionale: le risorse trasferite non possono essere sostitutive di quelle messe a disposizione in precedenza dai Comuni. In caso contrario è prevista la revoca del finanziamento.

La Regione ha trattenuto presso di sé i fondi destinati all'avvio della riforma che, data l'esiguità, se distribuiti agli ambiti territoriali non avrebbero prodotto rilevanti benefici.

Tali risorse (circa 61.000 euro) sono state finalizzate alla costruzione del sistema informativo.







**REGIONE  
VALLE D'AOSTA**





## Il sistema normativo

---

Con la L.R. 5/2000 *“Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del Servizio sociosanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione”* la Valle d’Aosta ha applicato i principi fondamentali della “riforma ter”, prevedendo l’ulteriore sviluppo ed il completamento dei processi di:

- regionalizzazione dell’organizzazione dei servizi sanitari
- aziendalizzazione dell’Unità Sanitaria Locale
- responsabilizzazione economica delle strutture
- integrazione fra prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale
- coordinamento fra servizi sanitari e servizi di protezione dell’ambiente.

La L.R. 5/2000 ridefinisce i ruoli e le modalità di negoziazione tra Regione, USL e Comuni, introducendo procedure in grado di responsabilizzare i singoli enti e indirizzarli verso livelli di maggiore funzionalità.

La copertura dei bisogni di salute e di assistenza e la qualità dei servizi sono garantiti da un tavolo di negoziazione in cui la Regione si profila come ente di indirizzo e di controllo, “ovvero come una sorta di “cliente” dell’ASL” che, a sua volta contratta le risorse a disposizione a fronte dei livelli di assistenza richiesti. Il tutto in una logica di coinvolgimento delle autonomie locali nel processo di programmazione, secondo modalità proprie dell’autonomia regionale.

L’art. 3 della L.R. 5/2000 prevede, al fine di favorire la partecipazione degli Enti Locali alla politica sociosanitaria regionale, che il Consiglio permanente degli Enti Locali si esprime annualmente sulla attività e sui risultati conseguiti dall’azienda USL, formuli proposte alla struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali riguardanti la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, esprime parere su tutti i pro-

getti di legge regionali presentati al Consiglio regionale in materia sanitaria e sociosanitaria.



### Gli assetti istituzionali

284

Il Consiglio Regionale determina gli indirizzi politici e programmatici delle politiche sociali, individuando le relative risorse finanziarie.

La Giunta Regionale

- svolge le funzioni di programmazione, di indirizzo operativo, di coordinamento e di controllo;
- definisce gli standard strutturali e gestionali dei servizi sociali e socio-educativi;
- assicura l'assistenza tecnica l'informazione e circolazione dei dati ai fini della valutazione delle politiche sociali;
- promuove l'istituzione di un apposito organismo partecipativo e consultivo nel settore delle politiche per anziani;
- provvede all'assegnazione e all'erogazione delle risorse finanziarie, mediante la ripartizione del Fondo regionale per le politiche sociali;
- promuove azioni per il sostegno e la qualificazione degli organismi del terzo settore;
- definisce le soglie d'accesso alle prestazioni sociali agevolate;
- determina i criteri di partecipazione alle spese di funzionamento dei servizi sociali e socio-educativi da parte dei beneficiari e dei loro familiari;

Spettano ai Comuni, come previsto dalla L.R. 54/98, tutte le funzioni amministrative che riguardino la popolazione ed il territorio comunale, particolarmente nei settori organici dei servizi sociali, dell'assetto ed utilizzazione del territorio e dello sviluppo economico, salvo quanto non sia espressamente attribuito ad altri soggetti dalla legge regionale o nazionale, secondo le rispettive competenze.

### Gli ambiti territoriali

Si delinea la nuova funzione del Distretto quale struttura organizzativa preposta all'erogazione dell'assistenza primaria e all'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale ed informale.

Il Distretto è inoltre chiamato a garantire agli utenti l'accesso ai servizi reputati necessari per avere una risposta appropriata ai loro bisogni di salute. Questa

funzione si configura in termini di “committenza” e rende il Distretto “porta di accesso” privilegiata alle reti dei servizi regionali, aziendali e degli Enti Locali.

La “mission” del Distretto è quella di governare la domanda di salute della popolazione di riferimento assicurando i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie.

Per conseguire la sua “mission” il Distretto:

- valuta sistematicamente i problemi di salute della popolazione di riferimento al fine di governare la domanda di servizi;
- coordina e integra fra loro le attività di assistenza sanitaria territoriale con l'assistenza sociale e valorizza l'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà formale e informale;
- garantisce l'assistenza primaria alla popolazione di riferimento attraverso le strutture ed i servizi presenti sul territorio destinati all'assistenza sanitaria di primo livello ed all'assistenza sociosanitaria a rilievo sanitario;
- assicura l'equità di accesso, la tempestività, l'appropriatezza e la continuità delle cure per la popolazione di riferimento ovvero organizza l'accesso dei cittadini a tutte le prestazioni ed i servizi direttamente gestiti secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente con gli Enti Locali;
- definisce i servizi necessari per la popolazione di riferimento;
- programma le attività territoriali sulla base di priorità, obiettivi e risorse definiti tra la Regione, l'ASL e gli Enti Locali;
- valuta l'efficacia dei servizi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti;
- promuove la comunicazione nei confronti dei cittadini degli obiettivi di salute e dell'accessibilità ai servizi sanitari e sociosanitari all'interno di un sistema aziendale integrato di comunicazione.



## La programmazione

### Il Piano Sociosanitario Regionale

L'art 2 della L.R. 5/2000 afferma che la Regione assicura, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio sociosanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza definiti.

La programmazione sanitaria regionale si attua attraverso il piano sociosanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione, in coordinamento con la programmazione socio-assistenziale regionale.

La predetta legge dà la definizione di servizi sociali.



286

Per servizi sociali si intendono “tutte le attività, escluse quelle svolte dal Servizio sanitario regionale, relative alla predisposizione e alla erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche volte a garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione, i diritti di cittadinanza e destinate a rimuovere e a superare le situazioni di bisogno che la persona incontra nel corso della sua vita”.

Viene inoltre istituito a decorrere dall'esercizio finanziario 2002 il Fondo Regionale per le politiche sociali.

Per l'ideazione e l'architettura del Piano, hanno rappresentato motivo conduttore i seguenti principi:

- garantire una distribuzione equilibrata dei servizi sul territorio per facilitare la massima accessibilità agli stessi e la più ampia libertà di scelta delle persone;
- individuare la prevenzione come momento fondamentale di approccio ai problemi e come criterio di impostazione degli interventi;
- sviluppare il sistema di conoscenza e di valutazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari e sociali sul territorio regionale;
- promuovere l'efficienza e la qualità degli interventi;
- valorizzare il coordinamento tra le istituzioni e tra gli operatori ai fini dell'integrazione degli interventi dedicati a persone, famiglie e gruppi sociali;
- assicurare l'ulteriore crescita del servizio sanitario regionale anche attraverso il completamento ed il monitoraggio del processo di aziendalizzazione della USL;
- sviluppare la diffusione e la qualità dei servizi sociali, promuovendo l'autonomia e la responsabilità di gestione degli Enti Locali e il ruolo di indirizzo e coordinamento della Regione;
- riqualificare e razionalizzare lo stato sociale regionale, con particolare attenzione alla rete dei servizi sociosanitari e dei servizi alla persona, nell'ottica di una tutela dei soggetti meno protetti.

Il Piano si pone in continuità con quello precedente, prevedendo aspetti innovativi quali:

- il ruolo assegnato al Distretto come interprete principale dei bisogni sociosanitari;
- la valorizzazione delle strategie di prevenzione e di tutela ambientale;
- lo sviluppo della riabilitazione;
- l'impulso dato ai sistemi per la conoscenza e la comunicazione, quali l'osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali e il sistema informativo sociosanitario regionale;
- la regolamentazione di una politica basata sulla razionalizzazione e sulla responsabilizzazione della spesa a fronte di precisi livelli qualitativi e quantitativi di prestazioni da erogare.

Il Piano dedica un lungo capitolo al ruolo delle politiche sociali.

In primo luogo si afferma che “la quantità della spesa sociale pone l’esigenza di una sua diversa composizione all’interno del modello di welfare e la sua qualità interna costringe a processi di ricomposizione, riordino e qualificazione ai quali si intende dare risposta, a livello nazionale, con la L. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

Viene poi sottolineato il rapporto cruciale con l’azienda sanitaria: solo questa raggiunge infatti la dimensione ottimale con la tipologia dei servizi che eroga, e risulta evidente che lo squilibrio organizzativo tra sociale e sanitario ha sviluppato una vera e propria egemonia anche culturale dell’approccio sanitario rispetto all’approccio sociale.

Si afferma la necessità di ridisegnare i ruoli che ciascun attore deve assumere nell’ambito delle politiche sociali, riconsiderando inoltre il problema della qualità dei servizi in un sistema complesso in cui:

- il settore pubblico sempre più interagisce con il privato no-profit ed eventualmente, con il privato profit;
- diventa sempre più necessario un utilizzo efficace ed efficiente delle risorse;
- l’utente si trasforma in cittadino, quindi diventa soggetto attivo che interagisce in posizione interlocutoria con i produttori dei servizi.

Si possono quindi individuare come criteri di qualità relativi ai servizi sociali:

- l’equità;
- la soddisfazione del cittadino;
- l’efficacia delle prestazioni;
- l’efficienza, che comprende l’accessibilità alle prestazioni in termini di facilità, chiarezza, rispetto, rapidità, attenzione ai bisogni.

Da tutto ciò consegue il grande obiettivo del Piano: “progettare e realizzare un sistema di servizi per tutti coloro che abitano nella Regione, laddove l’universalismo dell’offerta si concilia perfettamente con una partecipazione differenziata al sostegno economico delle prestazioni”.

Queste le priorità delle politiche sociali in Valle d’Aosta:

a) Le pari opportunità ed il diritto alla propria individualità

I servizi devono mirare a migliorare le pari opportunità per i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni, riconoscendo il diritto a soluzioni individualizzate rispetto alle problematiche.





b) L'aiuto all'auto-aiuto

I servizi devono essere imperniati sul principio secondo cui i cittadini possono e devono provvedere autonomamente ai propri bisogni ed ai bisogni della propria comunità familiare.

Solo al venire meno dell'autonomia e dell'indipendenza la collettività deve attivarsi sostenendo, secondo il principio della sussidiarietà, il ripristino dell'autonomia dell'individuo.

L'auto-aiuto presuppone, oltre ai mezzi finanziari, anche conoscenze e competenze. Le informazioni e le consulenze dei servizi sociali sono quindi un importante strumento di mantenimento o di ripristino della capacità del soggetto di agire autonomamente.

c) La priorità della prevenzione ed il coordinamento interdisciplinare

Lo scopo generale dell'attività dei servizi sociali è quello di prevenire la comparsa di situazioni di bisogno e di eliminare le situazioni di bisogno già esistenti. Si tende ad un superamento di un orientamento prevalentemente interventzionistico delle prestazioni, a favore di un approccio preventivo. Si tende ad un coordinamento quanto più soddisfacente possibile dell'offerta dei servizi sociali, sia pubblici sia privati, con i servizi del settore sanitario; inoltre, si mira ad una maggiore cooperazione con altre istituzioni della società, nel campo dell'educazione, della formazione, della giustizia, del lavoro.

d) La prossimità ai cittadini e l'adeguatezza ai bisogni

Tutte le prestazioni sociali devono ispirarsi al principio della prossimità ai cittadini. Le prestazioni devono essere erogate il più vicino possibile al domicilio degli interessati e devono essere quanto più adeguate possibile ai loro particolari bisogni.

In un primo momento, nei limiti del possibile, l'aiuto deve essere offerto in forma domiciliare o semi-residenziale; l'assistenza residenziale deve limitarsi allo stretto necessario.

e) L'informazione e la sensibilizzazione della popolazione

Le informazioni sulle prestazioni dei servizi sociali devono essere diffuse capillarmente sul territorio, in prossimità dei cittadini, essere comprensibili da tutti e rendere trasparente l'offerta di misure di sostegno.

Un compito importante dei servizi sociali è anche quello di sensibilizzare la popolazione nei confronti dei bisogni e dei problemi dei gruppi socialmente svantaggiati.

f) La creazione di solidarietà

In una società solidale la responsabilità sociale non deve essere lasciata solo alle persone competenti, ma deve diventare un interesse di ogni cittadino.

In tale ambito un ruolo determinante è assunto dal Centro di Servizio per il Volontariato per il sostegno progettuale che fornisce alle organizzazioni di volontariato ed agli Enti Locali per iniziative di rilevante impatto sociale.

## L'integrazione sociosanitaria e il Piano di Zona



289

L'integrazione sociosanitaria è una priorità strategica del Piano.

Gli attori dell'integrazione sono la Regione, nella veste di ente di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo delle attività socio-assistenziali e sanitarie, gli Enti Locali e l'ASL, gestori dei servizi.

Le scelte qualificanti per l'integrazione devono andare nel senso di riequilibrare le responsabilità nelle politiche per la salute, attribuendo un nuovo ruolo agli Enti Locali rispetto all'ASL.

Le prestazioni sociosanitarie vengono classificate sulla base della prevalenza dei bisogni e delle risorse implicate nei processi assistenziali:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale quando l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori sociali.
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, quando l'intervento sociale avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzioni efficaci solo con processi di inserimento e integrazione sociale.

Le aree dell'integrazione sociosanitaria riguardano le attività afferenti al settore materno-infantile, agli anziani, ai disabili, alla salute mentale, alla tossico e alcol dipendenza, alle patologie che richiedono una assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento a quelle oncologiche, alle infezioni da HIV e ai trapiantati.

L'integrazione sociosanitaria si attua a tre livelli: istituzionale, gestionale, professionale.

L'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (Regione, Azienda Sanitaria, Enti Locali) che si organizzano per conseguire Comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma.

L'integrazione gestionale deve essere attuata sia a livello centrale che distrettuale e riguarda la struttura competente in materia di politiche sociali da un lato e i servizi dell'ASL dall'altro.

Per ciascuna area dell'integrazione sociosanitaria, è opportuno quindi costituire un gruppo tecnico interistituzionale, composto, in maniera equilibra-



ta, di rappresentanti dell'ASL, degli Enti Locali e della struttura regionale competente in materia di politiche sociali.

L'integrazione professionale avviene a livello di operatori sociali e sanitari. 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 assistenziale tra ospedale e territorio, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

La Regione incentiva la collaborazione istituzionale entro un ambito territoriale adeguato che è quello distrettuale mediante il Piano di Zona dei servizi che diviene strumento per ottimizzare le risorse e facilitare le responsabilizzazioni e le collaborazioni.

In tale ambito la Regione incentiva e promuove la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, con il sostegno del Centro di Servizio per il Volontariato della Valle d'Aosta, alla predisposizione dei Piani di Zona.

Il Piano di Zona è volto a:

- favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- definire criteri di ripartizione della spesa a carico degli Enti Locali, della ASL e, eventualmente, degli altri soggetti firmatari dell'accordo di programma, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- proporre iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

In particolare le aree in cui realizzare prioritariamente l'integrazione sociosanitaria sono di seguito elencate:

a) Materno infantile

La ricerca di una piena integrazione sociosanitaria per quanto riguarda gli interventi rivolti ai minori emerge anche alla luce delle indicazioni della normativa nazionale (Piano Sanitario Nazionale, L. 285/1997) e regionale (L.R. 5/2000).

L'integrazione viene realizzata sia a livello distrettuale che nell'ambito di specifici servizi rivolti ai minori (Comunità per minori, servizio di assistenza domiciliare educativa, consultorio adolescenti, servizio affidi), at-

traverso intese ed accordi tra la struttura regionale competente in materia di politiche sociali, l'ASL, gli Enti Locali e il terzo settore.

Gli obiettivi sono di ridefinire il dipartimento materno infantile che deve garantire l'equilibrio tra il livello ospedaliero e quello territoriale e tra la componente sanitaria e quella socio-assistenziale e promuovere una cultura comune tra tutti i soggetti istituzionali e non coinvolti nelle problematiche minorili;

b) Anziani

Fermi restando i compiti che la legge di attuazione del Piano attribuisce all'ASL e agli Enti Locali, occorre procedere alla stesura e all'approvazione di accordi di programma tra tutti i soggetti interessati che per ogni Distretto svolgono la funzione di Piani di Zona dei servizi prevedendo la gestione unitaria in ambito distrettuale. Un incentivo a tale gestione è stato dato dalla Regione con l'approvazione della L.R. 54/98. Allo stato attuale, sono 4 le Comunità Montane che hanno assunto la delega della quasi totalità dei relativi Comuni per la gestione dei servizi di cui si tratta.

L'integrazione gestionale va perseguita anche curando in dettaglio, nei confronti degli attori dell'interazione – enti gestori dei servizi, ASL, coordinatori dei servizi per anziani, UVG –, la chiarificazione dei rispettivi ruoli e responsabilità. A tal riguardo è particolarmente importante completare la trasferibilità sull'intero territorio regionale del modello di lavoro sperimentato nell'ambito del progetto Itaca, rivelatosi molto efficace nel creare collaborazioni miste tra professionalità anche molto diverse tra loro, tenendo conto delle criticità e dei nodi problematici emersi nel corso dei vari anni di sperimentazione e, in particolare:

- delle difficoltà di integrazione, all'interno delle équipes di base, tra le componenti sanitarie e quelle socio-assistenziali;
- dei problemi di funzionamento delle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) sia a livello tecnico, ossia di operatività delle stesse, sia a livello di carichi di lavoro, molto differenziati tra i vari Distretti socio-sanitari;
- del problema del rapporto tra l'ospedale ed il territorio.

c) Disabili

La presenza di disabilità, soprattutto se in forma grave, richiede una molteplicità di interventi che, nel caso di disabilità psichica, quasi sempre riguardano l'arco dell'intera vita.

Tali interventi concernono sia aspetti sanitari che aspetti educativi, sociali ed assistenziali. La molteplicità delle problematiche da affrontare





porta inevitabilmente all'intervento di più soggetti istituzionali (ASL, Regione, Comuni, Scuole, Associazioni), di più tipologie di servizi (territoriali, specialistici, educativi, riabilitativi) e di differenti figure professionali (insegnanti, medici, riabilitatori, psicologi, assistenti sociali, educatori).

A livello istituzionale occorre organizzare le risposte ai bisogni in ambiti territoriali comuni avvalendosi di specifiche professionalità dell'area socio-assistenziale che affianchino il Direttore del Distretto nell'azione di integrare l'assistenza a livello territoriale.

A livello professionale occorre operare per la presa in carico multiprofessionale delle situazioni di handicap di minori e adulti e realizzare percorsi di formazione rivolti agli operatori sociosanitari per acquisire modalità di lavoro comune (lavoro per progetti).

#### d) Salute mentale

Per quanto concerne la salute mentale l'integrazione sociosanitaria tende a garantire l'equilibrio integrato delle risorse pubbliche, private, familiari ed individuali al fine di aumentare l'accessibilità, la continuità e l'efficacia dell'assistenza e a costruire un programma di lavoro condiviso e di cui sia possibile verificare periodicamente l'andamento.

A livello istituzionale occorre garantire una programmazione sistemica ed integrata attraverso la predisposizione di Linee Guida e garantire la tutela dei diritti economici dei malati e delle loro famiglie predisponendo normative e ridefinendo le procedure di attuazione delle leggi esistenti.

Il livello gestionale, riguardante le competenze e il ruolo del Dipartimento di Salute Mentale, è volto in particolare alla predisposizione di Linee Guida relative sia alle procedure diagnostiche, sia ai trattamenti terapeutici, farmacologici, riabilitativi al fine di garantire l'appropriatezza ed il riconoscimento delle malattie psichiche nella fase iniziale.

Il livello professionale riguarda infine il momento del coinvolgimento degli operatori pubblici e del terzo settore nella concreta prestazione dei servizi.

#### e) Tossico e alcooldipendenza

In questo contesto trova la sua corretta dimensione la necessità di un accordo di programma fra le varie istituzioni coinvolte (Amministrazione regionale, sistema scolastico, ASL, Enti Locali, amministrazione penitenziaria), al fine di definire di Linee Guida relative:

- alla pratica clinica ed all'integrazione tra competenze sanitarie e sociali;

- alla programmazione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole, nei quartieri, nei gruppi;
- all'effettuazione di interventi in carcere e a favore di ex detenuti;
- allo svolgimento di attività volte a favorire l'inserimento scolastico e lavorativo (recupero dispersione scolastica, formazione professionale e inserimento lavorativo);
- al potenziamento dell'assistenza domiciliare con finalità di aiuto alle famiglie e di aiuto domestico.

f) Cronici oncologici e HIV

Si ribadisce il concetto di unità operative di cure palliative che, collocate sia in ambito ospedaliero che territoriale, devono prevedere cure ambulatoriali, domiciliari, day hospital e hospice e devono assicurare la necessaria continuità terapeutica nell'erogazione di prestazioni pertinenti ai diversi livelli di assistenza.

Occorre quindi potenziare il ruolo del volontariato e del terzo settore attivando un modello che favorisca la permanenza nel contesto familiare e riduca significativamente il ricorso al ricovero in struttura ospedaliera.

Per quanto attiene invece i malati di AIDS, le necessità di contrastare la diffusione dell'infezione mediante attività di prevenzione attraverso idonei interventi di assistenza alle persone affette da tale patologia, e di rispondere a questi bisogni in maniera sempre più personalizzata e diversificata, impone di sviluppare un sistema "a rete" che ha le sue basi fondamentali, oltre che nell'integrazione tra sociale e sanitario, nella valorizzazione di tutte le competenze e le risorse dei soggetti singoli, delle famiglie, del volontariato, dei gruppi e delle associazioni.

Le ASL, sulla base di indirizzi regionali, promuovono la graduale attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio di soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.

Il trattamento a domicilio ha luogo mediante l'impiego del personale infermieristico che opererà con la consulenza dei medici di reparto stesso, del medico di famiglia e la collaborazione del volontariato e del personale tecnico dei servizi territoriali.

g) Trapiantati ed emodializzati

Nasce la necessità di offrire delle forme di risposta organizzata a quei bisogni che, pur non appartenendo espressamente all'area clinico assistenziale, a questa si collegano direttamente e che possono essere concretizzati nel sostegno psicologico, ad opera di psicologi e di operatori professionali opportunamente formati, nei riguardi delle persone portatrici di trapianti d'organo, di tessuto, dei dializzati e dei loro famigliari.





## Il sistema informativo

L'esigenza di conciliare la crescente domanda di qualità del Servizio Sanitario e Sociale con il contenimento della spesa e il controllo dei costi, determina la necessità dell'utilizzo integrato dell'ICT (Information and Communication Technology) in ambito amministrativo e sanitario.

In virtù di tale ruolo la Regione intende favorire lo sviluppo e l'integrazione di un Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, articolato nei due livelli:

- il livello regionale, finalizzato al controllo ed alla programmazione, nell'ambito del quale vengono sviluppati i necessari sistemi di supporto decisionale;
- il livello aziendale USL, finalizzato alla gestione amministrativa ed al miglioramento dei servizi sociosanitari offerti dalla Azienda stessa.

L'avvio e lo sviluppo delle attività dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali, favorirà l'individuazione di indicatori utili a descrivere i bisogni di salute e di assistenza sociale e ad individuare e sperimentare indicatori di qualità e di appropriatezza dei servizi sanitari e sociali a livello regionale che la Giunta Regionale emanerà con successivo atto e che renderanno possibile il monitoraggio delle principali fasi del processo socio-sanitario.

## La spesa sociale

La spesa per le politiche sociali della Regione Valle d'Aosta si distingue in spesa diretta della Regione e trasferimenti agli Enti Locali.

Il trasferimento agli Enti Locali per le spese correnti è avvenuto, fino al 1999, sulla base del ripiano a piè di lista dei disavanzi.

A partire dall'anno 2000, invece, per due settori di intervento (anziani e asili nido) si è introdotto il criterio del riparto sulla base di quote capitarie.

Parallelamente veniva istituito il fondo regionale per le politiche sociali, che aveva come obiettivo il superamento della frammentazione nell'erogazione di finanziamenti.

Secondo quanto stabilito dal recente Piano sociosanitario la Giunta dovrà ripartire il fondo agli Enti Locali sulla base dei seguenti criteri:

- Numero di residenti
- Numero di residenti ultrasessantacinquenni

- Numero di residenti con meno di 18 anni
- Numero di residenti certificati con handicap grave
- Indicatori di povertà (numero di disoccupati; numero di pensioni sociali)
- Indicatori di disagio sociale (tasso di dispersione scolastica, famiglie monoparentali, minori coinvolti in attività criminose)
- Servizi attivati e loro valenza territoriale



Il Piano Sociosanitario è finalizzato da un lato a garantire l'autonomia programmatica e gestionale agli Enti Locali e dall'altro ad orientare l'impiego delle risorse attraverso azioni di monitoraggio e verifica di efficacia ed efficienza della spesa, ad esempio stabilendo limiti percentuali massimi e minimi da rispettare in particolari aree di intervento.

Una quota del fondo regionale è riservata, oltre che per la spesa diretta regionale, per l'incentivazione di iniziative innovative promosse dagli Enti Locali che potranno ottenere finanziamenti *ad hoc*.

La spesa per le politiche sociali della Regione Valle d'Aosta ammontava a 51,5 milioni di euro nell'anno 2000 e saliva a 52,8 nell'anno successivo. Nel primo anno considerato il 42% della spesa è destinata ad interventi in favore dei disabili ed il 34,3% in favore degli anziani; la distribuzione percentuale non varia significativamente nel 2001.

Area di intervento	2000		2001	
	Euro	%	Euro	%
Responsabilità familiari	3.114.824	6	2.330.795	4
Minori	7.376.145	14	7.386.376	14
Anziani	17.640.663	34	18.074.144	34
Povertà-esclusione	538.472	1	906.270	2
Disabili	22.141.961	43	21.935.555	42
Immigrati	206.583	0	215.363	0
Altro	540.261	1	2.007.487	4
<b>Totale (*)</b>	<b>51.558.909</b>	<b>100</b>	<b>52.855.990</b>	<b>100</b>

(\*) comprensivo delle pensioni assistenziali in favore di invalidi civili

Fonte: rilevazione ad hoc effettuata presso Regione Valle d'Aosta

Nel 2000 la quasi totalità delle risorse destinate alle politiche sociali della Regione derivava da mezzi propri di bilancio: soltanto lo 0,4% delle risorse



proveniva infatti da contributi statali finalizzati e lo 0,1% da contributi dell'Unione europea.

Nel 2001 il trasferimento delle risorse indistinte previste dalla legge di riforma 328/2000 e di altre risorse statali finalizzate fa crescere considerevolmente il finanziamento statale, che resta tuttavia marginale nel complesso delle risorse disponibili. Il lieve incremento della spesa complessiva per le politiche sociali della Regione è pertanto dovuto all'incremento di risorse statali, mentre restano sostanzialmente stabili quelle regionali.

### Fonti di finanziamento della spesa regionale per le politiche sociali

Fonte di finanziamento	2000		2001	
	Euro	%	Euro	%
Contributi statali finalizzati	194.780	0,4	938.266	1,8
Contributi statali non vincolati	0	0,0	886.184	1,7
Contributi UE	27.000	0,1	11.423	0,0
Risorse proprie regionali	51.337.129	99,6	51.020.116	96,5
<b>Totale</b>	<b>51.558.909</b>	<b>100</b>	<b>52.855.990</b>	<b>100</b>

Fonte: rilevazione ad hoc effettuata presso la Regione Valle d'Aosta

---

## REGIONE VENETO



297





## Il sistema normativo

Con la L.R. 15 dicembre 1982 n. 55 *“Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”* la Regione Veneto ha iniziato il riordino della materia socio assistenziale, definendo le competenze dei singoli Comuni e delle Unità Locali Socio Sanitarie. L’art. 5 afferma che *“le funzioni relative ai servizi socio-assistenziali e sociosanitari sono esercitate dai Comuni, dalle Comunità Montane e dalle ULSS”*.

La legge inoltre, al fine di garantire l’omogenea erogazione dei servizi su tutto il territorio, prevede l’elaborazione di un Piano Sociale *“coordinato con il Piano Sociosanitario regionale, con i programmi e i Piani delle ULSS e dei Comuni per le funzioni di loro competenza”* (art. 3).

Proseguendo nell’obiettivo primario di arrivare a costruire un sistema di servizi sociosanitari integrati, in linea con le riforme attuate dal legislatore nazionale, è stata successivamente emanata la L.R. 56/94 *“Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale”* che stabilisce che la Regione persegue l’integrazione delle politiche sanitarie e sociali, nonché delle attività svolte da soggetti pubblici e privati (art. 8), che i Comuni partecipano al processo di programmazione sociosanitaria regionale (art. 5), che qualora l’ambito territoriale di una Unità Locale Sociosanitaria comprenda più Comuni, si costituisce la Conferenza dei Sindaci alla quale spetta, tra l’altro, di provvedere alla definizione dell’indirizzo per l’impostazione programmatica delle attività dell’unità locale sociosanitaria, come pure di provvedere all’elaborazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali (art. 5). Viene inoltre sottolineato come il Piano di Zona dei servizi sociali sia il principale strumento di integrazione.

La L.R. 3 febbraio 1996 n. 56 *“Piano socio sanitario regionale per il triennio 1996-1998”* prevede la gestione unitaria dei servizi sociali e sociosanitari in ambiti territoriali omogenei che vengono individuati nei Distretti. Prevede inoltre la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi al-



la ULSS o in alternativa la stipula di accordi di programma tra gli Enti interessati.

Tali deleghe e accordi vengono decisi e stipulati sulla base dei contenuti del Piano di Zona, in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i Comuni.

Il Piano di Zona è promosso dal Sindaco o dalla rappresentanza della Conferenza dei Sindaci e approvato dal Sindaco o dalla Conferenza stessa sentiti tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti operanti nel sistema dei servizi sociali.

L'ULSS recepisce i contenuti del Piano di Zona all'interno del Piano generale triennale, precisando gli interventi di propria competenza nei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria. L'integrazione viene attuata dal Direttore generale attraverso il Direttore dei servizi sociali che fornisce il supporto per l'elaborazione del Piano di Zona e ne segue l'attuazione avvalendosi dei referenti di area specifica.

Il Distretto sociosanitario è la sede in cui si realizza l'integrazione operativa sulla base dei contenuti e delle modalità previste dall'accordo di programma o dalla delega.

Un ulteriore passo verso la riforma è stato compiuto con l'emanazione della L.R. 13 aprile 2001 n. 11 *"Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali"* in cui si afferma all'art. 28 che i Comuni e le Province svolgono i compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio delle ULSS. Il Piano di Zona viene indicato come lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

Con DGR n. 775 del 6 luglio 2001 la Giunta Regionale ha indicato quale termine per la presentazione dei Piani di Zona il 30 giugno 2002.

Il percorso di riforma e l'organizzazione del sistema sociosanitario si è concluso con l'adozione del *"Testo organico per le politiche sociali"* approvato con DDL 241/2002.

### DPCM del 2001 sui livelli essenziali sociosanitari

È stata emanata in febbraio una prima delibera di recepimento che assumeva i LEA nazionali e rimandava ad un successivo atto da emanarsi entro il 30 giugno. Il termine è stato prorogato a luglio (a livello tecnico è tutto pronto sia per il sanitario che per il sociosanitario integrato).

Per favorire l'integrazione la Regione conferisce ai Comuni contributi affinché stipulino un Accordo di Programma con l'ULSS per l'ADI.

Il modello veneto prevede grandi aree di intervento (anziani, tossicodipendenze, handicap, materno infantile, malattia mentale) che i Comuni devono tassativamente delegare alle ULSS per la parte sociosanitaria.



### **DPCM del 2001 sull'affidamento dei servizi**

La gran parte della gestione dei servizi sociali viene di fatto esternalizzato a cooperative, fortissime in Veneto (più di 500).

Esiste una “convenzione tipo” regionale di qualche anno fa per esternalizzazione alla cooperazione sociale, già in linea con le previsioni della L. 328/2000, per cui la Regione non ritiene opportuno intervenire.

### **DLgs 207/2001 IPAB**

È stato predisposto un progetto di legge in merito.

### **DM 308/2001 – autorizzazione strutture**

È stata approvata la L.R. n. 22/2002 che è tra le prime leggi regionali in materia.

### **La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale**

Gli interventi ed i servizi sociali sono rivolti “alla promozione e alla valorizzazione della persona e della famiglia, alla formazione ed educazione alla socialità, alla prevenzione dei fattori del disagio sociale nonché alla rimozione e riduzione delle condizioni che ostacolano la piena partecipazione delle persone e delle famiglie alla vita sociale”.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve garantire alle persone e alle famiglie livelli essenziali ed uniformi di risposta e alla sua realizzazione concorrono gli individui, le famiglie e tutti i soggetti pubblici e privati presenti nella comunità locale, in attuazione dei principi di sussidiarietà e solidarietà sociale.

I servizi sociali sono organizzati nel rispetto dei principi di “omogeneità, efficienza, economicità ed efficacia degli interventi, di responsabilità e adeguatezza dei soggetti attori; di copertura finanziaria, economica e patrimoniale dei servizi”.

## Gli assetti istituzionali

I Comuni sono titolari della generalità delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sociali. Svolgono i propri compiti in forma associata, con esclusione degli interventi di carattere economico. Tale esercizio associato delle funzioni sociali si svolge in ambiti territoriali coincidenti, di norma, con quelli delle ULSS.

Individuano soluzioni gestionali ottimali atte a garantire l'unitarietà delle risposte ai bisogni, i livelli uniformi di assistenza sociale, in relazione ai livelli essenziali determinati dallo Stato, tenendo conto delle esigenze dell'integrazione sociosanitaria, anche avvalendosi delle ULSS.

I Comuni delegano alle ULSS, che ne garantiscono la gestione, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Nelle materie delegate stabiliscono le priorità d'intervento, conferiscono le relative risorse e verificano il conseguimento dei risultati di efficacia definiti con gli strumenti di programmazione locale. Concorrono alla programmazione regionale e, associati in ambiti territoriali, al fine di una gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, di concerto con le aziende unità locali sociosanitarie, definiscono il Piano di Zona.

Le Province, al fine di concorrere alla programmazione territoriale, in collaborazione con gli Enti Locali, partecipano alla rilevazione e conoscenza dei bisogni, delle risorse e dell'offerta dei servizi nel territorio. In collaborazione con i Comuni e con le ULSS, realizzano iniziative di formazione e di aggiornamento professionale per l'inserimento lavorativo delle persone disabili. Concorrono, inoltre, ad individuare ed assicurare gli spazi per le sedi dei Centri di Servizio per il volontariato.

Le Province hanno competenza sugli interventi sociali relativi ai non vedenti, agli audiolesi e ai figli minori riconosciuti dalla sola madre.

La Regione, mediante i propri strumenti di programmazione, promuove l'integrazione delle politiche sociali con quelle degli altri settori, secondo le indicazioni di cui all'art. 8 della L. 328/2000.

Esercita le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo, vigilanza e controllo in materia di servizi sociali, nonché di verifica della relativa attuazione a livello territoriale.

Le ULSS, allo scopo di garantire l'integrazione sociosanitaria e la gestione unitaria dei servizi, assicurano le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Assicurano, inoltre, la programmazione, progettazione e gestione dei servizi sociali in relazione alle deleghe conferite dagli Enti Locali e sulla base de-

gli indirizzi espressi dalla Conferenza dei Sindaci; accertano e rilasciano, se delegate, l'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento dei servizi e strutture sociali, e si occupano della correlata attività di vigilanza; svolgono, su delega della Giunta Regionale, le funzioni amministrative, comprese quelle concernenti assegnazioni di finanziamenti ed iniziative relativi al sistema integrato di servizi sociali.

Inoltre, a direzione, il coordinamento, la programmazione e la valutazione delle attività sociosanitarie sono assicurate dal Direttore generale.



### **Gli assetti organizzativi per le politiche sociali**

Esiste un Segreteria Sanitaria e Sociale unica, con un Segretario che coordina il tutto.

Ci sono due Direzioni, una è quella dei Servizi Sociali, un dipartimento a sua volta suddiviso in 5 servizi, ognuno con un suo dirigente:

- famiglia,
- dipendenze,
- terzo settore – giovani – volontariato,
- interventi sociosanitari – anziani – disabili,
- affari legali – PdZ – bilancio.

Nella Direzione dei Servizi Sociali converge anche il sociosanitario, almeno per quanto riguarda le dipendenze, i consultori, i disabili, gli anziani.

### **Gli ambiti territoriali**

La definizione degli ambiti territoriali è regolata dall'art. 18 comma 4 della L.R. 11/2001 che afferma che “la dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi, per rispondere alle esigenze di omogeneità di erogazione degli stessi e di contenimento della frammentazione locale e per favorire la programmazione degli interventi, il miglior utilizzo delle risorse, nonché l'integrazione sociosanitaria, è individuata nel territorio di competenza di ciascuna ULSS. Laddove sussistano specifiche esigenze territoriali o emergenze sociali, la Conferenza dei Sindaci, in armonia con l'articolazione dei Distretti delle ULSS, individua con riferimento al Piano di Zona particolari modalità di attuazione della rete dei servizi e di erogazione delle relative prestazioni”.



La Regione ed i Comuni promuovono la concertazione tra soggetti dell'intervento sociale e svolgono funzioni di intermediazione tra gli interessi istituzionali e quelli dei diversi soggetti sociali. La Giunta regionale, con apposito provvedimento, istituisce il tavolo di concertazione regionale per realizzare, attraverso il dialogo ed il confronto, la programmazione partecipata dei diversi soggetti e la condivisione di obiettivi.

## La programmazione

### Il Piano Regionale degli interventi e dei Servizi alla Persona

La Regione approva il Piano Regionale degli interventi e dei servizi alla persona che ha durata triennale ed è adottato dal Consiglio Regionale su proposta della Giunta.

Il Piano viene attuato, nell'ambito delle risorse disponibili, attraverso forme di intesa con i Comuni interessati, con la partecipazione attiva delle Aziende di servizi alla persona, dei soggetti del terzo settore che partecipano anche con proprie risorse alla realizzazione dei servizi, nonché con la collaborazione dei soggetti di cui all'art. 1, comma 6 della L. 328/2000.

Il Piano indica altresì le aree e le azioni prioritarie d'intervento, i criteri di verifica e di valutazione, al fine di assicurare la qualità e la realizzabilità degli obiettivi definiti, nonché la costituzione di una rete integrata di interventi sociali.

### Il Piano di Zona

Il Piano di Zona è lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, negli ambiti territoriali previsti, d'intesa con le ULSS e con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, definiscono il sistema integrato di interventi e servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti e alle risorse da attivare.

Il Piano riguarda i servizi sociali, all'interno del più generale quadro di politiche integrate in materia di interventi sociali, tutela della persona, istruzione, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi di tempo libero, trasporti e comunicazioni.

L'area interessata dal Piano coincide con l'ambito territoriale delle ULSS.

Il Programma delle attività territoriali (PAT), si raccorda con il sistema programmatorio territoriale del Piano di Zona dei servizi alla persona.

Il Piano deve comprendere:

- a) conoscenza, analisi e valutazione dei bisogni della popolazione;
- b) individuazione, qualificazione e quantificazione delle risorse (istituzionali, organizzative umane e finanziarie) pubbliche, private, del terzo settore, disponibili e attivabili;
- c) definizioni degli obiettivi e delle priorità cui finalizzare le risorse disponibili;
- d) regolamentazione dei servizi e delle iniziative all'interno del territorio di competenza;
- e) regolamentazione dei rapporti organizzativi ed economico-finanziari fra i diversi soggetti, quali accordi, deleghe, convenzioni e protocolli d'intesa.

Il Piano di Zona viene adottato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'ULSS coincida con quello del Comune, o dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, su iniziativa del Presidente della Conferenza stessa, sentiti gli enti pubblici interessati.

Nel Piano di Zona sono contenuti gli indirizzi programmatici relativi agli aspetti di rilevanza sociale per la formulazione del Piano attuativo locale dell'ULSS.

Il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci approva il Piano di Zona attraverso la forma dell'accordo di programma.

Al fine di assicurare l'unitarietà del processo programmatico locale, l'ULSS recepisce il Piano di Zona all'interno del Piano Attuativo Locale. Il Direttore di Distretto, in sede di redazione del Piano delle Attività Territoriali, si attiene alle indicazioni del Piano di Zona.

La Giunta Regionale, in caso di mancata definizione e presentazione, nei termini stabiliti dalla programmazione regionale, del Piano di Zona dei servizi alla persona agli uffici regionali, nomina in via sostitutiva un commissario ad acta. La Giunta Regionale, attraverso la valutazione dei Piani di Zona dei servizi alla persona, esprime parere di congruità in ordine alla loro corrispondenza con la programmazione regionale (art. 14).

### La gestione dei servizi

La Regione promuove l'istituzione di associazioni intercomunali finalizzate alla gestione associata di funzioni e servizi sociali. Le associazioni non hanno personalità giuridica ed operano tramite convenzioni che disciplinano i rapporti finanziari ed i reciproci obblighi.





Le associazioni sono costituite con conformi deliberazioni dei Consigli comunali con le quali vengono approvati l'atto costitutivo ed il regolamento dell'associazione che disciplina gli organi dell'associazione, le funzioni ed i servizi comunali da svolgere in forma associata, i rapporti finanziari tra gli enti aderenti e le modalità organizzative.

## Autorizzazione e accreditamento

La Regione, in seguito alla L.R. n. 22/2002, con apposito regolamento, definisce i requisiti per l'autorizzazione l'accREDITAMENTO e la vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale.

L'autorizzazione e l'accREDITAMENTO non costituiscono titolo per la convenzione con l'ente pubblico. I Comuni stipulano accordi contrattuali con i soggetti autorizzati o accREDITATI al fine di facilitare la libera scelta da parte delle persone e delle famiglie delle riposte ai bisogni definiti nel progetto personalizzato. Negli accordi contrattuali viene definita la tipologia di prestazioni, i parametri di qualità, il costo, nonché la quantità massima di prestazione erogabile.

L'autorizzazione al funzionamento o all'esercizio è rilasciata in conformità ai requisiti minimi strutturali fissati dallo Stato.

La vigilanza dei servizi e strutture residenziali e semi-residenziali consiste nella verifica triennale dei requisiti previsti per l'accREDITAMENTO.

È fattore di qualità da parte del soggetto accREDITATO il possesso dei seguenti strumenti: l'adozione di programma educativo individuale e la predisposizione di strumenti di valutazione e verifica.

Le attività relative all'autorizzazione, all'accREDITAMENTO e vigilanza sono di competenza del Comune dove ha sede la struttura.

## L'affidamento

Nei limiti consentiti dalle norme nazionali e comunitarie che disciplinano l'affidamento dei servizi da parte della pubblica amministrazione, gli Enti Locali, le loro forme associative e le ULSS nella scelta delle procedure di affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore, privilegiano le procedure ristrette e negoziate.

L'aggiudicazione deve essere operata a favore dell'offerta economicamente più vantaggiosa, valutata sulla base della qualità e del prezzo, che non può

avere peso superiore al 50% del punteggio complessivo previsto per l'aggiudicazione del servizio.

La Giunta regionale, con proprio provvedimento disciplina i criteri, le modalità ed i contenuti delle forme di aggiudicazione o negoziali; individua i criteri preferenziali per la scelta del contraente nelle procedure per la fornitura di servizi sociali, sociosanitari e socio-educativi; predispone lo schema tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti.



### I livelli di assistenza

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono recepiti nel piano regionale dei servizi alla persona, che li caratterizza in termini di sistema di prestazioni e servizi sociali, idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli. Le misure, gli interventi e le prestazioni per l'erogazione dei livelli essenziali sono in via prioritaria:

- a) le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare;
- b) 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;
- c) le misure di sostegno alle responsabilità familiari;
- d) le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) le misure di tutela dei diritti del minore;
- f) le misure di sostegno alla donna in difficoltà;
- g) gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
- h) le misure a favore del reinserimento lavorativo di persone con disagio sociale;
- l) gli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio;
- m) le prestazioni integrate per contrastare le dipendenze patologiche;
- n) l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto.

I livelli delle prestazioni sociali sono definiti con riferimento ai seguenti criteri:

- a) le risorse finanziarie definite nei Piani di Zona dei servizi alla persona;
- b) gli standard di erogazione dei servizi sociali con riferimento ai bisogni della popolazione interessata;

- c) gli indicatori di esito e di benessere sociale individuati nel piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona.



308

I servizi sociali alle persone e alle famiglie sono finalizzati alla promozione del benessere sociale ed educativo, prevenzione e contrasto dell'esclusione sociale e sono caratterizzati dalla capacità di tempestivo intervento a fronte di emergenze o persistenti difficoltà di carattere personale, familiare e sociale.

La Regione promuove sperimentazioni finalizzate allo sviluppo di nuove risposte ai bisogni nelle aree della domiciliarità, della solidarietà tra famiglie e tra persone, degli interventi diurni e residenziali, dell'accompagnamento delle persone in difficoltà, degli interventi di comunità.

Le tipologie dei servizi sono definite dalla Giunta Regionale con apposito regolamento.

I Comuni concedono alle famiglie benefici di carattere economico destinati a rimuovere gli ostacoli che impediscono il godimento del diritto di cittadinanza, a consentire la fruizione dei servizi sociali, educativo-sociali, sociosanitari e all'inserimento lavorativo di persone in difficoltà.

Le principali prestazioni di carattere economico riguardano l'erogazione di un contributo economico da parte dei Comuni alla famiglia, quale misura di contrasto alla povertà e un bonus alle persone e alle famiglie per l'acquisto, tra i diversi soggetti autorizzati o accreditati, di prestazioni o servizi. In questo ultimo caso il bonus può essere monetizzato ed erogato alla famiglia per le prestazioni assicurate da quest'ultima. In tal caso il rapporto intercorrente tra famiglia e Comune deve essere disciplinato da apposita convenzione.

La Giunta Regionale, acquisito il parere della Conferenza Regionale permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria, disciplina con apposito regolamento i criteri e le modalità per la concessione dei benefici di carattere economico individuando le relative risorse.

### **Il sistema informativo**

---

La Regione, i Comuni e le ULSS istituiscono un sistema informativo per i servizi sociali, al fine di una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, dei servizi presenti sul territorio, della spesa sociale dei Comuni e delle ULSS, dei dati ed informazioni necessari alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali.

I soggetti operanti nel sistema dei servizi sociali sono tenuti a fornire alla Regione i dati necessari al sistema secondo le modalità stabilite dalla Giunta Regionale.

La Giunta Regionale, avvalendosi degli Osservatori Sociali, elabora un rapporto triennale sullo stato delle politiche sociali.

La struttura tecnica del Sistema informativo fa capo alla Direzione per i Servizi sociali, che si raccorda con il sistema informativo sociosanitario e regionale, ed è composta da esperti nominati dalla Giunta regionale.

La Giunta Regionale organizza le proprie strutture con personale appositamente individuato e tecnologie specifiche e promuove l'apporto degli Enti Locali, delle ULSS e degli altri soggetti sociali per la gestione di un patrimonio comune di informazione.

Il sistema informativo dei servizi sociali è raccordato con il sistema informativo della Regione e delle ULSS.

La Giunta Regionale, con proprio provvedimento, istituisce Osservatori Regionali sulle politiche sociali, finalizzati all'analisi dei fenomeni e dei mutamenti sociali, all'analisi dell'impatto delle scelte di politica sociale e della spesa e al monitoraggio dei Piani di Zona.

Con l'atto di istituzione vengono, altresì, individuate le modalità di funzionamento e le relative risorse.

### La spesa sociale

Con legge regionale 55/82 veniva istituito (art. 15) il "Fondo Regionale per i Servizi Sociali", appositamente destinato al funzionamento degli interventi e dei servizi e delle attività socioassistenziali.

In tale fondo affluivano i fondi precedentemente destinati ad enti disciolti, i trasferimenti statali a favore della Regione per la realizzazione di interventi e servizi sociali, gli stanziamenti regionali per il finanziamento delle attività socio-assistenziali di competenza dei Comuni ed eventuali risorse integrative regionali da determinarsi in sede di approvazione del bilancio annuale di previsione.

La dotazione complessiva del fondo era determinata annualmente con la legge di bilancio.

Tale fondo veniva annualmente ripartito dalla Giunta Regionale:

- a) quanto alla quota da ripartire sulla base di parametri obiettivi, tenendo conto delle grandezze di ciascun elemento assunto, relative al 31 dicembre dell'esercizio precedente;



- b) quanto alla quota riguardante i progetti – obiettivo, sulla base dei progetti individuali nel Piano Sociale Regionale che risultino effettivamente in via di attuazione.

Entro il 31 gennaio di ciascun anno doveva essere fornita una rendicontazione delle spese sostenute a fronte del finanziamento ottenuto: le somme eventualmente non rendicontate venivano trattenute dalla Regione per compensazione sulle erogazioni a ciascuno spettanti per l'anno successivo.

Con l'approvazione della L.R. 11/2001 “conferimento di funzioni e compiti amministrativi delle autonomie locali in attuazione del D. Lgs 31 marzo 1998, n.112” si ha la riforma del Fondo Regionale per le Politiche Sociali (art. 133): il Fondo previsto dalla norma del 1982 viene infatti sostituito dal nuovo “Fondo regionale per le politiche sociali” (o Fondo Sociale) finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di programmazione regionale in materia di servizi sociali e di educazione alla socialità. Confluiscono in tale fondo sociale le risorse destinate dallo Stato alla Regione e le risorse regionali in materia di servizi sociali.

Il Fondo Sociale è ripartito dalla Giunta in base alle disposizioni contenute nel bilancio di previsione regionale secondo i seguenti criteri:

- a) finanziamento di iniziative di interesse regionale svolte a livello unitario dirette sia ad attività istituzionali che ad attività progettuali, nonché di iniziative regionali concernenti studi e ricerche sui fenomeni sociali, strumenti di divulgazione e momenti di confronto, informazione e formazione;
- b) sostegno e promozione dell'erogazione dei servizi sociali, svolti dai Comuni in forma associata nell'ambito della programmazione regionale e dei Piani di Zona e con gli strumenti in esso previsti;
- c) sostegno e promozione di servizi sociali d'interesse locale delegati alle ULSS dagli Enti Locali in forma associata in attuazione della programmazione regionale e delle disposizioni previste nei Piani di Zona;
- d) sostegno e promozione delle iniziative in materia di servizi sociali svolte nell'ambito della programmazione regionale da soggetti pubblici attraverso le forme associative e di cooperazione previste dalla normativa vigente;
- e) finanziamento di funzioni amministrative d'interesse regionale conferite dalla Regione agli Enti Locali e alle ULSS;
- f) sostegno e promozione delle iniziative svolte dagli Enti Locali nella realizzazione della rete dei servizi sociali con la partecipazione dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della L. 328/2000;

- g) sostegno e promozione delle iniziative volte alla soluzione di situazioni di emergenza sociale;
- h) sostegno e promozione delle iniziative volte alla soluzione di problematiche sociali con modalità e strumenti innovativi;
- i) sostegno di iniziative a tutela dei minori.



La Regione non ha un criterio di riparto unico per tutte le risorse destinate alle politiche sociali: i criteri sono differenziati a seconda della finalizzazione delle risorse. Ogni settore prevede differenti criteri per i Comuni e per le USSL. La Regione utilizza questo sistema per definire compiutamente le proprie politiche per quanto riguarda i fondi che eroga.

Nel bilancio di previsione per l'anno 2001 la struttura delle voci di bilancio rispecchia la situazione precedente all'entrata in vigore del nuovo fondo regionale, introdotto appunto nell'anno 2001.

Il Fondo Regionale per le Politiche Sociali ammontava a 114,8 miliardi di lire (pari a 59,28 milioni di euro). Accanto a tali risorse erano presenti nel bilancio stanziamenti correnti per gli interventi ed i servizi sociali pari a 47,2 miliardi di lire (pari a 24,38 milioni di euro).

Il Fondo assorbiva, pertanto, il 70% delle risorse complessivamente disponibili, ammontanti a 162,101 miliardi di lire (pari a 83,72 milioni di euro)<sup>1</sup>. Il Fondo Sociale era totalmente finanziato con risorse proprie regionali. I rimanenti stanziamenti erano invece finanziati quasi per metà con risorse regionali e per la restante parte con una reiscrizione in conto avanzo (si tratta in tutti i casi di fondi statali).

### Risorse per le politiche sociali – bilancio di previsione 2001 (lire)

<b>Fondo regionale per i servizi sociali (L.R.55/82)</b>	<b>114.800.000.000</b>
<b>Altri interventi finanziati con risorse regionali di cui:</b>	<b>23.230.000.000</b>
contributi ai portatori di handicap che applicano il metodo Doman (L.R. 6/99)	100.000.000
interventi regionali nel settore dell'immigrazione (L.R.9/90) e cofinanziamento trasferimenti statali	2.500.000.000

<sup>1</sup> Sono prese qui in considerazione unicamente le spese di natura corrente e sono esclusi gli interventi finanziati con risorse del Fondo Sanitario. Inoltre non sono considerati alcuni stanziamenti, pur ricompresi.



312

spese per il finanziamento di iniziative di scambi interregionali e internazionali di giovani ed operatori sociali per favorire la conoscenza reciproca nel settore socioculturale (L.R.54/83)	450.000.000
interventi per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate	1.530.000.000
Provvidenze straordinarie a favore di degenti di ex ospedali psichiatrici e case di salute (L.R.3/98)	12.350.000.000
interventi regionali per il volontariato operante in settori di competenza regionale (L.R. 40/93)	1.600.000.000
cofinanziamento regionale di progetti comunitari e finanziamento di iniziative a favore dei giovani	1.500.000.000
interventi a tutela e promozione della persona per contrastare l'abuso e lo sfruttamento sessuale	700.000.000
interventi regionali in materia penitenziaria (L.R.5/96)	500.000.000
contributi per soggiorni terapeutici ai mutilati ed invalidi di guerra per cause di guerra e servizio (L.R.40/99)	2.000.000.000
<b>Altri interventi finanziati con reiscrizione in conto avanzo (fondi statali) di cui:</b>	<b>24.071.000.000</b>
spese per le attività connesse al funzionamento dell'osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (L.451/97 art. 4 c.3)	253.000.000
quota del fondo nazionale per le politiche migratorie	12.224.000.000
interventi a sostegno di persone con handicap grave (L.162/98)	100.000.000
interventi regionali in materia di formazione ed aggiornamento degli operatori delle tossicodipendenze (DPR..309/90)	491.000.000
spese per il finanziamento di progetti in materia di lotta alla droga (assegnazione statale DPR. 309/90)	11.003.000.000
<b>Totale – previsione 2001</b>	<b>162.101.000.000</b>

Nel bilancio di previsione per l'anno 2002 il Fondo Sociale assume forma diversa ed è ripartito, fin dall'iscrizione in bilancio, tra le diverse finalità previste.

Il Fondo, che ammonta complessivamente a 81 milioni di euro ed è distribuito tra le diverse finalità indicate, rappresenta il 60,5% delle risorse complessive. Il finanziamento del Fondo è a valere di risorse proprie regionali per il 61%; mentre per il restante 49% a valere delle risorse indistinte del fondo nazionale per le politiche sociali. L'8% circa delle risorse complessivamente

disponibili è rappresentato da altri interventi finanziati con risorse regionali e non ricomprese nel fondo. Il restante 31,5% è infine costituito da interventi finanziati con fondi statali e da reiscrizione in conto avanzo di fondi statali.

### Risorse per le politiche sociali – bilancio di previsione 2002 (euro)

<b>Fondo regionale per le politiche sociali di cui:</b>	<b>83.984.000,00</b>
contributi a consultori familiari privati	232.500,00
interventi di sostegno alle famiglie per accoglienza e cura persone non autosufficienti	8.467.500,00
sostegno di iniziative a tutela dei minori	32.279.000,00
interventi a favore degli utenti CEOD	4.803.500,00
sostegno attività degli Enti Locali di promozione culturale e sociale a favore di adulti e anziani	5.784.500,00
attività progettuali, informazione ed altre iniziative di interesse regionale nelle aree dei servizi sociali	7.161.500,00
sostegno e promozione servizi svolti dai Comuni associati o con delega alle aziende USSL	1.446.500,00
sostegno e promozione servizi: contributi alle USSL per la gestione dei servizi sociali	20.658.500,00
sostegno ed iniziative volte alla soluzione di situazioni di emergenza sociale	3.150.500,00
<b>Altri interventi finanziati con risorse regionali di cui:</b>	<b>11.082.000,00</b>
contributo ai portatori di handicap che applicano il metodo Doman	52.000,00
interventi a tutela e promozione della persona per contrastare l'abuso e lo sfruttamento sessuale	360.000,00
interventi regionali in materia penitenziaria (L.R.5/96)	362.000,00
contributi per soggiorni terapeutici ai mutilati ed invalidi di guerra per cause di guerra e per servizio	775.000,00
contributi progetti accessibilità città di Venezia	200.000,00
contributo centro audiofonologico	110.000,00
interventi regionali nel settore dell'immigrazione (L.R.9/90) e cofinanziamento trasferimenti statali	1.550.000,00
spese per il finanziamento di iniziative di scambi interregionali e internazionali di giovani ... (L.R.54/83)	232.000,00





314

provvidenze straordinarie a favore di degenti di ex ospedali psichiatrici e case di salute (L.R.3/98)	5.740.000,00
interventi regionali per il volontariato operante in settori di competenza regionale (L.R. 40/93)	826.000,00
cofinanziamento regionale di progetti comunitari e finanziamento di iniziative a favore dei giovani	875.000,00
<b>Altri interventi finanziati con fondi statali e con reiscrizione in conto avanzo (fondi statali) di cui:</b>	<b>43.749.000,00</b>
quota del fondo nazionale per le politiche migratorie	2.986.500,00
interventi a sostegno di persone con handicap grave (L.162/98)	2.132.000,00
interventi in favore delle famiglie con persone anziane non autosufficienti (L.388/2000 art. 80 c.14)	120.500,00
fondo nazionale infanzia e adolescenza (L. 285/1997)	13.430.500,00
prevenzione assistenza e recupero minori vittime di abuso (L.269/98)	1.938.000,00
servizi di informazione a favore delle famiglie (L.388/00)	1.617.500,00
spese per il finanziamento di progetti in materia di lotta alla droga (assegnazione statale DPR. 309/90)	20.332.000,00
adozioni internazionali L.476/98	61.500,00
valutazione qualità servizi tossicodipendenze (L.R. 5/96)	54.500,00
progetti fondo nazionale lotta alla droga (DPR. 309/90)	264.000,00
spese per la realizzazione del programma speciale nel settore materno infantile (L.34/96)	812.000,00
<b>Totale – previsione 2002</b>	<b>138.815.000,00</b>

Le risorse complessivamente a disposizione per le politiche sociali nel bilancio di previsione della Regione passano dal 2001 al 2002 da 83,718 a 138,815 milioni di euro.

L'incremento, di oltre 55 milioni di euro e pari al 65% dello stanziamento del primo anno, è il risultato dell'aumento di risorse statali sia indistinte sia finalizzate. Al contrario le risorse proprie della Regione decrescono per un importo di 11 milioni di euro.

**Finanziamento delle politiche sociali regionali: previsione 2001 e 2002  
(in euro)**

<b>Tipo di risorse</b>	<b>Prev 2001</b>	<b>Prev 2002</b>	<b>Variazione</b>
Risorse regionali	71.286.456,00	59.565.500,00	-11.720.956,00
Risorse statali indistinte		32.608.500,00	+32.608.500,00
Risorse statali finalizzate		20.453.500,00	+20.453.500,00
Conto avanzo (fondi statali)	12.431.634,00	23.295.500,00	+10.863.866,00
Conto avanzo (fondi regionali)		2.892.000,00	+2.892.000,00
<b>Totale</b>	<b>83.718.090,00</b>	<b>138.815.000,00</b>	<b>+55.096.910,00</b>







**PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO**

**317**





## Il sistema normativo

---

La Provincia Autonoma di Bolzano, ha avviato il riordino dei servizi sociali e delle competenze ad esso connesse con la L.P. n. 13/91 *“Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano”* e con la creazione dell’Ufficio Previdenza Integrativa nel 1992 e la sua successiva riforma (L.P. n. 6/98).

Con DGP n. 5513 del 13. 12.1999 è stato approvato il Piano Sociale Provinciale 2000-2002.

La Provincia di Bolzano non ritiene necessario recepire la L. 328/2000, di cui comunque sono senz’altro stati recepiti gli stimoli da un punto di vista culturale.

Si deve tener conto che la Provincia ha competenza amministrativa e i Comuni trattano i servizi per delega della Provincia e a loro volta derogano l’erogazione dei servizi ai comprensori.

## La programmazione

---

### Il Piano Sociale

Per la redazione del Piano si è formato a livello provinciale un gruppo guida formato dall’Assessore alla sanità e ai servizi sociali, dal responsabile del Dipartimento Sanità e Servizio sociale e dai direttori della Ripartizioni provinciale Servizio sociale e Sanità. Già nella composizione di questo gruppo guida si osserva il tentativo di istituire un collegamento sia con il settore sanitario che con il gruppo di coordinamento a livello provinciale.

Il gruppo di coordinamento a livello provinciale era formato dal direttore della Ripartizione Servizio sociale, dai direttori degli uffici per il Servizio sociale, da alcuni rappresentanti del settore sanità, delle Comunità comprensoriali, dei Comuni, del Consorzio dei Comuni e degli enti gestori privati. Le sedute sono state coordinate dall’I.S.W. È in collaborazione con questo grup-



po di lavoro che l'I.S.W., tenendo conto dell'analisi dei documenti e degli incontri con gli esperti, ha elaborato la prima bozza del nuovo Piano Sociale provinciale; che ha rappresentato un'importante piattaforma per la discussione all'interno dei gruppi di lavoro a livello distrettuale e di comunità comprensoriale.

Il Piano Sociale provinciale rappresenta il principale strumento di pianificazione dei servizi sociali in Alto Adige.

Esso riguarda il settore dell'assistenza e della beneficenza sia pubbliche che private (previdenza, assistenza sociale, servizi sociali). Inoltre, permette di collocare i servizi sociali nell'ambito delle misure e delle responsabilità dello Stato nei settori dell'assistenza sociale, dell'assicurazione sociale, del settore sanitario e fiscale, nonché nell'ambito delle misure e delle responsabilità della Regione nel settore della previdenza sociale integrativa.

Il Piano Sociale Provinciale:

- stabilisce le Linee Guida generali e gli obiettivi;
- funge da modello per l'assistenza sociale in Alto Adige;
- fornisce degli orientamenti per un'organizzazione efficiente dei servizi;
- coordina i programmi e le misure dei servizi sociali e di quelli sanitari;
- stabilisce il fabbisogno di personale;
- definisce delle Linee Guida per la formazione e l'aggiornamento del personale, nonché per la sua riqualificazione professionale;
- definisce le priorità contenutistiche in fatto di utilizzo dei mezzi finanziari disponibili.

### Gli assi portanti della programmazione sociale

Gli assi portanti riguardano:

- le pari opportunità
- il sostegno all'auto aiuto
- il sostegno alle famiglie
- la sussidiarietà
- la prevenzione
- l'informazione e la partecipazione della cittadinanza.

I bisogni individuati come fondamentali per la programmazione degli interventi sono stati articolati in necessità materiali, casa, integrazione sociale, salute, lavoro, formazione.

## Le Linee Guida

Le Linee Guida generali per l'assistenza sociale in Alto Adige sono da intendersi come una cornice di riferimento per tutti gli operatori attivi nel sociale.

La formulazione degli obiettivi delle pianificazioni settoriali (pianificazione dell'assistenza agli anziani, pianificazione dell'assistenza ai giovani ed ai minori ecc.) deve orientarsi alle Linee Guida ed elaborare programmi di misure atti alla loro applicazione. Il presupposto del successo dell'assistenza sociale e della politica sociale è che le Linee Guida vengano rispettate anche in tutti gli altri settori della politica, come la politica sanitaria, economica, del mercato del lavoro, della formazione, edilizia e della cultura.

Le Linee Guida vincolanti per l'assistenza sociale in Alto Adige riguardano i seguenti bisogni:

- le necessità materiali
- la casa
- l'integrazione sociale
- la salute
- il lavoro
- la formazione.

## Gli assetti istituzionali

Con il decentramento dell'assistenza sociale, ai Comuni è stato assegnato il compito di partecipare alla pianificazione, alla gestione e alla valutazione dei servizi sociali.

In seguito alle disposizioni di legge sulla riorganizzazione dei servizi sociali i Comuni hanno ampiamente delegato l'esecuzione di questi compiti alle comunità comprensoriali. I compiti trasferiti ai Comuni sono quindi compiti delegati la cui responsabilità, fintanto che non passeranno nell'ambito dei Comuni, rimane ancora alla Provincia.

Spetta ai Comuni nei confronti delle comunità comprensoriali una funzione di indirizzo e di controllo. Essi possono ad esempio emanare direttive per lo svolgimento delle funzioni delegate alle comunità comprensoriali. Le comunità dal canto loro sono tenute al varo di norme per l'attuazione di tali direttive, in osservanza delle direttive provinciali. In questo modo, oltre alla presenza negli organi decisionali della comunità comprensoriale, i Comuni possono partecipare all'attività di gestione dei servizi sociali delle comunità.





322

Le comunità comprensoriali gestiscono gran parte dei servizi sociali pubblici presenti nel loro territorio o li fanno gestire da altri enti pubblici o privati tramite la stipula di appositi contratti (convenzioni).

I compiti che i Comuni hanno trasferito alle comunità sono:

- organizzazione dei servizi sociali e coordinamento degli stessi con le iniziative di altri gestori sia pubblici sia privati;
- garanzia di un'erogazione regolamentare delle prestazioni;
- conclusione di accordi con strutture private, associazioni, cooperative o fondazioni che svolgono compiti in campo sociosanitario;
- realizzazione della partecipazione dei cittadini alla gestione, ma anche al controllo, delle strutture e dei servizi sociali, tramite il coinvolgimento degli utenti, delle famiglie e delle forze sociali attive nel territorio;
- partecipazione alla pianificazione dei servizi sociali tramite l'elaborazione di programmi di attività;
- preparazione di studi ed effettuazione di indagini per il rilevamento dei bisogni dei cittadini di entrambi i sessi;
- responsabilità in fatto di manutenzione dei beni mobili e immobili e delle attrezzature;
- costruzione, ristrutturazione ed ampliamento delle infrastrutture edilizie, su incarico della Provincia;
- acquisto di strutture, impianti ed attrezzature.

Le comunità comprensoriali sono guidate da un direttore con pieni poteri amministrativi e di rappresentanza per il settore dei servizi sociali cui spettano la gestione ed il coordinamento dei servizi e del personale ed è responsabile dell'applicazione tecnica ed organizzativa delle leggi, delle norme e dei piani.

L'ampia competenza della Provincia in materia di gestione dei servizi sociali a livello territoriale è stata formalizzata con la legge provinciale per il riordino dei servizi sociali.

La Provincia è competente in materia di pianificazione, orientamento, coordinamento e controllo dei servizi sociali, formazione, aggiornamento professionale e riqualificazione del personale, nonché per il finanziamento dei compiti delegati ai Comuni e alle comunità comprensoriali. Infine, la Provincia è competente in fatto di costruzione, ampliamento e ristrutturazione dei beni immobili. Tra i compiti della Provincia rientra anche la gestione e lo sviluppo del Sistema informativo provinciale per l'assistenza sociale (SIPSA).

La Consulta Provinciale per l'assistenza sociale ha il compito di consigliare la Giunta Provinciale e gli organi amministrativi nelle decisioni importanti.

Esprime pareri sul Piano sociale provinciale, sui Piani annuali e pluriennali, sulla relazione annuale sullo stato di esecuzione del Piano sociale provinciale e sui criteri di ripartizione del Fondo Sociale Provinciale.

Fanno parte della Consulta l'assessore provinciale competente in materia di assistenza e beneficenza pubblica in qualità di presidente; il direttore della Ripartizione Servizio sociale come vicepresidente; quattro rappresentanti dei Comuni; un rappresentante del capoluogo di provincia, un rappresentante delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza; quattro rappresentanti delle strutture private convenzionate attive in campo sociale; tre specialisti nel campo dei servizi sociali; due rappresentanti delle principali organizzazioni professionali e due rappresentanti delle principali organizzazioni sindacali altoatesine, nominati da queste ultime.

Attualmente tra le principali competenze della Regione c'è quella della previdenza sociale integrativa.

Concretamente, nel campo della previdenza e della sicurezza sociale, il potere legislativo della Regione Autonoma Trentino-Alto Adige si esplica nell'integrazione delle misure di previdenza dello Stato nel campo della maternità, della disoccupazione, dell'invalidità e della vecchiaia.

L'amministrazione di queste misure è stata trasferita dalla Regione alle Province autonome.

La competenza legislativa e il finanziamento della previdenza integrativa rimangono competenza della Regione, le misure di previdenza sociale integrativa non rientrano nel livello decisionale del Piano Sociale Provinciale, per il quale tuttavia rappresentano un orizzonte importante. Attualmente l'assistenza sociale (della Provincia) è ancora subordinata alla previdenza (della Regione), dato che le norme previdenziali garantiscono in parte ai cittadini e alle cittadine diritti di livello superiore. Ne consegue la necessità di una buona armonizzazione delle misure previdenziali con le misure assistenziali.

## Gli ambiti territoriali

Ai fini dell'assistenza sociale e sanitaria la Provincia Autonoma di Bolzano è suddivisa in venti Distretti, che ripartiscono la popolazione residente in altrettanti bacini di utenza. La ripartizione territoriale dell'area di intervento sociale coincide con quella di cura sanitaria, così che l'integrazione fra le prestazioni dell'una e dell'altra trovi una naturale applicazione proprio nella sua unità organizzativa di base, il Distretto sociosanitario. Questa logica d'inter-





vento è all'origine della creazione dei Distretti, progettati più di dieci anni fa, da un lato con il Piano Sanitario Provinciale 1988-1991 e dall'altro con la L.P. n. 13/91 "Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano".

## La gestione dei servizi sociali

Per adempiere ai compiti sopra elencati in modo efficiente e in tutto il territorio, il Servizio Sociale Provinciale è organizzato in servizi distribuiti sul territorio dell'intera Provincia.

### 1) I servizi sociali dei Comuni

Per servizi sociali dei Comuni si intendono in senso stretto tutti quei servizi, che i Comuni gestiscono attualmente come servizi trasferiti

Le prestazioni erogate coprono un ampio ventaglio, che va dall'assistenza diurna ai bambini negli asili nido all'assistenza e all'alloggio di nomadi e senzatetto, passando per l'assistenza agli anziani, comprende in linea di principio tutti i settori che la Provincia ha delegato ai Comuni. Le prestazioni vengono disciplinate dettagliatamente dalle leggi provinciali competenti.

La struttura organizzativa dei servizi comunali è molto diversa, a seconda della loro offerta: finché i Comuni saranno responsabili della gestione e del finanziamento dei servizi, saranno loro a definire, nell'ambito delle Linee Guida provinciali l'offerta dei servizi e le rispettive strutture organizzative e di gestione.

### 2) I Distretti sociosanitari

Le comunità comprensoriali sono state suddivise in 20 Distretti.

La città di Bolzano, dove comprensorio e territorio comunale coincidono, gestisce i servizi sociali attraverso l'Azienda Servizi Sociali ed è articolata in cinque Distretti.

Per ottimizzare il coordinamento delle iniziative in campo sociale e di quelle in campo sanitario, il bacino di utenza del Distretto sociale si identifica con quello del Distretto sanitario.

I Distretti sociosanitari sono stati creati per garantire una disponibilità territorialmente equilibrata di servizi al livello più basso, ma anche un migliore coordinamento delle iniziative del settore sanitario e di quello sociale, nonché una migliore integrazione dei servizi residenziali e non residenziali.

In linea di principio, i principali compiti del Distretto sono i seguenti:

- attuazione di misure di prevenzione;

- erogazione di aiuti in caso di situazioni concrete di bisogno (intervento);
- attuazione di misure di reinserimento (riabilitazione);
- invio degli utenti verso i servizi integrativi e quelli multizonali;
- rilevazione dei bisogni, delle risorse disponibili e dei fattori di rischio del territorio;
- coinvolgimento della popolazione, delle famiglie, delle associazioni e dei gruppi di iniziativa locali di tutti i settori della società nell'assistenza sociale.



Ciascun Distretto dispone di una sede distrettuale in cui sono collocati tutti i servizi sociosanitari pubblici e, nei limiti del possibile, anche tutti i servizi sociali privati o convenzionati.

A seconda delle dimensioni e delle caratteristiche del territorio, oltre alla sede distrettuale sono previsti anche altri “punti di appoggio” in cui il personale dei servizi sociali rimane a disposizione dei cittadini in determinati giorni. Lo scopo è garantire un'assistenza quanto più vicina possibile ai cittadini.

Nel territorio di ciascun Distretto sono previsti i seguenti compiti in campo sociale:

- assistenza sociale di base (Servizio sociale di base, SSB)
- assistenza pedagogico-educativa (servizio educativo, SE)
- assistenza domiciliare e aiuto alle famiglie (servizio assistenza domiciliare, SAD)
- assistenza economica sociale (AES)
- segretariato sociale.

Il regolamento del Distretto sociale è attualmente in fase di rielaborazione e che i singoli settori di prestazioni si trovano in una situazione transitoria.

Il compito del Comitato di Distretto è quello di contribuire al coordinamento di tutte le istituzioni attive nel Distretto (Distretto sociale e sanitario, Azienda Sanitaria Locale, comunità comprensoriale, Comuni, scuole materne e scuole, istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza) ed in particolare:

- dare un parere sul Piano Sociale e Sanitario del Distretto;
- formulare delle proposte e dare dei suggerimenti per il lavoro dei servizi sociosanitari;
- dare impulso alle iniziative che mirano ad ottimizzare l'interazione tra i servizi sociosanitari e le strutture formative nel territorio del Distretto (scuole, scuole materne, università, ecc.);
- promuovere le iniziative per un miglior coordinamento dell'attività di tutti gli enti e di tutte le associazioni impegnati, a livello di Distretto, nell'attuazione del Piano Sociale e di quello Sanitario;



326

- in caso di eventuali carenze nelle prestazioni sociali e sanitarie, allertare gli uffici competenti degli enti gestori locali e della Provincia;
- partecipare alla valutazione continua del lavoro dei servizi sociosanitari, producendo delle informazioni sull'efficacia e sull'efficienza delle misure adottate e contribuendo alla loro valutazione.

Il Comitato di Distretto è composto da tre rappresentanti di tutti i Comuni facenti parte del territorio del Distretto, dal coordinatore del Distretto sociale e sanitario, da un rappresentante delle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza, da un rappresentante delle scuole presenti nel territorio del Distretto e da due rappresentanti dei gestori privati, delle organizzazioni di volontariato o dei gruppi di auto-aiuto attivi nel Distretto.

### 3) I servizi multizonali

I servizi multizonali sono strutture specializzate che integrano le prestazioni distrettuali. Si va da un'offerta di tipo residenziale (centri di degenza e case di riposo, residenze, convitti per minori ecc.) ad un'offerta di tipo semi-residenziale/semi-aperto (centri diurni, laboratori protetti ecc.) a prestazioni ambulatoriali specialistiche (consultori familiari ecc.). I servizi integrativi possono assistere anche la popolazione di più Distretti.

La determinazione di questi servizi è di competenza della Giunta Provinciale.

Anche le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza sono da citare come enti gestori di servizi multizonali. La L.R. n. 3 del 1.8.1996 e relative modifiche, contiene delle norme dettagliate per il settore degli istituti pubblici di assistenza e beneficenza.

## L'integrazione sociosanitaria

Tra gli obiettivi prioritari del legislatore provinciale rientra quello di ottimizzare il coordinamento dei servizi del comparto sanitario e di quello sociale a livello di Distretto sociosanitario: questi sono stati creati proprio per garantire una disponibilità territorialmente equilibrata di servizi e un coordinamento e un'integrazione degli stessi: tra gli obiettivi specifici figurano:

- l'introduzione di un regolamento di Distretto integrato per le prestazioni di base del Distretto che ponga in maggior rilievo la collaborazione interdisciplinare;

- il miglioramento del coordinamento con gli altri servizi multizonali, attraverso l'identificazione di figure direttive e di coordinamento.

## Il sistema informativo

Rientra tra i compiti della Provincia, la gestione e lo sviluppo del sistema informativo provinciale per l'assistenza sociale. Il SIPSA ha il compito principale di fornire tutte le informazioni necessarie all'amministrazione ai fini della programmazione degli interventi e dei piani operativi attraverso l'analisi, l'orientamento e il controllo delle attività e la raccolta dei dati. Il principale risultato del sistema informativo della provincia è la Relazione Sociale pubblicata con cadenza annuale e strumento fondamentale su cui si basa la programmazione attuale.

L.P. n. 13/1999 all'art. 8 prevede che la Giunta Provinciale approvi una relazione annuale sullo stato di realizzazione del Piano e la inoltri al Consiglio per una valutazione.

Di particolare rilievo è inoltre la circostanza che gli Enti Locali, responsabili dell'erogazione dei servizi a livello territoriale, hanno iniziato in questi ultimi anni a predisporre propri Piani Sociali e Relazioni. Il Comune di Bolzano ha deliberato il Piano Sociale cittadino per il triennio 2000-2002. In applicazione del Piano Sociale provinciale il documento indica gli obiettivi da raggiungere per il territorio comunale. Si può solo sperare che tale esempio venga presto seguito da altri Comuni e comunità comprensoriali.

## La spesa sociale

A partire dal 1992, con il riordino dei servizi sociali, il finanziamento dei costi dell'assistenza sociale pubblica avviene tramite il Fondo Sociale Provinciale.

Questo rappresenta un'apposita sezione del bilancio provinciale e comprende in particolare i seguenti capitoli di spesa<sup>1</sup>:

- finanziamento delle attività della Provincia;
- finanziamento delle attività delegate dalla Provincia ai Comuni nell'ambito dei servizi sociali<sup>2</sup>. I compiti delegati sono interamente finanziati dal-

<sup>1</sup> Art. 29 della L.P. 13/1991.

<sup>2</sup> Cfr. L.P. 13/1991.





la Provincia, con l'eccezione del servizio di aiuto domiciliare, per il quale è previsto un concorso spese dei Comuni pari al 30% e gli investimenti relativi a case di riposo e centri di degenza (70% a carico del bilancio provinciale);

- concessione di contributi per l'attività dei Comuni<sup>3</sup>;
- concessione di contributi a enti pubblici e privati che svolgono funzioni dei servizi sociali o che supportano ed integrano la loro attività.

Nell'ambito del Fondo Sociale Provinciale le spese correnti e quelle per gli investimenti sono indicate separatamente. È la Giunta Provinciale a ripartire i finanziamenti sia per quanto riguarda il concorso alle spese correnti, sulla base della rendicontazione delle attività effettuate l'anno precedente e dei programmi di attività per l'anno successivo, sia relativamente ai contributi per gli investimenti.

Le risorse assegnate agli enti gestori eventualmente non impiegati per le finalità previste, vengono riportate nel bilancio dell'esercizio successivo.

Nel 1996/97 si è intrapresa una riforma della procedura di assegnazione dei contributi provinciali.

L'assegnazione dei contributi si basava fino ad allora su una varietà di leggi e delibere settoriali della Giunta Provinciale, in base alle quali i singoli uffici potevano erogare specifici contributi, rendendo difficile un finanziamento coordinato, rispondente a criteri unitari. Un ulteriore impulso per la revisione della procedura di assegnazione dei contributi è rappresentato dalla riduzione dei mezzi a causa del numero crescente di aspiranti a finanziamenti e contributi. Era infine necessario controllare meglio l'adeguatezza delle prestazioni finanziate rispetto al fabbisogno.

La revisione della procedura di assegnazione dei contributi deve essere rielaborata con gli enti gestori indipendenti e fare maggiore riferimento ai criteri di qualità.

La Giunta Provinciale definirà con un regolamento di esecuzione entro il triennio 1999-2001 i fattori di ponderazione per il finanziamento dei diversi settori di attività nonché le quote di finanziamento per le varie attività.

Le ponderazioni faranno riferimento alle priorità generali (intersectoriali), stabilite nel Piano sociale provinciale. Affinché si possano fissare le priorità Comuni ai diversi settori in modo preciso e commisurato allo scopo, è ne-

<sup>3</sup> Ai sensi della legge del 6 dicembre 1971, n. 1044 e della legge provinciale dell'8 novembre 1974, n. 26, modificata con la legge provinciale del 26 luglio 1978, n. 45.

cessario uniformare i piani specifici nei diversi settori dei servizi sociali (assistenza agli anziani, ai disabili, ai bambini, ai giovani e alla famiglia) nella loro sistematica. Per definire e coprire i fabbisogni si devono sviluppare criteri trasparenti e comparabili, per consentire di identificare la necessità di recupero in settori finora trascurati e di motivare oggettivamente gli stanziamenti delle conseguenti risorse.

Nel medio periodo si avrà il trasferimento delle competenze amministrative – ora meramente delegate – ai Comuni nell’ambito del riordino dei servizi sociali<sup>4</sup>. In questo modo si dovranno modificare anche le modalità di finanziamento del settore sociale. Si prevede a medio termine che le spese in ambito sociale vengano coordinate mediante finanziamenti dai Comuni. Questa radicale modifica richiede un’adeguata preparazione di tutti gli interessati (Provincia, Comuni, comunità comprensoriali, aziende per i servizi sociali, enti gestori privati), in modo che gli stessi standard assistenziali attualmente esistenti in ambito sociale possano continuare ad essere garantiti a tutti i cittadini e cittadine dell’intera provincia e che, dove necessario, possano essere ulteriormente potenziati. In nessun caso si dovrà pervenire, sulla spinta della prevista crescente penuria di risorse (o rincaro delle voci di costo), ad economie di spesa in ambito sociale episodiche e disomogenee. Il decentramento dovrebbe piuttosto portare allo sfruttamento mirato dei potenziali esistenti di razionalizzazione e ad una mobilitazione delle nuove risorse presenti a livello locale.

Il nuovo modello di finanziamento è attualmente in fase di elaborazione. Esso prevede l’assegnazione in base ad una quota pro capite ponderata. Essa include<sup>5</sup> i seguenti criteri:

- popolazione residente;
- situazione ambientale, sociale ed economica del territorio;
- presenza (anche) di servizi multizonali nel territorio di competenza;
- obiettivi del Piano sociale provinciale e delle relative leggi provinciali, in riferimento alle persone residenti sul territorio dell’ente gestore (Comune o comunità comprensoriale).

Nell’ambito dell’ulteriore sviluppo di questo modello di finanziamento va considerato che il bacino di utenza di un ente gestore può presentare particolarità, consolidate dalla tradizione o specificità di natura struttura-

<sup>4</sup> Cfr. art. 10 della L.P. 13/1991.

<sup>5</sup> Capoverso 29 della L.P. 13/1991.





le che possono comportare costi sociali più o meno elevati, non considerati dal concetto della quota pro capite. Essi possono essere ad esempio rappresentati dalla tradizionale maggiore presenza di determinati servizi o prestazioni.

Possono però interferire anche altri fattori, come ad esempio la diversa diffusione di determinati problemi sociali nei centri urbani e nelle aree rurali o anche la presenza di zone depresse (dipendenza dall'assistenza sociale, problema droga, criminalità minorile, ecc.). Anche la densità degli insediamenti e l'estensione di un territorio si riflettono sui costi per la predisposizione di un livello assistenziale omogeneo. A medio termine si dovrebbe quindi creare, in base a un'analisi differenziata dei flussi finanziari degli anni precedenti, un modello pluridimensionale di indicatori ai fini di una ripartizione dei finanziamenti tra gli enti territoriali che tenga conto delle condizioni menzionate.

#### Fabbisogno finanziario per il triennio 2000-2002 (Relazione sociale 2000, Provincia di Bolzano)

##### Fabbisogno finanziario della Provincia (Spese correnti in euro)

Spese correnti	1999	2000	2001	2002
Invalidi civili	106.000	115.000	120.000	125.000
Servizi delegati	115.000	141.000	161.000	164.000
Assistenza Sociale	14.000	16.000	16.000	17.000
Contributi	23.000	25.000	26.000	26.000
Provincia	4.000	5.000	5.000	5.000
<b>Totale</b>	<b>262.000</b>	<b>302.000</b>	<b>328.000</b>	<b>336.000</b>

##### Fabbisogno finanziario dei Comuni (Spese correnti in euro)

Tipo di spesa	1999	2000	2001	2002
Asili nido	4.000	4.000	4.500	5.000
Assistenza agli anziani	15.000	17.000	20.000	24.000
Assistenza domiciliare	3.000	4.500	5.000	5.000
Gruppi marginali	1.000	1.500	2.000	2.000
<b>Totale</b>	<b>23.000</b>	<b>26.000</b>	<b>31.500</b>	<b>36.000</b>

**Fabbisogno finanziario/Fondo sociale (in euro)**

Anno	Spese correnti	
	Provincia	Comuni
1999	262.000	23.000
2000	302.000	26.000
2001	328.000	31.500
2002	336.000	36.000







**PROVINCIA AUTONOMA  
DI TRENTO**

**333**





## Il sistema normativo

---

Il riordino del sistema sociale nella provincia di Trento avviene con la legge provinciale n. 14/91 “*Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in Provincia di Trento*” che detta le norme per l’ordinamento dei servizi socio-assistenziali, per la loro programmazione e la loro organizzazione territoriale.

Negli stessi anni viene emanata la legge di riforma del servizio sanitario provinciale (L.P. 10/93) e i Piani per la programmazione sociale e sanitaria provinciale (Piano Provinciale Socio-Assistenziale 1993/95 e Piano sanitario 1993/1995).

La L.P. n. 14/91 anticipa per molti aspetti la L. 328/2000, la differenza più significativa consiste nel fatto che la Provincia (autonoma) sommava e somma tuttora le funzioni della Regione, della Provincia e dei Comuni.

Ad oggi è stato predisposto un testo provvisorio di legge di riordino di tutta la materia dell’assistenza, un Testo Quadro che prende in considerazione anche la L. 328/2000 e che prevede il trasferimento delle funzioni ai Comuni ed una coincidenza tra Distretto sanitario e Distretto sociale.

I Piani di Zona saranno previsti a livello locale per la programmazione di zona.

Con DGP 581/02 è stato emanato il “Piano Sociale e assistenziale 2002-2003. Linee guida e misure attuative”.

### Autorizzazione

Per le strutture è regolata nell’art. 35 della legge regionale 14/91.

### Accreditamento

Manca una norma di riferimento a livello provinciale.



336

Il Piano Sociale approvato ha previsto alcune linee di indirizzo per le strutture e anche per i servizi.

Si tende ad un modello innovativo che si basa sull'adesione dei soggetti interessati ad alcuni principi che fissano le regole del sistema di collaborazione pubblico/privato con un accordo generale, da cui discendono gli accordi di gestione.

La qualità viene garantita attraverso l'impegno dei gestori ad un miglioramento continuo, certificato per singole aree di intervento (una sorta di certificazione della qualità specifica da riverificare).

La certificazione è data dalla Provincia.

La Provincia pensa ad un accreditamento tradizionale per il voucher spendibile dagli utenti, ma non esteso a tutti i servizi, ma solamente per alcune specifiche aree di intervento, come l'assistenza domiciliare.

### DLgs 207/2001 IPAB

La Provincia ha predisposto una bozza che ricalca sostanzialmente quello che prevede l'Atto di indirizzo di cui all'art. 10 della L. 328/2000.

### La filosofia e gli assi portanti della legislazione sociale

I principi ispiratori della legge di riordino anticipano già la riforma dell'assistenza e identificano i caratteri essenziali del modello che il legislatore provinciale intendeva perseguire:

- a) l'unitarietà ed omogeneità degli interventi;
- b) la definizione di un quadro istituzionale, programmatico ed organizzativo tale da consentire la possibilità di un effettivo coordinamento ed integrazione con i servizi operanti nell'area della salute, della casa, dell'istruzione e della cultura, della formazione professionale e del lavoro;
- c) la razionalizzazione della rete delle strutture esistenti, una efficiente utilizzazione delle risorse e una costante azione di formazione e aggiornamento del personale;
- e) la promozione, il sostegno ed il coordinamento degli interventi realizzati dalle organizzazioni del privato sociale e del volontariato;
- f) la promozione, la valorizzazione ed il riconoscimento della solidarietà familiare quale soggetto privilegiato del sistema socio-assistenziale.

## Gli assetti istituzionali

Con la legge provinciale 14/91 sul riassetto del settore sociale, si è attuato il passaggio ai Comuni e alle comunità comprensoriali delle competenze amministrative in materia di servizi sociali, e una nuova ripartizione dei compiti di organizzazione.

L'Assessorato Provinciale alle Politiche Sociali e alla Salute, svolge i propri compiti attraverso il Dipartimento salute e attività sociali, competente per il settore dell'assistenza e della sanità. Ricopre le funzioni principali di programmazione, indirizzo e controllo delle attività, in continuo coordinamento con i gestori decentrati (Comuni e comunità comprensoriali per le politiche sociali, mentre per il comparto sanitario con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari).

In relazione alla complessità tecnico-organizzativa delle attività socio-assistenziali, volte ad assicurare risposte unitarie e globali alla molteplice ed articolata espressione dei bisogni, ai Comuni vengono affidati dalla legge provinciale precisi compiti di proposta, programmazione e valutazione riguardo ai servizi, dando loro una funzione di governo e regia del sistema delle politiche sociosanitarie.



## Gli ambiti territoriali

Al momento attuale gli ambiti di gestione dei servizi sanitari e dei servizi sociali coincidono.

I 13 Distretti sanitari coincidono con i Comprensori, tranne quello della Valle dell'Adige, nel quale i Distretti sanitari sono sottomultipli del Comprensorio.

## La programmazione

La Giunta Provinciale, tenendo conto delle indicazioni predisposte dagli enti gestori e sentito il parere del comitato provinciale, predispone ed approva il Piano Provinciale Socio-Assistenziale, assicurando che le previsioni di tale Piano e quelle del Piano provinciale sanitario siano tra loro reciprocamente integrate e coordinate.

Ai fini della predisposizione del Piano Provinciale Socio-Assistenziale e dei relativi aggiornamenti, gli enti gestori trasmettono alla Giunta Provinciale, entro il 31 marzo di ogni anno, secondo criteri uniformi definiti dalla Giunta stessa, una relazione consuntiva e propositiva, approvata dall'organo



competente, contenente l'analisi delle situazioni di bisogno, evidenziando i principali fattori di rischio relativi al disadattamento e alla marginalità sociale, la valutazione dello stato dei servizi e degli interventi, la proposta di interventi socio-assistenziali con l'indicazione delle relative priorità.

La Giunta Provinciale per la predisposizione ed elaborazione del Piano Provinciale Socio-Assistenziale e dei relativi aggiornamenti si avvale del servizio competente, il quale, allo scopo di garantire il necessario coordinamento, organizza conferenze con i servizi provinciali operanti nell'area della salute, della casa, dell'istruzione e cultura, della formazione professionale e del lavoro e con altri servizi che siano eventualmente interessati.

Il Piano individua:

- a) gli obiettivi da perseguire;
- b) i criteri generali, le tipologie, le modalità e le priorità di intervento;
- c) le risorse finanziarie ed i criteri per la ripartizione dei finanziamenti in base ad indicatori di fabbisogno, da determinarsi con riferimento a parametri oggettivi e secondo criteri di stimolo all'efficienza e di responsabilizzazione nell'uso delle risorse stesse;
- d) gli standard di organizzazione e di costo dei servizi e delle strutture socio-assistenziali;
- e) gli indirizzi e i criteri per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione degli operatori dei servizi socio-assistenziali;
- f) le iniziative e i progetti a carattere sperimentale, anche di natura trasversale, volti alla ricerca di modalità innovative di organizzazione e gestione degli interventi e delle strutture preposte alla attuazione degli stessi;
- g) le modalità di verifica periodica sullo stato dei servizi e della qualità degli interventi;
- h) i criteri generali e le modalità organizzative cui deve attenersi il sistema informativo socio-assistenziale;
- i) i criteri e le modalità per l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari, scolastici, del tempo libero e altre aree che possono essere interessate alle attività socio-assistenziali.

La Giunta Provinciale per l'attuazione degli interventi previsti dal Piano Provinciale Socio-Assistenziale determina, sentita la commissione permanente competente, con proprie deliberazioni:

- a) le modalità per l'accertamento degli stati di bisogno;
- b) i requisiti, le modalità ed i criteri per l'erogazione degli interventi di aiuto e sostegno alla persona ed al nucleo familiare con particolare riferimento alla misura e alla durata degli interventi di assistenza economica da de-

- terminarsi in base a parametri che tengano conto delle esigenze minime vitali e/o degli specifici bisogni da soddisfare;
- c) i requisiti, le modalità ed i criteri per l'erogazione degli interventi integrativi o sostitutivi di funzioni proprie del nucleo familiare;
  - d) la misura del contributo per il mantenimento dei soggetti affidati o accolti ai sensi degli articoli 28 e 29;
  - e) i criteri per la concessione dei contributi di cui all'articolo 34;
  - f) i criteri per la determinazione del concorso dell'utenza alla spesa per l'accesso ai servizi;
  - g) le iniziative per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione degli operatori dei servizi socio-assistenziali sulla base del fabbisogno esistente, nonché le modalità e i criteri di attuazione delle stesse;
  - h) i criteri e le modalità per l'attuazione dei principi informativi di cui alla lettera g) dell'articolo 3.



In attuazione del Piano Provinciale Socio-Assistenziale la Giunta Provinciale, avvalendosi del servizio competente, cura:

- a) il coordinamento metodologico degli interventi socio-assistenziali;
- b) la progettazione e la gestione di attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione professionale degli operatori dei servizi socio-assistenziali;
- c) il coordinamento delle azioni di verifica dello stato dei servizi e della qualità degli interventi;
- d) l'elaborazione ed il coordinamento di progetti sperimentali volti ad introdurre innovazioni nei servizi;
- e) il coordinamento di progetti finalizzati di educazione sociale;
- f) i rapporti con le altre Regioni e con gli organi centrali dello Stato;
- g) l'assistenza tecnica agli enti gestori per l'attuazione del Piano Provinciale Socio-Assistenziale.

### **Assetti organizzativi per le politiche sociali**

Per l'esercizio delle funzioni delegate, l'ente gestore deve dotarsi di una specifica struttura organizzativa per la gestione tecnico-amministrativa del sistema locale dei servizi socio-assistenziali. La struttura organizzativa è su due livelli: il livello centrale e quello territoriale.

Il livello centrale garantisce la direzione unitaria dei servizi e gli adempimenti amministrativi necessari per la realizzazione delle attività. Il livello territoriale garantisce, attraverso équipe interprofessionali, l'attuazione delle



attività in uno specifico territorio ed in particolare l'individuazione dei bisogni e delle risorse del territorio, l'informazione sui servizi e sulle prestazioni socio-assistenziali, sulle condizioni, i requisiti e le modalità per accedervi; l'analisi e la valutazione della domanda e l'organizzazione della risposta; l'attuazione di interventi sia preventivi che di sostegno e di integrazione.

Nell'ambito del territorio di competenza dell'équipe va garantita l'integrazione funzionale tra i servizi socio-assistenziali e sanitari, nonché con gli altri servizi del comparto sociale.

L'ambito territoriale di riferimento dell'équipe viene individuato e definito dalla Giunta Provinciale tenendo presente sia il criterio della accessibilità ai servizi sia la necessità di costituire un bacino di utenza tale da consentire di offrire competenze e professionalità diversificate, richieste per affrontare in modo unitario e globale i bisogni sociali.

In relazione a questo ultimo aspetto si deve tener presente:

- a) il bacino di utenza potenziale minimo per ogni figura professionale;
- b) il fabbisogno minimo di ogni figura professionale al fine di garantire un servizio efficace ed efficiente;
- c) la necessità di disporre di almeno un operatore per ciascuna figura professionale componente l'équipe.

A capo della struttura organizzativa è preposto un responsabile il quale cura il buon funzionamento dell'attività gestionale sia del livello centrale che di quello territoriale, assicurando la corretta attuazione dei regolamenti, delle direttive e delle decisioni dell'ente gestore.

Per la disciplina dei servizi e per l'organizzazione ed il funzionamento della struttura organizzativa gli enti gestori devono dotarsi di appositi regolamenti in conformità agli schemi tipo predisposti dalla Giunta Provinciale. Gli stessi regolamenti danno indicazioni in merito ai criteri di integrazione e coordinamento fra la struttura organizzativa, gli altri servizi dell'ente gestore e i servizi sanitari. Inoltre prevedono le modalità di integrazione e coordinamento con i soggetti pubblici, le associazioni di volontariato e del privato sociale ai fini della utilizzazione ottimale di tutte le risorse presenti sul territorio e della verifica dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sia a livello centrale che territoriale.

### **Gli interventi socio-assistenziali**

Gli interventi socio-assistenziali da effettuarsi nell'esercizio delle funzioni esercitate direttamente dalla Provincia o delegate, si distinguono in:

- a) interventi di prevenzione e promozione sociale che comprendono:
- attività mirate a prevenire fenomeni di emarginazione connessi a carenze di natura socio-relazionale di soggetti o gruppi a rischio;
  - azioni volte ad informare la comunità locale e a raccogliere informazioni sulle situazioni di bisogno e sui servizi disponibili;
  - attività volte a favorire l’impegno di persone singole e di gruppi e le disponibilità personali, familiari, comunitarie ed istituzionali per la realizzazione degli interventi di cui all’articolo 25;
  - attività per la realizzazione di progetti finalizzati di educazione sociale secondo quanto previsto dal Piano Provinciale Socio-Assistenziale in collaborazione con gli altri comparti significativi in materia di lavoro, istruzione e sanità.
- b) interventi di aiuto e sostegno alla persona, al nucleo familiare e a gruppi che comprendono:
- interventi di sostegno psicosociale, quale aiuto a persone, a nuclei familiari e a gruppi;
  - interventi di aiuto per l’accesso ai servizi volti ad informare, orientare e motivare persone singole e nuclei familiari sulle possibilità esistenti al fine di facilitarne la fruizione;
  - interventi di assistenza economica al fine di garantire il soddisfacimento di bisogni sia fondamentali che specifici. Essi sono disposti a favore di persone singole o di nuclei familiari in maniera coordinata con eventuali altri tipi di intervento e comprendono sussidi economici mensili a fronte della insufficienza del reddito familiare in rapporto alle esigenze minime vitali;
  - interventi *una tantum* per sopperire a situazioni di emergenza individuale o familiare; sussidi economici mensili alle famiglie per l’assistenza e la cura dei familiari anche conviventi che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un’assistenza continua.
- c) interventi integrativi o sostitutivi di funzioni proprie del nucleo familiare che comprendono:
- interventi di assistenza domiciliare;
  - servizi a carattere semi-residenziale;
  - affidamento familiare dei minori;
  - accoglienza presso famiglie o singoli;
  - interventi di pronta accoglienza.



Gli interventi sono predisposti ed attuati in modo integrato con gli inter-

venti dell'area sanitaria e di altri comparti al fine di assicurare una risposta unitaria e globale ai bisogni della persona.



## Integrazione sociosanitaria

342

L'integrazione sociosanitaria è ampiamente trattata sia nella normativa sanitaria locale (L.P. 10/93) sia nella legge di riordino dei servizi socio assistenziali: in ambedue i testi normativi viene ribadita la necessità imprescindibile di costruire interdipendenze funzionali tra servizi sanitari e sociali.

Si tratta di un concetto certamente consolidato a livello teorico e che gode di un consenso generalizzato, ma che tuttavia pone alcuni problemi sul piano pratico per ragioni presenti nel contesto provinciale che riguardano, da una parte l'appartenenza dei due ambiti a sistemi istituzionali differenti (con diversità di riferimenti gerarchici, di responsabilità e di coordinamento, nonché di imputazione della spesa), dall'altra la sostanziale eterogeneità dell'approccio ai problemi (più standardizzato per i servizi sanitari, più flessibile per i servizi socio-assistenziali).

Altre difficoltà derivano dall'esistenza di vari livelli di integrazione, tra loro interconnessi, che inducono a ritenere improponibili modalità di coordinamento e di integrazione uniche in quanto valide per tutte le situazioni.

Il legislatore provinciale individua come prioritarie le seguenti azioni al fine di arrivare a costruire una reale integrazione a livello dei Distretti sociosanitari:

- *Aspetti istituzionali normativi.* Al fine di determinare in modo comune gli indirizzi di carattere generale, è necessario che l'obiettivo dell'integrazione sia esplicitamente presente nei rispettivi Piani triennali del settore sanitario e socio-assistenziale. Un documento congiunto (nella forma della direttiva provinciale) definirà successivamente le caratteristiche specifiche di ciascun intervento integrato, relativamente alle diverse aree di attività, con la stima del relativo peso e della prevalenza di ognuna delle due componenti, sanitaria e socio-assistenziale.
- *Aspetti economico-finanziari.* La sopracitata direttiva dovrà prevedere anche le modalità per determinare le quote di cofinanziamento da attribuire ai due settori per ciascun intervento, anche sulla base dei criteri che verranno emanati in merito dal Ministero della Sanità.
- *Aspetti operativi.* Determinante per l'integrazione risulta essere il lavoro "di rete", il cui funzionamento organico rende indispensabile anche il coinvolgimento attivo delle risorse del volontariato e del settore no-profit, con il

coordinamento dell'Ente pubblico. Il luogo privilegiato ove realizzare l'integrazione viene individuato nel Distretto, in quanto questo livello costituisce tradizionalmente la sede più immediata di recepimento dei bisogni, di aggregazione e di coordinamento delle varie professionalità di base, disponendo così di risorse che consentono la realizzazione di risposte integrate, complessive e quindi più adeguate ed efficaci. La possibilità di dare una risposta integrata dipende anche dall'elaborazione di protocolli tecnico-organizzativi e di Linee Guida di intervento in riferimento ad una determinata problematica di salute. E tale è dunque uno dei compiti fondamentali dei dipartimenti costituiti presso l'Azienda, la cui composizione deve tenere conto di questa esigenza di raccordo con l'ambito socio-assistenziale.

- *Il Programma annuale delle attività territoriali.* In base agli indirizzi, agli obiettivi e ai criteri determinati dagli strumenti di cui sopra (piani e direttiva), l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, assieme ai rappresentanti degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, provvederà a elaborare, tramite i Distretti sanitari, il Programma annuale delle attività territoriali contenente i progetti che si intendono realizzare nell'anno in corso, nonché la determinazione delle risorse e le procedure integrate per la loro attuazione. Il Direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha il compito di curare il raccordo e l'omogeneizzazione del lavoro effettuato dai Distretti, in collaborazione con il Responsabile cui sarà demandato il compito di coordinamento delle attività sociosanitarie, secondo l'ordinamento nazionale di prossimo recepimento. Una volta approvato, il Programma annuale delle attività territoriali sarà inviato, unitamente al Programma di attività dell'Azienda, alla Giunta Provinciale che esprimerà un parere sulla sua congruità con gli obiettivi di salute e con gli indirizzi di integrazione previsti nei Piani dei due settori e nella conseguente direttiva.

### Il sistema informativo

La Provincia e gli enti gestori, provvedono alla realizzazione di un sistema informativo socio-assistenziale (art. 16 L.P. 14/91): è costituito dall'insieme dei metodi, delle procedure e delle risorse necessarie per la rilevazione, l'archiviazione, il trattamento, l'interpretazione dei dati riguardanti:

- a) l'offerta di servizi in termini di risorse impiegate, attività svolte e dislocazione territoriale;
- b) l'individuazione delle situazioni espresse o latenti di bisogno, di abbandono, di emarginazione e di disagio sociale;





- c) la valutazione dei servizi offerti in relazione alla domanda, secondo criteri di efficacia e di efficienza;
- d) l'effettuazione di analisi anche mediante l'uso di indicatori utili alla verifica periodica dello stato di attuazione del Piano Provinciale Socio-Assistenziale;
- e) l'analisi degli aspetti economico-finanziari.

In attuazione del Piano Provinciale Socio-Assistenziale la Giunta Provinciale, avvalendosi del servizio competente, coordina la metodologia, l'organizzazione e la gestione del sistema informativo socio-assistenziale ai fini della programmazione, gestione, verifica, studio, documentazione e ricerca.

### La spesa sociale

Il Fondo Socio-Assistenziale, destinato al funzionamento di funzioni socio-assistenziali delegate, ammontava nel 2000 a 69,5 milioni di €, pari al 42,% delle risorse complessivamente disponibili.

La voce più rilevante, che rappresenta il 51,5% della spesa corrente totale, è rappresentata dalle pensioni, assegni e indennità agli invalidi.

#### La spesa socio-assistenziale di parte corrente, anno 2000

Voce di spesa	€	%
fondo socioassistenziale regionale	69.534.212	42,4
interventi per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/1997)	1.342.795	0,8
altri interventi per l'infanzia	167.932	0,1
affido familiare e attività di coordinamento degli enti gestori	40.198	0,0
formazione personale e informazione ai cittadini	2.188.333	1,3
contributi ad enti assistenziali (L.P. 14/91 art. 34)	246.623	0,2
interventi per la rimozione degli stati di emarginazione (L.P. 35/83)	4.862.590	3,0
sostegno attività di formazione e promozione volontariato sociale (L.P. 8/92)	190.879	0,1
interventi e iniziative a favore di immigrati extracomunitari (L.P. 13/90)	1.027.151	0,6
pensioni assegni e indennità agli invalidi	84.462.830	51,5
<b>Totale</b>	<b>164.063.545</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Provincia autonoma di Trento, *Relazione sui servizi e gli interventi socio-assistenziali in Provincia di Trento, giugno 2001*

Le risorse statali indistinte destinate alla Provincia ammontavano per il 2001 a circa 3 milioni di €, pari all'1,8% della spesa complessiva nell'anno precedente (3,8% escludendo la spesa per pensioni, assegni ed indennità agli invalidi civili). Pur trattandosi di importo ragguardevole, ha tuttavia avuto peso modesto nel quadro delle risorse complessivamente disponibili.







## Quaderni

---

1. **Quarto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A.- Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali**  
(maggio 2001) *esaurito*
2. **La riforma del welfare e le nuove competenze delle amministrazioni regionali e locali**  
(giugno 2001) *esaurito*
3. **Patti territoriali e agenzie di sviluppo**  
(giugno 2001) *esaurito*
4. **Il ruolo delle agenzie locali nello sviluppo territoriale**  
(luglio 2001) *esaurito*
5. **Comuni e imprese – 56 esperienze di sportello unico**  
(ottobre 2001)
6. **Progetto Officina - Sviluppo locale e eccellenza professionale**  
(febbraio 2002) *esaurito*
7. **Quinto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A.- Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali**  
(maggio 2002) *esaurito*
8. **Lezioni sul nuovo ordinamento amministrativo italiano**  
(ottobre 2002) *esaurito*
9. **Le Province nell'attuazione del piano di e-government**  
(novembre 2002) *esaurito*
10. **Integrazione dell'offerta formativa – La normativa nazionale**  
(aprile 2003)



348

- 1 1. **Sesto rapporto nazionale sulla formazione nella P.A.- Lo scenario della formazione nel sistema delle autonomie locali**  
(maggio 2003)
- 1 2. **L'Amministrazione liberale – Appunti di lavoro**  
(giugno 2003)
- 1 3. **La valorizzazione sostenibile delle montagne**  
(giugno 2003)
- 1 4. **Governare lo sviluppo locale – Il caso delle aree protette marine della Sardegna**  
(giugno 2003)
- 1 5. **Le Agenzie di Sviluppo al Centro Nord – Strategie di rete e comunità professionali**  
(giugno 2003)
- 1 6. **Contabilità ambientale negli enti locali**  
(giugno 2003)
- 1 7. **Le Agende 21 Locali**  
(giugno 2003)

### Strumenti

---

1. **Il contenzioso nel lavoro pubblico**  
(maggio 2001) *esaurito*
2. **Modello e strumenti di valutazione e monitoraggio dei corsi RIPAM**  
(luglio 2001) *esaurito*
3. **Appunti di programmazione, bilancio e contabilità per gli enti locali**  
(gennaio 2002) *esaurito*
4. **Project Cycle Management – Manuale per la formazione**  
(marzo 2002) *esaurito*
5. **Il governo elettronico– Rassegna nazionale e internazionale**  
(marzo 2002) *esaurito*
6. **Il governo delle aree protette**  
(aprile 2002)

- 
7. **Il contenzioso nel lavoro pubblico – L'arbitrato**  
(aprile 2002)
  8. **Common assessment framework – Uno strumento di autovalutazione per le pubbliche amministrazioni**  
(giugno 2002)
  9. **Il controllo di gestione negli enti locali**  
(luglio 2002)
  10. **Comunità di pratiche, apprendimento e professionali – una metodologia per la progettazione**  
(dicembre 2002)
  11. **Modello e strumenti web-based di valutazione e monitoraggio dei corsi RIPAM**  
(marzo 2003)
  12. **L'impresa artigiana e lo Sportello Unico per le attività produttive**  
(marzo 2003)
  13. **Programmazione e realizzazione di progetti pubblici locali – Un sistema di monitoraggio degli interventi**  
(giugno 2003)
  14. **Manuale per il responsabile dello sportello unico – Regione Lombardia**  
(giugno 2003)



### Ricerche

---

1. **Dalla contrattazione decentrata alla contrattazione integrativa**  
(novembre 2001) *esaurito*
2. **E-government – Nuovi paradigmi organizzativi e formativi nelle Regioni e negli Enti locali**  
(maggio 2002)
3. **Pubblica Amministrazione on line – esempi di servizi interattivi**  
(settembre 2002) *esaurito*
4. **L'offerta formativa delle università per la Pubblica Amministrazione**  
(ottobre 2002)



5. **Il concorso pubblico elettronico**  
(marzo 2003)
6. **I piccoli comuni e la gestione associata di funzioni e servizi –**  
(marzo 2003)
7. **Internazionalizzazione dei sistemi locali di sviluppo – Dalle analisi alle politiche**  
(aprile 2003)

#### **Azioni di sistema per la pubblica amministrazione**

---

1. **Sportello unico e servizi alle imprese – Le azioni delle Regioni**  
(novembre 2002)
2. **L'impatto economico dello Sportello unico e servizi alle imprese**  
(novembre 2002)
3. **Scambio di innovazioni tra amministrazioni**  
(aprile 2003)
4. **Il Bilancio delle competenze - Una proposta per la Pubblica Amministrazione**  
(giugno 2003)
5. **Progetti integrati e sviluppo territoriale**  
(luglio 2003)



**Formez**

**Area Editoria e Documentazione**

*via Rubicone 11, 00198 Roma*

*tel. +39 06 84892358*

**Formez**

Centro di Formazione Studi

**Presidenza e Direzione Generale**

*via Salaria 229, 00199 Roma*

*tel. 06 84891*

*www.formez.it*

*editoria@formez.it*

*Stampa Società Tipografica Romana s.r.l.*

*Via delle Monachelle Vecchia snc - 00040 Pomezia (Roma)*

*Finito di stampare nel mese di Agosto 2003*

*Pubblicazione non in vendita*